Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris, n.s., t. 20, 2008, 3-4, p. 189-204

RELATIONS ENTRE L'ESTIME DE SOI ET L'ÉTAT DE SANTÉ « OBJECTIF » DES AÎNÉS

THE RELATION BETWEEN SELF-ESTEEM AND HEALTH-STATUS OF OLDER ADULTS

Enguerran MACIA [1], Gilles BOËTSCH [2], Nicole CHAPUIS-LUCCIANI [1,2]

RÉSUMÉ

Malgré de nombreuses études portant sur l'évolution de l'estime de soi au cours de la vie, les relations entre estime de soi, vieillissement et santé restent en partie inexplorées, particulièrement dans la population française.

L'objectif de cette étude est double : (1) évaluer les relations entre l'estime de soi et les variables sociodémographiques chez les aînés, notamment l'âge et (2) si, comme nous le supposons, l'avancée en âge est associée à une baisse d'estime de soi : tester le rôle de médiateur des maladies chroniques et des incapacités physiques sur la relation entre estime de soi et avancée en âge.

Pour cela, 400 personnes âgées de 60 à 92 ans, aux états de santé fort différents, ont été interviewées individuellement à Marseille (durée moyenne : 1 h 30).

Dans cet échantillon, l'âge, le lieu de résidence et la catégorie socioprofessionnelle sont associés à l'estime de soi. Si les maladies chroniques n'ont pas d'effet sur l'estime de soi, les incapacités physiques y sont fortement associées. Nos analyses ont permis de montrer que la relation entre estime de soi négative et avancée en âge n'est pas directe, mais « médiée » par les incapacités physiques. Par ailleurs, et sans cette fois dichotomiser l'estime de soi, une analyse en pistes causales nous a permis de montrer que les incapacités physiques et l'institutionnalisation jouent des rôles de médiateurs entre l'âge et l'estime de soi, considérée cette fois comme variable continue.

Ces résultats sont discutés par le biais des activités sociales, mais également à travers les relations de pouvoir inhérentes à la survenue de la dépendance.

Mots-clés : estime de soi, incapacités physiques, problèmes de santé chroniques, relogement en institution, activités sociales, relations de pouvoir.

ABSTRACT

In spite of several studies on self-esteem covering the human life-span, the relation between self-esteem, aging and health remains incompletely explored, particularly in the French population.

The objective of this study is twofold: (1) to assess the relation between self-esteem and socio-demographic factors, notably age, among older French adults, and (2) if, as is presumed, advancing age is associated with lower self-esteem, to test the mediating effect of chronic diseases and physical incapacities on the relation between age and negative self-esteem.

1. Laboratoire de physiologie fonctionnelle et exploratoire, Faculté de Médecine, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal, e-mail : enguerranmacia@yahoo.fr

2. UMR 6578, Unité d'Anthropologie Bioculturelle, Université de la Méditerranée, Faculté de Médecine, Secteur Centre, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 Marseille CEDEX 05, France.

Manuscrit reçu le 25 juin 2008, accepté le 2 mars 2009

For this, 400 older adults living in Marseille, aged from 60 to 92, were individually interviewed (average duration: 1 h 30).

In this sample, age, place of residence and educational level were associated with self-esteem. Physical incapacities were also associated with self-esteem, but chronic diseases were not. Our analyses showed that the relationship between advancing age and negative self-esteem is not direct, but mediated by physical incapacities. On the other hand, and without dichotomizing self-esteem, analysis of cause indicates that the relation between age and self-esteem (entered in the model as a continuous variable) was mediated by physical incapacities and institutionalization.

These results are discussed through the social activities theory, and through power relationships inherent in dependency.

Keywords: *self-esteem, physical incapacities, chronic diseases, relocation in an institution, social activities, power relationships.*

INTRODUCTION

Si la question de l'évolution de l'estime de soi au cours du dernier âge de la vie reste fortement débattue, les plus récentes recherches – transversales comme longitudinales – indiquent que l'estime de soi diminue significativement entre 70 et 80 ans (Robins *et al*. 2002 ; Trzesniewski *et al*. 2003 ; McMullin, Cairney 2004 ; Collins, Smyer 2005). Cependant, ces recherches ne prennent pas en compte l'état de santé des individus et ne permettent donc pas de préciser le rôle des incapacités physiques et des problèmes de santé chroniques dans cette baisse d'estime de soi. Si certains chercheurs se sont tout de même penchés sur les liens entre estime de soi et incapacités physiques dans la vieillesse (Reitzes, Mutran 2006), les liens entre estime de soi et problèmes de santé chroniques n'ont, à notre connaissance, jamais été étudiés. L'objectif principal de cette étude est donc de remédier à cette lacune de la littérature par une recherche empirique portant sur la population âgée vivant à Marseille.

L'estime de soi : définition

William James (1890) a été un des premiers auteurs à approfondir la notion d'estime de soi, contribuant largement à sa genèse et à son développement. Selon lui, l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même est directement liée à ses aspirations. Un individu a une forte estime de lui-même lorsque ses réalisations correspondent à ses aspirations ; et réciproquement, une personne qui n'arrive pas à actualiser ses aspirations a une faible estime d'elle-même. Nous pouvons remarquer que James met essentiellement l'accent sur la dynamique intrapersonnelle et intrapsychique pour définir l'estime de soi.

Cette vision sera contestée par Cooley (1922), qui mettra en évidence l'aspect social du soi. Selon cet auteur, le sentiment de valeur de soi s'élabore à partir de l'idée que l'on se fait de la perception des autres à notre égard, du jugement que les autres portent sur nous. Le soi de Cooley est un « soi-miroir », une construction sociale résultant de l'intériorisation par le sujet des attitudes des autres vis-à-vis de lui-même (Cooley 1922). Cet auteur s'est attaché à montrer à quel point les perceptions individuelles, personnelles, sont influencées par autrui.

Aujourd'hui, la plupart des chercheurs s'accordent pour articuler ces deux visions théoriques. L'estime de soi présenterait ainsi deux facettes : l'une se rapportant à la façon dont un individu se voit selon des critères internes (par exemple, ses sentiments et ses affects) et l'autre qui fait référence à la façon dont la personne se voit à travers la perception qu'elle a des autres à son égard. Ces contenus ne sont pas donnés *a priori* mais s'élaborent avec les expériences vécues aux différents âges. Dans cette perspective, l'estime de soi serait un construit socio-psychologique pouvant être défini comme l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi, indiquant dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important.

Aujourd'hui, l'estime de soi est connue pour être fortement et négativement corrélée à l'anxiété (*e.g*. Tarlow,

Haaga 1996), à la dépression (*e.g.* Rosenberg *et al.* 1989), à l'isolement (Leary, Baumeister 2000) et positivement et fortement corrélée au bien-être subjectif (*e.g.* Baumeister *et al.* 2003). C'est ainsi qu'elle est considérée comme un indicateur de la santé psychologique et du bien-être des individus dans les sociétés dites « individualistes ».

L'estime de soi dans la vieillesse

Les études portant sur la relation entre estime de soi et avancée en âge ont montré des résultats contradictoires. En effet, certaines recherches indiquent que les cohortes les plus âgées possèdent des scores d'estime de soi significativement plus élevés que les cohortes plus jeunes (*e.g.* Trimakas, Nicolay 1974 ; Gove *et al.* 1989) ; d'autres montrent qu'il n'y a pas de différence d'estime de soi entre les jeunes adultes et les personnes âgées (Erdwins *et al.* 1981 ; Ryff 1989) ; enfin, certains chercheurs soutiennent que l'estime de soi et l'âge sont corrélés négativement (Jaquish, Ripple 1981 ; Ranzijn *et al.* 1998 ; pour des revues de littérature, voir Dietz 1996 ; Giarrusso *et al.* 2001).

Selon les résultats et les auteurs, deux principales interprétations sont avancées. Une perspective sociale justifie la diminution de l'estime de soi dans la vieillesse par l'accumulation des pertes vécues par les âgés en un temps restreint : perte des rôles sociaux (valorisés), perte des proches, problèmes de santé et handicaps. À l'opposé, la perspective de « maturation » soutient que l'acceptation de soi augmente avec l'âge car les processus de comparaison sociale seraient à ce stade moins importants que lors des autres étapes de la vie. Par ailleurs, la stabilité, voire l'augmentation, de l'estime de soi avec l'avancée en âge peut être expliquée par des mécanismes d'adaptation psychologique – ou mécanismes de « faire face » [coping] – comme la révision de l'histoire personnelle selon des processus garantissant une évaluation positive (*e.g.* Greenwald 1980), l'ajustement des buts aux contraintes de la situation par des mécanismes d'adaptation de type accommodatif (*e.g.* Brandtstädter, Rothermund 2002) ou encore, la mise en place de comparaisons favorisantes avec autrui (*e.g.* Pinquart 2002). Ainsi, selon Baltes et Baltes (1990), le vieillissement serait associé à une amélioration des mécanismes de « faire face » et de régulation émotionnelle, protégeant les aînés contre un déclin de bien-être. Pour Smith et Baltes (1999) notamment, les très âgés (plus de 80 ans) maintiendraient un soi « intact » puisque les sentiments de contrôle personnel – sur sa propre existence – ne diminueraient pas avec l'avancée en âge.

Si la variabilité des résultats et des interprétations avancées depuis plus d'une trentaine d'années peut sembler déconcertante, il faut noter que les plus récentes recherches font, au contraire, preuve d'une certaine homogénéité. Ainsi, plusieurs recherches menées en Amérique du Nord et portant sur de très importants échantillons de population indiquent que l'estime de soi des plus âgés est inférieure à celle des plus jeunes. La première de ces enquêtes quantitatives a été menée par Robins et collaborateurs en 2002 et porte sur 326 641 individus âgés de 9 à 90 ans (Robins *et al.* 2002). Elle montre que l'estime de soi est élevée dans l'enfance, qu'elle diminue durant l'adolescence, puis qu'elle augmente graduellement durant la vie adulte avant de décliner vers l'âge de 70 ans. L'étude de McMullin et Cairney (2004) a montré, sur un échantillon composé de 17 626 canadiennes et canadiens âgés de 12 à 90 ans, des résultats similaires. Une étude longitudinale menée sur 1278 individus âgés de 60 ans et plus a également montré que l'estime de soi des âgés diminue significativement – mais faiblement – sur une période de trois ans (Collins, Smyer 2005). Une méta-analyse incluant l'ensemble des recherches longitudinales indique également que l'estime de soi diminue significativement entre 70 et 80 ans (Trzesniewski *et al.* 2004). Ces résultats ont été corroborés par une méta-analyse portant sur la stabilité de l'estime de soi et montrant que cette stabilité diminue nettement de la vie adulte à la vieillesse (Trzesniewski *et al.* 2003).

Cependant, si ces recherches indiquent une baisse d'estime de soi chez les plus âgés, les causes de cette diminution restent hypothétiques puisque ces études n'incluent le plus souvent comme facteurs de confusion que le genre et la classe sociale. C'est ainsi que Trzesniewski *et al.* (2003) justifient la plus grande variabilité de l'estime de soi dans la vieillesse par le départ des enfants, la prise de la retraite, la perte du conjoint et les problèmes de santé et d'incapacités physiques.

L'estime de soi et les facteurs sociodémographiques

Estime de soi et genre

La majorité des études concernant la relation entre estime de soi et genre montre que les femmes ont des scores d'estime de soi plus faibles que les hommes (pour une revue, voir McMullin, Cairney 2004). Pour

Rosenfield (1999 : 220) : « Compte tenu du pouvoir, des responsabilités dans le domaine public et de la valorisation des activités masculines, les hommes tendent vers une plus haute estime de soi [que les femmes] ». Cependant, chez les personnes âgées, les résultats sont plus variés puisque, si certaines recherches indiquent que cette différence entre hommes et femmes persiste avec l'âge (McMullin, Cairney 2004), d'autres montrent qu'elle se réduirait (Kling *et al*. 1999), voire que les femmes auraient une plus forte estime de soi que les hommes après 80 ans (Robins *et al*. 2002).

Estime de soi et niveau d'éducation

La littérature concernant la relation entre estime de soi et catégorie socioprofessionnelle (CSP) indique que plus cette dernière est haute, plus l'estime de soi est élevée (*e.g*. Mirowsky, Ross 1996). Les interprétations concernant cette relation sont le plus souvent basées sur la théorie des comparaisons sociales. Rosenberg et Pearlin (1978), par exemple, sont arrivés à cette conclusion en montrant que l'association entre estime de soi et CSP est très forte chez les adultes en âge de travailler, alors qu'elle est très faible chez les enfants (la CSP de leurs parents étant prise en compte). Ainsi, il semble que les individus de plus faible CSP sont et se sentent jugés négativement par les individus de plus forte CSP. Les recherches plus récentes conduites sur cette relation ont confirmé cette interprétation (pour une revue, voir Turner, Roszell 1994) et indiquent que cette association persiste chez les personnes âgées (McMullin, Cairney 2004).

Estime de soi et statut marital

Peu de recherches ont été menées sur la relation entre estime de soi et statut marital. Pour autant, la majorité des chercheurs avançant que l'estime de soi diminue avec l'avancée en âge affirme que les pertes associées à l'âge, comme le veuvage, sont à l'origine d'une baisse d'estime de soi. L'étude longitudinale menée par Van Baarsen en Hollande (2002) confirme en partie cette hypothèse. Cependant, cette étude montre également que les personnes ayant perdu leur conjoint recouvrent des niveaux d'estime de soi satisfaisants une fois le choc dissipé, c'est-à-dire un à deux ans après la perte du conjoint. Par ailleurs, une recherche récente, menée par Mancini et Bonanno (2006) sur les personnes âgées, indique que la satisfaction associée à la relation avec le conjoint est positivement associée à l'estime de soi.

Estime de soi et lieu de résidence

Le relogement en institution est considéré comme une des difficultés les plus importantes auxquelles doivent faire face les personnes âgées (Burnette 1986 ; Zarit, Whitlatch 1992 ; Shu *et al*. 2003). En effet, vieillir chez soi permet de marquer, de délimiter, de défendre le territoire contre les intrusions extérieures, de s'inscrire dans un espace-temps et de poursuivre la trajectoire de vie (Piquemal-Vieu 1999). Les sentiments de continuité de soi et de sécurité procurés par le contexte sont très bénéfiques au moral des personnes et au dépassement des contraintes liées au présent. Vivre à domicile permet ainsi de contrôler son environnement. Le logement dans lequel le sujet âgé vit semble représenter une coquille protectrice pour lui. À l'opposé, l'abandon du domicile constitue une perte affective irréversible suscitant un bouleversement émotionnel, spatio-temporel et socioculturel (Piquemal-Vieu 1999). Ainsi, quitter son « chez soi », ce serait y perdre « de soi », voire parfois « tout perdre » comme en témoigne le fort taux de mortalité durant les premiers mois de l'institutionnalisation.

Cependant, si plusieurs études indiquent que, « toutes choses égales par ailleurs », les personnes vivant en institution auraient de moins bons scores d'estime de soi que celles vivant à domicile (*e.g*. Shu *et al*. 2003 ; Zarit, Whitlatch 1992), attribuer cette différence d'estime de soi au seul impact de l'institution sur les résidents serait erroné puisque la dégradation de l'état de santé et la réduction du réseau social influent à la fois sur l'entrée en institution (*e.g*. Desesquelles, Brouard 2003) et sur la baisse d'estime de soi dans la vieillesse (*e.g*. Mancini, Bonanno 2006).

L'estime de soi et les problèmes de santé chroniques

À notre connaissance, une seule étude quantitative a étudié l'impact des problèmes de santé sur l'estime de soi des personnes âgées. Il s'agit de l'étude longitudinale menée par Collins et Smyer en 2005 aux États-Unis. Dans cette enquête, menée sur 1278 personnes âgées, l'estime de soi diminue faiblement, mais significativement, sur une période de trois ans. En évaluant les pertes dans le domaine de la santé par la question : « depuis notre dernière interview, avez-vous eu un problème de santé ? », les auteurs affirment que ces pertes n'expliquent en rien la diminution de l'estime de soi. Il est nécessaire de noter que cette enquête ne recueille pas réellement les problèmes de santé chroniques dont sont atteints les

individus et qu'elle ne permet donc pas de déterminer l'impact de ces problèmes de santé sur l'estime de soi des individus âgés.

Par ailleurs, il nous faut noter que cette étude ne trouve pas écho dans certaines recherches ayant étudié l'impact des maladies chroniques sur le bien-être (Bowling 1996) et la dépression (Baumeister *et al*. 2003), tous deux connus pour être fortement associés à l'estime de soi. Ajoutons à cela qu'une étude qualitative portant sur l'impact de la bronchite chronique sur l'estime de soi tend à indiquer que tous les problèmes de santé n'ont pas les mêmes conséquences sur l'estime de soi et que, par conséquent, il est nécessaire de les différencier afin d'étudier leur impact (Nicolson, Anderson 2003). Or, ceci n'a précisément pas encore été étudié quantitativement, *a fortiori* dans une population française.

L'estime de soi et les incapacités physiques

À notre connaissance, seules trois études se sont penchées sur les relations entre l'estime de soi et les incapacités physiques chez les âgés. La première est une étude longitudinale de 26 semaines menée sur 20 résidents de deux maisons de retraite aux États-Unis (Blair 1999). Ce travail montre que la réalisation des activités de la vie quotidienne est associée au maintien de l'estime de soi alors que la survenue d'incapacités physiques est associée à une importante baisse d'estime de soi. La seconde recherche est plus récente et porte sur 1532 individus mariés, non institutionnalisés, de la région de Détroit aux États-Unis (Mancini, Bonanno 2006). Cette étude indique que les incapacités physiques sont négativement et significativement corrélées à l'estime de soi. Enfin, une autre étude longitudinale indique que si les incapacités physiques influent en effet sur l'estime de soi des aînés, cette relation n'est pas unilatérale puisque les analyses montrent également que l'estime de soi influe sur la santé fonctionnelle des aînés (Reitzes, Mutran 2006). À notre connaissance, aucune étude n'a pour l'instant étudié l'effet de médiateur que pourraient jouer les incapacités physiques dans la relation entre âge et estime de soi.

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

L'objectif de cette étude est double : (1) évaluer les relations entre l'estime de soi et les variables sociodémographiques, notamment l'âge, chez les aînés vivant à Marseille, et (2) si, comme nous le supposons, l'avancée en âge est associée à une baisse d'estime de soi : tester le rôle de médiateur des maladies chroniques et des incapacités physiques sur la relation entre estime de soi et avancée en âge.

Nos hypothèses principales sont les suivantes :

– l'estime de soi diminue avec l'avancée en âge ;

– certains problèmes de santé chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires et les rhumatismes, sont associés à l'estime de soi et jouent un rôle de médiateur entre estime de soi et avancée en âge ;

– il en est de même pour les incapacités physiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'enquête menée à Marseille de janvier 2004 à décembre 2005 avait pour objectif d'étudier le vieillissement de la population marseillaise dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens dirigés à l'aide d'un questionnaire constitué de questions fermées et ouvertes. Ces entretiens étaient doublés d'un examen anthropométrique. Malgré l'utilisation d'un questionnaire, les répondants ont été rencontrés individuellement ; ces entretiens directifs duraient de 45 minutes à 3 heures selon leur désir ou besoin de parler. Tous les participants ont été interviewés par le premier auteur de l'article. Notons que ces entretiens n'ont pas été enregistrés ; les réponses aux questions ouvertes ont été notées par l'interviewer, jouant ainsi le rôle des respirations préconisées pour l'entretien compréhensif (Kaufmann, de Singly 1998). Une attention particulière a été donnée, lors de ces interviews, à l'établissement d'un climat de confiance entre les répondants et l'interviewer.

Échantillon de population

Quatre cent personnes âgées de 60 à 92 ans, résidant dans les différents arrondissements de Marseille, ont été rencontrées pour cette étude. Afin de prendre en compte un échantillon diversifié de population, nous avons collaboré avec différents organismes pour réaliser ces interviews. Ainsi, 198 personnes ont été rencontrées au Centre d'Examens de Santé de Marseille, affilié à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône ; 71 individus ont été interrogés dans deux maisons de retraite médicalisées proches l'une de l'autre, tant sur le plan géographique que sur le plan des prestations ; 101 personnes ont été rencontrées à domicile par

l'intermédiaire du Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Marseille, qui nous a permis de rencontrer des personnes dépendantes vivant à domicile (population souvent laissée de côté dans les études quantitatives) ; enfin, 30 individus ont été contactés par l'intermédiaire de deux clubs seniors et interviewés à domicile.

Variables

L'estime de soi

Nous avons utilisé dans cette enquête l' « Échelle Toulousaine d'Estime de Soi pour Personnes Agées » (ETES PA) validée par Piquemal-Vieu en 1999. Cette échelle a été préférée aux autres échelles d'estime de soi car spécifique des personnes âgées et validée sur une population française institutionnalisée. Elle est constituée de 19 items ; dix de ces items sont formulés positivement, mettant en évidence la valorisation de soi, par exemple : « J'ai une bonne opinion de moi-même » ; les neuf autres items sont formulés négativement renvoyant à la dévalorisation de soi, par exemple : « Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres ». Les réponses aux items positifs sont pondérées de 1 : « Pas du tout », à 5 : « Tout à fait ». À l'inverse, les réponses aux items négatifs sont pondérées de 1 : « Tout à fait », à 5 : « Pas du tout ». Ainsi, cette échelle aboutit à un score théorique allant de 19 à 95. Sa cohérence interne, mesurée par l'alpha de Cronbach, était très satisfaisante dans notre échantillon de population ($\alpha = 0{,}81$).

Les variables sociodémographiques

De nombreuses informations sociodémographiques ont été recueillies lors des entretiens. Cinq d'entre elles ont été prises en compte dans cette étude : l'âge, le genre, le niveau d'éducation, le statut marital et le lieu de résidence. Trois classes d'âge ont été définies : 60-69 ans, 70-79 ans et 80-92 ans. Quatre catégories ont été crées concernant le niveau d'éducation : niveau 1 = moins de 5 années d'études ; niveau 2 = 5 à 8 années d'études ; niveau 3 = 9 à 11 années d'études ; niveau 4 = 12 années d'études et plus (cette classification correspond aux diplômes délivrés en France à cette époque). Nous avons défini trois classes pour le statut marital : (1) les veufs, (2) les célibataires et divorcés, et (3) les personnes mariées ou en concubinage. Enfin, le lieu de résidence a été dichotomisé de la manière suivante : domicile *vs*. maison de retraite.

Les maladies chroniques

Deux questions nous ont permis de recueillir les problèmes de santé chroniques dont souffrent les personnes rencontrées. Tout d'abord, les participants étaient invités à nous dire s'ils souffraient des problèmes chroniques suivants : asthme, bronchite, rhumatismes, maux de dos, diabète, maladies cardiaques, hypertension, séquelles d'accident vasculaire, cancer, incontinence urinaire, adénome de la prostate, cataracte, glaucome.

La seconde question était une question ouverte : « Quelles sont les autres problèmes de santé pour lesquelles vous êtes traité ? », permettant de compléter l'histoire médicale des individus.

Pour les analyses statistiques, ces problèmes de santé chroniques ont été regroupés en cinq catégories : problèmes cardiovasculaires et métaboliques (incluant hypertension, cardiopathies, séquelles d'accident vasculaire et diabète), problèmes pulmonaires (asthme, emphysème, bronchite chronique), cancer, problèmes ostéo-articulaires (ostéoporose, rhumatismes, arthrite, maux de dos non dus aux rhumatismes), problèmes oculaires (cataracte non opérée, dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome, perte accidentelle d'un œil).

Les incapacités physiques

L'enquêteur a fait passer le questionnaire des Activités de la Vie Quotidienne (Katz *et al*. 1963) pour évaluer les incapacités physiques. Ainsi, les personnes ont été considérées comme dépendantes si elles déclaraient nécessiter une aide pour au moins l'une des activités suivantes : se laver, s'habiller, aller aux toilettes, manger, entrer/sortir du lit et s'asseoir ou se lever d'une chaise. Pour certaines analyses, les incapacités physiques ont été utilisées comme variable binaire (autonomes/handicapés) ; pour d'autres, les individus atteints d'une, deux, trois incapacités physiques ou plus ont été distingués.

Analyses statistiques

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, nous avons eu recours à des tests de Student, des ANOVAs et des tests post-hoc, des régressions logistiques et des analyses en pistes causales.

L'emploi des régressions logistiques était nécessaire afin d'analyser l'association entre l'estime de soi et chacun des facteurs susceptibles de l'influencer, tout en tenant

compte de l'effet simultané de ces facteurs. Cependant, cette méthode statistique nécessite de dichotomiser la variable dépendante. Ainsi, dans cette étude, nous avons tout d'abord fixé notre attention sur une estime de soi négative, correspondant à un score d'estime de soi inférieur à la moyenne théorique de l'échelle, soit 57.

Afin de déterminer si les incapacités physiques et les maladies chroniques jouent un rôle de médiateur entre l'avancée en âge et une estime de soi *négative*, nous avons utilisé la méthode de Baron et Kenny (1996). Selon cette méthode, le rôle de médiateur d'une variable est mis en évidence en montrant : (a) qu'il existe une association significative entre une variable indépendante et la variable dépendante ; (b) qu'il existe une association significative entre cette variable indépendante et un médiateur supposé ; (c) qu'il existe une association significative entre le médiateur supposé et la variable dépendante ; (d) que la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante devient non significative ou diminue lorsqu'elle est contrôlée par le médiateur supposé.

Une fois cet effet de médiateur mis en évidence par la méthode de Baron et Kenny (1996), nous avons réalisé une analyse en pistes causales afin d'éprouver cette hypothèse au sein d'un modèle structural plus large. Cette méthode fournit des coefficients d'influence directe, indirecte et totale de toutes les variables explicatives sur les critères. Dans ce type d'analyse, le rôle de médiateur d'une variable est mis en évidence comme précédemment. Seule la quatrième condition diverge quelque peu puisque, dans ce cas, le rôle de médiateur est prouvé si l'effet direct de la variable indépendante sur la variable dépendante est non significatif lorsque l'effet de la variable médiatrice sur la variable dépendante est contrôlé ou si cet effet direct est inférieur à l'effet indirect (Baron, Kenny 1996).

Notons que dans les analyses en pistes causales, l'estime de soi, ainsi que l'âge, ont été intégrées comme variables continues. En revanche, les incapacités physiques ont été intégrées comme variable ordinale (1 = aucune incapacité physique ; 2 = une incapacité physique ; 3 = deux incapacités physiques ; 4 = trois incapacités physiques ou plus).

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels SPSS 16.0 et Amos 16.0, tous deux édités par SPSS Inc. (Chicago, Illinois). Notons que le logiciel Amos 16.0 fonctionne à partir d'une base de données entrée sous SPSS 16.0 (Add-Ons, Applications) et que la mise en place du modèle à tester se fait par l'interface « Amos Graphics » [3].

RÉSULTATS

Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon de population sont présentées dans le tableau I. Précisons que la moyenne d'âge est de 74,5 ± 8,8 ans et que 85 personnes (21,3 %) déclarent des limitations dans les Activités de la Vie Quotidienne.

Dans cet échantillon, la moyenne d'estime de soi est de 70,08 ± 13,00 ; le score minimum est 30 (un individu) et le score maximum 93 (un individu) ; la médiane est de 72. Soixante-quatre personnes ont une image négative d'elles-mêmes (16 %), c'est-à-dire un score d'estime de soi inférieur à la moyenne théorique qui est de 57.

Les moyennes d'estime de soi des différents groupes définis par l'âge, le genre, le niveau d'éducation, le statut matrimonial et le lieu de résidence sont présentées, avec les analyses comparatives associées, dans le tableau II.

Tous les résultats du tableau II sont significatifs. Il était donc nécessaire de recourir aux régressions logistiques afin d'analyser l'association entre l'estime de soi et chacun des facteurs susceptibles de l'influencer, tout en tenant compte de l'effet simultané de ces facteurs. Ainsi, une régression logistique a été réalisée afin de déterminer les variables associées à une estime de soi négative (*tabl. III*).

Cette analyse montre que les personnes âgées de 80 à 92 ans ont significativement plus souvent une image négative d'elles-mêmes que celles qui sont âgées de 60 à 69 ans, même lorsque cette relation est contrôlée par l'ensemble des facteurs sociodémographiques. De même, les personnes ayant suivi moins de 5 années d'études et celles qui vivent en institution ont plus de risques d'avoir une image négative d'elles-mêmes que, respectivement, celles qui ont suivi plus de 12 années d'études et celles qui vivent à domicile.

3. Pour plus d'informations pratiques sur les techniques d'utilisation de Amos avec SPSS, les lecteurs intéressés peuvent se rapporter au document suivant : www.realtutoring.com/phd/PathSPSSAMOS.doc

Variables	Catégories	Effectif	Pourcentage
Classes d'âge	60-69 ans	136	34,0
	70-79 ans	130	32,5
	80-92 ans	134	33,5
Genre	Hommes	162	40,5
	Femmes	238	59,5
Niveau d'études	Moins de 5 ans	78	19,5
	5 à 8 ans	108	27,0
	9 à 11 ans	85	21,25
	12 ans et plus	129	32,25
État matrimonial	Veuf(ve)	137	34,3
	Célibataire/divorcé(e)	74	18,5
	Marié(e)	189	47,3
Lieu de vie	Domicile	329	82,3
	Institution	71	17,8
Incapacités physiques	Absence	315	78,8
	Une	45	11,2
	Deux	26	6,5
	Trois ou plus	14	3,5

Tabl. I - Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N = 400).

Table I—Sociodemographic characteristics of the sample (N = 400).

Variable	Catégories	Moyenne et écart-type	Analyses	Résultats
Âge	60-69 ans (1)	74,37 ± 10,73	Anova	F = 20,09***
	70-79 ans (2)	70,93 ± 13,67	(Test de Dunnett)	(1, 2) ≠ (3)
	80-92 ans (3)	64,90 ± 12,74		
Genre	Femmes	68,83 ± 12,67	Test t	t = 2,34*
	Hommes	71,91 ± 13,30		
Niveau d'éducation	< 5 ans (1)	66,88 ± 14,10	Anova	F = 3,85*
	5-8 ans (2)	68,59 ± 12,02	(Test de Tukey)	(1) ≠ (3)
	9-11 ans (3)	72,81 ± 12,73		
	12 ans et plus (4)	71,45 ± 12,02		
Statut matrimonial	Veuves/veufs (1)	67,01 ± 12,84	Anova	F = 10,10***
	Célibataires/divorcé(e)s (2)	68,11 ± 14,04	(Test de Tukey)	(1, 2) ≠ (3)
	Marié(e)s (3)	73, 07 ± 12,06		
Lieu de résidence	Domicile	72,38 ± 11,82	Test t	t = 8,24***
	Institution	59,39 ± 12,94		

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Tabl. II - Moyennes d'estime de soi par âge, genre, niveau d'éducation, statut matrimonial et lieu de résidence (N = 400).

Table II—Averages of self-esteem by age, gender, education, marital status and place of residence (N = 400).

Variable	Catégories	Odds Ratios	P
Âge (60-69 ans)	70-79 ans	1,80	0,166
	80-92 ans	2,58*	0,031
Genre (Homme)	Femme	0,97	0,929
Niveau d'éducation (12 ans et plus)	< 5 ans	2,61*	0,023
	5-8 ans	1,56	0,263
	9-11 ans	1,48	0,394
Statut matrimonial (Marié(e))	Veuf(ve)	0,76	0,510
	Célibataire/Divorcé(e)	2,05	0,073
Lieu de résidence (Domicile)	Institution	4,57***	< 0,001

* p < 0,05 ; *** p < 0,001

Tabl. III - Odds Ratios ajustés pour une estime de soi négative (N = 400).

Table III—Adjusted Odds Ratios for negative self-esteem (N = 400).

L'estime de soi, les problèmes de santé chroniques et l'avancée en âge

La méthode de Baron et Kenny (1996) a été utilisée pour déterminer si l'association entre estime de soi et âge est en partie « médiée » par les problèmes de santé chroniques. Ces régressions logistiques ont été réalisées en contrôlant les effets du genre, du niveau d'éducation, du statut marital et du lieu de résidence.

Ainsi, nous avons constaté que, dans notre échantillon de population, les maladies cardio-vasculaires et métaboliques, les problèmes ostéo-articulaires, ainsi que les problèmes visuels, sont significativement associés à l'âge, mais que les maladies pulmonaires et les cancers ne le sont pas. Plus précisément, les personnes âgées de 70 à 79 ans et celles âgées de 80 ans et plus ont, respectivement, 2,17 (p = 0,012) et 2,46 (p = 0,007) fois plus de risques d'être atteintes de problèmes cardiovasculaires et métaboliques que celles âgées de 60 à 69 ans ; les personnes âgées de 80 ans et plus ont 3,45 fois plus de risques d'être atteintes de problèmes ostéo-articulaires que celles âgées de 60 à 69 ans (p < 0,001) ; enfin, les individus âgés de 70 à 79 ans et ceux âgés de 80 ans et plus ont, respectivement, 5,65 (p < 0,001) et 5,84 (p < 0,001) fois plus de risques d'être atteints de problèmes visuels que ceux âgés de 60 à 69 ans.

Dans un second temps, nous avons observé qu'aucun de ces trois groupes de maladies n'était significativement associé à une estime de soi négative : ni les maladies cardio-vasculaires et métaboliques (OR = 1,72 ; P = 0,120), ni les maladies ostéo-articulaires (OR = 2,22 ; p = 0,059), ni les problèmes visuels (OR = 1,90 ; p = 0,085). Ainsi le rôle de médiateur des maladies chroniques sur la relation entre estime de soi et âge n'a pu être démontré dans notre échantillon de population.

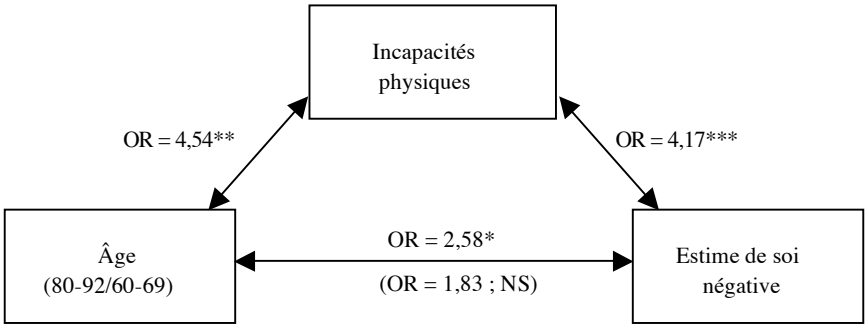
L'estime de soi, les incapacités physiques et l'avancée en âge

La moyenne d'estime de soi des personnes âgées dépendantes est de 59,51 ± 12,65, alors que celle des personnes autonomes est de 72,93 ± 11,55 (t = 9,31 ; p < 0,001). Plus précisément, dans notre échantillon, la moyenne d'estime de soi des personnes atteintes d'une incapacité physique est de 61,58 ± 13,08 ; celle des personnes atteintes de deux incapacités physiques est de 58,58 ± 7,13 ; et celles de personnes atteintes de trois incapacités physiques ou plus, de 54,57 ± 15,19. Le test post-hoc réalisé (test de Tukey, les variances de ces quatre groupes n'étant pas significativement différentes) indique que les moyennes d'estime de soi des trois groupes de

personnes atteintes d'incapacités physiques ne diffèrent pas entre elles, mais qu'elles sont significativement inférieures à celle du groupe des personnes autonomes.

Afin de déterminer si l'association entre estime de soi et âge – observée précédemment – est, ou non, « médiée » par les incapacités physiques, nous avons utilisé dans un premier temps la méthode de Baron et Kenny (1996). Ces analyses ont été réalisées en contrôlant les effets du genre, du niveau d'éducation, du statut marital et du lieu de résidence.

Ainsi, nous avons constaté que les incapacités physiques sont significativement associées à l'âge : les personnes âgées de 80 ans et plus ont 4,54 fois plus de risques d'être atteintes d'incapacités physiques que celles qui sont âgées de 60 à 69 ans ($p = 0,003$). Nous avons ensuite montré que les incapacités physiques sont associées à une estime de soi négative (OR = 4,17 ; $p < 0,001$). Enfin, en entrant les incapacités physiques dans le modèle, nous avons alors constaté que l'âge n'est plus significativement associé à une estime de soi négative (OR = 1,83 ; $p = 0,229$). Ces résultats sont résumés dans la figure 1. Ils indiquent que si l'avancée en âge est associée à une estime de soi négative, cette relation serait « médiée » par les incapacités physiques.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Fig. 1 - Rôle de médiateur des incapacités physiques dans la relation entre avancée en âge et estime de soi négative. Entre parenthèses : la valeur de l'Odd Ratio ajusté (OR) lorsque les incapacités physiques sont prises en compte dans l'analyse.

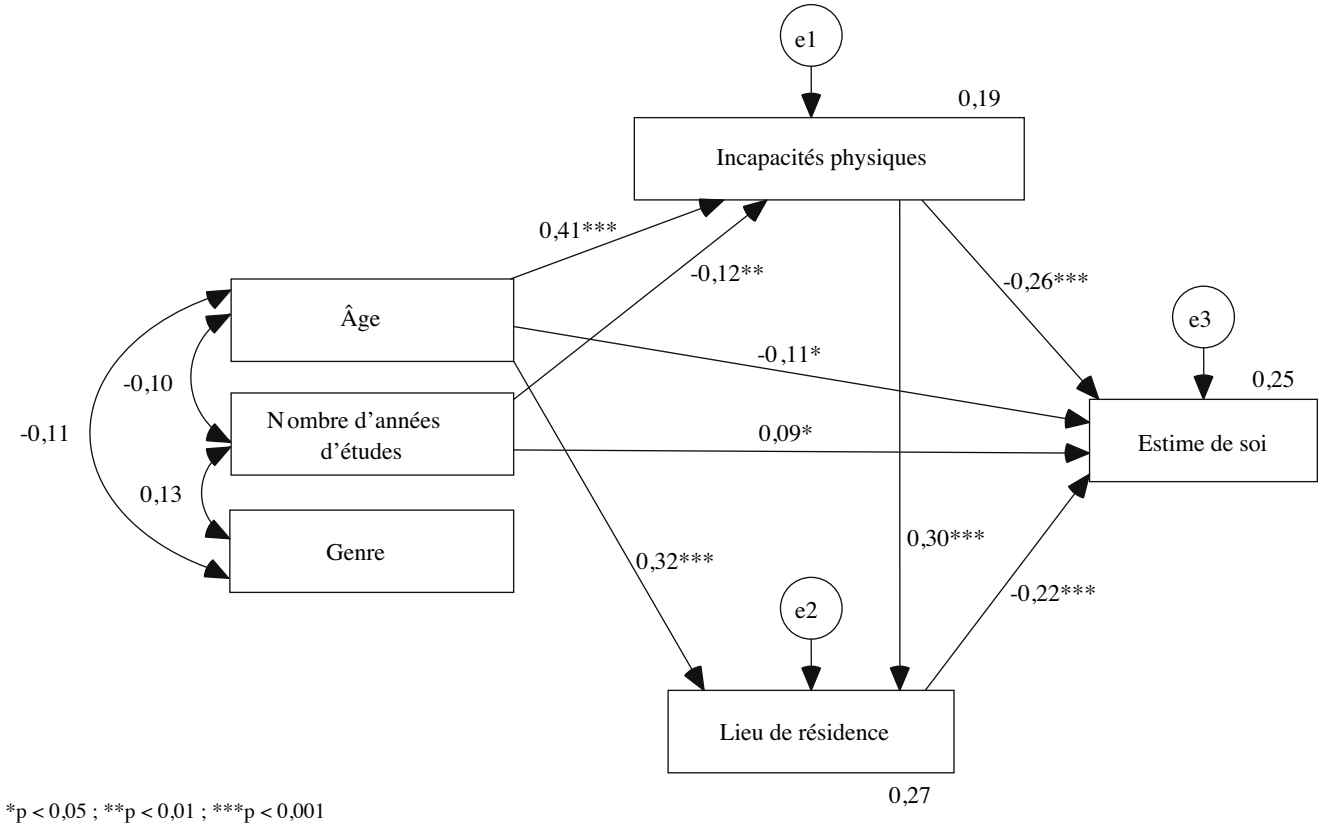
Fig. 1—Mediating effect of physical incapacities in the relation between age and negative self-esteem. The number in parentheses indicates the adjusted Odd Ratio (OR) value when physical incapacities are taken into account in the analysis.

Ce rôle de « médiateur », joué par les incapacités physiques dans la relation entre estime de soi et âge, a été testé dans un modèle plus complet lors d'une analyse en pistes causales. Pour cette analyse, l'estime de soi n'a pas été dichotomisée, mais entrée en tant que variable continue dans le modèle. Ainsi, les relations observées ici ne concernent pas uniquement une estime de soi négative, mais l'estime de soi dans son ensemble. Les résultats de cette analyse sont présentés sur la figure 2.

L'estimation du modèle a été réalisée par la méthode du « maximum de vraisemblance ». Notons tout d'abord que le χ^2 obtenu, égal à 5,42 pour 4 degrés de liberté (non significatif), indique une bonne adéquation du modèle aux données. Les autres indices d'ajustement plaident également en faveur de cette adéquation (GFI = 0,955 ; CFI = 0,095 ; RMSEA = 0,031). On notera également que la part de variance de l'estime de soi imputable aux variables du modèle est égale à 25 %.

En examinant les valeurs estimées des paramètres qui apparaissent sur la figure 2, nous remarquerons d'emblée que toutes les pistes causales se sont avérées significatives. Si le nombre d'années d'études a un effet positif direct sur l'estime de soi ($\beta = 0,09$; $p < 0,05$), il a un effet négatif, direct également, sur les incapacités physiques ($\beta = -0,12$; $p < 0,01$). Concernant précisément notre hypothèse de départ, nous constatons que l'âge a un effet négatif direct sur l'estime de soi ($\beta = -0,11$) mais que cet effet est à peine significatif ($p < 0,05$). En revanche,

l'âge a un effet positif important sur les incapacités physiques ($\beta = 0{,}41$; $p < 0{,}001$) et les incapacités physiques ont un impact négatif majeur sur l'estime de soi ($\beta = -0{,}26$; $p < 0{,}001$). Ainsi, l'effet indirect de l'âge sur l'estime de soi, à travers les incapacités physiques, est de -0,11 (0,41 x -0,26), soit égal à l'effet direct de l'âge sur l'estime de soi. Par ailleurs, l'âge a également un effet positif direct sur le fait de vivre en maison de retraite ($\beta = 0{,}32$; $p < 0{,}001$) et le fait de vivre en institution a un effet négatif direct sur l'estime de soi ($\beta = -0{,}22$; $p < 0{,}001$). À travers l'institutionnalisation, l'effet indirect de l'âge sur l'estime de soi est de -0,07 (0,32 x -0,22). En ajoutant les effets indirects de l'âge sur l'estime de soi – (-0,11) + (-0,07) = -0,18 – nous constatons que ces effets sont supérieurs à son effet direct ($\beta = -0{,}11$). Ainsi, cette analyse en pistes causales montre que les incapacités physiques et l'institutionnalisation jouent des rôles de médiateurs entre l'âge et l'estime de soi.



*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

Fig. 2 - Modèle en pistes causales mettant en relation l'âge, le nombre d'années d'études, le genre, les incapacités physiques, le lieu de résidence et l'estime de soi.

Fig. 2—Causal path analysis of the self-esteem equations.

DISCUSSION

Dans notre échantillon de population, l'estime de soi diminue avec l'avancée en âge. Les personnes âgées de 60 à 69 ans ont une moyenne d'estime de soi supérieure à celle des 70-79 ans, elle-même supérieure à celle des 80-92 ans. En contrôlant la relation entre avancée en âge et estime de soi négative par l'ensemble des facteurs sociodémographiques, nous avons constaté que les plus âgés ont plus de risques d'avoir une image négative d'eux-mêmes que les plus jeunes. Nos analyses (régressions logistiques) ont par ailleurs permis de démontrer que les maladies chroniques ne sont pas associées à une estime de soi négative et ne jouent donc pas de rôle de médiateur

dans la relation entre estime de soi négative et avancée en âge. En revanche, la relation entre estime de soi *négative* et avancée en âge n'est pas directe, mais « médiée » par les incapacités physiques. Par ailleurs, et sans cette fois dichotomiser l'estime de soi, une analyse en pistes causales nous a permis de montrer que les incapacités physiques et l'institutionnalisation jouent des rôles de médiateurs entre l'âge et l'estime de soi, considérée cette fois comme variable continue.

Conformément aux résultats des récentes études menées en Amérique du Nord, l'estime de soi des personnes très âgées est en moyenne inférieure à celle des jeunes aînés (Robins *et al*. 2002 ; Trzesniewski *et al*. 2003 ; McMullin, Cairney 2004 ; Collins, Smyer 2005). Cependant, les études internationales précitées n'incluaient dans leurs analyses que des facteurs de confusion sociodémographiques, tels le genre ou la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, l'ensemble des facteurs associés au grand âge étaient évoqués pour expliquer cette baisse d'estime de soi : perte du conjoint et/ou des proches, relogement en institution, arrêt définitif de toute activité professionnelle (notamment aux États-Unis où la retraite peut être prise plus tardivement qu'en France), prégnance accrue des stéréotypes négatifs liés à l'âge, problèmes de santé chroniques, survenue des incapacités physiques (Trzesniewski *et al*. 2004).

Nos résultats ont permis de préciser l'impact de certains de ces facteurs, à la fois sur une estime de soi négative et sur la relation entre estime de soi et avancée en âge. Tout d'abord, conformément aux résultats de la littérature (Piquemal-Vieu 1999 ; Shu *et al*. 2003), les personnes institutionnalisées ont plus de risques d'avoir une estime de soi négative que celles qui vivent à domicile. Les sentiments de continuité de soi et de sécurité procurés par le contexte du domicile, ainsi que les relations de pouvoir inhérentes à la vie en maison de retraite permettent de comprendre l'impact négatif que peut avoir le relogement en institution sur l'estime de soi des résidents (Macia *et al*. 2008). Cependant, le relogement en institution n'explique pas à lui seul la relation entre avancée en âge et faible estime de soi puisque nos résultats ont montré que les plus âgés ont significativement plus de risques d'avoir une estime de soi négative, même lorsque cette relation est contrôlée par le lieu de résidence.

Nos analyses ont avant tout permis de démontrer (1) que les incapacités physiques ont un effet négatif sur l'estime de soi, (2) que la relation entre avancée en âge et estime de soi négative est « médiée » par les incapacités physiques, et (3) que les incapacités physiques et l'institutionnalisation jouent des rôles de médiateurs entre l'âge et l'estime de soi, considérée cette fois comme variable continue. En somme, 1) si les très âgés restent autonomes alors ils n'ont pas plus de risques d'avoir une estime de soi négative que les jeunes aînés ; 2) si l'âge semble avoir un impact sur l'estime de soi, cette relation est « médiée » par les incapacités physiques et la vie en institution.

La perte d'autonomie affecte l'estime de soi probablement pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les personnes dépendantes ne peuvent plus réaliser, du moins en partie, les activités qui leur permettaient de rester insérées dans la société et s'en trouvent alors exclues. Ensuite, il nous faut remarquer que la personne dépendante n'est plus maîtresse de son corps, qu'elle subit l'horaire et la volonté de ceux qui la prennent en charge. Il peut ainsi s'établir une relation de domination, d'oppresseur/oppressé, entre les aidants et la personne handicapée, comme on peut d'ailleurs parfois l'observer en maison de retraite (Twigg, 2000 ; Macia *et al*. 2008). Cette perte de pouvoir sur son propre corps affecte vraisemblablement la valeur que les individus s'accordent.

La mise en évidence du rôle de médiateur des incapacités physiques sur la relation entre estime de soi et avancée en âge indique également que les mécanismes d'adaptation psychologique mis en place par les plus âgés ont une limite. S'ils permettent, par exemple, aux âgés de notre échantillon de ne pas être affectés par le veuvage au point d'avoir une estime de soi négative (*tabl. III*), ces mécanismes semblent insuffisants face à la perte d'autonomie. L'impossibilité de réaliser les activités permettant de rester inséré dans la société, ainsi que les relations de pouvoir inhérentes à la dépendance, semblent affecter la valeur que les individus s'accordent sans que les mécanismes de faire face mis en place puissent estomper cet impact.

À la différence des incapacités physiques, les maladies chroniques ne sont pas associées à une estime de soi négative et, *a fortiori*, ne jouent pas de rôle de médiateur entre avancée en âge et estime de soi. Pourtant, certaines d'entre elles – la bronchite chronique par exemple (Nicolson, Anderson 2003) – sont suscep-tibles de limiter les activités nécessaires à la continuité de soi et à l'épanouissement personnel. Ainsi, si les incapacités ont un impact que les maladies chroniques n'ont pas sur l'estime de soi, il se peut que ce soit avant tout au travers de la perte de pouvoir sur soi inhérente à la survenue des handicaps.

La principale force de notre étude réside dans la prise en compte de l'état de santé « objectif » des individus. C'est, à notre connaissance, la première fois qu'une recherche recueille des informations précises concernant les problèmes de santé chroniques et teste leurs associations avec l'estime de soi des personnes âgées. La constitution minutieuse de notre échantillon de population et la prise en considération des vieillissements différentiels de la population (tous niveaux d'éducation, personnes en bonne santé, personnes dépendantes vivant en maison de retraite mais aussi à domicile) sont également à souligner.

La principale limite de cette étude concerne l'absence d'évaluation de l'état cognitif global des individus, ce qui aurait permis de repérer et d'exclure des analyses les sujets ayant des déficits cognitifs. Cette limite est particulièrement importante puisque l'estime de soi est « le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale » (Jendoubi 2002). Or, nous savons que nombre de fonctions cognitives sont affectées par le vieillissement (par exemple, Bherer 2005). Notons cependant que les personnes rencontrées en maison de retraite avaient préalablement été sélectionnées par le médecin de l'institution dans le but de constituer un échantillon de population ne présentant pas de tels déficits. Une autre limite majeure de cette recherche réside dans l'utilisation de l'Échelle Toulousaine d'Estime de Soi pour Personnes Agées, échelle peu utilisée au niveau international et qui ne permet donc pas d'affirmer que les mêmes résultats soient obtenus avec l'échelle de Rosenberg. Enfin, il nous faut remarquer que cette étude est transversale et non longitudinale, et que par conséquent, les liens de causalité évoqués entre incapacités physiques, âge et estime de soi doivent être pris avec précaution.

CONCLUSION

Cette étude permet de mieux comprendre les divergences de la littérature concernant la relation entre estime de soi et âge : si l'âge semble avoir un effet négatif sur l'estime de soi, cette relation est avant tout « médiée » par les incapacités physiques et la vie en institution.

Il se peut que les incapacités physiques soient à l'origine d'une baisse d'estime de soi en empêchant les individus de réaliser les activités qui étaient les leurs auparavant et ainsi, en supprimant toute forme de reconnaissance au travers de ces activités. Certaines maladies chroniques semblent également être à l'origine de limitations d'activités sociales mais nos résultats montrent qu'elles ne sont pas associées à une faible estime de soi. Ainsi, si les incapacités ont un effet négatif sur l'estime de soi, il est possible que ce soit avant tout au travers des relations de pouvoirs inhérentes à la dépendance physique.

Les résultats et les interprétations de cette étude devront être confirmés par d'autres recherches pluridisciplinaires, au croisement de la santé physique et de la santé mentale.

Remerciements

Nous remercions les rapporteurs pour leurs remarques constructives et les améliorations de l'article que ces dernières ont permis.

Merci également au Docteur Jaffré pour ses remarques sur une première version de cet article.

Nous remercions aussi le Centre d'Examen de Santé de la ville de Marseille, le Centre Communal d'Action Social de Marseille ainsi que les maisons de retraite et les clubs seniors qui ont permis la constitution de l'échantillon de population.

Ce travail a été soutenu par le Ministère de la Recherche (ACI « Constructions, normes et écarts » n° 045398) et le Conseil Régional Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

BIBLIOGRAPHIE

BALTES (P.B.), BALTES (M.M.) 1990, Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation, *in* P.B. Baltes, M.M. Baltes (eds), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences,* Cambridge University Press, New York, p. 1-34.

BARON (R.M.), KENNY (D.A.) 1996, The moderateur-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology* 51: 1173-1182.

BAUMEISTER (R.F.), CAMPBELL (J.D.), KREUGER (J.I.), VOHS (K.D.) 2003, Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest* 4, 1: 1-44.

BHERER (L.) 2005, Le vieillissement cognitif chez les personnes âgées en bonne santé, *Cardinale* 17, 7: 8-12.

BLAIR (C.E.) 1999, Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents, *Issues in Mental Health Nursing* 20: 559-570.

BOWLING (A.) 1996, The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain, *Journal of Epidemiology and Community Health* 50, 2: 149-155.

BRANDTSTÄDTER (J.), ROTHERMUND (K.) 2002, The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: a two-process framework, *Developmental Review* 22: 117-150.

BURNETTE (K.) 1986, Relocation and the elderly: changing perspectives, *Journal of Gerontological Nursing* 12, 10: 6-11.

COLLINS (A.L.), SMYER (M.A.) 2005, The resilience of self-esteem in late adulthood, *Journal of Aging and Health* 17, 4: 471-489.

COOLEY (C.H.) 1922, *Human nature and the social order (Revised Edition)*, Charles Scribner's Sons, New York, 434 p.

DESESQUELLES (A.), BROUARD (N.) 2003, Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution, *Population* 58, 2 : 201-227.

DIETZ (B.E.) 1996, The relationship of aging to self-esteem: the relative effects of maturation and role accumulation, *International Journal of Aging and Human Development* 43: 249-266.

ERDWINS (C.J.), MELINGER (J.C.), TYER (Z.E.) 1981, A comparison of different aspects of self-concept for young, middle-aged, and older women, *Journal of Clinical Psychology* 37: 484-490.

GIARRUSSO (R.), MABRY (J.B.), BENGSTON (V.L.) 2001, The aging self in social contexts, *in* R.H. Binstock, L.K. George (eds), *Handbook of aging and the social sciences (5th ed.),* Academic Press, San Diego, p. 295-312.

GOVE (W.R.), ORTEGA (S.T.), STYLE (C.B.) 1989, The maturational and role perspectives on aging and self through the adult years: An empirical evaluation, *American Journal of Sociology* 94: 1117-1145.

GREENWALD (A.G.) 1980, The totalitarian ego: fabrication and revision of personal history, *The American Psychologist* 35: 603-618.

JAMES (W.) 1890, *The principles of psychology*, Holt, New York. http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/index.htm

JAQUISH (G.A.), RIPPLE (R.E.) 1981, Cognitive creative abilities and self-esteem across the adult life-span, *Human Development* 24: 110-119.

JENDOUBI (V.) 2002, Estime de soi et éducation scolaire, *Document de Travail,* http://www.geneve.ch/SRED/publications/docsred/2002/EstimeSoi.pdf

KATZ (S.), FORD (A.B.), MOSKOWITZ (R.W.), JACKSON (B.A.), JAFFE (M.W.) 1963, Studies of illness in the aged, The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, *Jama* 185: 914-919.

KAUFMANN (J.C.), SINGLY DE (F.) 1998, *L'entretien compréhensif,* Nathan, Paris, 112 p.

KLING (K.C.), HYDE (J.S.), SHOWERS (C.J.), BUSWELL (B.N.) 1999, Gender differences in self-esteem: a meta analysis, *Psychological Bulletin* 25, 4: 470-500.

LEARY (M.R.), BAUMEISTER (R.F.) 2000, The nature and function of self-esteem: Sociometer theory, *in* M.P. Zanna (ed.), *Avances in experimental social psychology*, Academic Press, San Diego, p. 1-62.

MACIA (E.), CHAPUIS-LUCCIANI (N.), CHEVÉ (D.), BOËTSCH (G.) 2008, Entrer et résider en maison de retraite : des relations de pouvoir autour du corps, *Revue Française des Affaires Sociales* (janvier-mars) : 191-204

MANCINI (A.D.), BONANNO (G.A) 2006, Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life, *Psychology and Aging* 21, 3: 600-610.

MCMULLIN (J.A.), CAIRNEY (J.) 2004, Self-esteem and the intersection of age, class, and gender, *Journal of Aging Studies* 18, 1: 1-29.

MIROWSKY (J.), ROSS (C.E.) 1996, Economic and interpersonal rewards: subjective utilities of men's and women's compensation, *Social Forces* 75: 223-245.

NICOLSON (P.), ANDERSON (P.) 2003, Quality of life, distress and self-esteem: a focus group study of people with chronic bronchitis, *British Journal of Health Psychology* 8: 251-270.

PIQUEMAL-VIEU (L.) 1999, *Vieillir chez soi ou en maison de retraite... Impact du lieu de vie sur la dynamique socio-personnelle*, Thèse de Psychologie, Université Toulouse Le Mirail, 357 p.

PINQUART (M.) 2002, Good news about the effects of bad old-age stereotypes, *Experimental Aging Research* 28, 3: 317-336.

RANZIJN (R.), KEEVES (J.), LUSZCZ (M.), FEATHER (N.T.) 1998, The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 53, 2: P96-P104.

REITZES (D.C.), MUTRAN (E.J.) 2006, Self and health: factors that encourage self-esteem and functional health, *Journal of gerontology: Social Sciences* 61, 1: S44-S51.

ROBINS (R.W.), TRZESNIEWSKI (K.H.), TRACY (J.L.), GOSLING (S.D.), POTTER (J.) 2002, Global self-esteem across the life span, *Psychology and Aging* 17, 3: 423-434.

ROSENBERG (M.), PEARLIN (L.I.) 1978, Social class and self-esteem among children and adults, *American Journal of Sociology* 84: 53-77.

ROSENBERG (M.), SCHOOLER (C.), SCHOENBACH (C.) 1989, Self-esteem and adolescent problems: modelling reciprocal effects, *American Sociological Review* 54: 1004-1018.

ROSENFIELD (S.) 1999, Splitting the difference: gender, the self, and the mental health, *in* C.S. Aneshensel, J.C. Phelan (eds), *Handbook of the sociology of mental health,* Kluwer Academic Publishers, Dordrecht (Netherland), p. 209-224.

RYFF (D.) 1989, In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults, *Psychology and Aging* 4, 2: 195-201.

SHU (B.C.), HUANG (C.), CHEN (B.C.) 2003, Factors related to self-concept of elderly residing in a retirement center, *Journal of Nursing Research* 11, 1: 1-7.

SMITH (J.), BALTES (P.B.) 1999, Trends and profiles of psychological functioning in very old age, *in* P.B. Baltes, K.U. Mayer (eds), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, New York, p. 197-226.

TARLOW (E.M.), HAAGA (D.A.F.) 1996, Negative self-concept, Specificity to depressive symptoms and relation to positive and negative affectivity, *Journal of Research in Personality* 30, 1: 120-127.

TRIMAKAS (K.A.), NICOLAY (R.C.) 1974, Self-concept and altruism in old age, *Journal of Gerontology* 29, 4: 434-439.

TRZESNIEWSKI (K.H.), DONNELLAN (M.B.), ROBINS (R.W.) 2003, Stability of self-esteem across the life span, *Journal of Personality and Social Psychology* 84, 1: 205-220.

TRZESNIEWSKI (K.H.), ROBINS (R.W.), ROBERTS (B.W.), CAPI (A.) 2004, Personality and self-esteem development across the lifespan, *in* P.T. Costa, I.C. Siegler (eds), *Recent advances in psychology and aging*, Elsevier Science, Amsterdam, p. 163-185.

TURNER (R.J.), ROSZELL (P.) 1994, Psychosocial resources and the stress process, *in* W.R. Avison, I.H. Gotlib (eds), *Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future,* Plenum Press, New York, p. 179-210.

TWIGG (J.) 2000, *Bathing—The body in community care,* Routledge, London, 234 p.

VAN BAARSEN (B.) 2002, Theories on coping with loss: the impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57, 1: P33-P42.

ZARIT (S.H.), WHITLATCH (C.J.) 1992, Institutional placement: phases of the transition, *The Gerontologist* 32, 5: 665-672.