



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**Archive ouverte UNIGE**

<https://archive-ouverte.unige.ch>

Thèse

2017

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Vivre et survivre au grand âge: enjeux des inégalités sociales et de santé  
au sein des générations qui ont traversé le 20ème siècle

---

Tholomier, Aude Céline Claire

**How to cite**

THOLOMIER, Aude Céline Claire. Vivre et survivre au grand âge: enjeux des inégalités sociales et de santé au sein des générations qui ont traversé le 20ème siècle. Doctoral Thesis, 2017. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:93855

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:93855>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:93855](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:93855)

# Vivre et survivre au grand âge

Enjeux des inégalités sociales et de santé au sein des  
générations qui ont traversé le 20<sup>ème</sup> siècle

Aude Tholomier

Direction de thèse :  
professeur Michel Oris



Vivre et survivre au grand âge  
Enjeux des inégalités sociales et de santé au sein  
des générations qui ont traversé le 20<sup>ème</sup> siècle

**THÈSE**

présentée à la Faculté des sciences de la société  
de l'Université de Genève

par

Aude Tholomier

sous la direction de

Prof. Michel Oris

pour l'obtention du grade de

Docteur ès sciences de la société  
mention sociologie

Membres du jury de thèse :

Claudio BOLZMAN, Professeur, Haute école spécialisée de Suisse  
occidentale (HES-SO), Genève

Nathalie BURNAY, Professeure, Université de Namur, Université  
catholique de Louvain, Belgique

Michel ORIS, Professeur, Université de Genève

Eric WIDMER, Professeur, Président du jury, Université de Genève

Thèse n° 61

Genève, le 15 mars 2017

La Faculté des sciences de la société, sur préavis du jury, a autorisé l'impression de la présente thèse, sans entendre, par-là, émettre aucune opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées et qui n'engagent que la responsabilité de leur auteur.

Genève, le 15 mars 2017

Le doyen

Bernard DEBARBIEUX

Impression d'après le manuscrit de l'auteur

Illustration de couverture : photo de Céline Doneztebe, mon arrière-grand-mère paternelle dans sa neuvième décennie.

## Table des matières

Résumé .....	viii
Remerciements .....	ix
Liste des figures .....	xii
Liste des tableaux.....	xiv
INTRODUCTION .....	2
Chapitre 1 : Aspects théoriques du vieillissement.....	6
Introduction : La problématique du grand âge.....	6
1. Aspects démographiques : les personnes très âgées, une population en augmentation.....	8
1.1. L’allongement de l’espérance de vie et la transition démographique ....	8
1.2. De la transition épidémiologique à la transition sanitaire .....	13
1.3. Le débat sur l’évolution future de l’espérance de vie .....	15
1.4. De l’espérance de vie à l’espérance de vie en santé .....	19
2. Théories du vieillissement et du grand âge .....	23
2.1. Base historique de la gérontologie .....	23
2.2. Des théories de l’activité et du désengagement au vieillissement réussi.....	27
3. Etudier la grande vieillesse.....	37
3.1. Les recherches sur le grand âge, un domaine d’étude récent .....	38
3.2. La question de l’âge dans l’étude de la grande vieillesse .....	42
3.3. Les notions de cohorte et de génération .....	45
3.4. Intérêt de la notion de génération dans l’étude de la grande vieillesse	50
4. De l’âge au parcours de vie.....	51
4.1. L’apport de la psychologie développementale du lifespan.....	51
4.2. De la psychologie développementale du lifespan au paradigme du parcours de vie .....	53
4.3. Contexte historique, parcours de vie et vieillesse .....	58
4.4. Standardisation et dé-standardisation du parcours de vie .....	63
5. Réflexion sur la délimitation de la grande vieillesse.....	67
Chapitre 2 : Une étude sur le vieillissement, l’enquête Vivre-Leben-Vivere.....	68
Introduction .....	68
1. Le contexte de l’étude Vivre-Leben-Vivere.....	68

1.1.	Une étude qui se situe dans le contexte de recherche actuel en gérontologie .....	68
1.2.	Un lieu de recherche : le CIGEV .....	70
1.3.	L'étude Vivre / Leben / Vivere: Démocratisation de la vieillesse ? Progrès et inégalités en Suisse .....	72
2.	Une étude et un cadre conceptuel interdisciplinaires .....	74
2.1.	Les approches conceptuelles de l'étude .....	74
2.2.	Les dimensions étudiées dans l'étude VLV .....	78
2.3.	Enquêter la population âgée, un défi de taille .....	81
3.	Méthodologie de l'étude .....	82
3.1.	Élaborer un questionnaire interdisciplinaire .....	83
3.2.	Le terrain .....	87
4.	L'étude VLV et le grand âge .....	95
4.1.	La répartition du grand âge dans l'étude .....	95
4.2.	Les données sur le proxy .....	98
4.3.	Le questionnaire proxy, une spécificité du grand âge .....	101
5.	De la méthode à l'analyse .....	101
Chapitre 3 : La population du grand âge, ses lieux et modes de vie .....		104
Introduction .....		104
1.	Grand âge et enchâssement sociohistorique .....	104
1.1.	Des générations qui s'étalent de 1906 à 1932 .....	104
1.2.	Parcours et contexte socio-historique des générations de l'étude .....	105
1.3.	Des générations inscrites dans trois types de parcours de vie contemporains .....	109
2.	Modes de vie au grand âge .....	111
2.1.	Nationalité .....	111
2.2.	Etat civil .....	112
2.3.	Descendance .....	116
3.	Lieux de vie au grand âge .....	117
3.1.	Logement .....	118
3.2.	Isolement résidentiel .....	121
3.3.	Remarques à propos du taux de réponse sur la résidence .....	124
4.	Traverser et survivre : les routes vers les modes et lieux de vie au grand âge .....	125

Chapitre 4 : Les inégalités sociales au grand âge.....	127
Introduction : Comment parler des inégalités sociales au grand âge ? .....	127
1. Définir les inégalités sociales .....	131
1.1. Définir .....	131
1.2. Le cas suisse .....	132
1.3. Inégalités sociales et grand âge .....	133
2. Niveau de formation .....	133
3. Mobilité professionnelle : premier et dernier emploi.....	138
4. Ressources financières au grand âge .....	147
4.1. Niveau de revenu.....	147
4.2. Pauvreté au grand âge, quel(s) profil(s) ? .....	154
4.3. Logement.....	155
5. Similarité et dissimilarité .....	157
6. Discussion .....	159
Chapitre 5 : Santé et inégalités et sociales .....	161
Introduction .....	161
1. Aspects théoriques de la santé .....	161
1.1. Comment définir la santé ?.....	161
1.2. Santé et vieillissement, une évidence sous couvert de malentendus .	162
1.3. En Suisse.....	164
1.4. Grand âge et inégalités sociales : le paradoxe des genres et l'effet de l'éducation.....	165
1.5. Question de recherche : les inégalités sociales de santé sont-elles plus ou moins accentuées au grand âge ? .....	166
2. La santé dans l'étude VLV.....	168
3. Les troubles physiques et les maladies chroniques .....	169
3.1. Les troubles de la santé physique dans l'étude VLV.....	170
3.2. L'évaluation des comorbidités .....	174
4. La santé fonctionnelle.....	177
4.1. La construction historique d'un concept .....	177
4.2. La santé fonctionnelle dans l'étude VLV .....	179
4.3. Santé fonctionnelle : les résultats VLV .....	180
5. La santé psychique.....	186
6. La fragilité .....	190

6.1.	Définir la fragilité et la dépendance .....	190
6.2.	Mesurer la fragilité et la dépendance .....	192
6.3.	Analyses et résultats.....	194
6.4.	Retour critique sur les mesures d'évaluation de la santé.....	199
7.	Les inégalités sociales de santé à 80 ans et plus .....	201
7.1.	Inégalités sociales de santé psychique .....	202
7.2.	Inégalités sociales de santé fonctionnelle .....	204
7.3.	Analyses : régressions logistiques multinomiales et indice de dissimilarité .....	207
8.	La santé au cœur du débat .....	213
Chapitre 6 : Maintenir le bien-être .....		215
Introduction .....		215
1.	La notion de bien être .....	215
1.3.	La notion de bien-être dans de précédentes études .....	216
1.4.	Le paradoxe du bien-être au grand âge .....	218
1.5.	Le bien-être dans l'étude VLV, une notion phare .....	219
2.	Mesure et évaluation du bien être .....	220
2.1.	Mesure et évaluation du bien-être dans les études précédentes.....	220
2.2.	Le bien être subjectif dans l'étude VLV .....	224
3.	Point critique sur l'évaluation du bien-être.....	234
CONCLUSION.....		237
ANNEXES.....		253
Indice de dissimilarité du niveau de formation .....		253
Indice de dissimilarité du niveau de revenus.....		255
Indice de dissimilarité de la catégorie socioprofessionnelle.....		256
Indice de dissimilarité de la santé fonctionnelle .....		258
Indice de dissimilarité de la santé psychique .....		259
Indice de dissimilarité de la fragilité.....		260
Mobilité professionnelle .....		261

## Résumé

Cette thèse porte sur les conditions de vie et de santé au grand âge en Suisse. Nous entendons par là les individus âgés de 80 ans et plus, une catégorie de la population qui connaît actuellement un des taux de croissance les plus élevés. Cette forte augmentation, associée au phénomène de l'allongement de l'espérance de vie, suscite l'intérêt scientifique car elle est sans précédent, mais elle provoque aussi des inquiétudes de la part de l'opinion publique et des politiques quant aux risques socioéconomiques et sanitaires qu'elle porte, notamment concernant la capacité de l'Etat social à financer les pensions de retraite ainsi que les aides et soins. Ces craintes, jointes à des représentations sociales creusant la distinction entre troisième et quatrième âge, contribuent à alimenter une perception à la fois négative et homogène de la grande vieillesse, perçue principalement en termes de maladies et de déclin. Mais l'accroissement de la population nous renvoie aussi à la problématique de la « démocratisation » de la dernière période de la vie. En effet, jusqu'à récemment, atteindre des âges très avancés était réservé à quelques privilégiés sans autres distinctions entre eux que celle de leur robustesse face à la Camarde. Ce travail s'attèle donc à aller au-delà du sens commun et des idées préconçues à propos du vieillissement. Il approfondit l'étude de la composition de la population très âgée en adoptant l'angle des inégalités, sociales et de santé, un aspect encore peu développé dans la recherche sur le grand âge.

Cette recherche s'appuie sur un cadrage théorique ancré dans le développement historique de la gérontologie sociale qui se focalise sur les théories du vieillissement ainsi que sur la spécificité de l'étude du grand âge (chapitre 1). Cette thèse s'intègre dans le projet de recherche : « Vivre / Leben / Vivere – Démocratisation de la vieillesse ? Progrès et inégalités en Suisse », dont les données empiriques sont issues d'une enquête transversale quantitative couvrant plus de 1'800 individus âgés de 80 ans et plus (chapitre 2). Un échantillon d'une telle ampleur constitue une occasion unique d'étayer la composition du grand âge en termes de modes et lieux de vie de façon représentative (chapitre 3). Puis l'analyse se centre sur la persistance des inégalités sociales dans la dernière partie de l'existence (chapitre 4) ainsi que sur le domaine incontournable de la santé, mais au regard, moins courant, des inégalités sociales qui marquent tant la santé physique que psychique (chapitre 5). La question du bien-être personnel, subjectif, est ensuite abordée en donnant la parole aux plus âgés quant à leur propre perception de leur vieillissement, et ce toujours en différenciant les statuts sociaux (chapitre 6). Cette thèse démontre ainsi la persistance d'inégalités sociales dans la grande vieillesse, des inégalités liées notamment au parcours de vie et qui impactent la santé et le bien être des plus âgés. Elle met également en avant des inégalités flagrantes entre femmes et hommes, documentant ainsi le paradoxe du genre au grand âge.

## Remerciements

Cette thèse est le résultat d'un travail de plusieurs années de recherche. Elle s'est construite par étapes, où chacune des phases achevées m'ont poussé à aller vers la suivante. Je l'ai souvent comparée à une ascension en haute montagne faite de paliers à atteindre avant d'arriver au sommet. Ce chemin accompli jusqu'au manuscrit final reste avant tout un parcours solitaire, fait d'apprentissages et de dépassements de soi face à ses limites. Mais c'est aussi un chemin que je ne saurais apprécier à sa juste valeur sans le concours des personnes qui m'ont soutenu, de près ou de loin, dans l'aboutissement de cette thèse et que je tiens sincèrement à remercier dans ces quelques lignes.

Mes remerciements vont tout d'abord à mon directeur de thèse, le Professeur Michel Oris pour m'avoir donné l'opportunité, suite à mon stage de master, de poursuivre mon cursus universitaire en réalisant un doctorat et ainsi continuer l'aventure VLV. Je le remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir su me guider dans l'élaboration de ma recherche tout en me laissant une autonomie nécessaire à tout doctorant. Je lui suis également reconnaissante pour sa disponibilité, ses suggestions avisées et ses relectures attentives tant sur le fond que sur la forme de mon travail.

Je remercie ensuite les membres de mon jury de thèse, de l'intérêt qu'ils ont eu pour mon sujet de recherche, de leur lecture avisée ainsi que de leurs critiques et conseils constructifs. Ma reconnaissance va ainsi à Messieurs les Professeurs Eric Widmer et Claudio Bolzman que j'ai eu l'occasion de côtoyer tout au long de l'enquête VLV. Je remercie également, Madame la Professeure Nathalie Burnay, que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de différents colloques et séminaires et avec qui j'ai pu discuter de mon travail durant mon parcours doctoral.

Mes remerciements s'adressent aussi au projet de recherche VLV, mené dans le cadre d'une requête Sinergia et du pôle de recherche national LIVES, financés tous deux par le Fonds National de la recherche suisse et dirigé par le Professeur Michel Oris. Cette enquête a rendu possible la réalisation de cette thèse en offrant un cadre de travail propice et motivant. A cela, s'ajoutent les opportunités proposées notamment par le programme doctoral LIVES et les nombreuses ressources du pôle de recherche (workshops, rencontres entre chercheurs et doctorants).

Je remercie également tous mes collègues du CIGEV pour leur amitié, leur soutien et leur encouragement tout au long de ces années. Merci pour tous les moments partagés ensemble et pour la motivation que vous avez su m'apporter au quotidien afin d'achever cette thèse.

Je tiens enfin à remercier mes proches, ma famille et mes amis pour m'avoir soutenu et encouragée. Merci à mes parents pour la confiance et le support tout au

long de cette aventure, merci ma maman d'avoir pris le temps de relire l'ensemble de mon manuscrit et d'avoir repéré les coquilles et fautes d'orthographe restantes. Merci à mon amie Orane pour son soutien et sa présence à tous les moments de la thèse ainsi qu'aux promenades bénéfiques avec Poupi et Itsuko. Merci enfin de tout mon cœur à Mickaël pour son soutien, son réconfort et sa présence à mes côtés.

## Liste des abréviations

AVS : Assurance-vieillesse et survivants

CIGEV : Centre interfacultaire de gérontologie et d'étude des vulnérabilités

EMS : Etablissement médico-social

EPF : Ecole polytechnique fédérale

FNS/ FNRS : Fonds de Recherche National Suisse

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

PIB : Produit intérieur brut

QAA : Questionnaire auto-administré

QFF : Questionnaire face à face

VLV : Vivre- Leben- Vivere

## Liste des figures

Figure 1. Evolution de la population âgée de 80 ans et plus en Suisse .....	8
Figure 2. Modèle de la transition démographique .....	10
Figure 3. Evolution de la mortalité infantile et de l'espérance de vie .....	10
Figure 4. Transition démographique en Suisse : évolution du taux brut de natalité et de mortalité 1870-2000 .....	11
Figure 5. Population résidente en Suisse par âge et sexe aux 1ers janvier 1900 et 2010.....	12
Figure 6. Courbes de survie et intervalles interquartile d'âge au décès selon le sexe dans la région lémanique en 2000 .....	16
Figure 7. Courbe de survie stylisée, avec et sans incapacité. Courbe de survie observée à la mortalité, et de survie hypothétique à la morbidité chez les femmes nées aux Etats-Unis en 1980 .....	20
Figure 8. Représentation schématique du modèle à trois temps selon le type d'enquête .....	44
Figure 9. Modèle théorique de recherche interdisciplinaire .....	75
Figure 10. Représentation schématique des interactions de groupe VLV .....	79
Figure 11. La procédure d'approche de l'étude VLV.....	90
Figure 12. Situation professionnelle et relation du proxy avec ego (en %) VLV .....	100
Figure 13. Inscription des cohortes dans l'histoire. Diagramme de Lexis .....	110
Figure 14. Etat civil selon la classe d'âge et le sexe (en %) VLV .....	113
Figure 15. Etat civil selon le sexe et la classe d'âge quinquennale (en %) VLV .....	115
Figure 16. Etat civil des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV.....	116
Figure 17. Lieu de vie selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	120
Figure 18. Lieu de vie des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV .....	121
Figure 19. Proportion d'individus vivant seuls selon la classe d'âge (en %) VLV .....	122
Figure 20. Isolement résidentiel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	123
Figure 21. Isolement résidentiel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	124
Figure 22. Isolement résidentiel selon l'état civil (en %) VLV .....	124
Figure 23. Hypothétique de la composition de la population âgée de 80 ans et plus .....	127
Figure 24. Niveau de formation selon l'âge et le sexe (en %) VLV .....	135
Figure 25. Niveau de formation des personnes non aptes (en %) VLV .....	137
Figure 26. Première profession selon l'âge et le sexe (en %) VLV .....	139
Figure 27. Dernière profession selon l'âge et le sexe (en %) VLV .....	140
Figure 28. Dernier emploi des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV .....	142
Figure 29. Niveau de revenus mensuel brut du ménage selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV.....	150
Figure 30. Niveau de revenus mensuel total brut du ménage des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV .....	151
Figure 31. Niveau de revenu mensuel total brut individuel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV.....	152
Figure 32. Revenu mensuel total brut non apte selon le sexe (en %) VLV .....	153
Figure 33. Type de logement selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	156

Figure 34. Troubles physiques selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV.....	171
Figure 35. Troubles physiques selon le statut de santé des individus aptes et non aptes (en %) VLV .....	173
Figure 36. Hypertension artérielle selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	175
Figure 37. Statuts de santé fonctionnelle 8 items - AVQ de base + mobilité - selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	181
Figure 38. Statuts de santé fonctionnelle 5 items - AVQ de base - selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	182
Figure 39. Santé fonctionnelle - 8 items - selon le sexe et le statut de "santé" des individus aptes et non aptes (en %) VLV .....	185
Figure 40. Catégories de santé psychique selon le sexe et la classe d'âge .....	188
Figure 41. Catégories de santé psychique des non aptes selon le sexe .....	189
Figure 42. Statuts de santé (fragilité) selon le sexe et la classe d'âge .....	195
Figure 43. Statuts de santé parmi les individus non aptes selon le sexe .....	196
Figure 44. Nombre de dimensions atteintes sur l'indice de fragilité selon le sexe à 80 ans et plus (en %) VLV .....	197
Figure 45. Nombre de dimensions atteintes sur l'indice de fragilité des individus non aptes et aptes (en %) VLV.....	198
Figure 46. Nombre de dimensions atteintes sur l'indice de fragilité des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV .....	198
Figure 47. Statuts de santé - indice de fragilité avec un seuil de 3 dimensions atteintes sur 5- selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	200
Figure 48. Santé psychique selon le niveau de formation à 80 ans et plus .....	202
Figure 49. Santé psychique selon la catégorie socioprofessionnelle -dernière CSP - à 80 ans et plus (en %) VLV .....	203
Figure 50. Santé psychique et niveau de revenus à 80 ans et plus .....	204
Figure 51. Santé fonctionnelle et niveau de formation à 80 ans et plus .....	205
Figure 52. Santé fonctionnelle et catégorie socioprofessionnelle - dernière CSP - à 80 ans et plus (en %) VLV .....	206
Figure 53. Santé fonctionnelle et niveau de revenus à 80 ans et plus .....	206
Figure 54. Auto évaluation de l'état de santé actuel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	229
Figure 55. Santé auto évaluée comparée aux contemporains selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	231

## Liste des tableaux

Tableau 1. Répartition du type de questionnaire selon la classe d'âge .....	96
Tableau 2. Répartition de l'échantillon proxy par classe d'âge et par sexe .....	97
Tableau 3. Répartition des individus ayant répondu au proxy par sexe .....	98
Tableau 4. Répartition des individus ayant répondu au proxy selon leur lien avec ego .....	99
Tableau 5. Répartition des activités des individus ayant répondu au proxy .....	100
Tableau 6. Effectifs et proportion du grand âge selon le sexe et la classe d'âge ..	105
Tableau 7. Nationalité selon le type de questionnaire à 80 ans et plus .....	111
Tableau 8. Résultats de base sur l'existence d'enfants selon la classe d'âge .....	117
Tableau 9. Résultats de base sur l'existence de petits-enfants VLV .....	117
Tableau 10. Lieu de vie selon la classe d'âge VLV .....	119
Tableau 11. Réponses de base sur l'isolement résidentiel selon l'âge VLV .....	122
Tableau 12. Analyse des non réponses sur le revenu VLV. Régression logistique binaire modèle pas à pas .....	149
Tableau 13. Déterminants sociodémographiques et socioculturels du niveau de revenu. Régression logistique multinomiale .....	154
Tableau 14. Fréquence des troubles physiques VLV .....	171
Tableau 15. Santé fonctionnelle. Proportion d'individus rencontrant des difficultés ou des incapacités dans les AVQ selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV .....	183
Tableau 16. Fréquence des réponses sur les 13 items de santé psychique VLV ..	187
Tableau 17. Dimensions de la fragilité et seuil d'atteinte .....	193
Tableau 18. Déterminants sociodémographiques et socioculturels du statut de santé (mesure de la fragilité). Régression logistique multinomiale VLV .....	208
Tableau 19. Déterminants sociodémographiques et socioculturels du statut de santé (indice de fragilité augmenté au seuil de 3 dimensions sur 5). Régression logistique multinomiale VLV .....	209
Tableau 20. Déterminants socioéconomiques et socioculturels de la santé fonctionnelle. Régression logistique multinomiale VLV .....	210
Tableau 21. Déterminants sociodémographiques et socioculturels de la santé psychique. Régression logistique multinomiale VLV .....	211
Tableau 22. Effets de l'association de la santé fonctionnelle et de la santé psychique. Régression logistique multinomiale VLV .....	212
Tableau 23. Statut de santé psychique à 80 ans et plus selon le sexe et le statut de santé (en %) VLV .....	225
Tableau 24. Catégories de santé psychique selon le statut de santé à 80 ans et plus (en %) VLV .....	226
Tableau 25. Statuts de santé et santé subjective selon le sexe à 80 ans et plus ..	233
Tableau 26. Déterminants des facteurs liés à la santé subjective. Régression logistique multinomiale VLV .....	234



## INTRODUCTION

Cette recherche porte sur le grand âge, sur les octogénaires, nonagénaires et quelques centenaires, et plus spécifiquement sur les inégalités qui traversent cette population en termes socioéconomiques et de santé. Cette double question simple est étonnamment originale. En effet, ce que Jean-Pierre Fragnière (2016) appelle « la société de longue vie » est récente. Par ailleurs, les personnes très âgées tendent à être perçues comme très semblables. Ces deux éléments mêlent des réalités objectives et des représentations sociales ; ils méritent d'être d'emblée précisés dans cette introduction.

En Suisse, la dénatalité et l'allongement de l'espérance de vie ont pour conséquence de provoquer une augmentation de la population âgée et surtout, en son sein, la part qui survit jusqu'à des âges avancés. Ce groupe en croissance soulève des inquiétudes largement médiatisées qui trouvent écho dans les pouvoirs publics et la société en général. Cette peur s'appuie sur le coût des pensions et sur la capacité de l'économie suisse à maintenir le financement de la solidarité intergénérationnelle. Elle trouve aussi son origine dans une perception de la vieillesse en termes de dégradation inévitable de la santé lié au processus de sénescence. Le coût des soins et de l'aide s'ajoute donc à celui des pensions. Le vieillissement de la population revêt ainsi des enjeux importants d'ordres démographique, de par sa croissance ; socioéconomique, quant à la place et au rôle à donner aux âgés dans la société ; mais aussi sanitaire.

Ces défis d'aujourd'hui et de demain sont des constructions du temps. Juste après la deuxième guerre mondiale, l'âge de la retraite (65 ans) correspondait en Suisse à l'espérance de vie moyenne ; ce seuil marquait donc les dernières années de vie. La retraite étant dès lors vécue plutôt sur un temps court et synonyme d'une fin de vie dans une dignité préservée par l'Etat Providence. Désormais, en ce début du 21<sup>e</sup> siècle, cette période de vie s'étend généralement sur plus d'une décennie, voire une vingtaine d'années au-delà d'un âge légal de droit à la retraite qui, lui, est resté le même.

Une des conséquences est la cohabitation, parmi la population des retraités, de plusieurs générations : ceux qui viennent de clore leur vie active et leurs parents très âgés sont ainsi réunis, alors que leurs conditions et modes de vie diffèrent substantiellement et qu'ils sont associés à des perceptions de la vieillesse profondément différentes. A nouveau, il s'agit d'une construction de l'histoire. Avec l'avancée spectaculaire de l'espérance de vie, a émergé durant les dernières décennies l'image du jeune retraité actif et encore en pleine possession de ses ressources. Elle se distingue de la vision du grand vieillard, isolé, sénile, dépendant. Ces deux représentations coexistent, renvoyant en termes communs à ce qu'il est devenu usuel de qualifier de troisième et quatrième âge. Le premier qualifie le groupe le plus jeune des retraités tandis que le second désigne les plus âgés des

âgés. Si le troisième âge a suscité beaucoup d'intérêt et est désormais considéré comme une nouvelle période de l'existence offerte aux individus comme un « temps pour soi », délivré des contraintes professionnelles et dans une certaine mesure des charges familiales (Laslett, 1989 ; Lalive d'Épinay, 1991), le quatrième âge, quant à lui, concentre toutes les inquiétudes évoquées ci-dessus. Il renvoie à la perception la plus sombre de la vieillesse.

La dernière période de la vie a donc mauvaise presse. C'est certainement une des explications du peu d'études existantes. Le caractère relativement récent du grand âge comme réalité démographique significative explique aussi que les connaissances sur la vieillesse avancée restent lacunaires. C'est d'autant plus le cas que de manière évidente, nous ne pouvons transposer et appliquer tels quels les savoirs anciens au quatrième âge actuel. Il est donc nécessaire d'actualiser notre compréhension du vieillissement et en particulier de mieux connaître le grand âge.

L'enjeu de l'hétérogénéité s'impose alors avec force. En effet, parce que le grand âge reste peu exploré, les stéréotypes et les représentations ne sont pas suffisamment mises à l'épreuve par la recherche scientifique. À cet égard, subsiste la perception d'une catégorie d'individus marqués par la dégradation de leur état de santé mais aussi par la baisse des activités et des interactions sociales. Ainsi, le grand âge est-il perçu d'une façon homogène dans le sens où l'ensemble de la population très âgée serait soumis au processus de vieillissement biologique, et ce de façon similaire pour chaque individu la composant. Dans une perspective moins négative, le sentiment d'une cohésion exprime aussi le fait que les individus très âgés appartiennent à des générations proches et qu'ils ont donc traversé les événements et les changements sociohistoriques à peu près aux mêmes âges. C'est donc, désormais tous ensemble qu'ils basculeraient dans un quatrième âge, défini essentiellement par les affres d'une inéluctable dépendance.

Or, une des rares études sur la grande vieillesse montre que la dépendance, et d'une manière plus générale le sujet de la santé, peut être considérée et évaluée de façon différente et ne pas s'imposer de la même manière à tout individu vieillissant (Lalive d'Épinay, Spini & al., 2008). C'est pourquoi cette thèse s'est attelée à déconstruire un image fautive d'homogénéité en creusant le sujet des inégalités dans la dernière période de la vie, et plus particulièrement celui des inégalités sociales de santé, dans le sens où les individus âgés seraient atteints différemment dans leur santé selon leur statut social. Précisément pour les raisons évoquées ci-dessus, la question de la persistance des inégalités sociales au grand âge est un sujet qui a été encore peu abordé notamment du fait de l'omniprésence de la thématique de la santé.

Sur ce sujet peu exploré de l'hétérogénéité existe cependant une théorie ancienne, qui remonte à Darwin. Elle postule la sélection des individus dans la dernière partie de la vie qui admet que les personnes très âgées sont avant tout des « survivants »

de leur cohorte ; c'est en raison de leur résistance qu'ils atteindraient des âges avancés. Dans cette approche, leur robustesse est mise en avant, et ce en dépit de leur appartenance sociale, comme si à ce stade seul cet aspect primait. Cette sélection biologique peut être liée à une sélection sociale, les pauvres, les défavorisés, mourant les premiers (Oris & Lerch, 2009), les deux dynamiques contribuant à créer une population du grand âge homogène, peu traversée par les inégalités.

Une contre théorie est plus récente, moins célèbre, mais elle a été un des axes du projet de recherche dans lequel cette thèse s'inscrit : c'est l'hypothèse que la montée de l'espérance de vie et la proportion accrue de personnes atteignant et dépassant 80 ou 90 ans « démocratise » le grand âge ; ou en d'autres mots que le recul de la sélection par la mort crée une population plus hétérogène. Comme l'indique le titre du projet - *Vivre-Leben-Vivere. Old Age Democratization ? Progress and Inequalities in Switzerland* -, le progrès serait source d'inégalité (Oris et al., 2016). Une telle interprétation est soutenue non seulement par les travaux sur la mortalité différentielle, mais aussi par celles sur l'impact du parcours de vie et son rôle dans la construction des inégalités, notamment à travers les processus d'accumulation des (dés)avantages (e.g. Bihl & Pfefferkorn, 2008 ; Pavalko & Caputo, 2013 ; Dannefer, 2003).

Il nous est donc apparu indispensable de connaître la composition de la population très âgée en termes de conditions de vie et de santé. Au-delà, nous avons encore souhaité moderniser un questionnement aussi ancien que la gérontologie, celui de la « qualité » des années de vie gagnées. La seule manière de la mesurer sans tomber dans l'eugénisme ou dans une médicalisation à outrance, c'est en donnant la parole aux aînés eux-mêmes, en interrogeant leur subjectivité pour qu'il nous renseigne leur sentiment de bien-être. Mais en cohérence avec les objectifs centraux de notre recherche, ce bien-être doit être envisagé sous le double angle de la santé, ce qui est classique, et des inégalités sociales, ce qui est encore trop rarement fait.

La structure de cette thèse se présente dès lors sous l'articulation plutôt classique du cadre théorique, de la méthodologie adoptée et des principaux résultats. Ainsi, le premier chapitre est consacré aux aspects théoriques sur lequel s'appuie ce travail. Ce chapitre retrace le processus de réflexion qui s'est opéré à propos du sujet du grand âge à partir du développement du domaine de la gérontologie et des théories du vieillissement, jusqu'à leur héritage contemporain que constitue la perspective du parcours de vie. Le chapitre suivant est consacré à la méthodologie adoptée et à présentation de l'enquête sur laquelle reposent nos analyses. Il discute entre autres, l'élaboration et la construction des outils nécessaires au terrain ainsi que la récolte des données auprès de la population âgée. Les chapitres suivants sont dédiés aux analyses et principaux résultats obtenus à partir des informations collectées auprès des plus âgés. Ainsi, le chapitre trois propose une analyse exploratoire quant à la

composition générationnelle et socioéconomique (en termes de mode de vie et de lieu d'habitation) de la population âgée de 80 ans et plus. Le chapitre quatre approfondit le sujet de la composition de la population âgée en s'intéressant à la persistance des inégalités sociales dans la dernière période de la vie, notamment au travers du niveau de formation, de la trajectoire et de la position socioprofessionnelle ainsi que le niveau de revenus. Le chapitre cinq est consacré à l'inévitable sujet de la santé et donc du vieillissement biologique, tout en proposant de l'aborder sous l'angle des inégalités sociales en reprenant les variables utilisées dans le chapitre précédent. Quant au dernier volet de cette thèse, il propose de se pencher sur la thématique du bien-être dans la grande vieillesse et plus particulièrement de son maintien auprès d'une catégorie de la population plus affectée que les autres par les pertes en tout genre (décès de proches, perte d'autonomie, etc.) et dont les capacités d'adaptation et de résilience sont beaucoup sollicitées. Enfin, nous présenterons les conclusions et les limites que nous pouvons tirer de ce travail ainsi que les développements et les applications possibles de celui-ci.

## Chapitre 1 : Aspects théoriques du vieillissement

### Introduction : La problématique du grand âge

Pourquoi étudier la grande vieillesse ?

Le phénomène de l'allongement de l'espérance de vie amène les individus à vivre à des âges de plus en plus avancé. Le vieillissement humain et ses conséquences suscite l'intérêt des hommes depuis des millénaires et par conséquent celui des scientifiques. Plusieurs disciplines se sont penchées sur le sujet et il a même généré un domaine de recherche interdisciplinaire à part entière, celui de la gérontologie.

Néanmoins, la grande vieillesse reste un champ d'étude encore peu exploré du fait de son essor récent. Les premières recherches portant plus spécifiquement sur la population très âgée ont été conduites seulement à partir des années 1980 (e. g. Suzman & Riley, 1985 ; Bury & Holme, 1991 ; Romoren, 2003 ; Lalive d'Epina, Spini et al., 2008) et nécessitent d'être développées afin d'anticiper les conséquences du vieillissement à court et à long terme ainsi que dans le but d'approfondir les connaissances sur cette dernière partie de l'existence. Nous proposons d'aborder le sujet du grand âge au regard de trois grands aspects qui lui sont liés, à savoir la dimension démographique qu'il soulève, puis, la problématique inévitable de la santé et de l'avancée en âge, ainsi que la dimension sociale qui reste souvent un aspect négligé de la recherche.

Tout d'abord intéressons-nous à la dimension démographique. Le groupe des personnes âgées de 80 ans et plus représentent la catégorie de la population dont l'accroissement est le plus fort en Suisse. Constituée de 17 000 personnes au début du 20<sup>ème</sup> siècle, puis de 110 000 dans les années 1970, elle réunit aujourd'hui plus de 400 000 individus (408 700 en 2014) et représente 28% de la population âgée de 65 ans et plus en Suisse<sup>1</sup>. Ainsi, les 80 ans et plus représentent-ils une réalité démographique concrète du grand âge. Le choix de la limite des 80 ans pour former la catégorie d'âge de la grande vieillesse se retrouve fréquemment dans les études démographiques pour des raisons évidentes d'analyse statistique mais aussi pour

---

<sup>1</sup> Chiffres issus de l'Office Fédéral de Statistiques (OFS) consultables sur : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>

des raisons liées aux développements théoriques des réflexions à propos du vieillissement que nous aborderons plus loin dans ce chapitre.

Le second aspect porte sur la dimension de la santé qui représente un risque et une préoccupation majeure auprès de la population très âgée. En effet, l'avancée en âge marque une tendance accrue de voir son état de santé se détériorer et tend à être associée avec la perte d'autonomie et la dépendance (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011). L'évidence de la croissance d'une population très âgée nécessitant des soins et des aides est donc bien présente et cet enjeu impose de développer les connaissances scientifiques sur ce sujet car, paradoxalement, c'est en partie parce que la santé s'améliore, que la longévité augmente et donc que s'accroît la proportion d'individus susceptibles d'être touchés par les pathologies de la grande vieillesse (Oris & Lerch, 2009, Höpflinger et al., 2011).

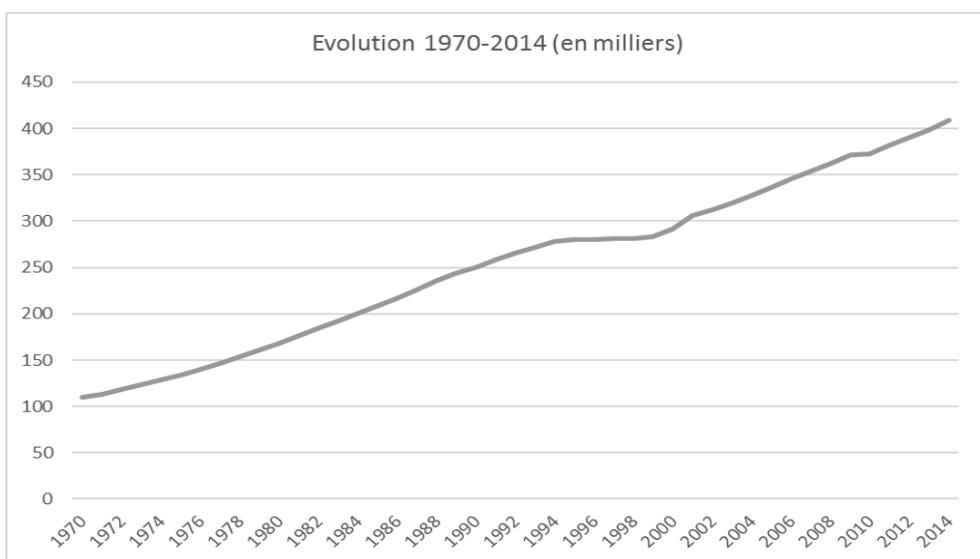
Enfin, le troisième aspect porte sur les dimensions sociales au grand âge, un domaine qui reste peu exploré par la recherche notamment du fait de la prépondérance de l'aspect sanitaire et médical. Au regard de l'apport théorique de la perspective du parcours de vie, finalement la dernière partie de l'existence peut être considérée comme le résultat ou l'aboutissement des trajectoires suivies par les plus âgés. Ainsi, même si la proportion de personnes vivant jusqu'à des âges avancés augmente, tous ne sont pas concernés ; ceux qui restent sont nécessairement sélectionnés par la survie. Et à partir de ce constat, se pose la question des inégalités sociales au grand âge car, tous ne bénéficient pas des mêmes conditions d'existence, notamment selon le sexe ou le statut social. De plus, atteindre un âge avancé est un phénomène historiquement situé et construit en raison du contexte socioéconomique et politique (en particulier en termes d'état-providence) dans lequel chaque génération a grandi ainsi qu'en raison de la pluralisation des modes de vie actuels (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013 ; Oris, Roberts, Joye & Ernst Stähli, 2016).

Ce travail de thèse questionne et approfondit l'étude de la population très âgée – octogénaires, nonagénaires et même quelques centenaires – en conservant à l'esprit ces trois aspects importants du grand âge. A partir de ces trois dimensions, nous pouvons plus spécifiquement nous interroger sur la problématique suivante. L'accroissement de la population, alliée à l'allongement de l'espérance de vie et à l'amélioration des conditions sanitaire et socioéconomique, fait qu'un plus grand nombre d'individus atteignent des âges avancés. Se pose alors la question de leurs conditions d'existence et celle de la composition de la population en termes d'homogénéités et d'hétérogénéité. Car cependant, atteindre la grande vieillesse, c'est aussi devenir le témoin et le survivant d'une génération qui s'éteint et donc faire encore partie d'une minorité comportant des spécificités propres. Ce travail propose ainsi de dresser un portrait de la population âgée actuelle en Suisse.

## 1. Aspects démographiques : les personnes très âgées, une population en augmentation

Comme nous l'avons d'emblée énoncé, une première raison de s'intéresser spécifiquement à l'étude de la grande vieillesse est le poids statistique de la population très âgée au sein de la population du pays (figure 1). C'est le sous-groupe qui détient actuellement le taux de croissance le plus élevé et les prédictions démographiques prévoient que d'ici 30 ans, il regroupera près d'un million d'individus (Kohli, Bläuer Herrmann, & Babel, 2006).

Figure 1. Evolution de la population âgée de 80 ans et plus en Suisse (OFS)



### 1.1. L'allongement de l'espérance de vie et la transition démographique

L'accroissement de la population âgée puis très âgée, est aussi connue depuis 1928 sous le terme de « vieillissement de la population » proposé par le démographe Alfred Sauvy (Bourdelaïs, 1997). Ce phénomène est la suite de la transition démographique elle-même combinée à d'autres facteurs tels que l'amélioration des conditions d'hygiène et de santé ainsi que l'influence du contexte socio-historique. L'historique du vieillissement de la population, les conséquences et les projections futures de celui-ci sont bien documentés, notamment par Bourbeau, Légaré et Ouellette à travers leur rapport publié en 2011 intitulé *Revue de la littérature sur l'évolution future de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en santé*. Bien que

leurs travaux de recension soient orientés sur le cas du Canada, ce texte constitue une source riche en connaissances théoriques pour mieux comprendre l'intérêt d'étudier la population très âgée.

Bourbeau et ses collègues expliquent que la théorie de la transition démographique a été développée en France par Landry (1934) puis reprise aux États-Unis par Notestein (1945). Elle a été élaborée à partir du constat d'un passage d'un changement de régime démographique caractérisé par un fort taux de mortalité et un fort taux de fécondité, à un régime démographique où l'on observe d'abord une diminution de la mortalité, suivie d'une baisse de la fécondité (figures 2, 3 et 4). Ce phénomène a été observé et étudié par les démographes dans les pays industrialisés en Europe et en Amérique du nord et a donné lieu à l'élaboration d'un modèle de transition démographique (Chesnais, 1986 ; Lévy, 1986). Selon ce dernier, la montée de l'espérance de vie et le contrôle de la fécondité amènent le modèle de la transition démographique à sa dernière étape, celle que nous connaissons actuellement, qui n'est stable qu'en apparence car elle est structurellement associée au vieillissement. En effet, la baisse de la fécondité associée à l'augmentation de l'espérance de vie provoque un phénomène de vieillissement de la population du fait d'une proportion moins importante de naissance - et donc de renouvellement de celle-ci - mais aussi du fait de la mortalité moindre dans les premières années de l'existence et de l'augmentation de l'espérance de vie qui fait qu'une proportion plus importante d'individus atteint des âges avancés. Une situation inédite caractérisant plus spécifiquement les pays occidentaux.

Figure 2. Modèle de la transition démographique (Pison, 2008)

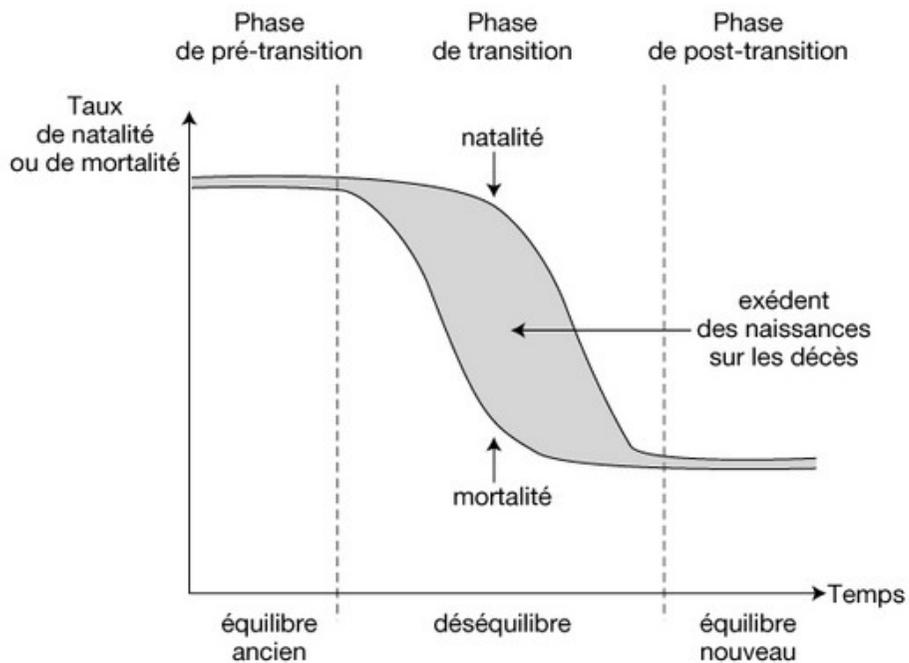
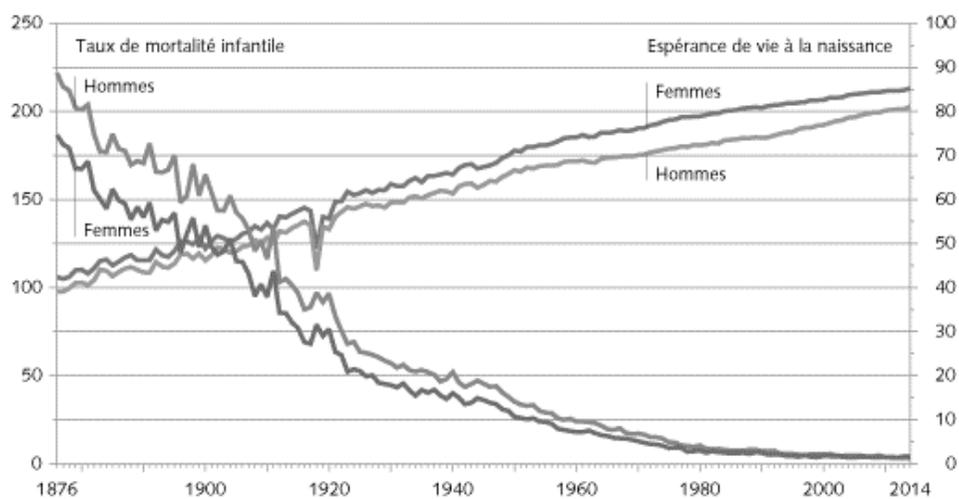


Figure 3. Evolution de la mortalité infantile et de l'espérance de vie (OFS)

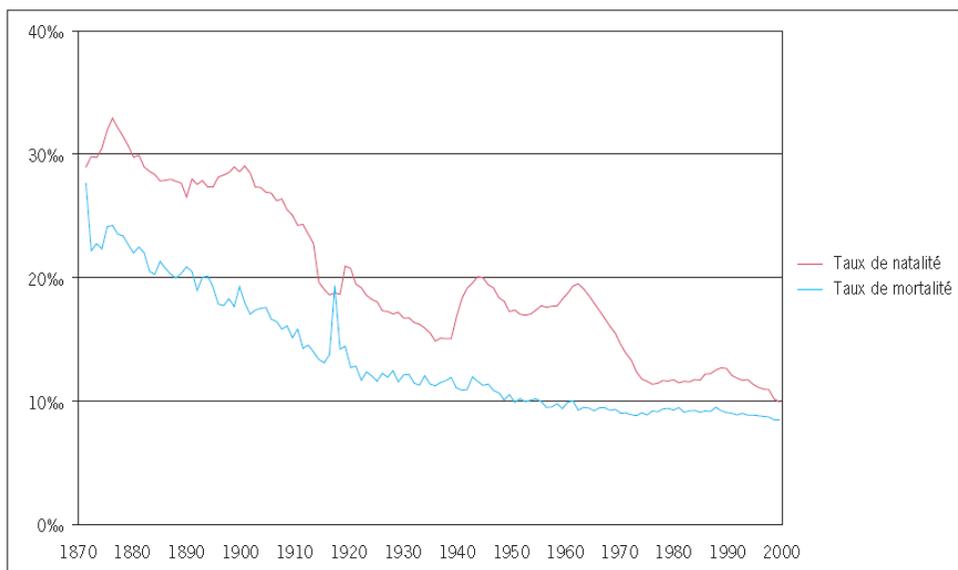
### Mortalité infantile et espérance de vie



Sources: OFS - ESPOP, BEVNAT, STATPOP

© OFS, Neuchâtel 2015

Figure 4. Transition démographique en Suisse : évolution du taux brut de natalité et de mortalité 1870-2000 (Wanner et al., 2005, p. 17)



Source: Office fédéral de la statistique

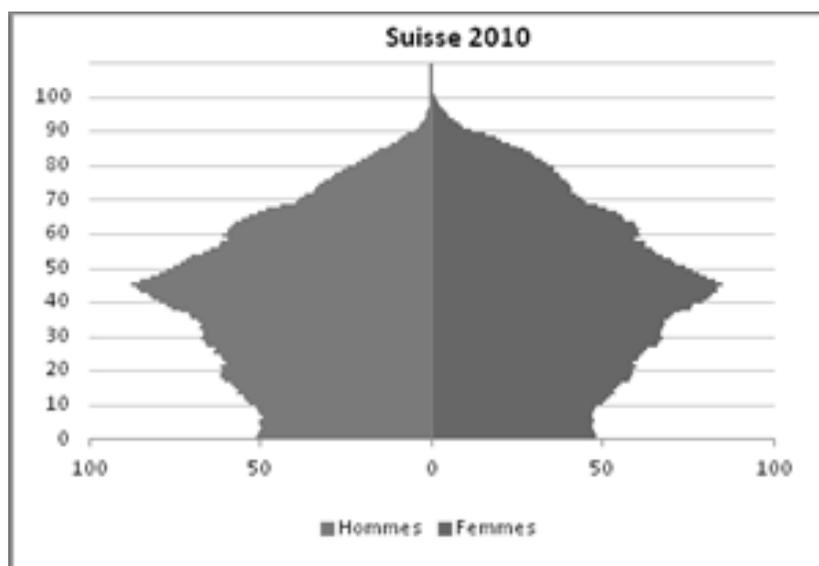
La Suisse ne constitue pas un cas à part, le pays voyant sa population vieillir inexorablement comme l'indiquent les pyramides des âges de la figure 5 (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley & Hussy, 2005). Wanner et ses collègues l'expriment en ces termes :

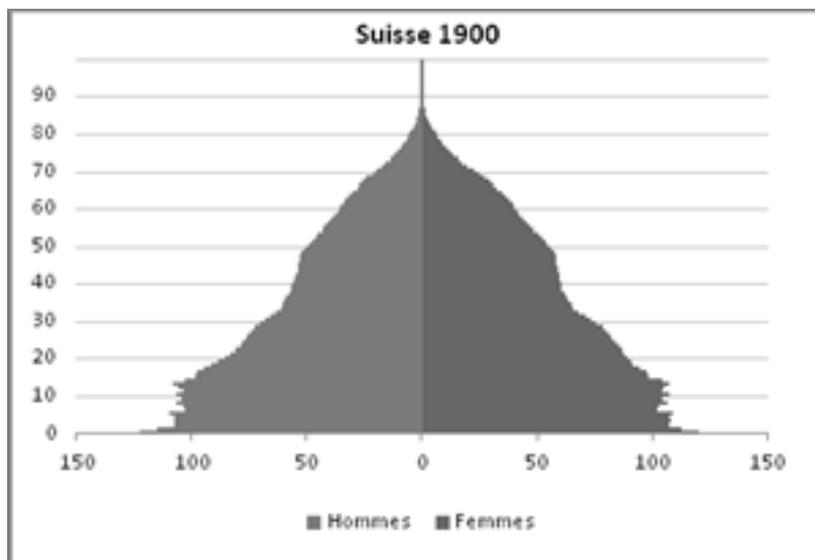
« Aujourd'hui, les générations les plus nombreuses sont encore relativement jeunes : au recensement 2000, 130 000 personnes forment la génération 1964 (âgée de 36 ans), dont l'effectif est le plus important. Parmi les enfants en bas âge recensés, on comptait 77 000 enfants nés en 1999, et 82 000 enfants nés en 1995, soit des effectifs bien plus élevés que ceux des générations du troisième âge\*, par exemple la génération 1935 (65 ans) au nombre de 66 000 unités ou 1930 (70 ans) au nombre de 59 000 personnes. Le processus du vieillissement n'a pas encore été accompagné d'une dominance numérique des générations âgées. Il en ira tout autrement dans quelques décennies : en 2050, il est prévu que la génération la plus nombreuse sera celle de 1993 (âgée alors de 57 ans), et que chaque génération âgée à cette date entre 65 et 72 ans comptera un effectif plus important que n'importe laquelle des générations âgées de moins de 15 ans (OFS, 2001). On sera alors effectivement dans une situation de pyramide des âges inversée, et dans une société pouvant alors être pleinement

qualifiée d'âgée ; en revanche, [...], le processus du vieillissement aura très certainement pris fin à cette date. » (Wanner et al., 2005, p.15)

Cependant, la transition démographique n'est pas la seule explication à ce phénomène qui est souvent présenté en concordance avec une autre transition qui elle contribue à expliquer le phénomène de l'allongement de l'espérance de vie il s'agit de la transition épidémiologique.

Figure 5. Population résidente en Suisse par âge et sexe aux 1ers janvier 1900 et 2010 (Oris & Remund, 2012, p. 206)





### 1.2. De la transition épidémiologique à la transition sanitaire

Nous venons de voir que le phénomène de la transition démographique, est entre autres caractérisé par une diminution du taux de mortalité. Cette réduction s'est principalement opérée d'abord à travers la diminution de la mortalité infantile et juvénile puis s'est déplacée plus tard aux âges adultes et avancés (Wanner et al., 2005). Les raisons renvoient notamment aux progrès médicaux et sanitaires qui se sont développés à partir du milieu du 18<sup>ème</sup> siècle, qui ont continués et se sont étendus dans le monde et qui se poursuivent encore de nos jours. Ces progrès ont permis un recul sans précédent de l'ensemble des pathologies infectieuses allant à l'encontre des phénomènes relatés jusque-là par les historiens de la santé (Grmek, 1983) qui mettaient l'accent jusque-là sur la succession des périodes de *pathocénoses*, c'est à dire des phases caractérisées par : « une dynamique épidémiologique particulière mettant en œuvre des ensembles pathologiques spécifiques » (Vallin & Meslé, 2010, p.2).

Vallin et Meslé rapportent dans leur article daté de 2010 que ce phénomène a été étudié dès les années 1970 par Abdel Omran qui est à l'origine de la théorie de la transition épidémiologique. Cette dernière montre selon lui, la dynamique du passage en trois « âges » épidémiologiques d'une période où prédominaient les maladies infectieuses et parasitaires à une époque de prédominance des maladies chroniques et dégénératives associées justement à la vieillesse et au vieillissement

(Omran, 2005)<sup>2</sup>. Dans un premier temps, avant que la transition s'opère, Omran parle de « l'âge de la peste et de la famine » (*The age of pestilence and famine*), une période qui est caractérisée par une mortalité forte et fluctuante, avec une médecine plutôt inefficace et où l'espérance de vie se situe en moyenne au-dessous de 30 ans. Cette première période est marquée par de nombreuses maladies infectieuses, des épidémies régulières ainsi que des épisodes de famine, ces fluctuations ayant une incidence forte sur le taux de mortalité. Puis, la seconde phase de la théorie décrit la transition épidémiologique elle-même, nommée « l'âge du recul des pandémies » (*The age of receding pandemics*). Elle est caractérisée par une médecine plus efficace et donc plus à même de faire reculer et d'endiguer les maladies et épidémies. Cette époque voit le taux de mortalité diminuer et l'espérance de vie s'allonger au fur et à mesure du temps (elle passe de moins de 30 ans à plus de 50 ans). La troisième et dernière phase théorisée par Omran est « l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société » (*The age of degenerative and man-made diseases*). Cette période voit s'achever les maladies et épidémies d'ordre infectieuses grâce aux progrès médicaux et sanitaires qui restent toutefois moins efficaces face à la hausse des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète, troubles du métabolisme) et aux risques engendrés par l'industrialisation et par les mutations sociales. Les maladies présentent dans les deux premières phases de la transition ayant un impact plutôt général sur la population alors que les maladies chroniques touchent plus fréquemment les personnes âgées.

Cependant la théorie développée par Omran a été par la suite discutée et critiquée, en particulier la dernière étape de la transition. Les chercheurs se sont demandés si une augmentation des maladies dégénératives et chroniques ainsi que des maladies de « société » a vraiment eu lieu. Pour les critiques, la théorie d'Omran rend compte de la réalité jusqu'à la fin des années 1960 où effectivement s'observe une hausse de la mortalité liée à une augmentation des problèmes cardiaques et à des maladies dites de « société » associées quant à elles, plutôt à la consommation de tabac et d'alcool (Vallin & Meslé, 2010, p.5). Toutefois, Vallin et Meslé expliquent que ce contexte des années 1960 voit la progression de l'espérance de vie dans les pays industrialisés se ralentir, voire plafonner (Vallin & Meslé, 2010, p.6) ce qui amène les chercheurs de cette époque à penser que l'humanité arrive aux limites de son espérance de vie. Les Nations Unies vont même jusqu'à décréter que toutes les populations convergent vers une espérance de vie d'environ 75 ans (Vallin & Meslé, 2010, p.6).

Néanmoins, à partir du début des années 1970 la croissance de l'espérance de vie reprend de plus belle en partie grâce à la « révolution cardio-vasculaire ». Il s'agit

---

<sup>2</sup> Version réimprimée de l'édition de 1971 (*The Milbank Fund Quarterly*, Vol. 49, No. 4, Pt. 1, 1971, pp. 509-538).

d'une avancée médicale importante en termes d'innovations thérapeutiques et chirurgicales qui ont amené un changement épidémiologique majeur dans la réduction efficace du taux de mortalité lié aux maladies cardio-vasculaires à l'âge adulte. Cependant, face à ces innovations, la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, et plus précisément le milieu des années 1980, voit l'irruption du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cause du sida qui remet en cause la seconde étape de la transition épidémiologique. Vallin et Meslé expliquent que ces évolutions ont poussé les chercheurs à repenser les étapes de la transition épidémiologique (Olshansky & Ault, 1986 ; Rogers & Hackenberg, 1987) et que Omran (1998) lui-même a apporté des compléments à sa théorie en lui ajoutant un quatrième « âge »<sup>3</sup>.

Bien que les idées qui sous-tendent cette théorie soient solides et aient largement résisté à l'épreuve du temps et des critiques, son seul fondement épidémiologique ainsi que les étapes décrites par Omran ne convainquent pas tous les chercheurs, qui préfèrent désormais utiliser le terme, plus complet, de transition sanitaire (Vallin & Meslé, 2010, p.7). Ce glissement sémantique a été proposé par Frenk et ses collègues dans leur article *Elements for a theory of the health transition* (1991) qui constitue un texte fondateur au niveau d'une approche nouvelle des questions de santé et de mortalité, prenant en compte d'autres éléments (systémiques, sociétaux, institutionnels et individuels) que la seule approche épidémiologique.

En tout cas, le changement de régime démographique ainsi que le passage d'un régime épidémiologique et/ ou sanitaire à un autre, est intéressant pour l'étude du grand âge dans le sens où cette dernière période de la vie cristallise les conséquences de ces changements en termes d'allongement de vie et de développement de maladies chroniques et dégénératives. Ainsi, les questions portant sur la santé et l'espérance de vie sont au cœur de cette thématique. En effet, l'amélioration des conditions de santé influence la longévité et de ce fait contribue à l'augmentation du nombre de personnes qui vivent jusqu'à des âges avancés. Toutefois, les connaissances et les prédictions concernant les limites de la santé et de l'espérance de vie restent encore incertaines et sont des sujets toujours largement débattus dans le monde scientifique (Seematter-Bagnoud, Paccaud & Robine, 2009).

### 1.3. *Le débat sur l'évolution future de l'espérance de vie*

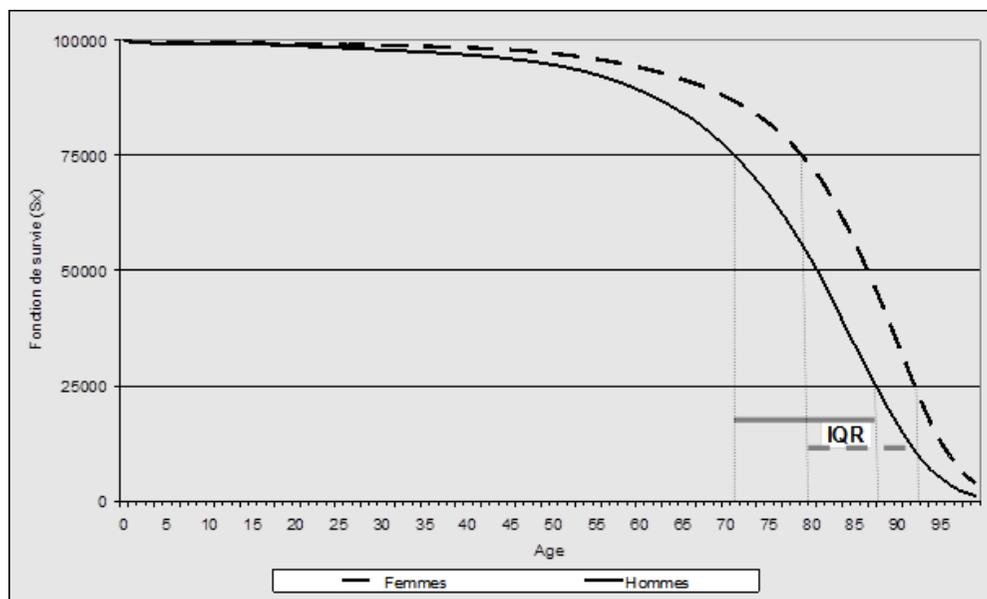
Nous venons d'évoquer le fait que les transitions démographique et épidémiologique (ou sanitaire) ont eu notamment pour conséquence une augmentation du taux de survie des individus. Il en résulte une rectangularisation des courbes de survie,

---

<sup>3</sup> « age of aspired quality of life with paradoxical longevity and persistent inequities » (Vallin & Meslé, 2010, p.6)

c'est-à-dire que de plus en plus d'individus vivent jusqu'à des âges très avancés et que la courbe démographique représentant la trajectoire de mortalité d'une population selon l'âge au décès, adopte une forme de plus en plus rectangulaire. Cette situation implique une compression de la mortalité, c'est-à-dire qu'une part importante des décès se concentre dans un intervalle d'âge avancé mais qui a tendance à se réduire de plus en plus au fur et à mesure du temps. Oris et Lerch illustrent ce phénomène dans le cas de la population très âgée vivant dans la région lémanique (figure 6). Ils utilisent l'intervalle interquartile d'âge au décès (IQR) et montrent que plus l'IQR est faible, plus la courbe de survie diminue de manière abrupte indiquant donc une mortalité plus compressée (Oris & Lerch, 2009, p. 415).

Figure 6. Courbes de survie et intervalles interquartile d'âge au décès selon le sexe dans la région lémanique en 2000 (Oris & Lerch, 2009, p. 416)



Ces constats démographiques et sanitaires alimentent à nouveau le débat des années 1960-1970 concernant l'évolution future de l'espérance de vie et la question de la durée limite (ou pas) de la vie humaine, mais plus encore celle de la « qualité » des années de vie ainsi gagnées. Les recherches sur le sujet identifient deux grands scénarios qui s'affrontent. Le premier, qualifié de « visionnaire » penche pour un progrès soutenu en termes d'allongement de l'espérance de vie. Il mise sur des avancées scientifiques en matière de recherches biomédicales sur le vieillissement capables de repousser les limites de la vie humaine au-delà de 150 ans, voire 200 ans pour les projections les plus visionnaires ! Le second scénario,

plus « traditionnaliste », penche plutôt pour une évolution de l'espérance de vie se dirigeant vers un plafonnement des gains futurs. Les chercheurs adeptes de cette hypothèse admettent qu'il y a une borne à la durée de vie humaine et que celle-ci ne peut se prolonger indéfiniment. Il existe également une troisième hypothèse sur ce sujet, dite « empiriste », qui se situe plutôt entre les deux extrêmes et qui estime qu'il y a bel et bien une limite à la vie humaine mais qu'elle n'est pas encore atteinte, du fait des gains importants qui se réalisent encore actuellement en matière de diminution de la mortalité aux âges avancés. Nous n'allons pas ici développer chacune de ces hypothèses qui sont détaillées notamment dans les travaux de Seematter-Bagnoud et al., (2009) ou encore de Bourbeau et al. (2010), mais nous allons nous appuyer sur ces auteurs afin de contextualiser les enjeux de tels scénarios dans l'étude de la grande vieillesse.

Le scénario qui voit l'évolution future de l'espérance de vie selon un progrès soutenu repoussant toujours les limites de la longévité s'appuie sur plusieurs arguments. Nous avons vu précédemment que les transitions démographique et sanitaire ont mis en avant un allongement de la durée moyenne de vie humaine, en tentant parfois de fixer une limite (comme celle de 75 ans, reprise par l'ONU jusque dans les années 1980). Cependant, force est de constater au-delà de 75-80 ans, une baisse inattendue de la mortalité au grand âge avec une survie réelle des individus âgés de 80 ans et plus, et donc une espérance de vie croissante. Vaupel et Lundström s'interrogent sur la longévité moyenne (l'espérance de vie à la naissance), ses limites et son évolution possible face aux incertitudes biomédicales qui persistent encore dans la recherche sur le vieillissement. Leur questionnement porte sur le rythme de la trajectoire de mortalité aux âges avancés ; en d'autre terme, ils se demandent si on constate, inexorablement, une augmentation du risque de mortalité lié à l'avancée en âge, ou bien si la probabilité de décéder se stabilise, voire recule passé un certain âge (par exemple au-delà de 85 ans), quand en raison de la compression de la mortalité, tous les « fragiles » ont été sélectionnés par la mort et que ne restent plus que les plus résistants (Vaupel & Lundström, 1994 ; Oris & Lerch, 2009). Thatcher, Kannisto et Vaupel ont tenté de répondre à la question dans une étude sur le sujet où ils ont notamment comparé six modèles de mortalité de populations âgées entre 80 et 120 ans. Ils en ont conclu que le modèle marquant une décélération de la mortalité au grand âge était le plus solide et le plus général (Thatcher, Kannisto, & Vaupel, 1998). De plus, ces résultats ont été par la suite confirmés par d'autres données réelles de mortalité et peuvent être reliés et soutenus à l'hypothèse de « l'hétérogénéité de la population » dans le sens où :

« Pris à âge égal, pour une multitude de facteurs explicatifs, certains individus sont plus fragiles que d'autres et décèdent donc plus précocement. Par conséquent, à mesure qu'on avance en âge, une sélection des individus les plus robustes s'effectue naturellement, ce qui explique pourquoi la mortalité n'augmente plus aussi rapidement une fois rendu aux âges avancés. » (Bourbeau, Légaré & Ouellette, 2010, p. 34)

Ce concept d'hétérogénéité de la population a été étudié en démographie (e.g. Beard, 1971, Le Bras, 1976, Vaupel, 1979 ; et plus récemment Remund, 2015). Nous posons ainsi un premier pas dans la problématique de ce travail quant à la question de l'homogénéité de la population très âgée. Ici se pose la question de la sélection des individus les plus robustes et de leur survie passé un certain « cap » de la vieillesse. Ceci dans le sens où les individus ne décèderaient pas de façon aléatoire au grand âge, mais qu'une fois arrivé à ce stade les plus résistants auraient encore une probabilité de survie notable.

Le second scénario mise sur le plafonnement des gains en matière d'espérance de vie et admet plutôt qu'il existe une limite de la durée de vie moyenne (qui serait fixée aux alentours des 85 ans). Les chercheurs partisans de cette hypothèse s'appuient sur plusieurs travaux, notamment issus du domaine de la biologie, en particulier ceux de Fries (1980). La première explication présentée par Fries est l'existence d'une limitation du nombre de dédoublement cellulaire au sein du corps humain tout au long de sa vie et qu'une fois atteint le dernier dédoublement, les cellules entament leur sénescence. La seconde explication avancée par Fries se situe non plus au niveau cellulaire mais au niveau de l'organisme humain en considérant sa capacité à maintenir une homéostasie qui se réduit avec l'avancée en âge. L'homéostasie désigne le processus par lequel l'organisme maintient son milieu intérieur en équilibre. Olshansky, Carnes et leur équipe se réfèrent aux fondements biologiques de Fries mais ils avancent également d'autres arguments : notamment la force de la sélection naturelle et l'idée d'une « inadaptation biologique » que représenterait une trop longue vie au-delà de l'âge de la reproduction, impliquant la probabilité de réapparition de maladies infectieuses et l'émergence de problèmes de santé majeurs comme l'obésité ou les maladies chroniques et dégénératives (Bourbeau, Légaré & Ouellette, 2010, p.39-42). Aussi ce scénario ne prend pas forcément en compte la composition de la population très âgée, puisqu'elle admet qu'il existe une limite à la durée de vie et que nous pouvons émettre l'hypothèse que les individus les plus résistants ainsi que les plus faibles sont soumis à cette même limite, rendant ainsi caduque la question de l'homogénéité ou non de la population très âgée.

Cependant les tendances actuelles en matière d'espérance de vie indiquent des résultats plus prometteurs que ce que les études d'Olshansky, Carnes et leur équipe avaient prévu. En effet, dans certains pays l'espérance de vie dépasse aujourd'hui les 85 ans pour les femmes et atteint par exemple, près de 87 ans pour la population féminine japonaise<sup>4</sup>. Il en va de même pour les prédictions concernant la Suisse. Ces deux hypothèses restent donc actuellement encore en suspens, mais une chose est sûre, la hausse de l'espérance de vie se poursuit chaque année (Vallin & Meslé, 2010) et conduit de plus en plus d'individus vers le grand âge. Ainsi

---

<sup>4</sup> Statistiques sanitaires mondiales 2014, Organisation mondiale de la Santé (OMS), consultable sur : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/fr/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/)

les questions qui se posent sur l'avenir de l'espérance de vie sont indispensables, mais elles amènent aussi à s'interroger sur un autre aspect de celle-ci, à savoir l'espérance de vie en santé.

#### 1.4. *De l'espérance de vie à l'espérance de vie en santé*

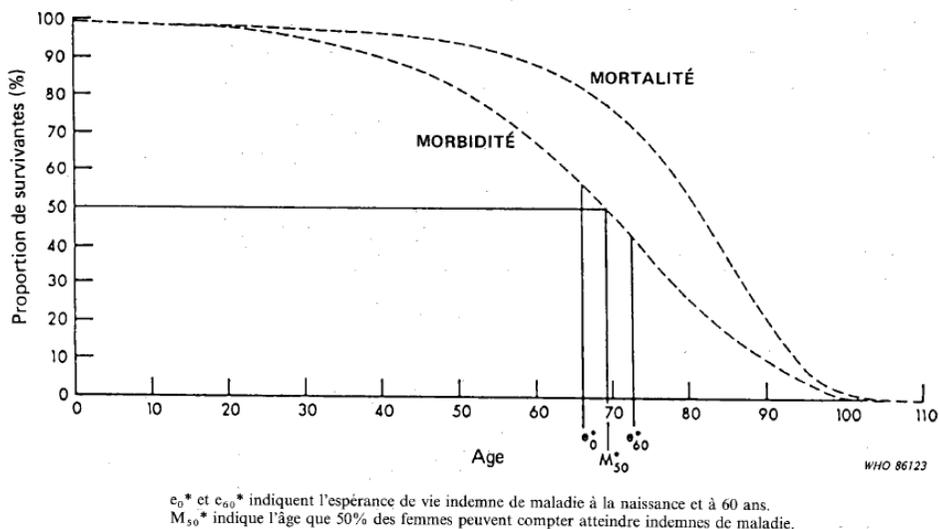
La santé, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, est : « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>5</sup>. Avec l'avancée en âge, la question du maintien d'un tel état devient un sujet primordial notamment en ce qui concerne la préservation de l'autonomie des individus. Son évaluation a donné lieu à la construction de plusieurs indicateurs comme l'espérance de vie sans incapacité ou l'espérance de vie ajustée à la santé. Le concept, très utilisé, d'espérance de vie sans incapacité a été développé par Sullivan au début des années 1970. Il permet de ventiler l'indicateur d'espérance de vie en plusieurs sous-ensembles selon différents états de santé (Sullivan, 1971). Appliqué et combiné graphiquement à l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité donne la représentation suivante (figure 7).

---

<sup>5</sup> Cette définition est l'originale tirée du préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New York du 19 au 22 juin 1946 et signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Consultable sur le site de l'OMS à l'adresse suivante :

<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Figure 7. Courbe de survie stylisée, avec et sans incapacité. Courbe de survie observée à la mortalité, et de survie hypothétique à la morbidité chez les femmes nées aux Etats-Unis en 1980 (OMS, 1984, p. 28)



Sur ce graphique, nous pouvons voir que la courbe de survie de la mortalité classique prend en compte une partie de la population souffrant d'incapacités (à différents degrés) tandis que la courbe de survie avec incapacité (ou morbidité) est bien évidemment en dessous de l'ensemble de la courbe générale de mortalité. L'espace entre les deux courbes montre ainsi la marge potentielle et les degrés de variation que représentent les individus atteints dans leur santé au cours du vieillissement.

Nous pouvons encore nous intéresser à un second indicateur, l'espérance de vie ajustée sur la santé qui : « représente le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé selon l'expérience moyenne d'une population » (Wolfson, 1996, *in* Bourbeau et al., 2010, p. 63). Il existe encore d'autres indicateurs, notamment basés sur le concept de fragilité que nous verrons plus loin, pour évaluer le niveau de santé des individus au sein d'une population.

Tout comme les prévisions sur l'évolution de l'espérance de vie, il existe des théories concernant l'évolution future de la santé et de la morbidité (Lalive d'Epinay, Bickel, Maystre & Vollenwyder, 2000, p.103-104). Nous assistons, selon certains auteurs, à une expansion de la morbidité tandis que d'autres envisagent plutôt une compression de celle-ci, certains chercheurs évoquant encore une situation intermédiaire qualifiée d'équilibre dynamique.

Une première hypothèse, celle de l'expansion de la morbidité envisage la santé et le vieillissement allant de pair avec une pandémie d'handicaps et de maladies. Elle émet l'idée qu'avec l'allongement de l'espérance de vie et une population plus nombreuse, le risque devient plus important de voir se développer davantage de maladies chroniques, d'incapacités et de troubles mentaux liés à l'avancée en âge.

Une seconde hypothèse, plus optimiste, entrevoit la santé et le vieillissement sous la forme d'une compression de la morbidité dans la grande vieillesse. Cette vision est notamment soutenue par Fries (1980, 1983) qui, rappelons-le, se positionne aussi dans le débat sur une durée de vie limite. Il considère que les avancées médicales, les améliorations en matière de condition de vie, les comportements et le style de vie conduisent à réduire le nombre d'années à vivre en mauvaise santé, provoquant de la sorte une compression de la morbidité sur un laps de temps plus court aux âges avancés. Selon cette hypothèse nous assisterions non pas à un risque accru que plus de personnes voient leur état de santé se dégrader au cours de l'avancée en âge, mais que cette dégradation de santé soit concentrée dans les derniers moments de la vie, un peu comme un « signal » ultime avant que la personne décède.

La troisième hypothèse, qualifiée « d'équilibre dynamique », se présente comme un intermédiaire entre l'hypothèse de la pandémie et l'expansion des maladies et celle de la compression de la morbidité. L'idée a été proposée par Manton pour lequel l'allongement de l'espérance de vie peut être causé notamment par un ralentissement du rythme de progression des maladies chroniques du fait de l'amélioration des soins et des progrès médicaux tout en ne les supprimant pas totalement (Manton, 1982, cité *in* Bourbeau, Légaré & Ouellette, 2010, p.64-65).

### **Le cas suisse**

Ainsi l'aspect démographique des prévisions de longévité et de santé, malgré des arguments parfois divergents, met l'accent sur le fait qu'il existe indéniablement une diminution de la mortalité aux âges avancés ainsi qu'une espérance de vie plus élevée qui va au-delà de tout ce que nous avons pu connaître jusqu'alors. Si nous nous intéressons au cas suisse en nous basant sur le rapport du recensement fédéral de la population réalisé en 2000, la longévité et la santé de la population présentent les caractéristiques suivantes.

Tout d'abord, l'espérance de vie à la naissance en Suisse a considérablement augmenté. En effet, elle est passée de 41 ans pour les hommes, et de 43 ans pour les femmes à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, à 77 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes plus d'un siècle après, au début de l'an 2000. Cette hausse de l'espérance de vie à la naissance se poursuit actuellement dans le pays où elle atteint 80.7 ans pour les hommes et 85.1 ans pour les femmes en 2012 (OMS, 2014). Par ailleurs,

au fur et à mesure du temps, l'écart entre les sexes a tendance à diminuer. Cependant, il subsiste des disparités cantonales en matière d'espérance de vie. Par exemple, les femmes vivent en moyenne plus longtemps dans le canton de Genève que dans celui de Bâle-Ville (respectivement 84 ans et 81.6 ans en 2000), tandis que les hommes du canton de Nidwald vivent en moyenne près de quatre ans de plus que ceux d'Appenzell Rhodes-Intérieures (respectivement 79 ans et 75 ans) (Wanner et al., 2005). Ces différences inter cantonales sont intéressantes à connaître et à prendre en compte puisque les données de ce travail ont été récoltées dans cinq régions de Suisse qui comportent effectivement des disparités entre-elles, comme les cantons urbains de Genève et de Bâle ainsi que les cantons plus ruraux de Berne (Mittelland, Seeland et Oberland), du Tessin et la région du Valais central.

Dans le chapitre du rapport consacré à la thématique de la longévité et de la santé, Guilley explique que ces variations peuvent être liées d'une part à l'environnement de vie comme le climat ou l'exposition aux risques (par exemple vivre dans une zone de montagnes) et d'autre part, à des facteurs qui peuvent être mis en relation avec la structure socio-économique de la population et les comportements individuels en matière de santé. C'est en étudiant les causes de décès et leur impact sur l'espérance de vie que Wanner et ses collègues ont identifié des problèmes de santé publique spécifiques aux régions (Wanner, Peng, & Cotter, 1997). Mais ils ont aussi mis en avant des différences de comportements individuels face à la santé, notamment en termes de prévention puisque ces chercheurs ont montré que, par exemple, les Suisses allemands font moins recours que les Suisses romands et les Suisses italiens aux examens préventifs comme la mammographie (Wanner, Raymond & Bouchardy, 2001), ce qui peut, en partie, apporter une explication aux disparités cantonales.

Toujours dans le même chapitre consacré à la longévité et à la santé des personnes âgées en Suisse, Guilley (Guilley *in* Wanner et al., 2005) évoque les deux thèses principales à propos de l'évolution future de la santé dont nous avons parlé précédemment, à savoir l'hypothèse de la « compression de la morbidité » et celle plus pessimiste de « l'extension des morbidités ». L'auteure positionne ainsi le cas suisse dans le scénario de la « compression des morbidités » au vu des résultats éloquentes qu'elle présente en termes d'espérance de vie sans incapacités qui sont en augmentation, et observant également une réduction du nombre d'années vécues avec incapacité.

Les préoccupations démographiques de l'allongement de l'espérance de vie et de l'évolution de la santé ont largement stimulé la réflexion théorique sur le vieillissement et, plus tard, spécifiquement sur la grande vieillesse. Ce sont les inquiétudes, liées à l'augmentation de la population âgée, à la place et au rôle que celle-ci peut avoir dans la société, qui ont en bonne partie donné lieu à l'élaboration de théories sur le vieillissement (Oris, Dubert & Viret, 2015). Comme nous l'avons

vu précédemment dans le cas des hypothèses concernant les projections futures de l'espérance de vie et de santé, plusieurs scénarios s'affrontent. Il en va de même pour les théories portant sur le vieillissement (du moins, nous allons le voir, pour les plus anciennes).

## 2. Théories du vieillissement et du grand âge

Depuis les années 1950, le sujet de la vieillesse et du vieillissement s'est élevé au rang de spécialité à part entière avec le développement de la gérontologie. Il n'y aurait pas de sens à retracer ici entièrement l'histoire et la trajectoire de son développement, du fait des caractéristiques multidisciplinaires de la gérontologie. Nous avons donc fait le choix de nous intéresser plus particulièrement aux dimensions sociales de ce domaine et proposons un historique qui retrace la dynamique réflexive qui s'est opérée à travers les grandes théories sociales sur le vieillissement depuis les années 1950, jusqu'aux réflexions actuelles dans lesquelles s'inscrit ce travail.

### 2.1. *Base historique de la gérontologie*

L'évocation du temps qui passe, du vieillissement et de la vieillesse sont des sujets qui se retrouvent déjà dans les écrits les plus anciens, tels le récit « *De Senectute* » de Cicéron dans l'antiquité romaine, ou les écrits saints. Ces textes ont aussi estimé et tenté de déterminer les limites d'âges de l'humanité évoquant parfois des exemples qui nous paraissent aujourd'hui aberrants, tels que l'âge canonique de 969 ans de Mathusalem ou celui de 595 ans pour Noé dans l'Ancien Testament ! Beaucoup d'auteurs, qu'ils soient poètes, écrivains, théologiens ou encore philosophes se sont intéressés au vieillissement et nous laissent des écrits qui retracent leurs réflexions sur le sujet. Cependant, l'étude scientifique du vieillissement débute à partir du 19<sup>ème</sup> siècle avec le développement d'études qui visaient à comprendre le phénomène de sénescence, notamment au travers des travaux du médecin français Jean-Martin Charcot (1874) sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques (Bourdelaïs, 1997). Ce type de recherche médicale peut être considéré comme un point de départ dans le développement de la pensée dans le domaine de la gérontologie et dans sa construction théorique qui s'est développée en parallèle de l'émergence des techniques statistiques, notamment via les travaux d'Adolphe Quetelet, ainsi qu'avec le développement et l'élaboration de nouvelles techniques de recherches (Hendricks & Achenbaum, 1999).

L'élaboration de théories sur le vieillissement a donc débuté sur la base de modèles issus de recherches médicales et dans la mouvance du positivisme ambiant,

notamment au travers de la dynamique de hiérarchisation des disciplines scientifiques basées sur leur complexité et leur intégration, modèle qui fut énoncé par Auguste Comte. C'est dans ce contexte qu'apparaissent au début du 20<sup>ème</sup> siècle les premiers essais de regroupement des connaissances et de théorisation du vieillissement, notamment sous la plume d'Elie Metchnikoff, un médecin d'origine russe, considéré comme le fondateur de la « gériatrie » avec son ouvrage intitulé *Etudes sur la nature humaine : essai de philosophie optimiste* paru en 1903. Dans le chapitre dix nommé *Introduction à l'étude scientifique de la vieillesse*, Elie Metchnikoff retrace les quelques connaissances et les aspects médicaux et physiologiques du vieillissement, mais il s'interroge aussi sur les aspects sociaux et à l'image que donne la vieillesse à l'époque. Il dit ainsi en ces termes dans l'introduction de son chapitre que :

« Non seulement, la science ne possède aucun remède contre la vieillesse, mais elle ne sait presque rien sur cette période de la vie de l'homme et des animaux. Il m'a été très difficile de résumer en peu de pages pour le lecteur l'état actuel de la médecine, tant il y a de choses à dire sur ce sujet. Par contre, quelques lignes pourraient suffire pour lui rendre compte de nos connaissances sur la vieillesse, tout ce que l'on sait étant bien peu de chose. » (Metchnikoff, 1903, p. 298)

La suite de son argumentation consiste principalement en un état des connaissances de l'époque sur le vieillissement autant humain, animal que végétal en terme médical et biologique. Metchnikoff expose et discute les savoirs qu'il a à sa disposition pour conclure sa réflexion sur l'avenir et en quelque sorte ses espoirs à propos de l'étude scientifique de la vieillesse. A la fin du chapitre, il délivre en effet un message optimiste en matière de progrès et d'espérance d'allongement de la vie humaine, dont nous reprenons ici les extraits qui nous semblent les plus pertinents.

« La science, même dans son état actuel d'imperfection, n'est donc pas désarmée dans la recherche des procédés pour empêcher ou au moins pour atténuer l'empoisonnement lent et chronique de l'organisme qui aboutit à la dégénérescence de nos meilleurs éléments. Dans les cas où ce dépérissement a pour cause la syphilis ou l'alcoolisme, la lutte doit être dirigée contre ces deux fléaux. Depuis longtemps, la manière de conduire cette lutte nous est connue et si la réussite n'est pas meilleure, c'est à cause de l'indifférence des gens intéressés. » (Metchnikoff, 1903, p. 336)

Après ce jugement où s'entremêlent déjà le social et le moral – une confusion qui perdure aujourd'hui encore - Metchnikoff entame une réflexion sur l'historique et les diverses méthodes et élixirs censés prolonger la vie :

« Notre conscience intime nous dit que notre existence est trop courte ; aussi depuis très longtemps cherche-t-on à la prolonger. Sans parler des tentatives du moyen âge pour trouver un élixir de vie, les penseurs sérieux,

de tous les temps, se sont préoccupés de cette question. Descartes croyait avoir trouvé le moyen de prolonger la vie humaine, ce à quoi il tenait beaucoup. [...] Une des méthodes les plus anciennes pour prolonger la vie humaine était ce qu'on appelait *Gérokomie*, qui consistait à mettre les vieillards en contact avec des jeunes filles. » (Metchnikoff, 1903, p. 336-337)

Puis, il arrive sur le sujet d'une méthode de prolongement de la vie humaine via l'alimentation avec la technique de la macrobiotique, un sujet très en vogue au cours du 19<sup>ème</sup> siècle. Metchnikoff croit en cette méthode et en parle en ces termes :

L'étude de ces ouvrages, pleins d'esprit scientifique, nous montre que la Macrobiotique est une science à édifier. L'examen détaillé des phénomènes de la vieillesse ne peut être qu'utile sous ce rapport. Dans tous les cas, il est impossible de considérer comme de pures chimères les projets pour rendre la vieillesse physiologique et facilement supportable, ainsi que ceux qui ont pour but de prolonger la vie humaine. Et ceci d'autant plus que les exemples de longévité ne manquent pas. » (Metchnikoff, 1903, p. 339)

Ensuite, Metchnikoff développe sa pensée sur des exemples de longévité en se basant sur des individus reconnus ayant largement dépassé 100 ans :

« On a enregistré un grand nombre de personnes qui vécurent plus de cent ans, ayant conservé leurs facultés intellectuelles et leur vigueur jusqu'à leur mort. Il est inutile de citer ici l'histoire de ces gens, dont quelques-uns ont acquis l'âge de 120, 140 et jusqu'à 185 ans (Saint Mungo à Glasgow). » (Metchnikoff, 1903, p. 339)

Il évoque aussi, les fameux personnages bibliques réputés pour leur longévité extrême que sont Noé et Mathusalem. Cependant, autant les exemples contemporains de Metchnikoff que les personnages bibliques auxquels il se réfère peuvent lui être discutés pour leur inexactitude. En effet, les registres de population ne se démocratisent qu'au cours du 19<sup>ème</sup> siècle et servent à enregistrer tout acte de naissance, de mariage et de décès, permettant ainsi de retracer l'âge au décès de chaque individu. Ce qui fait qu'aujourd'hui encore, l'espérance de vie maximale atteinte est de 122 ans et 164 jours, un record détenu par Jeanne Calment, une femme française, et que les âges de 120 à 185 ans de ses contemporains avancés par Metchnikoff semblent tout à fait improbables. Par contre, son message a gardé son actualité, il arrive que l'on vive très vieux en préservant ses capacités, surtout intellectuelles, et son autonomie physique, et cela s'impose comme un idéal de « bonne » vieillesse. De plus, il garde l'espoir d'un futur luttant contre les signes du vieillissement et de l'allongement de la durée de vie, un espoir toujours aussi vivant en ce début de 21<sup>ème</sup> siècle.

Ainsi, par ses idées et ses travaux à propos du vieillissement, Metchnikoff est considéré comme le précurseur de la gérontologie et a inspiré ses successeurs

dans le développement théorique et empirique de ce domaine scientifique. Par la suite, nous retrouvons dans la littérature trois auteurs qui ont apporté une contribution importante à l'édification de l'étude scientifique du vieillissement.

Il s'agit tout d'abord de Nascher, un médecin d'origine autrichienne, qui est le fondateur de la gériatrie en tant que spécialité médicale et qui est considéré comme un précurseur dans la sociologie de la santé en raison de la perspective d'analyse compréhensive qu'il adopte dans ses travaux. Il publie un article en 1909 qu'il intitule *Geriatrics* dans la revue *New York Medical Journal*, puis un ouvrage du même nom, *Geriatrics : The Diseases of Old Age and Their Treatment* en 1914. Nascher a de multiples intérêts et œuvre également pour une approche transdisciplinaire du vieillissement en prenant en compte l'importance du contexte dans lequel se trouvent les personnes âgées. (Achenbaum, 2004 ; Hendricks & Achenbaum, 1999).

Par la suite, quelques années plus tard, les travaux du psychologue Hall vont venir apporter une pierre à l'édifice de la gérontologie. Hall est un chercheur qui s'est d'abord intéressé au développement de l'enfant et de l'adolescent, mais il porte aussi des intérêts à l'approche behavioriste, à la biologie et à la théologie. A la fin de sa carrière, à un âge avancé (78 ans), il publie en 1922 *Senescence : The Last Half of Life* qui est un ouvrage fortement inspiré de son vécu et de son expérience personnelle du vieillissement. Hall se réfère aux travaux de ses prédécesseurs, dont Metchnikoff et Nascher, et intègre à sa recherche des conseils pratiques aux personnes âgées (Hendricks & Achenbaum, 1999 ; Bourdelais, 1997). Des chercheurs comme Nascher ou Hall ont aussi été très actifs dans la diffusion et la communication des travaux sur le vieillissement puisqu'ils sont également à l'origine de la création de revues et de sociétés gérontologiques promouvant l'étude de la vieillesse.

Les travaux du biologiste Cowdry ont également été marquants. Il a publié un ouvrage important en 1939, intitulé *Problems of Ageing*, ouvrage qui est considéré comme un des premiers « manuels » gérontologique et qui rassemble toutes les connaissances acquises au sujet du vieillissement de l'époque, proposant une base « théorique » pour les futures études. Cet ouvrage réunit plusieurs auteurs issus de différentes disciplines scientifiques qui offrent un état des lieux à propos de la question du vieillissement sous plusieurs points de vue (Hendricks & Achenbaum, 1999). Cowdry a ainsi contribué au développement multidisciplinaire de la gérontologie aux Etats-Unis, en collaborant avec des scientifiques issus de plusieurs horizons (médecine, anthropologie, psychologie, etc.). Il est aussi le fondateur de la première conférence scientifique sur le vieillissement, qu'il organise avec le soutien d'une jeune fondation dédiée à la médecine (The Josiah Macy, Jr. Foundation) à Woods Hole dans l'état du Massachusetts (Park, 2008).

Nous pourrions encore évoquer d'autres auteurs et ouvrages clefs dans le domaine du vieillissement au début du 20<sup>ème</sup> siècle, mais nous proposons au lecteur de s'en

tenir à ce bref historique sur le développement de la gérontologie qui permet de poser une première base sur les théories du vieillissement que nous allons détailler ensuite. Pour cela, nous invitons le lecteur à un saut dans le temps, après la Seconde Guerre Mondiale, pour nous intéresser aux théories qui ont émergées à partir des années 1950, notamment au sujet de l'aspect social du vieillissement. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, la fin du 19 me siècle et le début du 20 me siècle sont marqués par de forts changements et perturbations qui ont des répercussions sociales. Les préoccupations démographiques et l'émergence de la gérontologie portent, au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, des préoccupations sociales, notamment au sujet de la place et du rôle des personnes âgées dans la société. Pour Hendricks et Achenbaum (1999) tout comme pour Bourdelais (1997), ce sont les études sur le vieillissement en sciences sociales qui ont mené à l'élaboration de nouvelles théories de la vieillesse. C'est notamment le cas en sociologie du vieillissement, où les auteurs distinguent trois générations de conceptualisation théoriques, qui sont chacune marquée par des innovations méthodologiques. Ces trois générations passent successivement d'une analyse centrée au niveau individuel, à une analyse au niveau macro et enfin à une analyse plus structurelle du vieillissement. Nous retrouvons également cette dynamique dans la construction de la perspective du parcours de vie que nous abordons plus loin dans ce chapitre. Ces réflexions vont donner lieu au développement de la gérontologie sociale, notamment à travers deux théories en partie antagonistes et à leurs successeurs, que nous allons à présent détailler.

## 2.2. *Des théories de l'activité et du désengagement au vieillissement réussi*

Les théories de l'activité et du désengagement ont été développées aux Etats-Unis durant les années 1950 et 1960 et ont longtemps été considérées comme des références dans le domaine du vieillissement.   l'époque, elles ne visaient pas seulement à décrire le vieillissement mais elles cherchaient d'ores-et-déjà, dans le prolongement de Metchnikoff,   dégager un modèle de vieillissement « réussi » (Caradec, 2012). Le sociologue français Vincent Caradec explique à propos des théories de l'activité et du désengagement :

« D'inspiration fonctionnaliste, ces théories considèrent que l'individu se trouve défini par les rôles sociaux associés aux positions statutaires qu'il occupe. Dans une telle optique, le vieillissement se caractérise par une perte de rôles, à la fois professionnels au moment de la retraite et familiaux avec le départ des enfants et le décès du conjoint. » (Caradec, 2012, p.97)

Les théories de l'activité et du désengagement partagent la même problématique, à savoir la question de savoir comment les personnes qui vieillissent font face à la perte de leurs rôles sociaux, et supposent donc par conséquent que le vieillissement

est synonyme de changement de statut social. Mais elles se distinguent par leurs réponses opposées.

### 2.2.1. La théorie de l'activité

La théorie de l'activité trouve son origine dans la parution de l'ouvrage *Older People* en 1953 par Havighurst et Albrecht. Ces auteurs s'appuient sur une enquête menée auprès d'un échantillon composé d'une centaine de personnes âgées vivant dans la région du Middle West américain. D'après les résultats qu'ils ont obtenus, ils en déduisent que les vieillards ont des conditions d'existence plutôt satisfaisantes et que leur satisfaction varie très peu selon l'âge et la condition sociale. Toutefois, ce sentiment de bien-être subjectif serait lié aux activités pratiquées par la personne âgée. Havighurst et Albrecht concluent alors que la clef du vieillissement réussi consisterait en une attitude volontariste de la part de l'individu, qui permettrait de le maintenir à un niveau élevé d'engagement dans la société (Havighurst et Albrecht, cité in Caradec, 2012, p.97-98). Cette attitude permettrait de compenser la perte des rôles sociaux que les individus âgés détenaient auparavant. D'ailleurs, Havighurst consacre plus spécifiquement un article paru en 1954 à ce sujet. Il parle d'adaptation et de flexibilité des rôles sociaux pendant la vieillesse et évoque le fait que durant cette période de la vie, certains rôles seraient intensifiés tandis que d'autres se trouveraient réduits. Ainsi, selon Havighurst le rôle de ménager et de ménagère se trouverait intensifié du fait de la retraite et de l'arrêt du travail professionnel qui dégage du temps pour l'entretien du foyer, notamment par des activités de bricolage, d'aménagement ou encore de jardinage. Il parle aussi du rôle de citoyen qui peut être intensifié et de l'implication de la personne âgée dans la vie sociale qui l'entoure par l'intermédiaire du voisinage ou des loisirs que la personne pratique, etc.

Ensuite, Havighurst évoque les rôles sociaux qui se réduisent au cours de l'avancée en âge, parmi lesquels les rôles familiaux de parents, lorsque les enfants partent du foyer, mais aussi celui d'époux ou d'épouse qui se rompt lors du décès du conjoint. Havighurst parle aussi de nouveaux rôles sociaux qui peuvent apparaître comme celui de grands-parents qui, au lieu de réduire les rôles familiaux, peuvent contribuer à les maintenir. Il avance ainsi l'idée du changement et de la flexibilité des rôles sociaux au cours du vieillissement. Cependant, tout en se plaçant dans le contexte américain des années 1950, Havighurst différencie la flexibilité et le changement des rôles selon le sexe. Ainsi, pour les hommes la période de la vieillesse impliquerait plus de changements et d'adaptation que pour les femmes dans le sens où, à cette époque, les hommes étaient quasiment les seuls à subvenir aux besoins du ménage par leur activité professionnelle (*male breadwinner model*), les femmes étant la plupart du temps au foyer. Du coup, l'arrêt du travail et la mise à la retraite pour les hommes nécessitent, selon l'auteur, plus d'adaptation au changement à la

vie au foyer et à la redéfinition de rôles centrés non plus sur la vie professionnelle mais sur la vie de retraité. De plus, ces changements de rôles et ces adaptations seraient en adéquation avec les désirs et les envies des personnes qui vieillissent et, plus l'individu serait flexible, plus il éprouverait de satisfaction face à son vieillissement (Havighurst, 1954).

### 2.2.2. La théorie du désengagement

La théorie dite du désengagement a été développée dans les années 1960 par Cumming et Henry dans leur ouvrage paru en 1961 et intitulé *Growing Old : The Process of Disengagement*. Basé sur une enquête menée auprès d'un échantillon de 279 individus âgés entre 50 et 90 ans résidant aux Etats-Unis, dans la ville de Kansas City, et avec comme précision de la part des auteurs : « tous en bonne santé et jouissant d'un minimum d'indépendance financière » (Cumming et Henry, cité in Caradec, 2012, p.98). Contrairement à la théorie de l'activité, le vieillissement est présenté comme une fatalité que subit l'individu, une fatalité qui toutefois serait acceptée tant par la personne âgée que par la société. Le sociologue Vincent Caradec traduit les propos de Cumming et Henry sous ces termes : « le vieillissement normal s'accompagne d'un éloignement ou « désengagement » réciproque de la personne qui vieillit et des autres membres du système social dont elle fait partie » (Caradec, 2008, p. 29).

Ainsi, selon Cumming et Henry, le vieillissement serait accompagné par la seule réduction des rôles sociaux des individus, aucun ne serait plus intensifié comme l'avancent Havighurst et Albrecht. La théorie du désengagement voit donc le vieillissement comme un processus caractérisé par une diminution des rôles sociaux assumés par l'individu, une baisse des interactions sociales, ainsi qu'un changement dans la nature des relations sociales qui deviennent davantage centrées sur les liens affectifs plutôt que sur la solidarité fonctionnelle. Ce processus mène vers un nouvel équilibre que Cumming et Henry nomment *l'existence désengagée* (Cumming et Henry, in Caradec, 2012, p. 98) et qui comporte selon eux quatre grandes caractéristiques. La première caractéristique est que le processus de désengagement est un phénomène réciproque, c'est-à-dire qu'au cours du vieillissement il va se produire un retrait de la société fondé sur une sorte de « commun accord » entre l'individu qui voit ses capacités diminuer et qui va plus se replier sur lui-même, et la société qui lui retire ses rôles sociaux tout en le sécurisant, en particulier par le biais de la retraite. La seconde caractéristique de la théorie du désengagement est que son processus est fonctionnel dans le sens où il répond à un double impératif social. Celui où il rend possible le remplacement des générations sur le marché du travail, tout en permettant à la société de se protéger de ce que Cumming et Henry appellent *les perturbations dans des activités essentielles* et les auteurs prennent comme exemple (extrême) le risque que

causerait le décès de personnes occupant des fonctions importantes (Cumming et Henry, *in* Caradec, 2012, p. 99). Ensuite, la troisième caractéristique fait de la théorie du désengagement un processus irréversible, dans le sens où la réduction du rôle social des personnes âgées et de leurs contacts sociaux ne peut aller qu'en s'amenuisant au fil du temps. Enfin, la dernière caractéristique évoquée par Cumming et Henry est le caractère universel de ce processus, mais ils ajoutent toutefois que celui-ci peut adopter une forme différente selon les cultures et le sexe des individus (Cumming & Henry, 1961).

### 2.2.3. Critiques de la théorie de l'activité et de la théorie du désengagement

Bien que très influentes, les théories de l'activité et du désengagement ont donné lieu à de sévères critiques dès les années 1970). Caradec, cite notamment la dénonciation par Townsend (1986) d'un « fonctionnalisme de connivence » envers ces deux approches. Il leur reproche le fait qu'elles occultent « la manière dont la société produit la dévalorisation du statut des personnes âgées et de légitimer ainsi le *statut quo* » (Townsend *in* Caradec, 2012, p. 100). Il conteste la théorie de l'activité pour sa perspective individualiste sur le vieillissement et l'accuse de rendre les personnes âgées responsables de leur sénescence et donc de délaisser en matière d'aides et de politiques publiques les problèmes que celles-ci peuvent rencontrer. La théorie du désengagement, quant à elle, a été vivement critiquée par Townsend pour son approche fataliste du vieillissement qu'il accuse de justifier l'exclusion des personnes âgées de la société par le retrait du marché du travail et tout comme pour la théorie de l'activité, par le désintérêt que celle-ci peut provoquer auprès des politiques publiques, par exemple au niveau de l'aide et du soutien qu'elles peuvent accorder à cette catégorie de la population. Les deux théories d'inspiration fonctionnaliste ont été aussi mises en cause en raison de leur manque d'adéquation avec la réalité. Caradec, cite notamment la critique faite par Hochschild (1975) envers la théorie du désengagement et dénonce son caractère à validité universelle et le fait que certaines de leurs données empiriques ne soient pas congruentes avec la théorie. En effet, celles-ci ont montré que tous les individus ne présentaient pas forcément une attitude désengagée lors de l'avancée en âge, n'adhérant donc pas aux caractéristiques du processus de désengagement de Cumming et Henry (données par rapport auxquelles, les chercheurs se justifient en avançant que les individus âgés non désengagés se trouvent faire partie d'une élite ou bien n'ont pas encore été touchés par le processus mais sont en voie de l'être, rendant ainsi la théorie infalsifiable). Ensuite, Hochschild adresse une double critique au concept même de désengagement à qui elle reproche d'être beaucoup trop général car il recouvre plusieurs dimensions en une (un concept « omnibus »), regroupant ensemble par exemple les variables sociologiques et psychologiques (Hochschild, 1975, p.557). La seconde critique adressée au concept porte sur son

appréhension seulement objectiviste et occultant l'aspect porté aux significations que les individus donnent à leur vieillissement. De même, des critiques similaires peuvent être adressées au concept sous-jacent à la théorie de l'activité, notamment sur la signification de l'engagement (ou du désengagement) des individus âgés dans une activité (Caradec, 2012, p. 101).

Cependant, qu'elles aillent dans le sens d'un maintien des activités ou bien d'un déclin de celles-ci, les théories de l'activité et du désengagement amènent avec elles leur propre vision du vieillissement et en déterminent un parcours précis. Les auteurs de chacune des théories proposent en quelque sorte des théories « clefs en main » pour comprendre et expliquer la place du vieillissement dans la société et le rôle que les personnes âgées doivent y tenir. Ces théories exposent les problèmes liés au vieillissement tout en proposant les solutions à ceux-ci. Aussi, un point crucial pour notre thèse sont qu'elles postulent un effacement des stratifications sociales à la retraite vu qu'elles omettent cet aspect pourtant structurant de la société, et proposent donc une vision qui réduit tous les vieillards à un modèle unique, « le vieux ». Ainsi, même les élites seraient, dans cette optique, en voie de se fondre dans le moule, en raison d'un processus de vieillissement biologique dominant tout. Ces théories ont aussi eu un fort impact dans la recherche gérontologique par la suite, notamment dans l'idée de rechercher les trajectoires de vieillissement « réussi » face aux trajectoires menant vers un déclin. En ce sens, elles trouvent aujourd'hui encore un écho avec l'idée de « vieillissement actif ».

#### 2.2.4. Théorie du vieillissement réussi

Comme nous l'avons vu dès le début de ce chapitre, le vieillissement a souvent été envisagé sous l'angle de la santé. La recherche scientifique s'est efforcée dès le départ d'étudier le processus de vieillissement afin de comprendre mais aussi de contrer les déficits et les maladies liés à celui-ci. La recherche gérontologique s'est orientée vers une distinction entre un vieillissement teinté des atteintes liées à l'avance en âge et un vieillissement qui omet cette fatalité. Nous retrouvons cette distinction en démographie, notamment avec les notions d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacités (cette seconde catégorie exclut une part des déficiences et maladies qui peuvent être par exemple latentes) (voir Robine, Michel & Branch, 1992). Dans les recherches nous retrouvons dès lors souvent la distinction entre un vieillissement normal et un vieillissement pathologique. Pourtant, selon deux chercheurs reconnus, Kahn et Rowe, cette séparation comporte des limites.

Kahn et Rowe affirment, dans un article paru en 1987, que jusque-là, la recherche sur le vieillissement s'est concentrée sur les pertes et les déficits en lien avec l'avancée en âge, en adoptant une démarche de recherche focalisée sur les

groupes d'âges et l'âge chronologique. Les auteurs s'interrogent ensuite sur le concept du vieillissement « normal ». Ils insistent dans un premier temps sur un biais méthodologique important. Dans les études scientifiques, les personnes âgées ayant des déficits et/ ou des maladies sont souvent exclues de l'échantillon et/ ou des analyses afin de distinguer le vieillissement « normal » du vieillissement « pathologique ». Mais cette exclusion porte nécessairement à discussion, puisqu'elle exclut des types particuliers de problèmes tout en pouvant en garder d'autres, peut-être plus latents. Ainsi, pour Kahn et Rowe ces distinctions créent des limites à la recherche gérontologique dans le sens où elle néglige l'hétérogénéité de la population âgée. Ils expliquent encore que mettre uniquement l'accent sur la normalité présuppose un aspect « lisse » du vieillissement, sans problème, exempt de tout risque. Une autre limite citée par ces auteurs, est l'implication relative du concept de ce qui est normal, qui est défini comme un état naturel, signifiant donc que ceux qui ne suivent pas cette trajectoire de vieillissement ne se trouveraient pas dans la norme. En d'autres termes, il s'agit pour Kahn et Rowe de réfléchir à ce que représente le vieillissement normal, un concept qui concentre l'attention des recherches sur les connaissances à propos de ce que la majorité des personnes âgées font et ne font pas, ainsi que sur les caractéristiques physiques et psychologiques du vieillissement. La vision du vieillissement développée par Kahn et Rowe amène un nouveau point de vue, dans le sens où ils considèrent que celui-ci ne doit pas être seulement catégorisé selon les pathologies qui lui sont liées.

A partir de ce constat, les auteurs proposent une nouvelle distinction conceptuelle, le vieillissement « usuel » et le vieillissement « réussi » (ou *successful aging*). Elle regroupe et permet de catégoriser les individus âgés qui subissent les pertes typiques du vieillissement, qualifié de vieillissement usuel par Kahn et Rowe, et les individus âgés qui ne semblent pas ou moins affectés que les autres par les effets du vieillissement, et qui donc rentrent dans la catégorie du vieillissement « réussi » défini par les auteurs. C'est cette deuxième catégorie de personnes âgées, moins affectées par les effets du temps, qui intéresse les chercheurs et qui présente selon eux un intérêt pour la recherche, car c'est le modèle de trajectoire de vieillissement à suivre dont il importe dès lors d'explorer les mécanismes sous-jacents afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre. Dans la suite de leur article, Kahn et Rowe appuient leur classification sur les découvertes récentes de l'époque (c'est-à-dire à la fin des années 1980) au niveau du vieillissement, issues de plusieurs domaines, notamment médical.

Les recherches de Kahn et Rowe vont aboutir, une dizaine d'années plus tard, à l'élaboration d'une réelle théorie du vieillissement réussi (Rowe & Kahn, 1997). Selon eux, les clefs d'un vieillissement qualifié de réussi se trouvent dans trois grandes composantes de ce processus. Tout d'abord, une faible probabilité de développement de maladies et de déficits liés à ces maladies. Puis un maintien élevé des capacités fonctionnelles cognitives et physiques. Et enfin un engagement actif dans la vie. Chacune de ces composantes comporte des sous catégories. Par

exemple, les chercheurs prennent en compte les facteurs de risques qui peuvent affecter la santé, mais aussi le potentiel des individus quant à leurs capacités cognitives et physiques, ainsi que les différentes formes que peuvent avoir l'engagement actif dans la vie, que ce soient sous forme de relations interpersonnelles ou bien d'activités productrices de « sens » (Rowe & Kahn, 1997). Rowe et Kahn montrent ainsi que ce n'est pas uniquement l'état de santé qui détermine la voie d'un vieillissement réussi - et vont donc au-delà de la catégorisation vieillissement pathologique et vieillissement en santé - mais une combinaison de trois composantes incluant les dimensions physiques, cognitives et l'implication de la personne dans la vie.

Cependant, la théorie du vieillissement réussi de Rowe et Kahn a reçu des critiques du fait de son manque de validation empirique et d'implication pratique. Il a été également reproché aux auteurs de ne pas avoir pris suffisamment en compte une composante importante de notre recherche, la réalité des inégalités sociales (Masoro, 2001). Ces lacunes, que l'on retrouve dans les théories de l'activité et du désengagement, amènent à rendre les individus totalement autonomes, désencastrés des structures et responsables de leur vieillissement, ce qui peut mener à un désintéressement de la part des politiques publiques envers cette catégorie de la population. Cela manifeste aussi la confusion du social et du moral qui remonte à Metchnikoff (1903).

De plus, les études empiriques qui ont pris comme modèle la définition (même adaptée) du vieillissement réussi de Rowe et Kahn ont obtenu des résultats peu probants (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002). Le concept de « réussite » a été discuté et critiqué par Strawbridge et ses collègues dans leur article de 2002 où ils ont proposé leur propre concept du vieillissement réussi qui est lui est associé au bien-être. Ils le nomment *Self-rated Successful Aging* et ils le mesurent à l'aide de la question « I am aging successfully (or aging well) ? », que nous pourrions traduire brièvement par « Est-ce que mon vieillissement est réussi – est ce que je vieillis bien ? » Les résultats sont sans appel quand ils comparent les deux concepts puisqu'ils obtiennent une proportion bien plus importante de personnes âgées qui considèrent de manière subjective leur vieillissement réussi par rapport aux critères objectifs du vieillissement réussi de Rowe et Kahn. Il s'agit ici d'une question de point de vue et d'un repositionnement de la qualification du vieillissement réussi rendues aux acteurs, c'est-à-dire aux individus âgés qui expérimentent d'eux même le processus de vieillissement. En associant les composantes du vieillissement réussi, il est possible que peu d'individus âgés entrent dans les critères de la catégorie définie par Rowe et Kahn mais en le pondérant avec le concept de bien-être et plus particulièrement de l'autoévaluation de la réussite de son propre vieillissement, cela correspond à plus d'individus, comme l'ont montré Strawbridge et ses coauteurs. La notion de réussite est aussi discutée, notamment sur le fait que l'on ne sait pas déterminer ce qu'est une trajectoire de vieillissement réussie ou pas. Une question que nous pouvons placer au même titre que celle de savoir si nous

avons réussi ou pas notre vie. Le concept du vieillissement réussi a également été étudié à partir de la fin des années 1980, en Allemagne, entre autres par les psychologues Margret et Paul Baltes, mais avec une approche théorique différente de Rowe et Kahn. Ils rappellent que la gérontologie s'est longtemps focalisée sur le déclin et les pertes associés à l'âge et critiquent la notion de vieillissement réussi de l'époque (Baltes & Carstensen, 1996). Aussi, le couple Baltes considère que le vieillissement peut être infléchi, mais seulement jusqu'à une certaine limite, car de toute façon il poursuivra son œuvre irrémédiable d'une manière ou d'une autre. Pour les chercheurs allemands, le vieillissement réussi réside dans la forte capacité (qu'ils nomment plasticité) des individus à s'adapter aux situations qu'ils peuvent rencontrer au cours de la vieillesse et à rebondir face à l'adversité (leur capacité de résilience).

Plutôt que de préserver et renforcer les aptitudes pour pallier au vieillissement, les chercheurs préconisent une préparation à ce processus. Ils s'appuient sur la psychologie développementale *lifespan* et plus particulièrement sur l'axiome selon lequel le développement humain implique une relation dialectique entre gains et pertes, et ce à tout âge. Le couple Baltes développe alors le modèle de l'optimisation sélective avec compensation (Baltes & Baltes, 1993). Ce triple mécanisme mène au vieillissement « réussi », dans le sens précisément d'un maintien du bien-être subjectif. La sélection est un mécanisme qui permet à l'individu vieillissant de garder certaines activités importantes. L'optimisation caractérise le fait pour l'individu de fortement s'investir dans des activités importantes à ses yeux et de construire des stratégies afin de les réaliser au mieux. Enfin, la compensation est le dernier mécanisme qui conduit l'individu à adopter des techniques permettant de pallier les pertes qu'il subit. Pour illustrer ce modèle, les chercheurs évoquent l'exemple du célèbre pianiste Arthur Rubinstein qui a donné des représentations jusqu'à un âge avancé en ayant recours à ce mécanisme, tout d'abord en restreignant son répertoire (sélection) puis en s'entraînant davantage à jouer ces quelques morceaux (optimisation), tout en ralentissant le rythme de certaines parties musicales avant les mouvements rapides afin de produire un contraste voulu (compensation) (Baltes, 1997 in Caradec, 2012, p.104). A la différence du modèle de vieillissement réussi de Rowe et Kahn, celui des Baltes définit la réussite à partir de l'atteinte des objectifs que se sont fixés les individus eux-mêmes, et non pas selon des critères définis par les chercheurs. Ces objectifs peuvent d'ailleurs être très différents d'un individu à un autre. Cette approche à l'avantage de s'appuyer sur des données empiriques, telle que la mesure des gains et des pertes que rencontrent les individus au cours de la vieillesse.

Ce modèle propose une approche issue, comme nous l'avons évoqué dans le paragraphe précédent, de la psychologie du *lifespan*, une discipline qui s'intéresse au développement humain tout au long de la vie. Dans cette perspective, les situations hétérogènes au cours du vieillissement prendraient leurs sources dans la trajectoire passée des individus et dans leurs expériences antérieures. Nous

reviendrons plus loin dans ce chapitre sur cette idée, partagée avec la sociologie du parcours de vie.

Nous pourrions encore nous référer à d'autres auteurs qui ont travaillé sur le concept du vieillissement réussi, ayant eux-mêmes encore d'autres définitions et approches, mais nous avons fait le choix de l'aborder au regard de ce que ce concept apporte à l'étude de la grande vieillesse. A vrai dire, le modèle du vieillissement réussi semble s'appliquer à une trajectoire unidirectionnelle, allant selon ses critères les plus stricts d'une lutte, voire d'une négation, du processus du vieillissement, à une adaptation à celui-ci dans les théories les plus ouvertes. Cependant, le concept du vieillissement réussi véhicule toujours avec lui une idée et une perception précise de ce que doit être le vieillissement. Il est une bonne chose de prendre en compte les ressources et les capacités de chacun, ainsi que de lutter contre les aspects négatifs du vieillissement, mais cela ne reflète toutefois pas la réalité de la vieillesse et surtout, cela tend à dissimuler et/ ou à repousser à plus tard dans l'avancée en âge les aspects de la vieillesse « non réussie », lorsque que les individus ne rentrent plus dans les critères définis ou n'arrivent pas à s'adapter à leur propre vieillissement. Masoro fait d'ailleurs judicieusement remarquer que les ouvrages qui traitent de la grande vieillesse évoquent peu le concept de vieillissement réussi (Masoro, 2001), comme s'il fallait alors y renoncer.

#### 2.2.5. Des théories du vieillissement au concept de déprise au grand âge

Bien que les théories générales de l'activité et du désengagement semblent aujourd'hui quelque peu désuètes du fait de leur prétention à une validité universelle, Vincent Caradec leur reconnaît certains mérites, comme celui de considérer celles-ci comme deux modèles permettant de caractériser des trajectoires de vieillissement différentes et il leur trouve écho dans des travaux récents, notamment ceux de David Unruh. Ce dernier s'intéresse au sujet de l'intégration sociale des personnes âgées et considère l'avancée en âge comme une combinaison d'engagements et de désengagements. Unruh privilégie dans son étude l'engagement des individus dans ce qu'il nomme les « mondes sociaux », que Caradec décrit comme des formes d'organisations sociales « aux contours peu définis, dont les membres ne sont pas liés par leur coprésence dans un même espace, mais par le partage de perspectives semblables résultant d'un centre d'intérêt commun et de la participation aux mêmes canaux de communication. » (Caradec, 2012, p. 101-102). Ainsi, faire partie d'un club de cyclisme, de danse de salon ou encore de collectionneur contribue à engager la personne dans chacun de ces mondes sociaux. Aussi, Caradec explique que le niveau d'intégration de l'individu dans ces mondes sociaux contribue à jouer une plus ou moins grande place dans l'existence de celui-ci et que pour Unruh, de nouveaux engagements peuvent se substituer à d'autres. D'où un double mouvement et une combinaison

d'engagements et de désengagements lors de l'avancée en âge. Il prend pour exemple le veuvage qui peut d'une part rompre des liens avec certains mondes sociaux, mais d'autre part ouvrir sur de nouveaux engagements tels que le soutien entre veufs. Cependant, pour Unruh ce double mouvement n'est pas sans limite, ce que Caradec rapporte en ces termes : « Enfin, il semble qu'au-delà de la combinaison d'engagements et de désengagements décrits, la participation active aux mondes sociaux devienne plus difficile avec l'âge. Un certain retrait paraît ainsi se dessiner. » (Caradec, 2012, p. 102). Ce constat d'une diminution de l'engagement au grand âge pousse le sociologue à s'intéresser au concept de déprise qui a d'abord été initié par Barthe, Clément et Drulhe à la fin des années 1980. Le concept de déprise peut être défini : « comme le processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des difficultés accrues. » (Caradec, 2012, p. 103). Par difficultés accrues, il entend le fait, pour les individus âgés, de devoir « faire face à des contraintes nouvelles : une santé défaillante et des limitations fonctionnelles croissantes, une fatigue plus prégnante, une baisse de leurs « opportunités d'engagement », une conscience accrue de leur finitude. » (Caradec, 2008, p.30).

Aussi, le concept de déprise peut être interprété comme un héritier de la théorie du désengagement de Cumming et Henry. Caradec précise donc que :

« Celui-ci se situe dans une filiation critique par rapport à la théorie du désengagement : il lui reprend l'idée selon laquelle le rapport au monde tend à devenir problématique dans la vieillesse tout en s'inscrivant en faux contre la vision d'un désengagement qui adviendrait de manière mécanique, inéluctable et homogène. » (Caradec, 2012, p. 103)

Cependant, il s'en détache en précisant que les différences entre les deux perspectives sont importantes dans le sens où :

« Tout d'abord, la réduction des activités n'est pas appréhendée, dans l'approche de la déprise, comme une manifestation implacable du vieillissement, mais comme un processus qui n'advient que sous l'effet de certains « déclencheurs » et qui conduit à l'adoption de stratégies variées. Ensuite, la déprise n'est pas considérée comme étant fonctionnelle pour la société : elle résulte, plus simplement, de l'adaptation à des contraintes nouvelles dont la probabilité d'apparition s'accroît au fil de l'âge. Enfin, la déprise n'est pas irréversible : il arrive qu'à une phase de déclin des activités succède un « rebond », par exemple après le décès d'un proche où d'une maladie. » (Caradec, 2012, p. 104)

Enfin, Caradec, fait le parallèle entre le concept de déprise et celui, issu de la psychologie, d'optimisation sélective avec compensation développé par Baltes. Concrètement, ces théories portent l'implicite de la distinction entre un 3<sup>e</sup> et un 4<sup>e</sup> âge et concernent avant tout le second qui, s'il a été ciblé par des élaborations

théoriques importantes, a été moins étudié en termes empiriques, en particulier avec une méthodologie quantitative.

Quant à la question de la composition en termes d'homogénéité ou d'hétérogénéité de la population âgée (et encore plus de la population très âgée), elle se trouve sous entendue à travers les apports théoriques que nous venons d'évoquer. En effet, les théories de l'activité et du désengagement, par le fait même qu'elles omettent l'effet de la stratification sociale, présuppose que la composition de la population âgée est homogène en termes de rôle social et de trajectoire de vieillissement. De même, les théories du vieillissement réussi mais aussi les aspects démographiques de l'espérance de vie avec et sans incapacités ont tendance à lisser la composition de la population âgée en offrant soit une trajectoire de santé robuste et valorisante, soit une trajectoire de santé déficitaire, qui selon les études qui s'y intéressent doit être contrée. Mais bien des recherches se rattachant à ce courant sont dans le déni car elles ne prennent en compte que les individus en bonne santé, occultant une partie de la population. Ainsi, ces corps théoriques conduisent à donner une image homogène et unilatérale de la population âgée, les individus étant tous soumis au processus de sénescence de la même manière.

### 3. Etudier la grande vieillesse

Il y a tout juste 30 ans, était publié un article qualifié d'exploratoire, tiré de la première conférence scientifique portant sur la population des *oldest old* aux Etats-Unis, littéralement *les plus âgés des âgés* (Suzman & Riley, 1985). Il s'agissait d'une première pierre à l'édifice du savoir scientifique sur le grand âge, une population et un domaine ayant jusque-là trouvé peu d'intérêt aux yeux des chercheurs. La gérontologie s'est considérablement développée à partir des années 1950, mais la prise de conscience scientifique de l'intérêt d'étudier le grand âge est plus récente et se situe dans les années 1980. Cet intérêt tardif peut s'expliquer notamment par le phénomène de la transition démographique dont les répercussions sont visibles seulement des décennies plus tard, associé à l'allongement de la durée de vie qui fait qu'une proportion plus importante d'individus atteint le grand âge depuis somme toute peu de temps. Cela fait de ces générations, dont les effectifs croissent en importance, les pionnières de l'expérimentation de la vie dans la grande vieillesse. C'est bien là leur singularité. Jusqu'alors, la prise en compte des personnes les plus âgées n'apparaissaient pas ou que très peu dans les recherches et les spécificités de cette population avaient donc tendance à s'effacer du fait de leur faible poids statistiques dans les échantillons (Lalive d'Epinau, Spini et al., 2008, p.11), ainsi que de la centration de l'attention sur les progrès dont bénéficiaient les « jeunes vieux ».

### 3.1. Les recherches sur le grand âge, un domaine d'étude récent

Étudier le vieillissement et plus spécifiquement la grande vieillesse a amené les chercheurs à s'interroger sur sa définition et sa délimitation (Bourdelaïs, 1997). Aux États-Unis, la chercheuse Bernice Neugarten a proposé une catégorisation par classe d'âge de la population âgée américaine. En 1974 déjà, elle distinguait deux groupes, un premier qu'elle nommait les *young old* et qui correspondait approximativement aux personnes âgées entre 55-65 ans (selon l'âge légal et maximum d'accès à la retraite) et 75 ans et un second groupe qu'elle appelait les *old old*. Ce dernier rassemblait les individus âgés de 75 ans et plus, 75 ans représentant pour elle le véritable seuil d'entrée dans la vieillesse. Dans son article, Neugarten met l'accent sur le potentiel de la catégorie des *young old* en tant que nouvelle période de la vie qui s'offre aux personnes âgées, dégagée des contraintes professionnelles et familiales. Tandis que la catégorie des *old old* renvoie encore à l'image traditionnelle de la vieillesse sénescence. Même si l'auteure parle du potentiel des individus à rester autonomes dans cette dernière partie de leur vie, elle consacre ici sa réflexion aux potentielles augmentations de demande de soins et d'aides auprès de la population très âgée et à la part de budget des politiques sociales qu'il faudra allouer à celle-ci (Neugarten, 1974). Au milieu des années 1980, cette délimitation est reprise par Richard Suzman et Matilda Riley, chargés d'organiser la première conférence sur le sujet de la grande vieillesse. Cette conférence marque une date clef et va donner lieu à une série d'articles exploratoires ainsi qu'au lancement de recherches sur ce thème (Suzman, Willis, & Manton, 1992). Suzman et Riley ajoutent une troisième catégorie à la population âgée, celle des *oldest old* (Suzman & Riley, 1985). Elle désigne littéralement les individus les plus âgés des âgés, c'est-à-dire ceux ayant franchi la barrière des 85 ans et plus. Les seuils de la vieillesse sont alors redéfinis de la manière suivante : les *young old* désignant les personnes âgées mais qui ne sont pas encore « vieilles », les *old old* représentant ceux en train de devenir vieux et les *oldest old*, qualifiant les plus âgés des âgés proprement dits.

Bien que l'aspect démographique du processus de vieillissement semble similaire, en tout cas dans les pays occidentaux, les chercheurs américains s'attachent à ces trois catégorisations de la vieillesse à partir du milieu des années 1980. Parallèlement, en Europe se développe une délimitation de plus en plus marquée entre troisième et quatrième âges mise en avant notamment par l'historien britannique Peter Laslett, qui en 1989 consacre un ouvrage resté célèbre à l'émergence du troisième âge, intitulé *A Fresh map of life. The emergence of the Third age*. Laslett place la limite entre le troisième et le quatrième âge à 80 ans. Il définit le troisième âge en tant que première période de la vie après la retraite, ce qui rejoint la catégorie des *young old* de Neugarten, et comme Neugarten

auparavant, il voit le quatrième âge comme une catégorie plus représentative de l'image traditionnelle de la vieillesse (Laslett, 1989). Cette catégorisation se retrouve encore fréquemment dans les travaux de chercheurs européens et notamment francophones (e. g. Wanner et al, 2005 ; Caradec, 2012 ; Lalive d'Epina y & Cavalli, 2013).

Le milieu des années 1980 représente une période charnière dans l'intérêt scientifique pour l'étude du grand âge, en tout cas aux Etats-Unis. Suite à la conférence dirigée par Suzman et Riley sur le sujet des *Oldest Old*, le National Institute of Aging lance en 1985 le premier programme de recherche focalisé sur le grand âge. Les grands axes étudiés qui se retrouvent dans les ouvrages parus en 1985 et 1992 auxquels Riley et Suzman ont contribué, et qui portent surtout sur les enjeux démographiques du grand âge (Taeuber & Rosenwaike, 1992 ; Preston, 1992 ; Myers et al., 1992), ainsi que sur les questions méthodologiques qu'il suscite et sa singularité, renvoyant dans la vision de l'époque à l'état de santé, aux difficultés fonctionnelles ou encore à la mortalité (Manton & Suzman, 1992 ; Wallace et al., 1992 ; Rodgers & Herzog, 1992 ; Manton, 1992 ; Hadley, 1992). L'intérêt se porte aussi sur les dynamiques du processus de vieillissement au grand âge et la spécificité des caractéristiques des *oldest old* au regard, notamment, de l'évolution des incapacités, du recours aux institutions et aux demandes de soins (Manton & Soldo, 1992 ; Doty, 1992 ; Cornoni-Huntley et al., 1992 ; Evans et al., 1992 ; Torrey, 1992 ; Binstock, 1992). Les recherches s'intéressent aussi à l'aspect social de la grande vieillesse, notamment l'environnement social des personnes très âgées et leurs ressources économiques (Kovar & Stone, 1992 ; Atkins, 1992). De façon plus brève, les minorités et le fait d'être un « vieillard robuste » commencent à susciter quelque intérêt (Gibson & Jackson, 1992 ; Suzman et al., 1992). Mais les aspects sociaux sont surtout vus en fonction de politiques économiques, sociales et médicales. En outre, dans le milieu francophone, Lalive d'Epina y, Spini et leurs collaborateurs (2008) font remarquer que :

« Alors que les autres âges de la vie sont décrits en matière de potentiels, de champs d'activité, de formes de participation, de domaines de vie, la grande vieillesse devient objet d'intérêt scientifique principalement à travers ses pathologies, ses morbidités et sa mortalité ». (Lalive d'Epina y, Spini et coll., 2008, p.14)

Dans leur ouvrage consacré au grand âge, les chercheurs constatent que la recherche sur le grand âge s'est surtout concentrée sur des problèmes de santé associés à la vieillesse et que les autres aspects restent encore peu développés. Ce sont notamment des dimensions liées à la vie au grand âge, les modes d'organisation de la vie quotidienne, les inégalités sociales, la vie intellectuelle et spirituelle ou encore le bien-être, qui sont ainsi négligés.

Malgré des différences de délimitation entre les âges, les chercheurs s'accordent sur un point, en partie contradictoire, celui que la vieillesse n'est pas linéaire et peut

être catégorisée. Même si la plupart du temps, le classement se fait arbitrairement par âge chronologique, il y a une idée récurrente qui revient, celle de distinguer la période de vie après la retraite et la grande vieillesse.

En 2008, Lalive d'Epinay, Spini et leurs collègues recensent de nombreuses études qui portent sur le vieillissement, mais seulement cinq d'entre-elles concernent uniquement la population très âgée. De plus, ces études adoptent pour la plupart une perspective médicale. Les recherches qui portent sur la grande vieillesse s'appuient en majorité sur des analyses longitudinales, fondées sur des panels prospectifs qui possèdent l'avantage de suivre les personnes en les interrogeant à plusieurs reprises dans le temps. Cette technique est privilégiée car elle permet de suivre le vieillissement et d'observer les changements aussi bien que les continuités. Cependant, en règle générale, les effectifs suivis sont faibles. Les études transversales, qui elles, collectent les informations en un temps donné auprès d'un échantillon d'individus sélectionnés souvent plus nombreux, sont plus rares à propos de la grande vieillesse. Comme évoqué auparavant, il existe peu de recherches qui portent sur d'autres aspects que la santé au grand âge. Nous pouvons toutefois mentionner le travail de Bury et Holme qui est une des rares études transversales portant sur le mode de vie des personnes âgées de 90 ans et plus (Bury & Holme, 2002).

Nous pouvons citer aussi les travaux réalisés par Johnson et Barer auprès de personnes âgées de 85 ans et plus. Les chercheuses ont étudié les modes d'organisation de la vie quotidienne des personnes les plus âgées, notamment sur les formes de solidarité qui peuvent exister au sein de cette population. De leur étude, Johnson et Barer dégagent trois aspects spécifiques à la grande vieillesse. Le premier est qu'il ne faut pas tenir pour acquis dans le grand âge la présence et la disponibilité d'un proche parent, cette part de la population représentant les « survivants » de leur génération. Un second aspect que les chercheuses relèvent consiste en une réappréciation de la notion de désengagement, et cela à cause du processus de fragilisation lié à l'avancée en âge. En effet, il y a plus de risques de voir émerger et se développer diverses formes d'incapacités au cours du vieillissement, et cela demande de reconsidérer et de réaménager le quotidien des personnes très âgées. Enfin, un dernier aspect spécifique à la grande vieillesse serait, pour Johnson et Barer, que s'engager de plus en plus profondément dans l'univers de ces « survivants » suppose une capacité de procéder à des révisions de l'image de soi, de la conception du temps, et notamment de la vie et de la mort. Cette dernière idée est illustrée par le paradoxe de ces personnes très âgées qui sont affectées par un nombre important de pertes en tout genre, et qui malgré tout préservent un sentiment élevé de bien-être. Les auteurs vont jusqu'à parler d'une aura propre à ces survivants (Johnson & Barer, 1997).

Nous pouvons également nous référer à l'étude menée par Romoren qui a au départ de sa recherche une approche tout à fait médicale de la question. Ce

médecin, au bénéfice d'une formation complémentaire en sociologie, a étudié le suivi des personnes âgées de 80 ans et plus qui venaient le consulter dans son cabinet durant la période allant de 1980 à 1999. Cette recherche lui a permis de reconstituer l'organisation et les trajectoires de fin de vie de ces personnes en s'inspirant de la perspective du parcours de vie. Romoren concentre son étude sur trois aspects. Tout d'abord, il s'intéresse aux parcours marqués par l'irruption d'incapacités chroniques. Le second aspect porte sur l'importance de la contribution que peuvent apporter les aidants informels. Enfin, le dernier aspect concerne les « carrières » des vieillards dans les services institutionnels, étudiées par l'intermédiaire de l'examen des dossiers médicaux (Romoren, 2003).

Dans son ouvrage *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, le sociologue Vincent Caradec (2012) évoque l'étude des personnes très âgées en tant que population particulière. Il s'appuie sur des travaux qui ont porté sur des groupes d'individus âgés de 80 ans et plus. Ces recherches ont montré que celles-ci ne sont pas toutes dépendantes, loin de là, mais que par contre elles ont tendance à se fragiliser avec l'avancée en âge (nous y reviendrons). Caradec met alors en avant deux grandes tendances parmi les modes de vie qui peuvent caractériser le quotidien des personnes très âgées.

Il évoque tout d'abord le repli des personnes très âgées sur l'espace domestique, lié selon lui aux difficultés physiques et à un moindre attrait pour l'extérieur. Ces deux caractéristiques se combinent et provoquent un renfermement, rendant le domicile plus valorisé et les sorties à l'extérieur moins fréquentes. Cependant, le sociologue invite à ne pas confondre le repli sur l'espace domestique et le confinement chez soi, plus rare et qui ne touche qu'une fraction des grands vieillards (Caradec, 2012, p.74). Par ailleurs, ce repli peut être vécu de façon différente selon les individus qui l'ont choisi et l'acceptent et ceux qui le subissent et peuvent en souffrir.

Vincent Caradec discute ensuite de la baisse de la sociabilité et l'isolement qui peuvent caractériser le mode de vie au grand âge. Il avance différentes explications comme le veuvage qui peut provoquer un isolement domestique du fait de la disparition du conjoint dans la vie quotidienne. L'isolement peut aussi s'expliquer par la cohabitation intergénérationnelle de moins en moins fréquente, et la baisse de sociabilité par le fait que les décès des proches et des amis contemporains des personnes très âgées viennent réduire peu à peu leur cercle de sociabilité (Caradec, 2012, p.75). A cet égard, la compression de la mortalité résultant de la rectangularisation des courbes de survie, exerce des effets accrus (cf. la section 1.3 de ce chapitre).

Toutefois, le sociologue met en garde de conclure trop rapidement que le grand âge se résume à ces modes de vie caractérisés par le vide relationnel et affectif. Il met en avant l'importance de la famille qui apporte toujours du soutien, le phénomène de décohabitation intergénérationnelle étant désormais plutôt relayé par un rapprochement résidentiel. Il évoque également la présence et le soutien de la part

des enfants mais aussi de la fratrie, surtout chez ceux qui n'ont pas de descendance. Caradec montre l'émergence de relations organisées selon le modèle « d'intimité à distance », qui a l'avantage de préserver l'autonomie des individus très âgés tout en maintenant une sociabilité familiale, mais aussi non familiale pour certains.

### 3.2. *La question de l'âge dans l'étude de la grande vieillesse*

Un premier réflexe, lorsque nous pensons à la question du grand âge, est immédiatement de s'intéresser à l'âge des individus de la population étudiée et suivant le nombre d'années vécues par la personne, en déduire des conclusions hâtives quant à l'appréciation de son état de santé ou encore de son cercle de relations. Mais pourquoi se baser sur l'âge ?

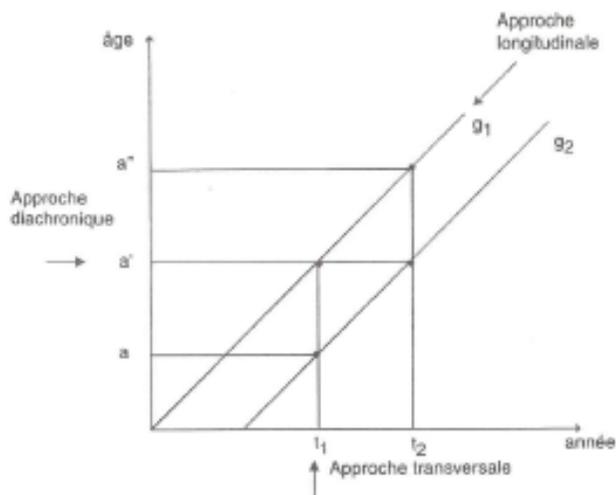
Dans le sens commun, nous faisons fréquemment le lien entre l'âge de quelqu'un et les comportements qui lui sont associés et attendus. La sociologie s'est longtemps appuyée sur une vision en trois temps de l'existence, la jeunesse, l'âge adulte et la vieillesse. Cette vision classique du cycle de vie repose sur deux principes centraux que sont la *ternarité* des âges et la *linéarité* des existences (Gaullier, 1998). Le premier principe suppose que la vie est rythmée selon l'entrée et la sortie (et donc la préparation et le retrait) dans l'âge adulte et la vie active, qui est considérée comme la période centrale du cycle de vie. Le second principe suppose un déroulement de la vie continue et stable. Ainsi, comme l'explique la sociologue Cécile Van de Velde dans son ouvrage intitulé *Sociologie des âges de la vie* (2015) cette vision classique adopte une perspective macrosociologique et suppose une partition homogène, collective et structurante des existences tout en constituant un principe régulateur de la société. Aussi, Van de Velde précise le fait que, malgré les critiques (Hughes, 1950), cette perspective a permis de mettre en avant le phénomène de l'allongement des âges de la vie, notamment de la durée de la jeunesse et de la distinction dans la vieillesse entre troisième et quatrième âge. Cependant, comme l'évoquent le sociologue Christian Lalive d'Épinay et ses collègues, définir la grande vieillesse selon un critère d'âge chronologique comporte des difficultés de trois ordres. Tout d'abord, dans le domaine scientifique, le recours à l'âge chronologique ne constitue pas un principe explicatif. Ensuite, dans le domaine de la pratique, de l'opérationnalisation, et plus particulièrement en gérontologie l'âge chronologique ne constitue pas un prédicteur pleinement satisfaisant en ce qui concerne les conditions de santé et plus globalement les conditions de vie et les besoins des individus très âgés. Enfin, au sein de l'opinion publique et en particulier à propos de la diffusion des connaissances sur le vieillissement, l'utilisation de l'âge chronologique a tendance à catégoriser trop vite et de façon souvent négative les grands vieillards (Lalive d'Épinay et al., 1999).

Selon Claudine Attias-Donfut (1991) mais aussi pour Vincent Caradec (2012), les difficultés d'analyses en termes d'âges résident dans le fait qu'interpréter les différences de comportement selon l'âge est quelque chose de délicat car le chercheur doit faire la part des choses entre ce qui peut s'expliquer par l'avancée en âge des individus (effet d'âge) et ce qui relève de leur appartenance à une génération donnée (effet de cohorte –ou de génération-) tout en étant conscient qu'il est impossible de distinguer un effet d'âge ou un effet de cohorte pur, l'un sur l'autre étant étroitement liés. Afin de dissocier ces deux phénomènes, les chercheurs ont recours à l'analyse longitudinale, mais ce type d'approche qui recueille des informations espacées dans le temps, introduit une nouvelle difficulté puisqu'entre deux récoltes de données, le contexte peut avoir évolué et peut influencer sur le comportement et les réponses des individus (effet de période), notamment chez les personnes âgées. L'individu interrogé peut, par exemple, avoir perdu un proche où avoir vu sa santé se dégrader entre deux vagues d'enquêtes, des situations qui font du contexte un élément important dans le type de réponses données. A partir de ces trois éléments qui sont susceptibles d'avoir des impacts sur les données de la recherche quantitative, est construit un modèle à trois temps, dont l'opérationnalisation est complexe car selon Caradec, il n'est pas possible d'isoler complètement un des trois effets. Ils apparaissent en fait toujours par deux selon le type d'analyse privilégié par le chercheur (figure 8).

Dans l'approche transversale qui sera la nôtre, les effets de période sont neutralisés car les données sont récoltées à un seul moment, mais les effets d'âge et de génération se trouvent imbriqués. Dans une approche diachronique, où l'on observe ce qui se passe selon un âge précis (par exemple tous les individus âgés de 80 ans en 1980, en 2000, etc.), l'effet d'âge ne rentre plus en compte dans l'analyse mais les effets de génération et de période restent présents. Et si l'on suit une approche longitudinale, où l'on observe ce qui se passe pour une cohorte donnée à plusieurs moments d'intervalle, l'effet de génération s'efface au profit cette fois des effets d'âge et de période.

Figure 8. Représentation schématique du modèle à trois temps selon le type d'enquête (Caradec, 2012, p. 46)

### Les trois approches des données d'enquêtes répétées dans le temps



Vincent Caradec discute aussi de l'intérêt des études quantitatives et des difficultés que pose l'analyse en termes d'âge. Son approche est intéressante à transposer à l'étude de la grande vieillesse où les enquêtes transversales à grand effectif quantitatif, comme nous l'avons vu, restent rares et où la classification en catégorie d'âges est souvent utilisée. Caradec évoque en premier lieu que l'utilisation de l'âge chronologique dans les études quantitatives, a l'avantage de la facilité puisque la variable « âge » des individus est tout simplement l'âge de la personne au moment de l'enquête. Cependant, il est logique, démographiquement parlant, de retrouver moins d'individus ayant des âges avancés, dans le cadre d'un échantillon non stratifié au sein des études portant sur la population âgée. Les échantillons représentatifs de la population âgée stratifiés par classes d'âges sont encore moins fréquents que les autres dans les études sur le vieillissement. Or, c'est précisément un atout de l'enquête sur laquelle est basé ce travail (voir chapitre 2). De même que les approches quantitatives du vieillissement apportent, selon Caradec, la possibilité d'éclairer la spécificité et la diversité interne de la population âgée. Ces remarques concernant la méthode d'enquête auprès de la population très âgée placent ce travail de thèse au cœur de la problématique qui lui est propre, à savoir la composition de la grande vieillesse. La méthode transversale et quantitative que nous adoptons permet donc d'approfondir cette question.

Caradec apporte également quelques remarques sociologiques au modèle à trois temps qui sont intéressantes à prendre en compte. Tout d'abord, selon lui, l'effet

d'âge peut recouvrir des réalités multiples telles que le vieillissement physique, la position dans le parcours de vie ou encore la durée. Ensuite, il parle de l'effet de génération où il précise que chaque cohorte de naissance présente une structure spécifique, dans le sens où par exemple une génération peut avoir été moins longuement scolarisée, ou encore celle-ci peut comporter une part variable de cadres, d'employés, d'ouvriers ou encore d'autre catégorie selon la structure socioprofessionnelle de l'époque. Dès lors, le sociologue s'interroge sur ce que les différents comportements entre les générations doivent à cet effet qu'il nomme « *effet de composition* ». Enfin, concernant l'effet de période, il montre que sa consistance et sa pertinence peuvent dépendre de la manière dont nous concevons la notion de génération. Dans ce cas précis il est possible de distinguer nettement effet de période et effet de génération, car les effets de période rendent alors compte de l'influence du contexte (ou des contextes successifs) sur la génération, une fois celle-ci devenue adulte. Une dernière remarque du sociologue sur le modèle à trois temps est celle de l'âge et de l'appartenance générationnelle qui sont pour lui deux phénomènes étroitement imbriqués.

### 3.3. *Les notions de cohorte et de génération*

Nous venons de le voir, l'utilisation de l'âge chronologique dans l'étude du vieillissement comporte des difficultés d'analyse. Il contribue aussi fortement à catégoriser la population âgée selon sa classe d'âge. Surtout dans la mesure où la division entre 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âge est associée à des représentations différentes de la vieillesse. En effet, comme nous l'avons évoqué, le 3<sup>ème</sup> âge est désormais le plus souvent présenté comme un nouvel âge de la vie dont les individus peuvent bénéficier comme un temps libre, libéré des contraintes professionnelles et familiales (cf., ci-dessus, les références à Neugarten, Laslett ou Lalive d'Epinay). Tandis que le 4<sup>ème</sup> âge est pour sa part encore souvent associé aux représentations négatives de la vieillesse, lié aux déficits et pertes que le processus de vieillissement entraîne inévitablement auprès des individus (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). Ainsi, l'utilisation de l'âge comporte des limites dans l'analyse et l'interprétation des résultats, ce qui nécessite de recourir à des notions plus larges telles que la génération et l'approche du parcours de vie. En sociologie, la notion de génération est loin d'être homogène et peut être étudiée sous plusieurs aspects qui vont du concept de cohorte aux inégalités de génération en passant par les visions de générations historique ou sociale ou familiale. Cécile Van de Velde précise que :

« Cette lecture générationnelle des parcours de vie et des inégalités qui les clivent s'attache à inscrire les trajectoires individuelles dans la succession des générations, non seulement présentes, mais aussi passées et à venir. Elle permet d'analyser les vies individuelles dans une focale sociohistorique

plus large, et de mieux penser l'évolution de nos sociétés multigénérationnelles. » (Van de Velde, 2015, p. 30).

C'est pourquoi il nous semble important de mettre en avant le sujet de la grande vieillesse au regard de la notion de génération et de l'approche du parcours de vie.

A travers son ouvrage intitulé « *Génération et âge de la vie* » Attias-Donfut (1991) retrace l'historique du terme et de la notion de génération et apporte un point de vue original. Elle met elle-aussi en avant la question de la distinction des phénomènes de générations et des phénomènes d'âges. Pour elle, si au lieu de se stabiliser entre l'adolescence et l'âge adulte comme le supposait Mannheim, une génération se transforme tout au long de son existence, dans ce cas les effets de période deviennent des cas particuliers de l'effet de génération (dans lequel ils viennent se fondre).

Elle retrace l'origine du parcours de la notion de génération et notamment son usage dans les domaines religieux qui se réfèrent principalement à la notion du temps qui passe.

« L'usage mythique ou religieux de la notion de génération fait intervenir les principaux concepts de base du temps, représentés par les figures du cercle, de la flèche, du zigzag ou de la spirale. Les significations qu'y introduit l'idée de génération renvoient à la symbolique de la vie humaine, la mêlent à la symbolique de la nature (« la succession des saisons ») et à la symbolique astrale (les révolutions lunaire et solaire) pour appréhender le temps dans ses archétypes universels. L'introduction de l'idée de génération joue alors la fonction d'humanisation du temps. » (Attias-Donfut, 1991, p. 13)

Attias-Donfut met en lien la notion de génération et la notion de cycle historique.

« L'idée de cycles répétitifs dans l'histoire, marqués du processus de décadence et en liaison avec la perversion des générations successives, correspond à des archétypes anciens et tend à perdurer à travers les époques ; on peut le déceler aujourd'hui encore, notamment dans les thèmes récurrents du déclin de la société, cultivés par certains courants idéologiques [...]. » (Attias-Donfut, 1991, p. 18)

Puis elle retrace le contexte du 19<sup>ème</sup> siècle et l'influence de l'histoire critique sur la notion de génération. L'histoire critique est une discipline qui s'est développée au 19<sup>ème</sup> siècle dans le courant du positivisme ambiant quand l'histoire en tant que discipline académique construit sa légitimité en s'appuyant sur une démarche scientifique ayant pour objectif de dégager des régularités, afin de construire une loi générale du rythme de l'histoire. Cette démarche associe la génération à la loi biologique de la durée de vie limitée de l'espèce humaine. Nous retrouvons ici Mannheim qui décrit cette démarche de la manière suivante :

« Il s'agit de comprendre les changements des courants intellectuels et sociaux directement à partir de la sphère de la biologie et d'appréhender le cours du progrès du genre humain à partir des fondements biologiques. Ici tout sera simplifié autant que possible, une psychologie schématique y pourvoit : la vieillesse est toujours considérée comme l'élément conservateur et la jeunesse seulement dans sa marche en avant effrénée. Dans le cadre de cette représentation, l'histoire des idées apparaît réduite à de simples tables chronologiques. Sur la base de ces simplifications, la difficulté du problème semble se réduire à cela : trouver l'intervalle de temps moyen nécessaire pour qu'une génération nouvelle prenne le relai de l'ancienne dans la vie publique et surtout découvrir l'origine naturelle où fixer dans l'histoire la coupure à partir de laquelle on doit compter ». (Manheim, 1990, p. 29)

Nous retrouvons cette notion de rythme lorsqu'Attias-Donfut évoque les écrits positivistes d'Auguste Comte sur le sujet des générations, par l'intermédiaire de la durée de vie humaine, que ce dernier met en lien avec le rythme du progrès social. Selon Auguste Comte, le rythme du progrès social découle du rythme du renouvellement des générations. Ainsi, une durée de vie trop longue ralentirait le progrès social à cause d'un renouvellement trop lent des générations et donc d'une emprise plus grande des valeurs anciennes sur le rythme du progrès. De même, qu'une durée de vie trop courte et donc un renouvellement rapide brideraient les jeunes générations et empêcheraient le développement social. Le rythme du progrès social tiendrait dans l'équilibre d'un renouvellement optimal des générations. Cette idée a été reprise par Georg Simmel pour expliquer le maintien des formes sociales au cours du temps (Attias-Donfut, 1991, p. 20).

D'autres chercheurs, comme Comte à la même époque, sont à la recherche de lois générales et de règles logiques sur le déroulement de l'histoire. Le mathématicien Cournot propose une périodisation séculaire de l'histoire marquée par un cycle de trois générations s'influçant entre-elles et étant à l'origine de la permanence des idées. Toujours au 19<sup>e</sup> siècle, Rûmelin sera le premier chercheur à définir la durée d'une génération de manière statistique, à partir de la moyenne des différences d'âge entre père et fils au cours d'une période donnée (Attias-Donfut, 1991, p. 22-23).

Puis au cours du 20<sup>ème</sup> siècle, Dilthey (1947), apporte un point de vue différent de celui du positivisme, à la notion de génération, il met l'accent sur les liens qualitatifs qui unissent les membres d'une même génération. Manheim le décrit de la manière suivante : « La relative nouveauté qui apparaît chez Dilthey est précisément cette confrontation entre le temps quantitativement mesurable et le temps vécu intérieur qui ne peut être appréhendé que qualitativement. » (Manheim, 1990, p. 33). Dilthey considère que la notion de génération désigne un rapport de contemporanéité des individus et que ce n'est pas seulement la succession qui importe. Dans la

continuité des travaux de Dilthey, Ortega y Gasset (1923) a approfondi ce point, en définissant l'homme par son inscription dans l'histoire. L'homme est son histoire et celle-ci est donnée par sa génération. Mentré (1920) pour sa part, apporte une analyse plus sociologique à la notion de génération et propose le terme de génération sociale. Ce dernier considère que les générations scandent les rythmes de l'histoire et distingue quatre niveaux principaux de succession (génération sociale, génération familiale, génération spirituelle et génération historique) (Attias-Donfut, 1991, p. 24).

Que ce soit Comte, Cournot ou Dilthey, tous ces auteurs s'accordent sur le fait que l'évolution de l'esprit humain est le moteur principal de l'histoire. Ici, la génération est considérée dans sa capacité à agir sur les systèmes de connaissances, les progrès scientifiques et le progrès social. Sa durée est estimée entre 30 et 60 ans.

Par la suite, Karl Manheim va hériter de toutes ces réflexions pour, à son tour, mener à bien ses recherches sur la question des générations. Manheim s'en démarque par son approche plus sociologique avec comme objectif de comprendre le changement social, et non pas ici le rythme de l'histoire, à travers les processus sociaux et les interactions sociales qui structurent la succession des générations. Déplorant le manque d'interdisciplinarité et un manque de méthode en sciences sociales et sciences de l'esprit, Manheim parle des générations comme d'un problème sociologique en ces mots :

« On pourrait penser maintenant que le phénomène social d'appartenance à une génération est compréhensible et déductible à partir des structures biologiques. C'est justement l'erreur de toutes les théories naturalistes de tenter de déduire directement le sociologique de ces données naturelles, ou, plus exactement, de vouloir laisser le phénomène social se dissoudre dans ces données à première vue strictement anthropologiques. A partir de l'anthropologie et de la biologie, on peut comprendre la vie et la mort, la durée de vie limitée et les changements corporels-spirituels-psychiques dus à l'âge, mais pas la signification prise à chaque fois par ces données primordiales pour l'être socio-historique. » (Manheim, 1990, p. 44).

Selon lui, c'est le rôle de la sociologie d'étudier le problème des générations, sans pour autant se fermer aux apports des autres disciplines.

Manheim élabore sa propre approche de la notion de génération et il définit quatre grands paliers qui s'incluent successivement. Il s'agit au départ de la « génération potentielle », puis de la « génération effective », laquelle produit des « unités de génération » dans lesquels existent des « groupes concrets ». Il évoque le fait que pour un individu être né à une certaine date ne procure en soi aucune appartenance collective, mais une appartenance seulement d'ordre démographique. Cependant, cette date de naissance assigne l'individu à un positionnement dans le processus historique. Pour Manheim, la « position » de génération conditionne l'accès aux

produits culturels de la société selon des limites restrictives et des modes d'appropriation spécifiques. Ainsi, le prolétariat n'a accès qu'à une partie de l'héritage culturel de la société et selon une façon qui lui appartient. Le sociologue fait de cette manière, une analogie avec la classe sociale mais il précise qu'il s'agit de réalités différentes, qui ont toutefois une ressemblance structurelle. Aussi, la position de classe peut être à l'origine, ou pas, de la « conscience de classe », et c'est dans le cas où cette conscience de classe existe qui fait que l'on peut parler d'une « génération effective », dans la mesure où il se crée des liens entre les individus d'une génération. Dès lors, pour Manheim, le processus du changement social réside dans le fait de l'émergence continue de nouveaux groupes d'âges et de leur « contact neuf » avec l'héritage culturel accumulé. Attias-Donfut précise que ce dernier point lui vaudra des critiques dans le sens où le sociologue met en avant principalement la jeunesse comme source du changement social, restant à cet égard prisonnier des représentations anciennes (Attias-Donfut, 1991, p. 26-28).

Suite à cet historique de la notion de génération, Attias-Donfut propose et regroupe quatre définitions principales de celle-ci. Tout d'abord, la première est d'ordre généalogique. La génération désigne : « un rapport de filiation et un ensemble de personnes classées selon ce rapport » (p. 58). Ensuite, une seconde définition d'ordre historique où la génération correspond à : « une période historique correspondant à la durée de renouvellement des hommes dans la vie publique, et mesurée par l'espace de temps qui sépare l'âge du père de celui du fils, généralement évaluée à trente ans » (p. 58). Une troisième définition d'ordre démographique désigne la génération comme : « un ensemble de personnes ayant à peu près le même âge » et est équivalent au concept de cohorte (p. 58). La quatrième définition est décrite par Attias-Donfut comme d'ordre plutôt sociocognitif et réfère la notion de génération à : « un ensemble de personnes ayant à peu près le même âge mais dont le principal critère d'identification réside dans des expériences historiques communes dont elles ont tiré une commune vision du monde » (p. 59). Cette dernière définition se rapporte à celle donnée par Manheim et, est celle dont Attias-Donfut se réfère. Elle apporte ainsi une dimension symbolique à la notion de la génération comme faisant partie de l'imaginaire social.

A ces quatre définitions principales, Attias-Donfut en ajoute une cinquième qui est, selon elle, plutôt un glissement de sens que l'on retrouve fréquemment. Il s'agit de la notion de génération vue comme : « un ensemble de personnes situées à une étape de vie » (p. 59). Cette définition est en quelque sorte le synonyme du terme de « strate d'âge » et est souvent utilisé de façon fautive car elle a tendance à assimiler des termes comme « jeunesse » ou « vieillesse » en tant que génération. Attias-Donfut précise qu'elle est attachée à la dimension symbolique de la notion de génération qui, selon elle, fait partie de l'imaginaire social. Elle regroupe trois grandes dimensions qui sont la mémoire collective, la conscience de génération et l'empreinte du temps sur celles-ci. Il s'agit ainsi de pistes de réflexion sur la dimension symbolique de la notion de génération tant au niveau individuel que collectif. Elle

entend aussi éclaircir ce terme pour éviter la confusion et la réduction entre la signification sociale de la génération et son unique fonction de classification.

Plus récemment, l'approche de Louis Chauvel sur la notion de génération propose une réflexion par rapport au contexte de la « crise actuelle » (c'est-à-dire à partir de la fin des années 1980, et durant les années 1990) et le ralentissement économique supporté par la population. Chauvel se pose la question de savoir si les effets de la dépression économique sont répartis uniformément sur l'ensemble de la population ou s'ils sont spécifiquement supportés par certaines catégories de la population qui dès lors, sont dans une position stagnante voire en régression. Chauvel en parle en ces mots :

« Lorsqu'on parle de génération, on a tôt fait d'oublier tout autre facteur de différenciation. Pourtant, chaque génération comporte des membres plus aisés et plus modestes, mieux ou moins instruits, plus ou moins favorisés par leurs origines sociales, autrement dit, des différences de strates ou de classes. » (Chauvel, 1998, p. 9)

Il rappelle utilement de la sorte la thématique des inégalités, centrale dans cette thèse, tout comme le supposait Manheim de façon plus implicite.

#### 3.4. *Intérêt de la notion de génération dans l'étude de la grande vieillesse*

C'est à partir de la réflexion sur la notion de génération, puis par l'approche donnée par Louis Chauvel que nous trouvons un intérêt à utiliser la génération dans l'étude de la grande vieillesse. En effet, il est important de retracer au travers des générations les trajectoires des individus très âgés. Cela permet de remettre la population très âgée dans un contexte sociohistorique qui fait que les individus se retrouvent dans une certaine situation (socioéconomique et/ou de santé) à un âge avancé. Utiliser la notion de génération permet de prendre en compte le contexte dans lequel a évolué au cours du temps la population aujourd'hui très âgée. Associé à l'approche du parcours de vie que nous allons développer à présent, cela permet de poser un cadre théorique autour du grand âge. La notion de génération appliquée à l'étude de la grande vieillesse permet d'interroger cette population en tant que génération spécifique, étant née et ayant vécue un contexte socio-historique commun, et pour autant hétérogène dans sa composition socioéconomique.

#### 4. De l'âge au parcours de vie

Précédemment nous avons vu qu'aborder le sujet du vieillissement sous l'angle de l'âge comportait très vite des limites d'interprétation du fait du caractère arbitraire de celui-ci. Aussi, les notions de cohortes et de génération ont permis de remettre en contexte l'appartenance de la population âgée dans une focale sociohistorique plus large. D'ailleurs, nous avons vu que la perspective de l'âge a permis de révéler au fur et à mesure du temps, un allongement des âges ainsi que des seuils et une multiplication des transitions opérant ainsi un changement dans l'appréhension du cycle de vie. La sociologue Cécile Van de Velde explique que l'existence n'est plus envisagée comme une succession d'âges à traverser mais comme un parcours individuel qui se veut signifiant et qui s'attache à rendre compte de vies plus longues et soumises à plus de flexibilité. Elle met en avant le fait que les existences poursuivent des itinéraires de plus en plus singuliers, avec des mobilités et discontinuité croissantes (Van de Velde, 2015). De cette manière, l'âge et la génération auraient moins de sens sans la prise en compte de la trajectoire individuelle.

L'étude du vieillissement met l'accent sur différentes perspectives de recherches en gérontologie qui se développent et se diversifient peu à peu, passant d'une focalisation sur les seuls aspects pathologiques de la grande vieillesse à l'intérêt pour les ressources de cette population particulière, notamment celles dont disposent les personnes très âgées « robustes ». Cette ouverture vers de nouvelles perspectives dans le domaine du grand âge va de pair avec le développement d'approches théoriques relativement récentes comme la perspective du parcours de vie. Cette dernière est vaste car elle englobe la totalité de la durée de vie humaine, de la naissance à la mort d'un individu et ce, sur plusieurs aspects de son existence. Nous allons retracer ici les grandes bases de cette approche et surtout ce qu'elle apporte à l'étude du grand âge.

##### 4.1. *L'apport de la psychologie développementale du lifespan*

La psychologie du développement est un domaine de recherche apparu dans les années 1950 et qui soutient l'idée selon laquelle le développement humain se poursuit au-delà de l'enfance et de l'adolescence. Ce domaine a été influencé par la psychologie du développement de l'enfant et de son découpage en stades développementaux (nous pouvons nous référer ici aux travaux célèbres de Vygotsky ou encore de Piaget). La psychologie du développement s'est alors attachée à définir des stades et/ou des étapes de développement au cours de l'âge adulte. Les fondateurs du champ (Bühler, Jung, Havigurst, Levinson ou encore Erikson) ont cherché à distinguer ces stades dans le cours de la vie humaine. Charlotte Bühler en définit quatre après l'enfance, à savoir la jeunesse, la première et deuxième

maturité et la vieillesse (Bühler & Massarik, 1968). Jung élabore lui aussi quatre âges de la vie qu'il nomme respectivement enfance, jeunesse, maturité et vieillesse (Jung, 1971). La psychologie du développement a également largement été influencée par les travaux du psychologue Erik Erikson et ses huit stades du développement psychosocial humain, qu'il a associé à des périodes de crises auxquelles les individus doivent faire face pour pouvoir passer à l'étape suivante<sup>6</sup> (Erikson, 1982 ; 1994). D'autres chercheurs ont repris un des apports d'Erikson en étudiant le développement humain plutôt sous l'angle des événements et des crises que les individus rencontrent au cours de leur vie. De cette manière, Neugarten évoque la « crise » du milieu de vie, qui correspond selon elle à la période où la personne prend conscience de son parcours non plus comme le nombre d'années qu'il a vécu jusque lors, mais comme le nombre d'années lui restant à vivre (Neugarten, 1979). La psychologie développementale a beaucoup progressé grâce à l'apport des études longitudinales portant sur le développement humain (Lalivé d'Epina y et al., 2005). Cependant, de nos jours, les spécialistes en psychologie du développement ont arrêté de chercher à définir des stades précis du développement au cours de la vie car cette approche a souvent été critiquée pour sa tendance à agréger et dès lors à négliger l'hétérogénéité et la complexité des individus et des situations. La conception sous-jacente, linéaire et unique du développement a, elle aussi été remise en cause.

C'est dans l'idée de dépasser cette limite que les psychologues allemands Paul et Margret Baltes ont proposé leur propre théorie se situant dans la perspective développementaliste du *lifespan* (Baltes & Baltes, 1990). Baltes et ses collaborateurs considèrent le développement humain tout au long de la vie. A la différence de l'idée du « cycle de vie » et avec lui les différents stades développementaux qui lui sont liés, dans cette perspective les individus très âgés sont par exemple toujours vus comme des individus en développement. Cette approche voit le développement humain comme un ensemble de trajectoires (cognitives et affectives) qui peuvent prendre des directions différentes (Baltes et al., 1998, 1999 cité in Lalivé d'Epina y & Spini, 2007). De cette manière, la perspective développementaliste du *lifespan* explique le vieillissement selon le postulat de base, rapporté par Lalivé d'Epina y et Spini, qui pose que : « l'architecture générale du développement humain demeure incomplète et inachevée » (Lalivé d'Epina y & Spini, 2007, p.44) tant au niveau biologique que culturel. Ils rapportent que cette incomplétude résulte d'un triple mécanisme mettant

---

<sup>6</sup> Les huit stades du développement psychosocial humain développés par Erikson sont les suivants : stade 1 espoir entre 0 et 18 mois (confiance versus méfiance), stade 2 volonté entre 18 mois et 3 ans (autonomie versus honte et doute), stade 3 conviction entre 3 et 6 ans (initiative versus culpabilité), stade 4 compétence entre 6 et 11 ans (travail versus infériorité), stade 5 fidélité entre 12 et 18 ans (identité versus confusion des rôles), stade 6 amour entre 18 et 34 ans (intimité versus isolement), stade 7 attention entre 35 et 65 ans (générativité versus stagnation), stade 8 sagesse à 65 ans et plus (intégrité personnelle versus désespoir) (Erikson, 1994).

en lien la nature biologique, le recours aux ressources culturelles et l'adaptation de l'être humain au processus de vieillissement (Baltes et al., 1998, 1999, cité in Lalive d'Epina y & Spini, 2007). De cette façon, Lalive d'Epina y et Spini expliquent que pour Baltes et ses collaborateurs :

« [...] l'incomplétude humaine doit aussi être comprise comme historiquement inachevée puisque l'évolution biológico-culturelle se poursuit, et que les déséquilibres associés au grand âge résultent probablement de ce que l'expérience humaine du grand âge est historiquement trop récente pour déboucher sur une optimisation de la coopération entre nature et culture. » (Lalive d'Epina y & Spini, 2007, p.44)

Un tel constat pousse Baltes et Smith à avancer que la vieillesse comprend actuellement deux phases distinctes associées aux 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âges (Baltes & Smith, 2003, cité in Lalive d'Epina y & Spini, 2007).

Dans cette optique, Baltes et son équipe ont montré que le développement psychologique est multidimensionnel et multidirectionnel et que certaines capacités ont tendance à décliner avec l'âge tandis que d'autres se maintiennent voire augmentent. Ainsi, comme nous avons déjà eu l'occasion de l'évoquer, le développement oscille entre les gains et les pertes en termes de ressources, les pertes tendant à devenir majoritaires au cours de l'avancée en âge. Cependant, Baltes et ses collègues soulignent le fait que le développement manifeste une certaine plasticité et que les trajectoires qui subissent des pertes peuvent être en partie infléchies par le biais de stratégies d'adaptation. C'est à partir de la perspective développementale du *lifespan* que, comme nous l'avons vu, Baltes et son équipe ont développé leur propre modèle de vieillissement réussi : l'optimisation sélective avec compensation (Baltes & Baltes, 1990).

#### 4.2. *De la psychologie développementale du lifespan au paradigme du parcours de vie*

La psychologie développementale du *lifespan* a donc comme particularité de s'intéresser au développement tout au long de la vie. Aussi, le développement humain est-il souvent associé à l'image de « l'escalier de la vie » montrant une ascension de l'individu, puis son déclin au fur et à mesure de son avancée dans l'âge. L'approche du parcours de vie s'est largement inspirée des travaux issus de ce domaine pour développer sa propre perspective visant à faire dialoguer les échelles micro- et macrosociologique. L'idée est de chercher à comprendre l'organisation et la codification des vies humaines par la société, ou encore de comprendre comment les transformations structurelles de la société peuvent modifier l'organisation du cours de la vie. D'un point de vue méthodologique et empirique, le développement de l'approche du parcours de vie en sciences sociales

a également été influencé par les grandes études longitudinales américaines comme la *Berkeley Growth and Guidance Study* (1928), la *Oakland Growth Study* (1931), ou encore la *Seattle Longitudinal Study* (1956) menée par le psychologue K. Warner Schaie dont les travaux ont été axés sur le développement cognitif à l'âge adulte. La perspective du parcours de vie s'intéresse également aux dimensions sociales et prône l'intérêt de développer une orientation interdisciplinaire (Levy, Ghisletta, Le Goff, Spini & Widmer, 2005).

L'émergence de l'approche du parcours de vie est associée à la parution en 1964 de l'article qualifié de précurseur de Leonard D. Cain intitulé *Life course and social structure*<sup>7</sup>. Ce texte est considéré comme un écrit fondateur de la théorie sociologique du parcours de vie (Marshall & Mueller, 2003). Dans cet article, Cain avance qu'en raison de la longévité croissante, la structure des sociétés industrielles avancées s'organise selon un agencement des classes socioprofessionnelles mais aussi de plus en plus selon un statut d'âge. Il associe ces statuts d'âges à des étapes du parcours de vie et aux transitions qui organisent le passage d'un statut d'âge à un autre (Lalivie d'Epinay et al., 2005). Plus tard, les travaux de Matilda W. Riley et de ses collaborateurs (1972) vont apporter une codification à la théorie de la stratification selon l'âge et poser la question épistémologique et méthodologique de la signification de l'âge chronologique. Une question particulièrement importante à prendre en compte dans l'étude de la grande vieillesse, comme nous l'avons vu. Ces travaux marquent cependant surtout la reconnaissance de l'âge comme paramètre de l'organisation structurelle des sociétés contemporaines dans la sociologie américaine (cf. section 3.2 ci-dessus) et, indirectement, ils renforcent aussi la sensibilité à l'impact historique sur les vies individuelles.

Sur ce point précis, la référence en la matière reste sans conteste les recherches du sociologue Glen Elder qui, recruté à l'origine dans un groupe de psychologues, a bénéficié du suivi d'une cohorte d'enfants nés au début des années 1920. Dans son ouvrage intitulé *Children of the Great Depression*, il a étudié les stratégies adaptatives des familles face à la crise des années 1930 et aux privations économiques. Elder prend en compte l'imbrication entre les vies individuelles et la dynamique historique de la société (il considère ici l'histoire avant tout comme une suite d'événements) pour montrer comment des inégalités initiales inscrites dans les stratifications socioéconomiques entrent en interaction avec les bouleversements historiques (la grande dépression, mais aussi la deuxième guerre mondiale, le GI Bill, les Trente Glorieuses) pour construire des destinées individuelles (Elder, 1974/1998 ; Oris et al. 2016). De tels travaux ont également conduit les chercheurs dans ce domaine à s'interroger sur le processus dit des « (dés)avantages cumulatifs » au cours du parcours de vie, visant à expliquer la formation d'inégalités tout au long de trajectoires de vie (Dannefer, 2003).

---

<sup>7</sup> Il s'agit ici, de la version de 1964 parue dans l'ouvrage « *Handbook of Modern Sociology* » édité par Robert E. L. Faris republié en 2009.

Une telle orientation est particulièrement intéressante pour une étude de la grande vieillesse qui est par définition, et par essence, l'aboutissement de la trajectoire de vie des individus et, hypothétiquement, la période de la vie où l'on retrouve le résultat des années d'accumulations d'avantages et/ ou de désavantages de l'ensemble de l'existence, nonobstant les effets de la sélection par la mort (Oris & Lerch, 2009). Cependant, dans les études sur la vieillesse, peu, voire aucune, ne considèrent le parcours de vie des personnes âgées. La plupart du temps, ces dernières sont considérées comme un ensemble d'individus figés dans le temps, sans passé et qui d'un point de vue socioculturel semble être apparu à l'âge d'environ 60 ans (Lalive d'Epinay, Bickel, Cavalli, & Spini, 2005).

Lalive d'Epinay et ses collaborateurs parlent du parcours de vie en tant que paradigme<sup>8</sup> dans le sens où sa caractéristique principale tient dans son ambition à comprendre et expliquer le déroulement des vies humaines à partir du croisement entre trois temporalités fondamentales, le temps biologique, le contexte historique et le travail de réflexivité de l'individu en tant qu'acteur historique (Lalive d'Epinay et al., 2005). Concrètement, et nous l'avons déjà évoqué par l'intermédiaire des théories du vieillissement, l'allongement de l'espérance de vie a provoqué des changements sociaux importants dans le parcours de vie des individus. Cela a notamment donné lieu en Suisse, à l'instauration d'un régime de retraite fixé à partir de l'âge de 65 ans qui était à l'origine équivalent à l'âge moyen de l'espérance de vie du pays (Oris, Dubert & Viret, 2015). Depuis, les années vécues de retraite n'ont fait que se prolonger, offrant ainsi un temps de vie nouveau entre l'arrêt des activités professionnelles et la fin de la vie. Dans une démarche de détermination d'étapes de la vie selon les âges et des critères de développement personnel, les chercheurs ont catégorisé la vieillesse en plusieurs étapes et, nous l'avons vu, ils ont en particulier distingué le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âge. La limite entre ces deux catégories oscille selon les études entre 75 et 85 ans et se trouve souvent fixée à l'âge de 80 ans. Au-delà de cette limite arbitraire et conventionnelle, le sens commun associe l'entrée dans le 4<sup>ème</sup> âge à une dégradation de la santé de l'individu âgé. Comme nous l'avons déjà noté, cette méthode facile, simple et commode d'utilisation a été critiquée pour son côté arbitraire et pour la stigmatisation qu'elle implique.

C'est pourquoi les travaux menés par Lalive d'Epinay et son équipe s'efforcent de redéfinir le 4<sup>ème</sup> âge en tant qu'étape du parcours de vie en cherchant des critères de définition de la grande vieillesse à l'échelle de l'individu lui-même et de son ontogénèse. Selon ces chercheurs, pour pouvoir être catégorisée en tant qu'étape

---

<sup>8</sup> Les auteurs s'inspirent de la notion de paradigme définie par le sociologue Robert K. Merton, à savoir, une orientation théorique qui rassemble : « un ensemble de propositions ou d'énoncés qui circonscrit un champ commun d'études et qui guide l'analyse tant sur le plan théorique, en termes de formulation de concepts et d'identification de questions pour la recherche, que sur le plan empirique, en ce qui concerne le choix des stratégies d'enquête et des modes de traitement des données. » (Merton in Lalive d'Epinay et al., 2005, p. 149)

du parcours de vie, la grande vieillesse, comme toute autre étape de l'existence, se doit de répondre à des critères d'ordre formel et être associée à des possibilités et à des enjeux spécifiques, des contraintes ainsi que des rôles et des statuts d'âge. Ils distinguent quatre grands traits pour spécifier une étape du parcours de vie par rapport, par exemple, à une transition ou un changement. La première et principale caractéristique de l'étape réside dans sa *normalité*<sup>9</sup>, qui correspond ici à la forte probabilité pour une majeure partie des individus situés dans l'étape précédente d'atteindre la suivante. Le second critère correspond au fait que l'étape doit survenir en respectant un certain ordre ou une *séquence* préétablie dans le parcours de vie. Un troisième élément qui caractérise l'étape est que celle-ci doit s'inscrire dans une certaine *durée* et procure un caractère relativement durable. Enfin, le quatrième critère repose sur la nature *irréversible* de l'étape, où nul retour en arrière vers l'étape précédente n'est a priori possible. Entre autres, depuis la mise en place des états-providences, une étape du parcours de vie tend à être institutionnalisée par la société et implique des changements de statuts importants lors du passage d'une étape à une autre, par exemple l'étape qui fait passer l'individu de statut de mineur à celui majeur, ou encore celui d'actif à retraité (Lalive d'Epinaï, Cavalli, & Guilley, 2005, pp. 67-68 ; Kohli, 1986).

Dans la suite de ce raisonnement, Lalive d'Epinaï et son équipe vont tenter de déterminer de quelle manière le 4<sup>ème</sup> âge constitue une étape à part entière du parcours de vie. C'est à partir de l'étude Swilsoo menée auprès d'un échantillon de personnes âgées de 80 ans et plus qu'ils mettent à l'épreuve l'adéquation du grand âge à la définition et aux critères qui constituent une étape du parcours de vie. Pour cela, ils utilisent le concept de fragilité pour délimiter les frontières du grand âge et auquel ils soumettent des analyses concernant la santé et l'organisation de la vie quotidienne, notamment au regard de la vie relationnelle et des activités pratiquées par les personnes très âgées. Les chercheurs dégagent les conclusions suivantes. Ils établissent que la dernière partie de la vie comporte un fort risque individuel de basculer vers la dépendance mais que cela ne constitue pas pour autant la destinée majoritaire au grand âge qui serait plus caractérisée par la progression massive de la fragilité. Lalive d'Epinaï et son équipe estiment ainsi que :

« [...] la fragilité exprime la réalité du quatrième âge et répond aux critères théoriques de définition d'une étape du parcours de vie : une étape aujourd'hui normale et durable, sauf exception sans retour en arrière possible, qui s'inscrit comme la dernière des étapes du parcours de vie et

---

<sup>9</sup> Dans l'article, les chercheurs précisent que l'utilisation du terme *normalité* provient du terme anglais *normativity* : « qui renvoie à deux réalités différentes : d'un côté la *normalité*, c'est-à-dire la très forte probabilité pour un individu de traverser cette période ; de l'autre, le fait que l'âge en question soit *normé* par la société, donc en quelque sorte institutionnalisé. Pour l'analyse sociologique, il importe de distinguer ces deux aspects qui correspondent à deux moments distincts de la construction sociale d'une étape du parcours de vie » (Lalive d'Epinaï, Cavalli et Guilley, 2005, p.86-87)

qui constitue en soi un cadre de vie sui generis. » (Lalivé d'Épinay, Cavalli et Guilley, 2005, p. 83).

La perspective du parcours de vie distingue trois grands niveaux d'utilisation. Tout d'abord, l'approche du parcours de vie est utilisée en tant que paradigme et dans ce cas le parcours de vie peut être défini comme l'étude interdisciplinaire du déroulement des vies humaines. Le paradigme du parcours de vie intègre lui-même trois temporalités fondamentales qui sont les processus développementaux biologiques et psychologiques ; le contexte historique et les dynamiques qui l'influence, et enfin les trajectoires individuelles qui se déroulent en partie dans le cadre des contraintes et des possibilités des deux précédentes temporalités (Lalivé d'Épinay et al., 2005). Le second niveau d'utilisation de la perspective du parcours de vie se réfère à titre d'institution sociale. Il s'agit en quelque sorte du « curriculum », de modèles dans une société et un temps donnés qui organisent le déroulement de la vie des individus. Ces modèles consistent en un système de normes et d'allocations de ressources associés à des références tels que des statuts d'âge ou encore des types de carrières. Le parcours de vie en tant qu'institution sociale regroupe aussi un ensemble de représentations collectives et des références partagées (Kohli, 1986 ; Heinz, 1991). Le troisième niveau d'utilisation du parcours de vie se fait à titre de trajectoire biographique. Le parcours de vie ne doit pas ici être conçu comme un simple produit comportemental issu de la structure institutionnelle mais comme le résultat d'une construction par le sujet sur la base d'une négociation entre les modèles de parcours de vie disponibles et le contexte de vie ; en somme la mise en œuvre de l'*agency* individuelle (Heinz & Marshall, 2003).

La perspective du parcours de vie se trouve en outre encadrée par de grands principes heuristiques comme celui de l'enchéassement socio-historique, le principe de l'articulation entre les changements et les événements sociétaux d'un côté, et la position individuelle dans le parcours de vie d'autre part. Mais aussi le principe de vies liées ou encore le principe d'autonomie (Elder, 1998 ; Sapin, Spini et Widmer, 2007).

Les différents niveaux d'utilisation de la perspective du parcours de vie, ainsi que les principes heuristiques qui la soutiennent, sont liés les uns aux autres. Ils englobent et circonscrivent la totalité des trajectoires de vie des individus et leur intégration dans le contexte socio-historique. Il s'agit d'une approche large et interdisciplinaire qui nécessite donc de faire des choix de notre part pour la mettre au service d'une étude de la grande vieillesse. La perspective du parcours de vie est une approche intéressante dans ce domaine dans la mesure où elle va au-delà des théories de la longévité et du vieillissement. Elle n'assume ni ne récuse une limite à la longévité, pas plus qu'une trajectoire de vieillissement réussi opposée à une trajectoire marquée par les incapacités et les maladies. Elle s'interroge plutôt sur le rôle de l'individu, ses différentes trajectoires (familiales, professionnelles, migratoires,

résidentielles ou encore de santé), leurs interactions et leur intégration dans un contexte socio-historique singulier qui influence et régit le parcours de vie tant collectif (via les institutions) que les choix individuels entre opportunités et contraintes de structures socioéconomiques évolutives. C'est pourquoi nos choix dans le cadre de cette perspective s'orientent vers les trajectoires individuelles des personnes très âgées en lien avec le contexte socio-historique dans lequel ils ont vécu et vivaient encore au moment de l'enquête VLV qui est notre base d'analyse.

#### 4.3. *Contexte historique, parcours de vie et vieillesse*

Nous avons vu que le parcours de vie des individus comporte plusieurs types de trajectoires (familiales, résidentielles, professionnelles, etc.) qui peuvent prendre des directions différentes. La similitude se retrouve plutôt au niveau des contraintes sociales, économiques et culturelles qui s'imposent aux individus de chaque cohorte de naissances à un moment historique donné. Le contexte historique socio-économique et culturel peut influencer le parcours de vie et le devenir des individus au point de les unir en une génération sociohistorique, soit un facteur d'homogénéité a priori intéressant dans une étude de l'hétérogénéité de la population du grand âge.

Pour aborder le parcours de vie et le contexte socio-historique, nous nous référons au chapitre du même nom dans l'ouvrage de Sapin, Spini et Widmer (2007), ainsi qu'aux travaux de Lalive d'Epinay et son équipe (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2009 ; Lalive d'Epinay, Cavalli & Aeby, 2008). Ces auteurs évoquent les changements historiques importants qui ont eu lieu au cours du 20<sup>ème</sup> siècle et qui ont structuré les parcours de vie, et qui ont encore des répercussions de nos jours, et dont peut plus que témoigner la population très âgée, survivante de presque un siècle de transformations contemporaines. Après avoir présenté les principaux changements, les auteurs font l'hypothèse, que nous reprenons également, que les parcours de vie ont été affectés jusque dans les années 1970 environ par un processus de standardisation qui a renforcé leur homogénéité, puis ont ensuite été affectés par une dynamique de désinstitutionalisation et de pluralisation. Les auteurs distinguent trois types de parcours de vie qui se sont succédés au fur et à mesure du 20<sup>ème</sup> siècle.

L'entrée dans le 20<sup>ème</sup> siècle est tout d'abord marquée par un type de parcours de vie qualifié de « conservateur », qui s'est construit en parallèle de la dynamique de la société industrielle, en marche depuis le 19<sup>ème</sup> siècle. Le début du 20<sup>ème</sup> est caractérisé par une société reconnaissant deux âges principaux de la vie, l'enfance et l'âge adulte. De plus, à cette époque, l'âge adulte implique une forte distinction et répartition des tâches entre les sexes, une écrasante majorité des hommes se tournant vers une trajectoire professionnelle tandis que la majeure partie des femmes est poussée vers une trajectoire avant tout familiale (Levy, Gauthier &

Widmer, 2006). Dans ce contexte, le vieillissement peut amener à rendre l'individu inapte au travail, même à rendre la poursuite de ses tâches quotidiennes difficiles. Cependant, la prévoyance reste à la charge propre de l'individu et de sa famille, ce qui résulte en de fortes disparités selon les milieux sociaux dans lesquels les personnes évoluent (Oris, Dubert & Viret, 2015). Pour les plus démunis, le recours reste la charité publique et privée, qui n'évite pas des situations de misère extrême. La Suisse comptait près de 700 000 indigents au sortir de la Première Guerre Mondiale (Lalivé d'Épinay, 1994) et l'on peut rappeler que Pro Senectute est née pour venir en aide à la vieillesse indigente (Duvoisin et al., 2012).

Dans ce contexte temporel (effet d'époque), le parcours de vie conservateur qui s'étend jusque vers 1945-1950, est marqué par les deux guerres mondiales entrecoupées par une conjoncture économique et financière difficile. Ce sont des années « dures » au niveau économique, social et politique. Durant cette période, l'économie suisse est principalement concentrée dans le secteur secondaire avec une forte production industrielle et un secteur primaire encore important ; cependant, l'économie stagne voire régresse durant la crise des années 1930. Dès lors, l'ascension sociale est faible et les tensions sociales fortes. Cette période est d'ailleurs marquée par de nombreuses revendications collectives (dont la grève générale de 1918) et des syndicats forts demandant des améliorations sociales (comme la semaine de 48h). Les menaces sur l'emploi sont bien présentes avec la crise des années 1930 caractérisée par l'apparition du chômage dans les secteurs du textile, de l'horlogerie, de la banque ou encore de l'hôtellerie. Dans un tel contexte socio-historique, le parcours de vie des individus est fortement influencé et s'inscrit dans un objectif de recherche de sécurité afin de conserver au maximum une situation stable, même si elle se trouve précaire. La classe populaire est importante et la valeur du travail qui offre une certaine sécurité matérielle y est fortement ancrée. De même, les valeurs et les normes morales restent très prégnantes sur les individus et laisse peu de place à la réalisation de soi, que ce soit au niveau des désirs et aspirations professionnelles, de la consommation ou encore de la vie privée. Les déviations dans les trajectoires de vie sont mal tolérées, et apportent de cette manière un cadrage collectif à ces dernières (Sapin, Spini & Widmer, 2007, pp.102-104).

Ce type de parcours de vie conservateur nous intéresse particulièrement dans le cadre de notre recherche sur la population très âgée, car il s'agit d'une population qui est née et qui a grandi dans ce contexte socio-historique et s'est donc imprégnée des valeurs véhiculées par le parcours de vie conservateur (Lalivé d'Épinay et al., 2000).

Le second type de trajectoire est le parcours de vie acquisitif, qui se développe à la fin de la Seconde Guerre Mondiale jusque dans les années 1970 (1945-1975). Cette période est aussi connue sous le nom que lui a donné l'économiste Jean Fourastié, les Trente Glorieuses. Ces années d'après-guerre sont marquées par le

remaniement et la reconstruction des états détruits par le conflit. C'est aussi une époque de croissance et d'essor économique majeur. La Suisse est alors caractérisée par une politique d'exportation vigoureuse, une société de plein emploi et la mobilité sociale devient un phénomène de masse. La croissance économique et l'ascension sociale crée un vide au bas de la structure sociale, qui est compensé par l'apport massif d'une main d'œuvre bon marché à travers les flux migratoires issus principalement d'Italie et d'Espagne. De cette manière, le phénomène de la mobilité sociale montre clairement que toute une cohorte va faire mieux que ses parents de façon assez systématique et grimper l'échelle sociale (Sapin, Spini & Widmer, 2007, pp. 105-107). Lalive d'Epina y (1994, pp. 136-141) explique que durant la période comprise entre 1945 et 1975, le PIB du pays triple quasiment, avec un plein emploi assuré et un pouvoir d'achat des salariés (en terme réels) en forte expansion (de l'ordre de + 250%), ce qui fait que les lignes de dépenses se transforment au sein des ménages et se dirigent vers d'autres achats que les dépenses consacrées jusque-là principalement vers les besoins physiologiques fondamentaux (comme par exemple la nourriture et le logement).

La société de consommation apporte avec elle de nombreux changements dans les modes de vie. Cette période voit aussi la mise en place des congés payés et une étape décisive dans l'institutionnalisation de la vieillesse avec l'instauration de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) en 1948 qui impose un âge limite de cessation d'activité professionnelle (Lalive d'Epina y et al., 1994 ; Sapin, Spini & Widmer, 2007 ; Gabriel, 2015). Ces changements offrent la perspective du temps pour soi, un temps de loisirs générateur de projets personnels. Ainsi, l'objectif de productivité de l'avant-guerre, se déplace vers celui de la consommation, soutenu notamment par le développement de l'automobile ou encore l'arrivée de la télévision. Dans ce contexte, la société se transforme et passe des anciennes valeurs sécuritaires et conservatrices, à une société de consommation qui apporte avec elle de nouvelles valeurs de vie comme la réalisation personnelle en tant qu'individu singulier (e.g. Giddens, 1984 ; Monnier, 2006). La morale traditionnelle est de plus en plus remise en question du fait d'une prégnance religieuse moins forte ou encore via l'acquisition de nouveaux droits au niveau politique (droit de vote des femmes en 1971). Durant cette période, les parcours de vie se libèrent des carcans institutionnels anciens issus du début du siècle et de l'avant-guerre et qui ne font plus sens dans un contexte économique et social profondément renouvelé. La période est aussi marquée par un temps de formation, en particulier de niveau supérieur, plus long, ainsi qu'un retour important des femmes sur le marché du travail avec une concentration d'emplois dans le secteur tertiaire, qui atteint plus de 50% dans les années 1970, ce qui crée de nouvelles trajectoires professionnelles et une démultiplication des postes de cadres. La trajectoire de vie familiale de l'époque est surtout caractérisée par une mise en couple rapide et une parentalité jeune, avec des divorces encore rares (Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 107).

Ce contexte a dans tous les cas été largement favorable pour certaines cohortes de l'étude qui ont pu pleinement profiter de cet essor économique et social, dont la population très âgée actuelle fait partie. En effet, celle-ci, au sortir de la Deuxième Guerre Mondiale, se trouve au début de l'âge adulte et ses membres ont pu donc développer leurs trajectoires professionnelle et familiale tout au long des Trente Glorieuses. La population âgée de l'époque a vu elle aussi son niveau de vie s'améliorer suite à l'instauration de l'AVS, mais c'est un phénomène lent et progressif, le temps que les individus aient accumulé des carrières pleines de cotisants, ce qui n'a été possible qu'à partir de 1948. En 1979, à Genève et en Valais central, plus de 40 % des 65 ans et plus vivent en-dessous du seuil de pauvreté (Lalivé d'Epinay et al., 2000 ; Gabriel, 2015). Cette période historique a aussi largement contribué à dissocier la retraite de la sénescence du fait de l'allongement de l'espérance de vie en continue augmentation et de l'instauration d'un régime de retraite général. Lalivé d'Epinay (1994) décrit la période de la retraite, en lien avec la société de consommation, comme une étape non plus crainte mais attendue, comme l'occasion de pouvoir enfin vivre et réaliser les envies de chacun dans un but contemporain de réalisation et d'épanouissement personnel, libéré de toute contrainte professionnelle. La société de consommation permet de suivre des styles de vie différents selon le niveau social des individus. Certaines cohortes ont été favorisées mais cela n'empêche pas que les inégalités et contraintes sociales persistent et même se renforcent auprès des couches de la population les moins avantagées telles que les femmes veuves ou encore les personnes avec un faible niveau de formation (Lalivé d'Epinay et al., 2000)

Enfin, le troisième type de parcours de vie mais aussi, le plus récent, est celui dit « incertain », qui s'est instauré à partir des années 1970, suite à la crise des chocs pétroliers de 1973 et 1979 et qui perdure aujourd'hui encore. Cette période est fortement marquée par des fluctuations économiques importantes caractérisées (très brièvement) par des embellies et des crises qui font que la croissance est, dès lors, quasi nulle. Ces fluctuations économiques ont pour conséquences que le marché du travail devient très changeant et peu prévisible, bien loin du contexte de plein emploi de la période précédente. Il voit apparaître des taux plus ou moins forts de chômage. Le marché de l'emploi subit des reconversions structurelles et devient plus flexible, notamment par l'intervention de ce que les économistes nomment des restructurations économiques, qui touchent surtout les jeunes et les travailleurs âgés, ce qui tend à rendre hasardeuses et chaotiques deux transitions majeures du parcours de vie que sont l'installation dans la vie adulte et la retraite (Lalivé d'Epinay, 1994 ; Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 108). Malgré ces incertitudes, la retraite se démocratise et devient une transition de plus en plus normative et institutionnalisée au cours des années 1980 suite à l'imposition du 2<sup>e</sup> pilier. Même si cette transition reste perçue comme l'ouverture vers une période de liberté et de possibilités, elle est aussi utilisée en tant que mécanisme pour réguler le marché du travail selon le contexte économique, avec la mise en place de mesures comme le

système de mise en préretraite ou de retraite anticipée (Lalivé d'Épinay, 1994, p. 142).

Cette période reste en fait marquée par les idéaux de la société de consommation de masse des Trente Glorieuses suivant un objectif d'exploration et de réalisation individuelle de plus en plus affirmée (Oris, Roberts et al., 2016). Cependant, le contexte a changé. La forte insertion des femmes sur le marché du travail lors de la période précédente les a trop souvent conduites à occuper des emplois précaires, souvent à temps partiel et avec de faibles garanties de carrière. Le secteur de l'éducation subit également des transformations et entre dans une logique de formation permanente du fait des aléas du marché du travail, mais aussi face au développement technologique qui demande aux individus des mises en question fréquente de leurs compétences et de la flexibilité. C'est aussi durant cette période que la trajectoire de formation tend à se démocratiser et ouvre un accès plus grand aux études supérieures aux classes moyennes et populaires. Cette période voit le développement de trajectoires professionnelles plus variées et plus compliquées que naguère ; ce sont des parcours qui demandent des capacités d'adaptation et de la flexibilité et qui sont marquées par des périodes de chômage, de formation, de temps partiel, de réorientation, etc. Il devient de cette manière de plus en plus rare pour un individu de commencer une carrière dans une entreprise et de la terminer dans la même entreprise comme il était courant de le voir durant la période précédente. La sphère privée et notamment la trajectoire familiale, quant à elle, est aussi fortement marquée par des bouleversements comme l'augmentation du taux de divorce qui devient un phénomène général et amène les individus à s'interroger sur leurs relations aux autres et leurs attentes réelles (Widmer & Ritschard, 2009).

La société de consommation n'en reste pas moins présente, s'étend à tous les domaines de la vie et se mondialise. Cette période se caractérise par une consommation de plus en plus exacerbée, où s'empilent des normes et des valeurs parfois contradictoires ébranlant les repères construits jusque-là. Dans ce contexte, le parcours de vie ne peut être qualifié que d'incertain, car il obéit aux normes et valeurs d'exploration et de réalisation individuelle sans pour autant pouvoir les atteindre et les réaliser plus ou moins facilement selon la situation et les ressources de chacun, creusant encore un peu plus les inégalités déjà présentes dans les périodes précédentes. Les auteurs précisent d'ailleurs que contrairement aux deux types de parcours de vie précédents, les inégalités sociales ne sont plus totalement imposées par la naissance (comme dans le parcours de vie conservateur), ni cachées par des effets d'ascenseur (lors des Trente Glorieuses et avec un parcours de vie acquisitif) mais sont le fruit d'une construction progressive tout au long du parcours de vie par l'intervention de processus fortement cumulatifs et décisifs lors de transitions (Lalivé d'Épinay, 1994 ; Sapin, Spini & Widmer, 2007).

Toutefois nous pouvons adresser quelques remarques à propos du type de parcours. Bien que pertinents d'un point de vue sociohistorique, ces trois types

restent toutefois ambigus d'un point de vue du parcours de vie car ils décrivent des époques tout en les lisant en termes de parcours de vie qui semble concrètement peu réaliste et pas applicable à l'ensemble des individus. D'ailleurs nous verrons dans le chapitre suivant qu'il est possible de remettre en contexte les trajectoires des générations au regard de ces trois types de parcours de vie, mais qu'aucune n'y correspond strictement.

Aussi, Sapin, Spini et Widmer exposent le fait que ces trois types de parcours de vie se succèdent dans le temps historique mais conservent des liens et des interactions entre eux. Ils précisent que la typologie de parcours de vie qu'ils proposent ne doit pas être interprétée de façon trop stricte du point de vue chronologique, car les changements sont plus progressifs et différenciés que ce que la typologie suggère (selon le niveau social, le sexe, l'âge, etc.). Les auteurs font aussi l'hypothèse qu'il existerait une sorte de décalage entre les attentes et les réalisations où :

« les individus s'attendraient à vivre le parcours de vie dominant dans la cohorte de leurs parents, qui leur sert, plus ou moins consciemment, de modèle : la cohorte née dans les années 1930-40, qui connaîtra un parcours de vie acquisitif, aura longtemps la conviction d'avoir échappé par ses mérites propres au parcours conservateur, en occultant les facteurs structurels l'ayant privilégiée (Chauvel, 1998), et critiquant de ce fait la cohorte précédente pour ses prétendues frilosités sociales et idéologiques ; la cohorte née dans les années 1960-70, au parcours incertain, partira dans la vie avec l'assurance et les idéaux du parcours acquisitif, sans avoir vraiment les moyens de les réaliser » (Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 109-110)

#### 4.4. *Standardisation et dé-standardisation du parcours de vie*

Les auteurs proposent ensuite une réflexion à propos d'un aspect fondamental de la perspective du parcours de vie, celui de sa standardisation. Au regard des trois types de parcours de vie successifs qu'ils ont présenté, ils font l'hypothèse de l'existence d'une standardisation structurant le parcours de vie des individus jusque dans les années 1960, et qu'à partir de là nous assisterions ensuite à une pluralisation (ou dé-standardisation) de celui-ci. Ceci contrasterait fortement les personnes très âgées que nous étudions dans ce travail avec les générations qui les ont suivies. Nous pouvons nous référer aux travaux de Kohli (1986) qui décrit le processus de standardisation du parcours de vie (jusque dans les années 1960 également) selon trois modalités. Pour lui, nous pouvons parler de standardisation lorsque trois modalités sont réunies, à savoir premièrement la *séquentialisation* du parcours, c'est-à-dire que celui-ci suit un ordre préétabli où les étapes distinctes sont mises en séquence (par exemple la trajectoire professionnelle suit la séquence suivante : formation, activité professionnelle, retraite). Cette séquentialisation doit se

faire selon une seconde modalité qui est la *chronologisation*, en d'autres termes la « mise en âge » qui correspond à l'établissement d'un lien entre l'âge chronologique des individus et les transitions du parcours de vie. La troisième modalité est que ces deux processus de séquentialisation et de chronologisation donnent lieu à une *biographisation*, c'est-à-dire le fait d'attribuer la responsabilité de son propre parcours de vie à chaque individu.

Les auteurs expliquent que :

« [...] la standardisation du parcours de vie est la conséquence de l'introduction des systèmes de droits et de devoirs publics stratifiés par l'âge chronologique de l'individu, dans la plupart des pays occidentaux, dès la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle » (Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 110-111)

Ils s'appuient donc sur la standardisation du parcours de vie avec ses trois modalités définies par Kohli et avancent que paradoxalement, cette standardisation pousse les individus à prendre conscience, de plus en plus, de leur propre réalité chronologique via le processus de biographisation du parcours de vie. Loin de mener vers le désordre, selon Kohli, cette conscience de soi accrue associée à un impératif de plus en plus fort de développement personnel, mènerait vers un contrôle social qui serait plus intériorisé que tous ceux que les sociétés ont mis en place jusque-là (Kohli, 1986).

La standardisation du parcours de vie est aussi dotée de plusieurs fonctions sociales. Non seulement elle peut agir en tant qu'outil de contrôle social interne, mais elle participe également au processus de rationalisation de l'état et de l'économie modernes. La chronologisation du parcours de vie permet de planifier un grand ensemble d'existences dans les sociétés de masse et donc de pouvoir gérer les systèmes de prestations de l'état et de l'économie selon les critères d'un idéaltype wébérien, la rationalité à but rationnel. Pour Sapin, Spini et Widmer, le parcours de vie se présente comme une nouvelle instance normative qui se trouve à même de réguler les individus « de l'intérieur » en leur faisant intégrer des normes biographiques nouvelles qui prônent la nécessité de respecter « l'horloge sociale » et la construction de projets de vie, un concept développé par Neugarten (1979). Dans ce cadre, la standardisation du parcours de vie est le corollaire de l'autonomisation des individus.

Nous pouvons rapprocher la fonction sociale du parcours de vie, plus particulièrement son aspect de contrôle social, avec les théories du vieillissement que nous avons présentées précédemment. Les auteurs expliquent que la standardisation du parcours de vie tend à devenir l'équivalent institutionnel du contrôle social externe d'autrefois et que par exemple, la perspective de l'instauration générale d'une retraite renforce la paix sociale au sein des trajectoires professionnelles. Ils avancent également que le contrôle social ne s'obtient pas seulement à travers le système de rémunération et de cotisations mais aussi à

travers la perspective biographique de chaque individu, perspective qui est fondée sur la certitude de ne jamais tomber en dehors du système de protection de l'Etat, à qui on demande une intervention de plus en plus forte. La standardisation du parcours de vie a comme fonction sociale de résoudre le problème de succession des générations, comme dans l'exemple de la transmission des postes de pouvoir, des biens financiers et mobiliers ainsi que le transfert du capital social et symbolique d'une cohorte à une autre, et c'est là que nous pouvons faire un lien avec les aspects sociaux des théories du vieillissement. En effet, la perspective de la mise à la retraite peut être perçue et interprétée comme une voie de garage socialement légitime et comme un facteur de motivation pour les plus jeunes entrant sur le marché du travail.

Cependant, depuis les années 1960-1970, Sapin, Spini et Widmer expliquent que le processus de standardisation et d'institutionnalisation du parcours de vie est remis en cause. Des éléments cruciaux s'affaiblissent, tels que le parcours de vie familial qui se complexifie avec des phénomènes comme l'augmentation de l'âge au mariage et de la parentalité, des formes de familles plus complexes que la famille nucléaire traditionnelle ou encore une augmentation du taux de divorces. Au niveau de la trajectoire professionnelle, le modèle traditionnel en trois étapes est de plus en plus remis en question par l'allongement de la formation, le développement de la formation continue ou encore des formes d'emplois à temps partiel, des périodes de chômage ou de congés de longue durée (Widmer & Ritschard, 2009). Ces changements dans les parcours de vie montrent une tendance à une plus grande flexibilité de la planification de l'existence et une augmentation des possibilités au niveau des choix individuels. Ils remettent donc en question le parcours de vie standardisé traditionnel marqué par des trajectoires plutôt bien définies. De même que la « biographisation » attribuant la responsabilité de son parcours à l'individu lui-même, l'outil de contrôle social fléchit et laisse place à de nouveaux comportements au niveau vestimentaire, sexuel, émotionnel ou encore au niveau de la courtoisie. L'affaiblissement de ces éléments de la standardisation remet en question la fonction régulatrice du parcours de vie comme modèle et comme institution (Sapin, Spini & Widmer, 2007).

Un moyen d'observer ces changements est de se référer au concept « d'horloge sociale » développé par Neugarten (1965) et qui est toujours d'actualité (Sauvain-Dugerdil, Léridon & Mascie-Taylor, 2006). Ce concept fait référence aux normes d'âge qui peuvent être définies comme des attentes sociales par rapport aux attitudes, aux comportements et rôles des individus selon leur âge chronologique. De cette manière, ces normes d'âge structurent un ensemble de pratiques et sont contrôlées plus ou moins sévèrement par différentes institutions. Elles définissent également les attentes liées aux transitions de vie. Ainsi, Neugarten émet l'hypothèse que ces normes fonctionnent comme une horloge sociale, c'est-à-dire qu'au regard de leur parcours de vie, les individus ont conscience qu'ils sont « à

l'heure », « en retard » ou « en avance » selon leur âge par rapport aux attentes sociales.

Toutefois, cette remise en question du modèle de standardisation amène à montrer l'émergence de ce que Sapin, Spini et Widmer qualifient de nouveaux modèles de vie. Sans abandonner l'idée d'une perte de standardisation du parcours de vie, ils intègrent à celle-ci la possibilité d'ajouter de nouveaux modèles et de nouvelles trajectoires à l'ensemble de l'institution et parlent non plus de standardisation mais de pluralisation des parcours de vie. Les auteurs expliquent qu'une pluralisation des parcours de vie a lieu de nos jours et ce depuis les années 1960-1970, et ils apportent trois manières d'interpréter ces transformations.

Une première interprétation est que ces transformations peuvent traduire une inflexion fondamentale dans le parcours de vie, en quelque sorte un changement de cap rompant avec la tendance séculaire de la standardisation. Ainsi selon eux, nous irions vers une subjectivisation des parcours de vie, où chacun suivrait son existence comme il lui plaît. Cependant, les trajectoires observées dans les recherches en Suisse contredisent cette interprétation et montrent que même si les changements sont bien réels, les modèles de parcours de vie restent en nombre limités et les périodes de transitions effectives demeurent toujours en grande partie ordonnées selon une séquence précise et restent liées à des âges spécifiques (Widmer & Ritschard, 2009). La seconde interprétation émet l'idée que ces transformations du parcours de vie peuvent être considérées comme la suite naturelle du processus de standardisation initial mais sous une forme quelque peu modifiée. Cette idée est soutenue par quelques auteurs qui affirment que les modèles de parcours de vie n'ont pas été remis en question. Enfin la troisième manière d'interpréter suggère que ces transformations peuvent être la preuve de l'émergence de nouveaux modèles de parcours de vie qui ne sont pas encore révélés, mais dont les structures apparaissent et deviennent progressivement visibles. Cette interprétation a la préférence des auteurs et les recherches menées en Suisse montrent un nombre limité de trajectoires et que celles-ci sont interdépendantes, ce qui renforce leur caractère contraignant pour les individus. Ils expliquent ainsi que les individus de la post modernité ont souvent l'impression de maîtriser leur destin via les trajectoires et les choix qu'ils font mais qu'au final, il s'agit d'une illusion car la marge de manœuvre de ceux-ci est en réalité beaucoup plus faible qu'ils peuvent le penser (Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 117-118).

La perspective du parcours de vie offre un cadre général pour une science de l'être humain qui permet d'intégrer des travaux très divers d'une part, avec un objectif de contribuer au progrès de la connaissance et au développement de nouvelles perspectives de recherche d'autre part. Toutefois, cette perspective fait face à des grands aspects problématiques qui sont les défis que pose le travail de recherche interdisciplinaire, la question du changement social, à savoir comment les activités et les actions individuelles peuvent se transformer en actions collectives et en

mouvements sociaux producteurs de l'histoire et du changement social. Enfin un dernier grand problème se pose au niveau de la démarche comparative internationale et interculturelle qui concentre pour l'instant des recherches et des réflexions principalement issus d'Amérique du nord et d'Europe occidentale.

## **5. Réflexion sur la délimitation de la grande vieillesse**

Il nous semble important de réfléchir dans ce travail de thèse à la question de la délimitation de la grande vieillesse au regard de ce que nous apporte les aspects théoriques que nous avons présentés jusque-là. Pour certains nous avons discuté de leur intérêt pour l'étude spécifique de la grande vieillesse. Aussi, certaines théories abordées dans ce chapitre traite d'aspects prenant en compte le rôle, les activités et la participation sociale des individus âgés mais la suite de ce travail n'aborde pas ces dimensions sous cet angle-là, et invitons le lecteur à se référer au travail de thèse de ma collègue Marie Baeriswyl mené à ce sujet (Baeriswyl, 2016). Cependant, ces théories soutiennent la base de ce travail dans le sens où il s'intéresse aux fondements et sous-bassement des inégalités sociales et des inégalités de santé dont dépend le rôle, l'implication et la participation des plus âgés dans la société. Celles-ci compètent également les théories développées par Rowe et Kahn ainsi que celle de Baltes et son équipe à propos des trajectoires de vieillissement et de la notion de bien-être et des aspects subjectifs de celui-ci. L'aspect démographique nous permet d'identifier et de quantifier ce sous-groupe de l'ensemble de la population âgée et de montrer ainsi la spécificité de sa croissance et de son évolution future par l'intermédiaire des différents scénarios portant sur la durée de vie ou des projections à propos de la santé et du vieillissement. Le souci démographique du vieillissement associé à une perception plutôt négative de la vieillesse a donné lieu à l'élaboration de théories du vieillissement. Celles-ci contribuent à l'appréhension de la sénescence mais aussi à la distinction entre les catégories d'âge, la grande vieillesse restant souvent considérée en termes de perte d'autonomie et de déficits. Aussi, la perspective du parcours de vie et les réflexions à propos de l'âge permettent de repenser cette dernière partie de l'existence sous plusieurs facettes et surtout dans une logique de trajectoire. Ainsi, considérer autant des critères d'âge que des trajectoires de vie des individus qui font l'expérience du grand âge, c'est prendre en compte le fait qu'ils cumulent des étapes de vie mais également de nombreuses années d'existence ancrées dans un contexte sociohistorique particulier.

## Chapitre 2 : Une étude sur le vieillissement, l'enquête Vivre-Leben-Vivere

### Introduction

A la suite de la partie théorique, nous allons à présent aborder la méthodologie adoptée à partir de l'enquête sur laquelle se basent les données empiriques de cette thèse. Il s'agit d'une étude, qui porte sur la thématique des conditions de vie et de santé de la population âgée de plus de 65 ans en Suisse. Le travail de terrain a été conduit à partir de la fin de l'année 2010 jusqu'au milieu de l'année 2012. Le travail d'étude et d'analyse se prolonge jusqu'à aujourd'hui. Elle est intitulée, *Vivre-Leben-Vivere. Old Age Democratization ? Progress and Inequalities in Switzerland*. Dans ce cadre, ce chapitre propose une description de l'enquête, de son insertion dans le champ de la recherche gérontologique actuelle et analyse son élaboration dans un contexte interdisciplinaire jusqu'à sa mise en application sur le terrain auprès des retraités. Nous proposons également de nous focaliser sur le cœur du sujet de ce travail, donc de nous intéresser aux individus les plus âgés de l'échantillon de l'étude. Ils constituent une part importante de ce dernier, ce qui est un atout précieux. Nous verrons de ce fait les spécificités de l'enquête et de la population très âgée au regard des aspects théoriques abordés dans le chapitre précédent.

### 1. Le contexte de l'étude Vivre-Leben-Vivere

#### 1.1. *Une étude qui se situe dans le contexte de recherche actuel en gérontologie*

L'étude Vivre- Leben- Vivere (VLV) a été financée par le Fond National Suisse de la Recherche Scientifique (FNRS) à travers son programme Sinergia<sup>10</sup> et aussi soutenue par le Pôle National de Recherche (PRN) LIVES<sup>11</sup> du FNRS. C'est une recherche qui utilise une approche interdisciplinaire afin d'étudier la diversité des conditions de vie de la population âgée en Suisse.

---

10 Le programme Sinergia du FNRS s'adresse aux projets de recherche inter-, multi- et unidisciplinaires élaborés en collaboration et sur l'initiative de différents groupes de recherche.

11 PRN LIVES *Overcoming Vulnerability: Life Course Perspective*. Les PRN s'adressent à des chercheurs et chercheuses établis en Suisse qui veulent réaliser des projets de recherche sur le long terme et qui traitent de thèmes d'importance stratégique.

Avant tout, l'étude VLV est fondée sur une enquête qui se situe à un instant  $t$  du déroulement temporel de l'histoire. Elle se place à un moment donné de l'histoire de la gérontologie. L'étude adopte une approche transversale, qui fait que, selon le modèle d'analyse en trois temps évoqué dans le chapitre précédent, les effets de période sont nuls car ils sont positionnés à un moment donné dans le temps. Mais nous pouvons y retrouver les effets de l'avancée en âge et des effets de génération. L'étude VLV se raccroche à la tendance actuelle dans la recherche gérontologique adoptant une démarche et une vision holistique du vieillissement. Cette perspective plus globale est évoquée par Ferraro (Ferraro, 2007) sous le terme *gerontological imagination*, concept à travers lequel le chercheur, d'une part, fait écho au débat sociologique au sujet de l'imagination sociologique (ou *sociological imagination*) développé par Mills (Mills, 1959)<sup>12</sup>, et qui d'autre part exprime la prise de conscience du processus de vieillissement dans sa globalité, ainsi que des liens entre les disciplines et les différents facteurs qui influencent le vieillissement. Il évoque une sensibilité multidisciplinaire et propose avec Wilmoth (Wilmoth & Ferraro, 2007) un schéma récapitulatif qui regroupe les différents domaines ayant trait à la gérontologie tant d'un point de vue macro (les chercheurs présentent trois grandes thématiques du vieillissement : aspects physiques, aspects sociaux et politiques publiques) que micro.

L'insertion de l'étude VLV dans le champ actuel de recherche en gérontologie intervient dans le cheminement scientifique qui a conduit à la compréhension que le processus de vieillissement n'est pas constitué d'un seul chemin unidirectionnel et qu'il ne doit pas uniquement être vu de manière négative. Les études récentes ont montré que le vieillissement est plutôt caractérisé par une multiplicité de situations hétérogènes au cours de l'avancée en âge. Les progrès dans divers domaines (gériatrie, psychologie, sciences sociales, etc.) ont également été mis en avant par les recherches scientifiques. En outre, ces avancées ont été accompagnées par une augmentation de l'hétérogénéité au sein des populations âgées, avec la persistance de cas précaires et vulnérables (Gabriel, 2015 ; Oris et al., 2016). Ainsi, l'étude VLV se situe dans un contexte de progrès évidents des conditions de vie et de santé, gains qui enthousiasment au point que l'hétérogénéité reste sous étudiée.

Aujourd'hui, la gérontologie forme un vaste domaine de recherche qui regroupe sous cette dénomination plusieurs disciplines mises en dialogue. Le débat actuel dans ce domaine s'oriente principalement sur l'angle d'approche à donner à l'étude du vieillissement et sur l'intégration de la question au sein des politiques publiques et sociales ainsi que dans la pratique. Ce champ d'étude est d'ailleurs plus ou moins inter-relié entre les disciplines qui le composent selon l'endroit où il est étudié. Dans un article récent, le chercheur belge Thibault Moolaert évoque le débat

---

<sup>12</sup> 1959 correspond à la version originale dont la version traduite en français est celle de 1997.

gérontologique entre les approches anglo-saxonnes et francophones, les premières privilégiant une gérontologie critique tandis que les secondes maintiennent encore souvent un clivage entre les disciplines étudiant le vieillissement (Moulaert, 2012). En ce sens, nous parlons de recherche en gérontologie et en gérontologie critique à travers les études anglo-saxonnes (Ferraro & Wilmoth, 2007). Plutôt de gérontologie sociale dans la littérature québécoise (Charpentier, Guberman, Billette, Lavoie, Grenier & Olazabal, 2010) et de recherche en sociologie du vieillissement (e. g. Caradec, 2012, Hummel, Mallon & Caradec, 2014), en psychologie du vieillissement (Baltes, 1987 ; Lemaire & Bherer, 2005), en gériatrie et dans d'autres champs bien distincts les unes des autres dans la littérature scientifique francophone européenne. Ainsi, plusieurs traditions de recherche en gérontologie coexistent actuellement, faisant interagir entre-elles à des niveaux différents les approches du vieillissement.

### 1.2. *Un lieu de recherche : le CIGEV*

L'étude VLV a été construite dans une optique de collaboration entre les disciplines et a été conduite par une équipe de chercheurs rattachés au centre interfacultaire de gérontologie et d'étude des vulnérabilités (CIGEV) de l'Université de Genève. Le centre a été créé en 1992, à l'initiative de plusieurs scientifiques, dont le professeur et sociologue Christian Lalive d'Épinay, qui en a assuré la direction à ses débuts. Le centre a été formé avec une conception de travail interdisciplinaire qui « consiste dans l'élaboration et la réalisation d'un programme d'activités (recherches, enseignements, applications) portant sur une thématique transversale, par une association de spécialistes disciplinaires qui partagent l'ambition d'être des généralistes de cette thématique transversale » (Lalive d'Épinay, 1997, p.55). Le CIGEV a donc une réelle volonté de faire collaborer les disciplines entre-elles et non pas seulement de les réunir et de les laisser travailler chacune de leur côté sous un même toit. C'est ce que se sont dès lors efforcés - et s'efforcent toujours - de faire et de développer les chercheurs dans les études menées par le centre.

L'étude VLV fait suite à deux vagues d'études transversales conduites par les prédécesseurs du centre. Cette recherche bénéficie ainsi de l'expérience acquise ; elle est en quelque sorte l'héritière d'une tradition instaurée par le CIGEV. C'est pourquoi nous allons brièvement présenter les principales études menées par le centre, ceci dans l'intérêt de retracer le parcours dont découle l'enquête VLV. Les études transversales précédentes ont été conduites à 15 ans d'intervalle, respectivement en 1979 et en 1994 et portent toutes les deux sur la thématique générale du vieillissement en Suisse, plus particulièrement sur les conditions de vie et de santé de la population âgée. Ces enquêtes pionnières ont été conduites dans le canton de Genève et en Valais central, deux régions considérées pour leur différence « géographique », le canton de Genève étant une zone plutôt urbaine

tandis que le Valais central est une région à l'origine plutôt rurale et montagnarde, désormais semi-urbanisée. L'étude VLV a été construite sur la même ligne de conduite que les études de 1979 et 1994, en gardant la thématique de l'étude des conditions de vie et de santé de la population âgée en Suisse. Cependant, les deux zones d'enquêtes ont été élargies à d'autres régions du pays pour cette troisième vague, menée un peu plus de 30 ans après la première et 18 ans après la seconde vague.

Cette construction similaire de l'étude, ainsi que les intervalles de temps entre les trois enquêtes, permettent de comparer les données entre-elles et d'obtenir une évolution de la thématique des conditions de vie et de santé des personnes âgées en Suisse sur un peu plus de trois décennies dont nous pouvons notamment nous référer à la thèse menée par ma collègue Marie Baeriswyl (2016). La possibilité de pouvoir étudier les évolutions à travers le temps constitue un cas unique dans le pays et au mieux de notre connaissance, quelque chose de très rare dans les études sur le vieillissement même à l'échelle internationale. Effectivement, la plupart des études qui considèrent l'évolution du vieillissement, nous l'avons vu, se réfèrent aux perspectives longitudinales. Ce type d'études comporte de nombreux avantages, mais si nous nous référons au modèle en trois temps que nous avons évoqué dans le chapitre précédent, l'analyse longitudinale ne permet pas de saisir l'évolution des générations dans le temps, vu qu'elle suit les mêmes individus au cours de leur avancée en âge. Ainsi, l'intérêt de comparer les données des études transversales est-il de saisir l'évolution des cohortes de naissances et des individus qui les composent face au contexte social en constante évolution. Cela permet par exemple, de pouvoir comparer des individus qui ont vécu leur grande vieillesse à la fin des années 1970, début 1980, avec ceux qui vivent leur grande vieillesse actuellement dans un contexte tout à fait différent.

Malheureusement, ces trois études transversales ne permettent pas une étude comparative optimale de la grande vieillesse. En effet, elles comportent chacune des données différentes sur le grand âge. L'étude de 1979 prend en compte les individus âgés de 65 ans et plus mais n'intègre pas les personnes qui vivent en institution, par exemple en EMS ou encore celles qui sont hospitalisées. Tandis que l'étude de 1994, prend en compte les personnes souffrant de difficultés mais intègre strictement ceux âgés entre 60 et 94 ans via un questionnaire plus court pour ceux âgés de 80 ans et plus. Quant à l'étude plus spécifique sur les octogénaires Swilsoo, sa nature longitudinale nous empêche toute comparaison mais offre des apports précieux sur le sujet du grand âge. Ces choix, pour certains teintés d'a priori négatifs sur la vieillesse (comme imposer un questionnaire plus court pour les plus âgés dans l'idée d'anticiper la fatigue et le ménagement de ceux-ci) imposent des limites à l'étude comparative du grand âge. C'est pourquoi, ce travail se contente d'être l'héritier de ces précédentes enquêtes transversales, via les questions récurrentes présentes dans les trois études et des enseignements tirés de leurs

prédécesseurs (Lalive d'Épinay et al., 1983 ; 2000, Lalive d'Épinay, Spini et al., 2008 ; Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013).

### 1.3. *L'étude Vivre / Leben / Vivere: Démocratisation de la vieillesse ? Progrès et inégalités en Suisse*

Notre source essentielle pour cette thèse est donc l'étude VLV, construite en partie, avec l'expérience et l'héritage des études précédentes menées par le centre, mais aussi à partir des connaissances apportées par des études internationales récentes sur le vieillissement (Baltes & Mayer, 2001 ; Börsch-Supan et al., 2005). L'étude VLV constitue ainsi le troisième volet des études transversales de 1979 et 1994. Cette recherche, lancée à la fin de l'année 2010, a été conduite sous la direction du professeur Michel Oris, par une équipe interdisciplinaire de chercheurs rattachés au centre interfacultaire de gérontologie. Le centre a d'ailleurs été rebaptisé à l'occasion de son rattachement au PRN LIVES en 2012, sous le nom de Centre interfacultaire de gérontologie et d'étude des vulnérabilités (CIGEV). L'étude VLV reprend la même ligne de conduite que les deux études transversales précédentes, à savoir l'intérêt pour les conditions de vie et la santé des personnes âgées vivant en Suisse. La récolte des données de l'étude, qui a eu lieu de mars 2011 à août 2012, a été élargie à trois cantons supplémentaires par rapport aux cantons originels de Genève et du Valais central, il s'agit des cantons suisses alémaniques de Berne (et plus particulièrement des régions du Mitteland, Oberland, Seeland) et de Bâle (ville et campagne) ainsi que du canton italophone du Tessin. L'étude a été menée dans ces cinq cantons auprès d'un échantillon aléatoire de plus de 3500 individus âgés de 65 ans et plus, stratifiés par sexe, par classe d'âge quinquennale et par canton, vivants dans un domicile privé ou en institution. Elle comprend aussi un sur-échantillon de presque 400 personnes issues des principales migrations italiennes, espagnoles et portugaises.

La méthode d'enquête est restée identique à l'étude transversale de 1994, à savoir un questionnaire construit en deux parties, comprenant une première étape avec un questionnaire auto-administré et la seconde étape se déroulant lors d'un entretien en face à face avec un enquêteur ou une enquêtrice. L'étude VLV comprend également un questionnaire proxy, qui est un questionnaire plus court comprenant une sélection de questions issues de la partie auto-administrée et face à face du questionnaire principal, destiné aux personnes non aptes. Cependant, la version « allégée » prévue pour les personnes âgées de 80 ans et plus de 1994 et plus n'a pas été gardée, les chercheurs du CIGEV ayant estimé que les octogénaires et les nonagénaires pouvaient être tout à fait capables de remplir le même questionnaire que les plus jeunes. En fait, ceci reflétait une option pour ainsi dire idéologique : le refus de pré-construire des différences selon l'âge de manière arbitraire (Oris et al., 2016).

Le questionnaire principal comporte des questions issues des deux vagues d'enquêtes précédentes et de nouvelles dimensions et outils d'études. Ont été ajoutées au questionnaire, un calendrier de vie qui retrace de façon rétrospective les trajectoires résidentielles, familiales, professionnelles et actives et les trajectoires concernant les incidents de santé des individus (Morselli et al., 2016). Des dimensions concernant les mesures cognitives ont été ajoutées (voir Ihle et al., 2015), mais aussi des aspects médicaux portant sur l'évaluation personnelle de la douleur (Luthy et al., 2015) ou d'autres données encore, par exemple celles sur le réseau familial des personnes âgées (Girardin & Widmer, 2015).

Nous allons voir dans la suite de ce chapitre les particularités de l'étude VLV, le détail des dimensions couvertes, ainsi que les enjeux liés à l'interdisciplinarité et la mise en application de ceux-ci sur le terrain.

### **Des études qui reflètent la perception du vieillissement au cours du temps**

En nous intéressant aux objectifs mais aussi tout simplement aux intitulés des trois recherches transversales menées par le CIGEV, nous pouvons saisir l'évolution de la perception sociale du vieillissement de la fin des années 1970 à nos jours. Ainsi l'étude réalisée en 1979 s'intitule « *mise à l'écart et dépendance des personnes âgées* ». Un tel titre illustre bien la perception de l'époque à propos des caractéristiques de la vieillesse et du vieillissement qui sont surtout perçus sous des teintes sombres. Vieillir était ainsi synonyme de repli sur soi et de retrait de la société, et le vieillissement était associé à la perte d'autonomie car menant quasi exclusivement vers des pathologies et vers la dépendance, avec au bout la sénilité et comme seul destin la mort. Le second volet transversal de 1994 est intitulé « *Vivre ensemble – autonomie de la personne âgée et environnement socio-culturel* » et reflète une image de la vieillesse qui est en évolution à la fois dans la recherche et dans la société. En effet, elle montre une volonté d'identifier l'hétérogénéité des situations de vie des personnes âgées et les facteurs de maintien de l'autonomie. La troisième et dernière étude en date, l'enquête VLV est intitulée « *Vivre-Leben-Vivere – Old age democratization? Progress and Inequalities in Switzerland* ». Cet intitulé a été choisi pour mettre en avant l'accès, surtout au grand âge, d'un nombre plus important de personnes. En d'autres termes, cela illustre le fait qu'actuellement la majorité des individus vivants en Suisse ont une très forte probabilité de vivre jusqu'à un âge avancé. Ce plus grand accès se caractérise du coup par l'augmentation du nombre de situations hétérogènes, ce qui implique des risques d'inégalités accrues entre les individus, et ce malgré les progrès évidents en termes de santé et de qualité de vie depuis une trentaine d'années (Ludwig, Cavalli & Oris, 2014 ; Oris, Dubert & Viret, 2015 ; Baeriswyl, 2016).

## 2. Une étude et un cadre conceptuel interdisciplinaires

Comme nous l'avons vu, la recherche dans le champ de la gérontologie promeut la nécessité de mener des études interdisciplinaires afin de mieux comprendre et prendre en compte toutes les implications du processus du vieillissement. Cet intérêt s'est surtout manifesté au sein des études anglo-saxonnes (Ferraro, 2007), la littérature scientifique francophone sur le sujet étant encore souvent structurée par discipline académique. L'étude VLV, quant à elle, est une enquête interdisciplinaire dans le sens où elle a été construite et menée par une équipe de chercheurs rattachés au CIGEV, centre qui depuis sa création soutient une telle ambition. Les chercheurs travaillant sur l'étude VLV sont issus de plusieurs disciplines académiques (sociologie, socioéconomie, démographie, politiques sociales, médecine, gériatrie, psychologie, psycho-gériatrie) et ont collaboré ensemble à l'élaboration de l'étude et à ses objectifs communs. Cela a nécessité de mettre en place des accords entre les disciplines et notamment d'établir un vocabulaire partagé par l'ensemble de l'équipe, de définir un mode de fonctionnement commun et de communiquer régulièrement. Pour fonder le partage d'une « langue » commune, l'orientation de l'étude VLV s'est dirigée vers les perspectives théoriques de la sociologie du parcours de vie (*Life course*) et de la psychologie développementale du *lifespan* qui ont fourni des bases précieuses de recherche. De même, les chercheurs se sont appuyés sur d'autres concepts, ceux de *ressources* et de *vulnérabilité* qui ont l'avantage de pouvoir réunir différentes disciplines autour de notions communes (Spini et al., 2013).

### 2.1. Les approches conceptuelles de l'étude

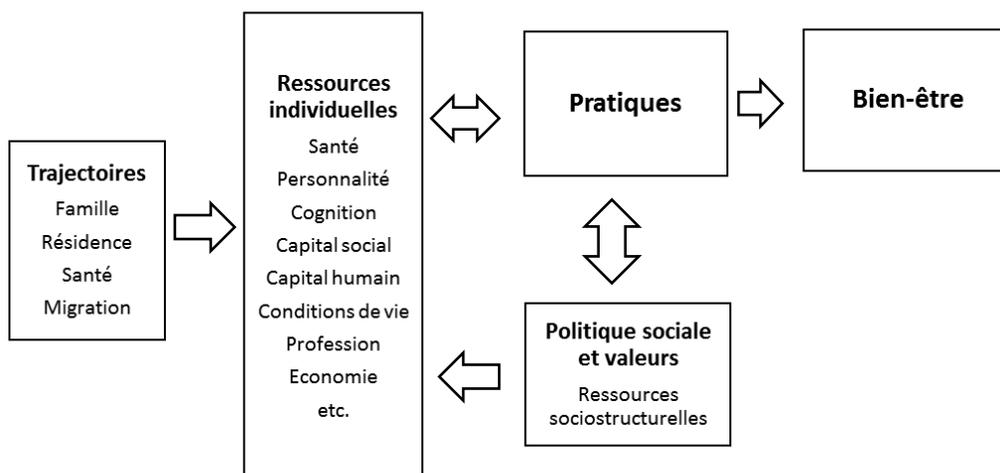
#### 2.1.1. Le concept de ressources

L'approche conceptuelle principale de l'étude VLV se situe autour de la notion de ressources, qui est utilisée par de nombreuses disciplines (gériatrie, psychogériatrie, psychologie, sociologie, socio économie ou encore démographie). Ce concept partagé permet d'assurer une base interdisciplinaire commune à l'étude (Ludwig, Cavalli, & Oris, 2014).

Le concept de ressource s'appuie sur la perspective du parcours de vie et sur la psychologie développementale du *lifespan*. Il suppose que la quantité de ressources disponibles à chaque individu est ancrée dans une interaction dynamique et permanente entre la personne et les facteurs socio-structurels inscrite dans le temps à travers des processus d'accumulation de (dés)avantages. C'est pourquoi l'étude VLV se focalise sur les trajectoires de vie antérieures (figure 9) afin de pouvoir étudier les chemins et les événements qui construisent le parcours de vie d'un

individu en dissociant les effets à long terme (par exemple la construction du réseau familial), à court terme et sur les événements (par exemple la retraite ou les problèmes de santé) en tant que déterminants des différences individuelles dans les conditions de vie et de santé des personnes âgées. Chaque période et événement de vie sont ainsi des moyens de reconstitution du processus d'accumulation d'avantages et/ ou de désavantages décrit par Dannefer (2003). Conceptuellement, de telles dynamiques développementales peuvent être reliées au processus de constitution de « réserve » (Richards & Deary, 2005) ou de « capital » (Bourdieu, 1980). Ce processus peut être envisagé comme une gestion constante d'adaptation développementale incluant de négocier avec les événements et les conditions de vie critique. Il est important de noter qu'au-delà et plus loin que la notion de ressources, il y a l'idée que toutes les ressources interagissent entre elles et constituent un système dynamique, lequel définit les situations individuelles ou les états à un moment donné de la vie (Lalivé d'Épinay et al., 1983). Fondamentalement, dans une perspective gériatrique, le système de ressources définit l'état individuel d'autonomie, de fragilité ou de dépendance (Spini et al., 2007).

Figure 9. Modèle théorique de recherche interdisciplinaire (Ludwig, Cavalli & Oris, 2014)



Dans cette perspective, le concept de système de ressources permet une synthèse de la notion de ressources. Ce système se réfère à l'ensemble de l'individu (physique et psychique) et aux moyens socio-culturels (socioéconomiques, familiaux et relationnels) dont il dispose et qui définissent sa situation individuelle à un moment donné de sa vie (Lalivé d'Épinay et al., 1983). A ce niveau, chacune des

disciplines engagées dans l'étude VLV apporte ses meilleures compétences analytiques pour détailler la distribution de la variété de types de « capitaux » que les personnes âgées peuvent détenir. Avant même et au-delà des ressources elles-mêmes, les politiques sociales et les valeurs (figure 9) sont extrêmement liées à la distribution interindividuelle des ressources dans les sociétés occidentales (Kohli, 1997). En effet, les arrangements des politiques sociales structurent les ressources individuelles à travers les mécanismes d'allocations de ressources légales, matérielles et socio-culturelles, mais aussi à travers les principes culturels et les moyens convenus par les règles institutionnelles.

Dans l'étude VLV, les politiques publiques et les acteurs sont étudiés du point de vue des personnes âgées selon la manière dont ils affectent l'accès aux ressources, impacte les relations de genre et les inégalités en général. Par exemple, les différentes situations de santé physique dépendent de variables empruntées à des dimensions sociales comme le statut socio-économique. La plupart des questions ne peuvent être significatives sans l'intervention d'autres variables issues d'autres thématiques. Un quatrième aspect du concept de ressources considère les pratiques ou en d'autres termes, les actions individuelles (figure 9). Depuis que l'autonomie a été définie comme une pratique, cela se réfère à la façon dont les individus utilisent leurs ressources pour se développer, pour faire face et s'adapter aux changements de conditions au cours du vieillissement et préserver leur autonomie du plus jeune au plus grand âge. Ainsi, ensemble, les trajectoires de vie, les ressources individuelles, les politiques sociales et les valeurs, ainsi que les pratiques, déterminent les différences individuelles dans le bien être (figure 9). Ici, le « bien-être » inclut plus que « l'efficacité et le développement personnel » (Baltes, 1997). Il est compris sous le sens qu'Amartya Sen en donne et qui a plaidé pour la mesurer sur le niveau de développement d'une société à travers la véritable liberté que les individus ont « to lead the kind of lives they value –and have reason to value » (Sen, 1999, p.18). Notre travail explore les cases « ressources » et « bien-être » de ce modèle en se centrant spécifiquement sur le grand âge.

### 2.1.2. Le concept de vulnérabilité

Dans le cadre du PRN LIVES *Overcoming Vulnerability : Life Course Perspective* dont l'étude VLV fait partie, l'étude de la vulnérabilité est une notion phare du pôle de recherche. Bien que le concept clef de l'étude se focalise sur la notion de ressources, celui de vulnérabilité s'intègre néanmoins, et prend tout son sens dans l'étude de la population âgée. Il est assez récent, se développant et se diffusant à partir des années 1980 dans différents champs de recherches. Au sein du pôle de recherche LIVES, les scientifiques proposent une définition possible de vulnérabilité à laquelle ils se réfèrent dans leurs études. Ainsi la vulnérabilité est considérée comme « un manque de ressources qui, dans des contextes particuliers place les

individus ou des groupes d'individus dans un risque majeur d'expérimenter (1) des conséquences négatives et liées à des sources de stress (2) une incapacité à faire face efficacement à ces facteurs de stress et (3) une incapacité de récupération suite à ces facteurs de stress ou de tirer parti des opportunités dans un délai donné »<sup>13</sup> (Spini et al., 2013, p.19). La vulnérabilité est ainsi vue comme un processus latent affaiblissant les individus ou groupes d'individus, qui peut être invisible en l'absence de facteurs de stress ou d'événements critiques. Cependant, les personnes vulnérables de manière latente risquent d'avoir des difficultés à faire face à des facteurs de stress ou lors d'événements critiques et révéler ainsi un état de vulnérabilité manifeste (Spini et al., 2013).

La vulnérabilité est généralement considérée en sciences humaines et sociales comme un concept plus présent dans les sociétés post-industrielles caractérisées par une croissance incertaine. Cette notion prend son sens à la suite des changements importants qui se sont opérés après la période des Trente Glorieuses, apogée pour Kohli (2007) du parcours et des trajectoires de vie fortement institutionnalisées. La désinstitutionnalisation du parcours de vie ainsi que les changements socio-historiques ont mené les chercheurs à porter un intérêt à l'étude de la vulnérabilité à travers deux approches qui sont la perspective de la stratification sociale et la biographisation (Oris, Roberts, Joye & Ernst-Stähli, 2016). Ces approches sont intéressantes à prendre en compte dans le cadre de l'étude sur le grand âge dans le sens où la population très âgée est la possible représentante de ces changements et a accumulé tout au long de son parcours de vie des événements et des périodes marquant son insertion dans un (ou plusieurs) type(s) de trajectoire(s) de vie. En outre, la notion de vulnérabilité se rapproche de la notion de fragilité plus fréquente en gérontologie qui se traduit également par un processus (latent) de fragilisation et un état de fragilité (Lalive d'Epinau, Spini et al., 2008).

### 2.1.3. La notion de fragilité

Le concept de fragilité est une notion phare de ce travail car au même titre que les concepts de ressources et de vulnérabilité, il s'agit d'un aspect important, presque essentiel, du grand âge et qui constitue un point majeur de l'étude VLV. Tout d'abord par le fait que la fragilité a été développée par des recherches antérieures menées au CIGEV, notamment lors de l'étude Swilsoo (Lalive d'Epinau, Spini et al., 2008). Mais aussi du fait que cette notion se situe entre autonomie et dépendance et vise à mettre en lumière les trajectoires et les différentes facettes du vieillissement. Comme la vulnérabilité, le concept de fragilité appliqué aux personnes âgées appelle une définition multiple et différente suivant les disciplines qui le discute et revêt plusieurs facettes. Aussi, le concept de fragilité peut être rapproché de celui de

---

<sup>13</sup> Traduit de l'anglais par l'auteur

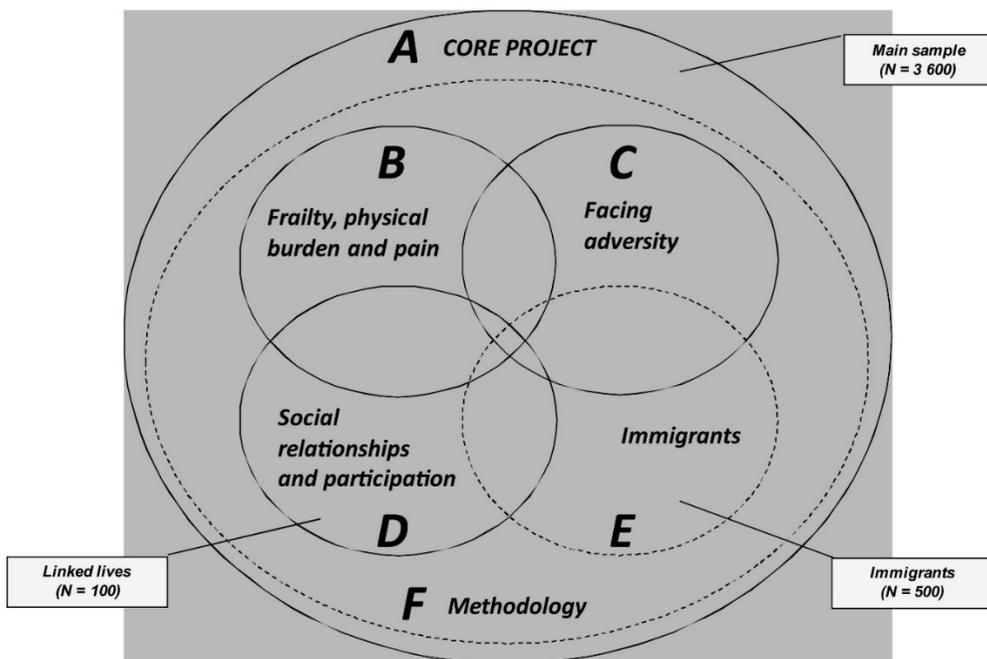
vulnérabilité comme l'utilisent Nicolet et Oris pour capter l'efficacité du dispositif de l'enquête VLV (Nicolet & Oris, 2013).

Le concept de fragilité amène un apport supplémentaire à la réflexion sur la compréhension du vieillissement. Au cours du temps, il se complète et s'affine, sans pour autant que se dégage une définition consensuelle utilisable telle quelle dans toutes les disciplines. Cependant, nous invitons le lecteur à continuer cette réflexion au chapitre cinq de ce travail où le concept de fragilité est abordé beaucoup plus en détail.

## *2.2. Les dimensions étudiées dans l'étude VLV*

La requête pour le financement de l'étude VLV regroupe les objectifs et les concepts communs du projet. Cependant, la réalisation des outils de l'enquête tels que le questionnaire s'est avérée être une tâche plus compliquée qu'il n'y paraît au regard des différentes dimensions de l'étude présentées dans la figure 10. En effet, l'étude VLV possède des objectifs et des concepts communs regroupés dans l'ensemble du projet (A) ainsi qu'une méthodologie (F) partagés par l'ensemble de l'équipe. Ensuite l'étude est composée de quatre sous projets (B, C, D, E) portant sur des thématiques spécifiques du vieillissement dirigés par les co-requérants de l'étude. Ces thématiques portent sur des sujets tels que la santé notamment la fragilité, la douleur où les troubles physiques (B), mais aussi l'adaptation dans le sens des capacités et des stratégies adaptatives face au vieillissement (C). Les deux autres thématiques portent sur le sujet des relations et de la participation sociale dans la vieillesse ainsi que sur les migrants âgés. Aussi, ce travail de thèse se situe au sein du projet « cœur » et possède ainsi une « sensibilité » à l'ensemble des thématiques abordées dans l'étude et s'applique dans la mesure du possible à en prendre compte.

Figure 10. Représentation schématique des interactions de groupe de l'étude VLV (Ludwig, Cavalli & Oris, 2014)



Les dimensions portant sur la santé physique, les capacités et stratégies d'adaptation, les aspects sociaux ainsi que le volet portant sur les personnes âgées immigrées comportent un objectif commun, celui d'étudier les conditions de vie et de santé des personnes âgées en Suisse. Aussi, chacun des domaines est inter-relié avec les autres et partage des questions issues d'autres approches ou d'autres disciplines. La figure 10 présentée ci-dessus, montre les imbrications entre les différents volets de l'étude, où chacun des sous-groupes est lié aux autres. Un autre but commun de l'étude VLV est celui de la comparaison sur trente ans. Plusieurs dimensions visent à réaliser une comparaison des données récoltées avec celles des précédentes enquêtes, notamment les sous-groupes qui s'intéressent aux questions portant sur la santé physique et les relations sociales.

### 2.2.1. La santé physique

Des questions ont été proposées par le groupe B (figure 10) et discutées par l'ensemble de l'équipe. Visant à étudier l'état de santé de la population suisse âgée de 65 ans et plus, elles approfondissent plus particulièrement les thèmes de la fragilité, des comorbidités, de la douleur et de la santé auto évaluée, qui peuvent avoir des répercussions directement associées à la qualité de vie. La fragilité est un concept qui a été déjà étudié dans le cadre de l'étude SWILSOO et que nous

venons de présenter. Brièvement, elle est souvent présentée dans la littérature scientifique à travers la définition qu'en donnent Campbell et Buchner : « la fragilité est un état ou syndrome qui résulte d'une réduction multi-systémique des capacités de réserve au point que plusieurs systèmes physiologiques approchent ou dépassent un seuil d'insuffisance » (Campbell et Buchner, 1997, pp. 315-318, cité dans Lalive d'Épinay, Spini, & al., 2008, p.105). Dans le cadre de VLV, il s'agit de comprendre comment la fragilité (état latent de vulnérabilité) peut conduire à des pertes d'autonomie, à une capacité réduite à faire face à des événements difficiles ou encore à un risque accru de subir des charges physiques, psychologiques ou sociales supplémentaires (soit à tomber dans des états explicites de vulnérabilité déclarée). A ce concept est associée l'étude des comorbidités, qui désigne le fait d'accumuler les problèmes de santé. Puis viennent des questions portant sur les chutes et les périodes d'hospitalisation au cours de l'année. L'étude de la thématique de la douleur est une nouveauté introduite par Luthy et al (2004). Elle s'intéresse aux douleurs perçues par les personnes âgées, souvent plus fréquentes avec l'avancée en âge mais moins prises en compte lors de diagnostics. Les questions portant sur la douleur sont d'ordre subjectives et auto évaluées, mesurant l'intensité des douleurs ressenties par la personne dans différentes parties du corps (nuque, épaule, membres supérieurs, inférieurs etc.) mais aussi plus particulièrement au niveau des douleurs ressenties dans le bas du dos. Ces questions comparent l'intensité de la douleur ressentie au moment de l'entretien par rapport aux quatre semaines précédant l'entretien (Luthy et al., 2015). De plus, au moyen de l'outil du calendrier de vie, la dimension permet de retracer de manière rétrospective la trajectoire de santé des individus (Morselli et al., 2016 ; Fioretta, 2015).

### 2.2.2. Ressources psychologiques : capacités et stratégies d'adaptation

Cette dimension se centre sur la santé mentale et le bien être subjectif des personnes âgées, ainsi que sur les différentes ressources (mécanismes d'autorégulation par exemple) utilisées par les individus pour faire face aux pertes et aux événements critiques de la vie. Ce volet de l'étude permet d'évaluer les troubles mentaux les plus fréquents comme les dépendances (alcool, tabac), l'anxiété ou encore la dépression. On retrouve aussi des échelles d'évaluation psychosociale portant sur des aspects liés à la satisfaction de la vie par rapport aux croyances, aux opinions ou encore des questions portant sur la personnalité des personnes âgées. Cette partie comporte également des tests cognitifs issus du Mini Mental State Evaluation (Folstein et al., 1975) passés lors d'un entretien face à face mené avec un enquêteur formé au mode de passation de ces tests (Ihle et al., 2015). Les groupes B et C s'intéressent aussi aux styles de vie et comportement à risques avec des questions portant sur la consommation de tabac et d'alcool.

### 2.2.3. Les relations et la participation sociale

Cette dimension de l'étude se concentre sur les configurations sociales des personnes âgées. Par configuration sociale, il faut entendre en réalité une chaîne complexe d'interdépendances dans laquelle les personnes âgées sont intégrées et qui est composée d'un réseau de proches (parents ou non), mais aussi d'un réseau plus distant qui regroupe la citoyenneté et les relations liées aux institutions sociales. Ce volet regroupe des questions portant sur le réseau social des individus, comprenant les réseaux sur leurs liens familiaux et amicaux. Une partie du questionnaire est consacré à l'analyse du réseau et des relations qui lient les membres de ce réseau entre eux et à la personne âgée interrogée (Girardin & Widmer, 2015). Cette partie s'intéresse également aux services reçus et rendus engageant la famille et les amis. Elle comporte des questions portant sur les relations d'aides et de soins dont les personnes âgées peuvent avoir recours (Masotti & Oris, 2015). Cette thématique comprend aussi des questions portant sur les activités et les loisirs pratiqués par les personnes âgées dans leur quotidien. La dimension des relations et de la participation sociale de l'étude VLV reprend de nombreuses questions comparables avec les deux volets précédents de 1994 et 1979 pour permettre d'obtenir une vision de l'évolution de la participation et des relations sociales sur une période d'une trentaine d'années.

### 2.2.4. Les personnes âgées immigrées

Cette partie s'intéresse à la situation spécifique des personnes âgées immigrées. Il s'agit de se pencher sur leur trajectoire migratoire et d'évaluer les conditions de vie et de ressources de cette population. Afin d'approfondir ces aspects, les questions portent sur la (les) nationalité(s) de l'individu, celles de ses parents, le pays de résidence, le droit de vote, l'accès aux soins et aux institutions ou encore les langues utilisées au quotidien. L'objectif de cette thématique est d'obtenir une comparaison à plusieurs niveaux : par rapport aux origines, aux régions linguistiques ou encore par rapport aux recherches précédentes. En plus de s'intéresser aux personnes âgées immigrées présentes dans l'échantillon principal, cette thématique se penche plus particulièrement sur les personnes âgées originaires du Portugal, d'Espagne, d'Italie ou encore des pays d'Ex-Yougoslavie à l'aide d'un sur-échantillon (à Genève et Bâle) (Bolzman & Vagni, 2015 ; Kaeser, 2015).

### 2.3. *Enquêter la population âgée, un défi de taille*

Un enjeu de l'étude concerne l'âge spécifique et le type de population étudiée. Interroger des personnes âgées de 65 ans et plus pose certains défis (Wenger, 2001 ; Bayer, 2010). Pourtant, l'enjeu est de faire passer, dans la mesure du possible, des questionnaires identiques à tous. Ce qui présente un défi tant au

niveau de la construction du questionnaire que de sa passation. En effet, il doit être adapté à chacun, dans sa longueur et sa facilité de compréhension.

Tout d'abord, il s'agit d'une population hétérogène ayant jusqu'à 40 ans d'écart ! On y retrouve tant de jeunes retraités que des personnes en fin de vie. Il va de soi qu'au sein de cette diversité, nous retrouvons également des personnes ayant des niveaux de santé et des styles de vie très différents. En effet, ce n'est bien évidemment pas la même chose que d'interroger une personne de 65 ans fraîchement retraitée et en très bonne santé ou un nonagénaire fragile ou dépendant. Ainsi, certaines personnes de l'échantillon sont susceptibles de disposer de moins de ressources ; il est donc nécessaire de prendre cela en compte et de s'adapter à ces situations lors de la construction des questionnaires. Il est indispensable de construire un questionnaire adapté également dans son mode de passation. Par exemple, il ne doit pas être trop long car il est possible que certaines de ces personnes se fatiguent plus rapidement, et soient plus enclines à être atteintes dans leur santé et à souffrir de difficultés sensorielles avec l'avancée en âge.

Mais il y a aussi l'idée endurante, qui est vraiment au cœur de cette étude, que les personnes âgées ne sont pas toutes affectées dans leur santé, même au grand âge, et qu'une fois encore, il existe une grande hétérogénéité parmi elles. Aussi, non seulement les personnes ont des âges différents, mais ce sont également des individus nés à des périodes différentes. Bien qu'elles soient toutes venues au monde durant la première moitié du XXème siècle et considérées comme des personnes « retraitées », le fait d'être né en 1910 n'est pas la même chose que d'être né en 1940. Du coup, suivant l'âge et la génération des personnes interrogées certaines questions peuvent paraître incongrues ou délicates à poser. Plusieurs générations coexistent dans la population étudiée que forment les personnes âgées, donc au-delà de la fatigabilité avec l'avancée en âge, il faut aussi intégrer que les styles de vie adoptés peuvent être différents, par exemple au niveau des activités et loisirs exercés. Ces variations doivent être prises en compte lors de la construction des questionnaires, par exemple en enrichissant les listes d'activités et de loisirs. Il peut également exister des différences entre les personnes par rapport à leur statut socio-économique et/ou liées à leur durée de scolarisation. Cela implique d'adapter également les questions en fonction de ces critères afin qu'elles soient accessibles à tous.

### **3. Méthodologie de l'étude**

La mise en route de l'enquête VLV s'est déroulée en plusieurs étapes, le choix de l'enquête par questionnaire, la construction de celui-ci et de la procédure d'approche, la constitution de l'échantillon, la production du matériel, le recrutement

et la formation des enquêteurs et enfin le suivi du terrain et le bon déroulement de la récolte des données auprès de la population âgée.

### 3.1. *Élaborer un questionnaire interdisciplinaire*

La construction du questionnaire a nécessité quelques mois de travail avant le lancement du terrain au début de l'année 2011. La réalisation du questionnaire, outil indispensable à la collecte de données empiriques, s'est déroulée en plusieurs étapes. Celui-ci a fait l'objet d'un précédent travail de mémoire de maîtrise (Tholomier, 2011). L'élaboration du questionnaire a débuté à la fin de l'année 2010 ; l'équipe en charge de mener l'enquête de terrain a rassemblé l'ensemble des questions à intégrer au questionnaire final, certaines étaient issues des anciennes études de 1979 et 1994 mais aussi des nouvelles questions ont été proposées par les chercheurs des différents sous-groupes. Les questions reprises des enquêtes transversales de 1979 et 1994 ont été rassemblées et annotées de façon à savoir si ces questions comportaient leur formulation d'origine ou si elles ont été reformulées au fur et à mesure des enquêtes et ce, dans un souci de comparabilité des modalités de passation des questions. Les nouvelles propositions des différents sous-groupes regroupaient surtout des ensembles de questions sous forme d'échelles validées, mais aussi des questions spécifiques telles que celles sur le réseau familial (Girardin & Widmer, 2015). Ensuite, toutes les questions ont été regroupées par grandes thématiques, à savoir : les questions sociodémographiques, celles portant sur la santé physique, sur la santé psychologique et les stratégies d'adaptation, les anciennes questions de 1994 et 1979 et celles spécifiques au parcours des personnes âgées immigrées. Cette première étape a permis d'estimer le nombre de questions et la longueur du questionnaire qui a été jugée par l'ensemble de l'équipe comme beaucoup trop longue, tandis que certaines questions ont été considérées comme trop difficiles à poser. Il a donc fallu effectuer des modifications et à des coupures. Puis passer quelques pré-tests, recouper la longueur du questionnaire suite à ceux-ci pour enfin arriver à élaborer une version finale (Ludwig, Cavalli & Oris, 2014) et effectuer les traductions en allemand, italien puis espagnol, portugais et serbo-croate pour le sur-échantillon des personnes âgées immigrées. De plus, la passation du questionnaire s'effectuant en deux étapes, il a fallu répartir les questions entre le questionnaire auto-administré et le questionnaire en entretien face à face tout en veillant à obtenir un résultat final le plus cohérent possible. C'est-à-dire qu'il a fallu notamment veiller à conserver la même répartition des questions issues des études transversales de 1979 et 1994 ainsi que la cohérence dans la passation des nouvelles questions, tels que les tests cognitifs ou celles sur le réseau familial.

### 3.1.1. Le questionnaire auto-administré

Le questionnaire auto-administré (ou dans sa version courte QAA) de l'étude VLV est composé d'un peu moins de 150 questions réparties en 16 sections qui portent sur différents aspects de la vie de la personne âgée. Elles sont adaptées pour pouvoir être complétées par la personne seule, a priori sans aide de la part l'enquêteur/ enquêtrice ou d'un tiers. La plupart du temps, ce questionnaire a en effet été rempli au domicile de la personne âgée qui l'a géré seule comme la consigne le préconisait, ou bien avec l'aide et le regard du conjoint, des enfants ou d'autres proches. Les différentes sections du questionnaire abordent des thématiques générales (informations sociodémographiques telles que l'âge, l'état-civil, etc.) et plus spécifiques comme la famille (ascendance et descendance), le passage à la retraite, les conditions de logement, la consommation de médias, la vie en société et la vie relationnelle, l'utilisation des transports, la santé (hygiène de vie et problèmes médicaux), le recours à des services formels, la religion, les changements au cours de la vie ainsi que les opinions et les valeurs. Le questionnaire auto-administré aborde ainsi plusieurs thématiques, et comporte plus d'un tiers des questions qui sont issues des anciens questionnaires de 1979 et 1994. De nouvelles questions ont été introduites notamment dans les sections concernant la santé (problèmes médicaux et hygiène de vie), et celles portant sur les changements au cours de la vie, la religion ainsi que dans la section sur les opinions et les valeurs.

### 3.1.2. Le questionnaire face à face

La seconde partie du questionnaire de l'étude VLV est complétée lors d'un entretien en « face à face » entre la personne âgée et un enquêteur (ou une enquêtrice). Cet entretien se déroule généralement au domicile de la personne âgée (ou bien dans un lieu public ou encore à l'antenne locale de l'étude VLV) à quelques jours d'intervalle de la réception de la première partie du questionnaire. Le questionnaire face à face (ou dans sa version courte QFF) comporte plus de 250 questions<sup>14</sup> réparties en plusieurs grandes thématiques. Ce sont pour la plupart des questions qui nécessitent la présence d'un enquêteur car le questionnaire comprend notamment une partie évaluant les capacités cognitives des personnes âgées à l'aide de tâches de rapidité demandant de calculer un temps de réponse ainsi que des tâches psychomotrices et de mémoire à effectuer. Les questions sont posées par l'enquêteur via un ordinateur portable (méthode CAPI<sup>15</sup>) qui possède l'avantage de pouvoir filtrer automatiquement les parties qui ne concernent pas la personne

---

<sup>14</sup> Le QFF comporte en tout 256 questions sans compter les dix questions filtrées concernant les enfants de la personne interrogée (qui peut aller de 1 à 15 enfants).

<sup>15</sup> Méthode CAPI = Computer Assisted Personal Interview

âgée (si par exemple elle n'a pas eu d'enfants ou si elle n'est pas d'origine immigrée, etc.) et de saisir directement ses réponses sans à avoir le travail d'encodage des données à faire comme pour le questionnaire auto-administré. La première grande partie du questionnaire concerne la famille, et plus particulièrement des informations sociodémographiques<sup>16</sup> portant sur la descendance, sur la fratrie, le partenaire actuel et les anciens partenaires en passant par le « grand amour ». Une seconde thématique couvre la situation professionnelle de la personne âgée, son premier et son dernier emploi ainsi que le taux de travail de chacun, la pénibilité de la dernière profession et la satisfaction que la personne âgée retire (ou non) de son parcours professionnel. Puis, une partie du questionnaire est consacrée à la récolte d'informations concernant les personnes âgées immigrées, leur parcours migratoire et leurs conditions de vie en Suisse. La santé physique et psychique est une thématique majeure du questionnaire face à face et interroge plusieurs aspects de celle-ci, comme les troubles physiques, l'autoévaluation de sa propre santé sur une échelle allant de 0 à 10, l'hospitalisation, la prise de médicaments, les douleurs ou encore les symptômes dépressifs (Wang et al., 1975) Comme nous l'avons évoqué, une partie est aussi consacrée à la santé cognitive et consiste en une série de tests et de tâches à effectuer au cours de l'entretien (Folstein et al, 1975).

Sur le terrain, faire passer ce volet a nécessité de sensibiliser et de former les enquêteurs aux méthodes d'évaluation cognitives et à la réception de ce genre de tests auprès de la population âgée, qui peut vite considérer leurs erreurs comme des signes apparents de déclin et de perte de mémoire voire de troubles graves (Oris et al., 2016).

La suite du questionnaire est consacrée au réseau familial de la personne âgée au moyen de la méthode *Family network evaluation* (Widmer et al., 2005) qui s'intéresse à la qualité des relations et de soutien du réseau de proches entourant la personne âgée. Une partie de l'entretien face à face porte ensuite sur les relations familiales et sociales de la personne âgée ainsi que sur les services rendus et reçus de la part de celle-ci, et les ressources financières dont la personne dispose. La dernière partie du questionnaire face à face est consacrée à la thématique des activités pratiquées par les personnes âgées ainsi qu'aux opinions et à la vie associative.

Bien que le questionnaire soit réparti en grandes thématiques, l'entretien face à face comporte un nombre conséquent de questions et la réalité du terrain a montré un temps de passation de ce dernier d'environ deux heures, pouvant facilement doubler selon l'état de fatigue de la personne interrogée. Cette constatation nous amène à présenter en détail le questionnaire proxy.

---

<sup>16</sup> Il s'agit principalement d'informations portant sur le sexe, l'année de naissance, le décès s'il y a lieu, l'état-civil, le nombre d'enfants, le lieu de résidence et la profession.

### 3.1.3. Le questionnaire proxy

Le questionnaire proxy s'adresse en priorité aux personnes âgées non aptes. Par non apte, nous entendons les personnes qui ne sont pas capables de répondre au questionnaire par eux même en raison de troubles cognitifs et en particulier de déficits mnésiques (perte de mémoire) importants, ou parfois dans certains cas de troubles physiques très lourds. Souvent, la procédure proxy était envisagée au cas par cas par l'enquêteur en accord avec les responsables de terrain afin d'éviter d'avoir recours trop rapidement et trop facilement au questionnaire proxy face à des problèmes de santé qui ne nécessitent pas forcément l'utilisation de ce dernier. Avec l'accord de la personne âgée, un de ses proches, ou un membre du personnel soignant si elle réside en EMS, est alors contacté afin de répondre à sa place à un questionnaire plus court, d'une vingtaine de minute, comprenant un peu moins de 60 questions. Ces dernières ont été sélectionnées dans les questionnaires auto-administré et face à face pour qu'un tiers puisse y répondre de la façon la plus objective possible. La passation du questionnaire a été conçue sous une version informatique pour qu'elle puisse être administrée sous plusieurs formes, la majorité des cas a été passée lors d'un entretien en face à face avec le proxy, mais elle a pu aussi être réalisée via un entretien téléphonique en cas de force majeure. Le fait de prendre en compte les individus non aptes dans l'étude VLV permet de refléter au mieux toutes les situations que peuvent vivre les individus qui vieillissent et évite de mettre de côté trop vite tout un pan de la population qui malgré tout, peut aussi nous donner des informations plus contrastées sur les conditions de vie et de santé que si nous n'avions pris en compte que les réponses des personnes aptes à répondre. Cependant, prendre en compte les non aptes en obtenant des informations personnelles via un intermédiaire peut aussi prêter à discussion car ce n'est pas réellement la personne elle-même qui donne ses réponses et qu'il existe malgré tout un biais de la part du « proxy » (Oris et al., 2016).

Les individus non aptes, nous le verrons plus loin dans ce chapitre, représentent une part importante des personnes âgées de 80 ans et plus. Le questionnaire proxy permet d'obtenir des informations telles que les données sociodémographiques générales (âge, nationalité, état-civil, niveau de formation, religion), la composition de leur famille, du logement, etc. Une partie du questionnaire proxy est aussi consacrée à la thématique de la santé (hospitalisation, troubles physiques, troubles visuels et auditifs, perte de mémoire, chutes ou encore santé psychique, etc.). Le questionnaire comprend encore une section portant sur les services reçus par la personne âgée de la part de la famille et des amis<sup>17</sup> ainsi que sur sa vie sociale et

---

17 A savoir que dans les cantons de Berne, Bâle et du Tessin cette partie sur les services reçus comporte également les services rendus de la part de la personne âgée uniquement aux membres de la famille. Une erreur de construction du questionnaire proxy dans ces cantons, car nous sommes partis du constat que a priori si la personne est considérée non apte, elle est plutôt encline à recevoir des services plutôt qu'à en donner.

sur ses activités. Plus de détails sur les variables composant le questionnaire proxy sont donnés plus loin dans le chapitre.

Compte tenu de son ancrage théorique, de son caractère interdisciplinaire, des spécificités du type de population qu'elle étudie et des exigences des enquêtes précédentes, l'étude VLV est sans conteste une recherche rare et unique en son genre. Il a donc fallu adopter une méthodologie particulière et faire des compromis afin de respecter toutes ces caractéristiques et tous ces enjeux lors de la construction des questionnaires. L'élaboration de ces derniers a demandé plusieurs mois de travail et a nécessité plusieurs réunions avec les équipes des différents sous-groupes de l'étude afin de construire un outil cohérent et accessible à la population âgée, mais aussi un outil maniable et pédagogique lors de la formation destinée aux enquêteurs sur le terrain.

### 3.2. *Le terrain*

Dirigé depuis le CIGEV à Genève, les cinq cantons d'enquêtes ont été pilotés localement par une équipe de doctorants et d'assistants stagiaires en charge dans chaque terrain d'une équipe composé d'environ 20 à 30 enquêteurs et enquêtrices. Chaque équipe disposait de locaux dans chacun des cantons d'enquête pour stocker le matériel et assurer le suivi et la gestion de la récolte des données. Les deux premières régions où le terrain a démarré furent Genève et le Valais central, au début du mois de mars 2011. Puis, ont suivi les terrains de Berne, de Bâle et enfin du Tessin au mois d'août 2011. Le dernier terrain s'est achevé avec la fin du sur-échantillon concernant les migrants italiens, à Genève au mois d'août 2012<sup>18</sup>. S'en est suivie une longue période d'encodage des questionnaires auto-administré et des calendriers de vie ainsi que de nettoyage des données récoltées dans l'ensemble des cantons.

#### 3.2.1. La formation et l'encadrement des enquêteurs

Avant de débiter les enquêtes dans chacun des terrains, l'équipe de recherche du CIGEV était responsable de former et d'encadrer les futurs enquêteurs aux divers aspects de l'étude VLV et de son questionnaire. Les chercheurs du centre ont assuré l'indispensable formation des enquêteurs, exigence évidente sur la base des enquêtes précédentes mais aussi dans un souci de suivi de la qualité des données et d'augmentation du taux de réponse favorable à l'étude. Lors de l'enquête transversale de 1994 et lors de l'étude longitudinale Swilsoo, la formation des enquêteurs s'est avérée être un plus dans la qualité de la récolte des données

---

<sup>18</sup> J'ai personnellement contribué à la direction du terrain de Genève et ponctuellement soutenu les terrains valaisans, tessinois et immigrés.

(Bétemps, Bickel, Brunner, & Hummel, 1997). Les enquêteurs ont été recrutés sur des critères portant sur leur formation et/ ou leurs expériences dans le domaine des sciences sociales ou toutes compétences liées au travail social. Nous avons alors obtenu un panel d'environ 25 enquêteurs et enquêtrices par canton issus de plusieurs domaines de compétences tels que le secteur du travail social, du domaine médical et infirmier, ou encore des étudiants en sciences sociales et humaines, etc. La formation a eu lieu avant de débiter réellement le terrain, c'est-à-dire avant de commencer à contacter les personnes âgées via courrier. Durant la formation, l'équipe locale d'encadrement du terrain et les chercheurs du CIGEV ont passé en revue tous les détails de l'enquête à maîtriser, de la procédure de contact à la spécificité de la population à enquêter ainsi que la maîtrise de la passation des tests cognitifs et de l'ensemble du questionnaire.

La formation et l'encadrement des enquêteurs de l'étude VLV a été conduite sur le modèle appliqué lors de la transversale de 1994, dont les détails du travail de terrain ont été compilés dans l'ouvrage de Bétemps, Bickel, Brunner, & Hummel paru en 1997, intitulé *Journal d'une enquête* ouvrage sur lequel l'équipe de recherche s'est appuyé en partie pour conduire le terrain. En 1994, la formation et l'encadrement des enquêteurs ont été réalisés également par l'équipe de recherche en charge de l'étude avec un objectif de sensibilisation à la recherche et ses problématiques et comme un moyen d'éviter des erreurs techniques (par exemple lors de la prise de contact), afin de former une équipe motivée, consciente de son travail et de son rôle dans la récolte des données. Les modules de la formation de 1994 ont été construits en fonction de cet objectif, et se sont enchaînés de manière intensive sur neuf jours. Ces principes d'enquête ont été conservés par l'équipe de recherche du CIGEV et la formation s'est déroulée de manière concentrée sur cinq jours et a été donnée par les chercheurs de l'étude simultanément à Genève et en Valais au début du mois de mars 2011 (où les modules furent alternés afin de permettre le déplacement des chercheurs d'un endroit à un autre), puis plus tard à Berne, Bâle et au Tessin.

La décision de recruter et de former des enquêteurs par l'équipe de recherche et non pas de confier cette tâche de gestion de la récolte des données à un institut de sondage fut motivée par plusieurs raisons. Tout d'abord dans un souci d'attention et de respect à l'égard de la population enquêtée, l'équipe de recherche a préféré éviter les contacts intermédiaires et mettre directement les personnes sollicitées en lien avec leur enquêteur attiré. Puis, dans un souci également de démarcation de l'étude face aux enquêtes et sondages publicitaires, afin d'assurer de plus grandes chances de réponse de la part des répondants (Pollien & Joye, 2011 ; Joye et al., 2012). Enfin, l'intérêt d'encadrer et de former les futurs enquêteurs par les chercheurs de l'étude a permis d'approfondir certains aspects et de traiter des questions liées directement à la compréhension et à la passation de l'enquête VLV.

La formation des enquêteurs avait plusieurs objectifs dans la même veine que ceux

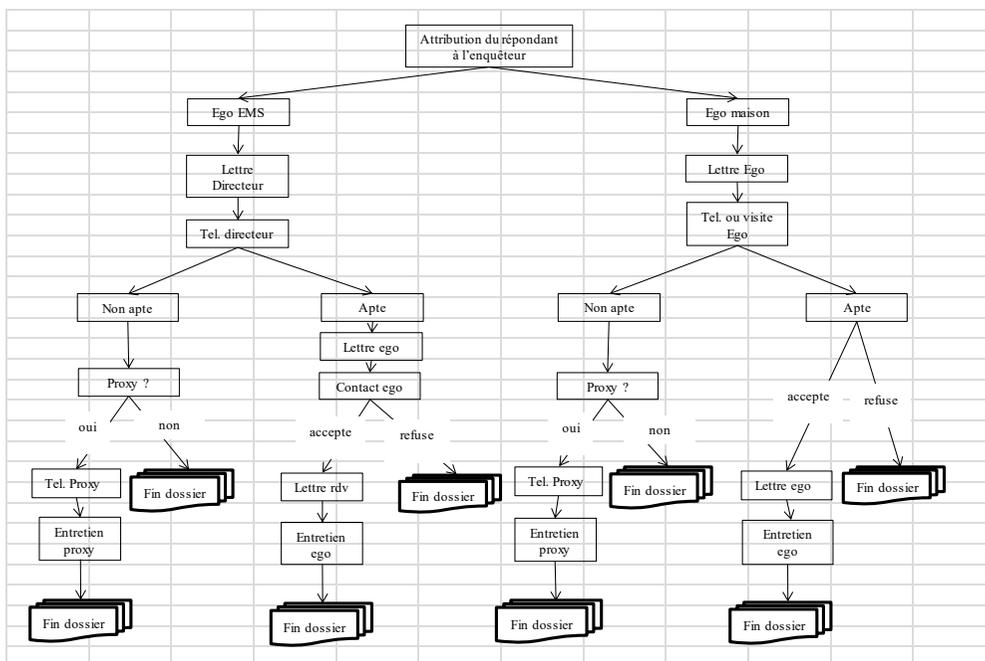
de la formation de la transversale de 1994 (Bétemps et al., 1997). Un premier but était de présenter l'étude et ses diverses composantes afin de sensibiliser les enquêteurs à la recherche sur le vieillissement. Pour cela, la formation s'est déroulée en plusieurs modules, dont certains étaient consacrés à l'approfondissement de thématiques comme la santé physique et psychique, la participation sociale ou encore les populations âgées immigrées. Un second objectif était de familiariser les enquêteurs avec les différentes parties du questionnaire et les outils à leur disposition, notamment concernant la version informatisée du questionnaire face à face et l'outil du calendrier de vie. Enfin un troisième objectif était de maîtriser la procédure de contact et le déroulement de l'entretien. Pour cela, plusieurs modules de la formation ont été consacrés à l'enseignement de la procédure d'approche et à la conduite d'un entretien auprès des personnes âgées. Chacun des modules abordés pendant la formation contenait une partie théorique enseignée par les chercheurs de l'étude et une partie plus pratique où les enquêteurs pouvaient poser des questions, discuter avec l'équipe, manipuler les outils et s'entraîner via des jeux de rôle et des exercices pratiques. Au bout de cinq jours intensifs de formation, l'équipe de recherche a pu enclencher officiellement le début du terrain et commencer à contacter les personnes âgées de l'échantillon selon la procédure d'approche.

### 3.2.2. La procédure d'approche

La procédure d'approche ainsi que la procédure de contact fut élaborée par les chercheurs de l'étude VLV dans le but d'anticiper le déroulement de l'enquête et les façons de procéder selon plusieurs types de situations qui pouvaient se présenter à l'enquêteur sur le terrain. En amont du travail de récolte des données fait par l'enquêteur, les responsables de terrain des antennes cantonales avaient la responsabilité de la bonne gestion de l'attribution et de la distribution des dossiers selon les tirages aléatoires de l'échantillon. Ces derniers ont été construits après une demande officielle auprès des autorités cantonales, voire communales dans le cas du Valais central, qui ont été fournis sous forme de listes de contact de la population âgées de 65 ans et plus résidant dans les zones enquêtées. Ensuite, à partir de ces listes officielles un tirage aléatoire, stratifié par âge et par sexe, a été effectué afin de constituer l'échantillon des répondants à contacter. Les informations fournies ont servi à constituer des dossiers pour chaque individu sélectionné. Chaque dossier était constitué d'une fiche de contact contenant le code personnel d'enquête, le nom, la nationalité, l'adresse, et s'il existait, le numéro de téléphone. Puis ces dossiers ont été attribués par les responsables de terrain aux enquêteurs selon le lieu de résidence des répondants et selon l'origine de l'enquêteur et de l'enquêté pour le sur-échantillon concernant les migrants, par exemple un enquêteur d'origine hispanique était privilégié pour contacter les personnes de nationalité espagnole. La figure 11 ci-dessous présente de manière schématique la procédure

d'approche de l'étude selon les différents cas de figure qui peuvent se présenter à l'enquêteur lors de l'attribution des dossiers avec les fiches de contact.

Figure 11. La procédure d'approche de l'étude VLV



### Procédure standard

Dans le cas d'une procédure dite standard, le dossier contenant les informations de la personne à contacter (nom, prénom, âge, sexe, adresse et numéro de téléphone) est pris en charge par l'enquêteur à l'antenne cantonale. De là, un premier courrier de contact est envoyé à la personne, contenant une lettre individualisée au nom de celle-ci, qui annonce qu'elle a été sélectionnée pour participer à l'enquête et qu'elle va recevoir un prochain contact téléphonique de la part d'un enquêteur (ou bien sûr d'une enquêtrice) ainsi qu'une brochure de présentation de l'étude. Suite à ce premier courrier, et dans un délai de cinq à sept jours, l'enquêteur prend contact via téléphone (ou par une visite si la personne n'a pas de numéro de téléphone) afin de convaincre celle-ci de participer à l'étude mais aussi pour répondre à d'éventuelles questions, et si elle accepte de participer l'enquêteur propose de fixer un rendez-vous pour l'entretien en face à face. Dans le cas d'un refus de participation, l'enquêteur était chargé de demander, dans la mesure du possible, la ou les raison(s) de ce dernier et de le noter dans le dossier de contact. Dans le cas où la personne acceptait de participer, l'enquêteur était chargé de lui envoyer un second courrier contenant une lettre individualisée de confirmation de rendez-vous pour

l'entretien face à face, un feuillet d'information sur l'étude ainsi que le questionnaire auto-administré et le calendrier de vie personnalisé.

Ensuite, lors du rendez-vous pour l'entretien face à face, l'enquêteur devait vérifier et compléter si besoin avec la personne âgée le questionnaire auto-administré et le calendrier de vie, puis conduire l'entretien face à face et faire signer un formulaire de consentement à propos de l'utilisation de ses informations rendues anonymes à des fins scientifiques et pédagogiques. Le rendez-vous pour l'entretien était fixé en général une à deux semaines après l'appel téléphonique, afin de laisser le temps à la personne de s'organiser et de remplir la première partie du questionnaire. La durée de passation en face à face était d'environ deux heures et l'enquêteur pouvait proposer de la faire en plusieurs fois si la personne âgée interviewée en éprouvait le besoin. L'interview se déroulait généralement au domicile de la personne âgée mais elle pouvait aussi se dérouler dans un lieu public ou dans les locaux de l'antenne régionale de l'étude si la personne le souhaitait. Une fois l'entretien terminé et les questionnaires complétés, ces documents étaient restitués par l'enquêteur aux responsables de l'antenne locale qui eux avaient en charge de vérifier que les questionnaires étaient bien complétés et de veiller au suivi de l'échantillon strates par strates afin d'assurer la représentativité de l'étude.

Évidemment il s'agit ici de la procédure standard « idéale », et il y a bien sûr eu, face à la réalité du terrain des adaptations au cas par cas. Parfois la personne sélectionnée prenait directement contact avec l'antenne locale suite à la réception du premier courrier avant même le contact téléphonique afin de faire part de son intérêt ou de son désintérêt à participer à l'étude. De même, il est souvent arrivé que la personne veuille d'abord voir la première partie du questionnaire avant de se décider à participer. Il est aussi arrivé que la personne âgée veuille remplir les deux parties du questionnaire avec l'aide de l'enquêteur, ce qui nécessitait de fixer la plupart du temps plusieurs rendez-vous.

Mise à part la procédure standard, deux autres cas de figure ont été envisagés par les chercheurs de l'étude VLV. Il s'agit des cas où la personne sélectionnée réside en établissement médico-social (EMS) et celui où elle s'avère non apte à répondre au questionnaire elle-même et nécessite l'aide d'un proche. Cependant comme nous le précisons juste avant dans l'encadré, il s'agit de procédures idéalisées et il peut arriver parfois que celles-ci s'entremêlent dans le cas, par exemple, où la personne âgée réside en EMS et de plus que celle-ci soit considérée non-apte à répondre au questionnaire principal.

## **Procédure EMS**

La procédure EMS est appliquée dans deux cas de figure. Premièrement, lorsque l'adresse de la personne sélectionnée est celle d'un EMS et deuxièmement, si lors du contact téléphonique dans le cadre d'une procédure « standard », l'enquêteur apprend que la personne sélectionnée réside en fait dans un EMS qui se trouve dans la zone d'enquête. Dans les deux cas, la procédure EMS démarre d'abord par l'envoi d'un courrier de demande d'autorisation pour interroger un(e) résident(e) auprès de la direction de l'établissement. Ce courrier est individualisé au nom de la direction ; il contient les noms du, ou des résident(s) sélectionné(s) et annonce un prochain contact téléphonique adressé au responsable. Ce courrier est également accompagné d'une brochure de l'enquête. Lors de la prise de contact téléphonique par l'enquêteur avec la direction, son objectif était d'obtenir l'accord des responsables pour contacter la ou les personnes sélectionnée(s), se renseigner sur l'aptitude de la, ou de ces personne(s) à pouvoir répondre au questionnaire principal (dans le cas contraire l'enquêteur demandait s'il était possible de joindre un proche où quelqu'un du personnel soignant de l'EMS pour répondre au questionnaire proxy) ainsi que de répondre à d'éventuelles questions.

## **Procédure proxy**

La procédure proxy est envisagée par l'enquêteur après discussion avec les responsables de terrain, dans le cas où la personne sélectionnée était non-apte à répondre par elle-même. Toutefois, l'identification de personne non apte et la mise en place d'une procédure proxy pouvait avoir lieu lors du premier contact téléphonique d'une procédure « standard », par exemple dans le cas où, par exemple, l'enquêteur tombait sur le ou la conjoint(e) de la personne sélectionnée qui l'informait que celle-ci souffrait de troubles cognitifs ou était gravement malade. Dans d'autre cas l'enquêteur pouvait soupçonner que la personne était non apte au téléphone ou lors d'une visite au domicile au moyen de différents signaux, par exemple si elle montrait des signes de confusion, ou si la personne semblait un peu « perdue » et était désorientée dans le temps ou bien avait de la peine à suivre la conversation. Afin d'identifier au mieux les personnes non aptes, les chercheurs de l'étude VLV ont envisagé deux cas de figure. Le premier, nous venons de l'évoquer, pouvait se présenter lors du premier appel téléphonique où la personne présente des difficultés à répondre, l'enquêteur pouvait poser des questions complémentaires afin de l'orienter dans sa réflexion notamment à travers des questions du type : « Est-ce que vous avez bien reçu le courrier d'information sur l'étude ? », « Est-ce que vous pourriez me proposer une date de rendez-vous ? » ou encore « Est-ce que vous pourriez m'expliquer comment on se rend chez-vous ? ». Si l'enquêteur sentait que la personne donnait des réponses inconsistantes et/ ou qu'elle semblait

désorientée il/ elle pouvait continuer la conversation avec des questions du type : « Est-ce que vous pourriez me redonner votre date de naissance ? », « Est-ce que vous pourriez me rappeler votre adresse ? », afin de déterminer si la personne donnait vraiment des réponses incohérentes et pouvait peut être souffrir de problèmes cognitifs et donc être passablement non apte à répondre par elle-même à l'étude. Dans ce cas, l'enquêteur tentait de proposer à la personne de pouvoir parler à un proche afin d'obtenir des informations sur l'état de santé de celle-ci, et le cas échéant lui proposer de fixer un rendez-vous afin de remplir le questionnaire proxy.

Le second cas de figure pouvait se présenter lors d'une visite au domicile de la personne âgée (si par exemple elle ne disposait pas de numéro de téléphone), ou plus rarement lors du rendez-vous pour l'entretien en face à face où l'enquêteur se retrouvait face à une situation délicate dans le sens où la personne avait donné des réponses incohérentes dans le questionnaire auto-administré et dans le calendrier de vie. Dans ce cas, l'idéal était de passer à une procédure proxy, en demandant à un proche de répondre au questionnaire proxy tout en prenant en compte l'aspect très inconfortable d'une telle situation.

### 3.2.3. La gestion du terrain et le suivi de la qualité des données

Les responsables de terrain se chargeaient ainsi de gérer l'équipe d'enquêteurs, le suivi des dossiers et l'avancée de la récolte de données dans chacun des cantons en veillant au maximum à assurer la qualité scientifique de l'enquête. Dans un intérêt de représentativité maximale de la population âgée, la décision a été prise d'exploiter au maximum chacun des premiers tirages de l'échantillon aléatoire dans chaque canton. Ceci avec le souci que si chacun des tirages n'étaient pas suffisamment sollicités, l'échantillon final aurait pu contenir un biais en comportant seulement des personnes qui ont voulu répondre facilement à l'enquête et en omettant, par exemple, les personnes que les enquêteurs ont dû appeler à plusieurs reprises afin de les convaincre, ou encore les personnes absentes ou leur disant de rappeler plus tard au moment du contact téléphonique. En effet, les enquêteurs avaient pour consigne de prendre plusieurs contacts téléphoniques si la personne âgée n'était pas joignable dès le premier appel, et s'ils n'avaient pas réussi à la joindre au bout de deux semaines, l'enquêteur se rendait directement au domicile de la personne. Cette méthode de rappel (plus de cinq appels) et de visite a d'ailleurs fonctionné pour 25% des acceptations (Oris et al., 2016, p. 43-44).

La gestion du terrain a donc consisté en un suivi et un contrôle régulier des dossiers pris en charge par les enquêteurs afin d'obtenir des données les plus complètes et précises possible. Les responsables de terrain ont dû faire face à plusieurs « défis » imposés par la réalité, notamment un fort taux de non réponse, par exemple lors des

contacts téléphoniques. Dans ce cas de figure, soit l'enquêteur n'arrivait pas à atteindre la personne au téléphone, soit quelqu'un répondait à sa place et disait que la personne n'était pas disponible ou pas là. Mais il a fallu aussi se confronter à de nombreux refus de participation de la part des personnes âgées. Ainsi ce travail de terrain a donné l'occasion aux chercheurs de l'étude de pouvoir analyser l'incidence de ce dernier, tant dans les procédures de contact que dans l'efficacité et l'efficience des enquêteurs (Oris et al., 2016). Ils présentent un pourcentage d'acceptation de participation à l'enquête de 33% pour 54% de refus, 10% de personnes injoignables et 3% de décès. L'analyse des refus a montré qu'un grand nombre d'individus refusait de participer sans donner de raison (surtout dans le canton de Genève et en Valais central). Lorsque les individus justifiaient leur refus, la principale raison invoquée était le manque d'intérêt pour l'étude (un refus sur cinq) puis les raisons de santé et notamment des refus justifiés par l'âge (« je suis trop vieux/ vieille ») et par la fatigue pour 14% des cas. Aussi, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à justifier leur refus. Ces types de refus se trouvent amplifiés auprès des catégories les plus âgées de l'échantillon avec 31% des nonagénaires qui ont refusé de participer à l'étude sans donner de raison, et 23% pour des raisons de santé, d'âge ou de fatigue. Aussi comme les chercheurs s'en doutaient, les raisons de refus pour des raisons de manque de temps à consacrer à l'étude du fait d'activités (voyage, garde des petits enfants, etc.) ou de travail diminuent drastiquement à partir de 80 ans et deviennent marginaux par rapport aux jeunes retraités (Oris et al, 2016, p.42).

Dans la même ligne de réflexion que les niveaux d'acceptation et de refus de participation à l'étude VLV, l'analyse des non réponses du questionnaire amènent à réfléchir aux difficultés de compréhension de certaines questions mais aussi à refléter, selon la distribution inégale des non réponses dans l'échantillon, la vulnérabilité de certains sous-groupes de la population âgée. Les résultats révèlent que selon le type de questions, se sont auprès des femmes et des plus âgés que l'on retrouve les plus fortes proportions de non réponses, notamment sur des questions qui traitent du revenu et des capacités cognitives dans le questionnaire face à face. Cependant, les effets d'enquêteurs et de contexte pour les raisons des non réponses concernant la cognition ont été contrôlées par des analyses de régression. Dans le questionnaire auto-administré se sont principalement les questions portant sur l'équipement du logement et l'utilisation des médias qui ont obtenus une plus forte concentration de non réponses chez les plus âgés (mais sur des items portant sur des technologies particulières donc moins à même d'être utilisées par la population très âgée telles que la possession d'un ordinateur, l'utilisation d'internet ou encore d'un micro-onde). Aussi, les personnes très âgées ont eu plutôt tendance à répondre directement aux questions et items qui les concernaient et omettre le reste (Oris et al., 2016, pp.50-58).

#### 4. L'étude VLV et le grand âge

La réflexion critique du terrain de l'étude VLV faite par Oris et al. (2016) a permis de prendre du recul sur la récolte de données et la méthodologie de l'enquête. Cela a permis aussi de mettre déjà en évidence des particularités de certains sous-groupes de l'échantillon tels que les femmes ou les personnes très âgées. Ces dernières ont donné des raisons de refus très contrastées par rapport aux classes d'âges plus jeunes de l'étude. Nous pouvons alors nous demander si la population âgée de 80 ans et plus de l'étude présente d'autres spécificités au niveau de leurs réponses et leur représentation au sein de celle-ci. Aussi, nous proposons dans cette dernière partie du chapitre méthodologique de ce travail, de dresser un premier portrait descriptif des individus très âgés.

##### 4.1. *La répartition du grand âge dans l'étude*

L'étude VLV est une enquête quantitative à large échelle et possède l'avantage d'avoir un échantillon d'individus de plus de 80 ans important puisqu'il comprend 1836 individus sur les 3635 totaux. Le choix de considérer le grand âge à partir de la classe d'âge des 80 ans et plus découle de la logique d'un choix arbitraire pour définir et se tenir à un seuil de référence, tout en pouvant se reporter à la littérature scientifique sur le grand âge qui considère souvent la dernière partie de la vie à partir de quatre-vingt ans (Lalive d'Epina, Spini et al., 2008). Rappelons cependant que nous n'avons introduit aucune différence a priori dans le dispositif d'enquête entre les « jeunes vieux » et les « vieux vieux », et que ce sont les analyses réalisées sur cette base qui, in fine, valideront ou infirmeront ce seuil de 80 ans.

La récolte des données s'est déroulée sur une période de plusieurs mois, à cheval entre l'année 2011 et 2012, créant des décalages entre les premiers interviewés et les derniers. C'est pourquoi nous avons décidé de prendre en considération l'âge de la personne interrogée lors de l'entretien et donc de prendre en compte uniquement les individus ayant 80 ans révolus. Cet échantillon regroupe des individus nés entre 1906 et 1932 et comprend donc des personnes âgées entre 105 et 80 ans. L'enquête VLV se prête bien à l'étude du grand âge et de la dernière partie de la vie car elle est basée sur un échantillon aléatoire stratifié selon la catégorie d'âge, le sexe et le canton d'individus âgés de 65 ans et plus. Elle permet donc d'obtenir des données sur un grand nombre d'individus âgés de plus de 80 ans répartis dans cinq cantons.

La base de données complète de l'étude VLV est cependant composée de deux bases, ce qui représente une source de complexité évidente. Une base principale regroupant les individus ayant répondu aux deux questionnaires principaux (le questionnaire auto-administré, et le questionnaire face à face). Cette base rassemble 3080 individus et s'y ajoute une seconde base de données, plus petite,

celle des proxys qui correspond aux individus ayant répondu au questionnaire proxy par l'intermédiaire d'une tierce personne (proche, soignant, etc.). Cette dernière regroupe 555 individus au total. Pour la plupart des analyses de ce travail de thèse, nous prenons en compte, dans la mesure du possible, l'ensemble des individus, soit 3635 personnes au total, dans une base de données globale qui réunit les variables communes aux questionnaires principaux et au questionnaire proxy. Une première indication sur la population du grand âge de l'étude peut être vue à travers le type de questionnaire auquel les 80 ans et plus ont répondu. Nous pouvons nous attendre à une représentation plus élevée de très âgés ayant répondu au questionnaire proxy ; les résultats sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

*Tableau 1. Répartition du type de questionnaire selon la classe d'âge (VLV)*

Classe d'âge		Questionnaire principal	Questionnaire proxy	Total
65-69 ans	N	573	4	577
	%	99.3	0.7	100
70-74 ans	N	608	15	623
	%	97.6	2.4	100
75-79 ans	N	567	32	599
	%	94.7	5.3	100
80-84 ans	N	495	90	585
	%	84.6	15.4	100
85-89 ans	N	464	139	603
	%	76.9	23.1	100
90 ans et plus	N	373	275	648
	%	57.6	42.4	100
Total	N	3080	555	3635
	%	84.7	15.3	100

La répartition du type de questionnaire selon la classe d'âge donne une première indication sur les individus les plus âgés de l'échantillon. Notamment par la proportion et la répartition du questionnaire proxy qui représente 15.3% de l'échantillon total et concerne donc presque un individu sur six. Elle montre sans surprise que plus les individus se situent dans les classes d'âges les plus âgées, plus la proportion d'individus ayant rempli le questionnaire principal diminue au profit du questionnaire proxy. Dans les trois classes d'âges les plus jeunes, la proportion de ceux et celles ayant rempli le questionnaire proxy reste faible, puis augmente de façon visible dans les classes d'âges les plus âgées. En effet, dès 80-84 ans, la

proportion de personnes pour lesquelles il a fallu recourir au questionnaire proxy passe à 15.4% et continue de progresser, atteignant 23.1% chez les 85-89 ans et touchant plus de quatre personnes sur dix (42.4%) à partir de 90 ans et plus. La majorité des 555 questionnaires proxy ont bien été passés auprès de personnes âgées de 80 ans et plus (504 sur 555 soit 90.8%). Mais cela ne veut pas dire que la majorité de ceux-ci ont rempli le questionnaire proxy, loin de là puisque 57.6% des 90 ans et plus ont rempli le questionnaire principal.

Cette répartition entre les types de questionnaire donne aussi implicitement une première indication quant à l'état de santé de la population très âgée. Le recours plus fréquent au questionnaire proxy parmi les octogénaires et nonagénaires indique des signes de maladies et de fatigue plus prégnants. Nous avons vu que l'analyse des raisons de refus de participation à l'enquête a également mis en évidence que dans les classes d'âge les plus âgées, les individus invoquaient plus fréquemment des états de fatigue et de problème de santé comme motif de refus de participation à l'étude (Oris et al., 2016). Bien que l'échantillon soit stratifié par âge par sexe et par canton, l'état de santé des personnes âgées n'est évidemment pas « stratifié » et représente les situations que nous avons rencontrées lors de la récolte des données. Cette répartition montre l'intérêt de proposer ce type de questionnaire, notamment auprès des plus âgés qui potentiellement n'auraient pas répondu à notre enquête sans son existence, ce qui aurait donc pu occulter une bonne partie (rappelons-le, plus de 40% des nonagénaires !) de la population que nous étudions. La répartition du questionnaire proxy selon le sexe et la classe d'âge (tableau 2) montre que les femmes ont sensiblement plus recours au questionnaire proxy que les hommes à partir de 85 ans et plus. Ceci illustre le paradoxe gérontologique bien connu : les femmes vivent plus longtemps mais en moins bonne santé (Lahelma, Arber, Martikainen, Rhakonen & Silventoinen, 2001 ; Guilley, Guillet & Girardin, 2008 ; Lalive d'Epina y & Cavalli, 2013).

Tableau 2. Répartition de l'échantillon proxy par classe d'âge et par sexe (VLV)

Proxy		Femmes	Hommes	Total
80-84 ans	N	45	45	90
	%	50	50	100
85-89 ans	N	76	63	139
	%	54.7	45.3	100
90 ans et plus	N	161	114	275
	%	58.5	41.5	100
Total	N	282	222	504
	%	55.9	44.1	100

Ainsi, en nous intéressant à la répartition de la population âgée de 80 ans et plus dans l'étude VLV nous constatons que celle-ci constitue presque l'entièreté des individus ayant répondu via un proche au questionnaire proxy. Et que ce dernier a été passé auprès d'un peu plus de femmes que d'hommes. Il est intéressant de se pencher sur les particularités des proches qui répondent pour la personne âgée.

#### 4.2. Les données sur le proxy

Comme nous l'avons évoqué dans ce chapitre, lors de la procédure proxy, lorsque ego est considéré comme non apte à répondre au questionnaire principal, un questionnaire plus court est rempli par un proche ou un membre du personnel soignant ou/et aidant. La première partie du questionnaire proxy comprend des questions qui permettent d'obtenir des informations sur la personne qui répond pour la personne âgée, notamment son sexe, son âge, son lien avec celle-ci ainsi que sa profession. Ces informations trouvent un intérêt dans l'étude des liens et des contacts sociaux des plus âgés et peuvent servir de piste de recherche à propos de l'entourage et du réseau social de la population très âgée. Mais aussi fournir des informations à propos des caractéristiques des proches aidants.

Tableau 3. Répartition des individus ayant répondu au questionnaire proxy par sexe (VLV)

Sexe	Hommes	Femmes	Total
N	168	387	555
%	30.3	69.7	100

La répartition par sexe des proches ayant répondu au questionnaire proxy indique que ce sont majoritairement les femmes (69.7%) qui ont répondu pour la personne sélectionnée. L'âge médian de ces proches est de 62 ans et oscille donc autour de la soixantaine, le plus jeune proxy étant âgé de 18 ans et le plus vieux de 97 ans. Ces informations sur le sexe et l'âge du proxy montrent que ce sont généralement plus des femmes qui sont impliquées dans l'aide et les soins des personnes non aptes du grand âge et que plus de deux tiers de ces proches arrivent eux même ou débutent leur vieillesse. Nous pouvons penser par là qu'il peut s'agir de proches tels que les enfants des personnes interrogées (tableau 4).

Tableau 4. Répartition des individus ayant répondu au questionnaire proxy selon leur lien avec ego (VLV).

Relation avec la personne enquêtée		Conjoint	Enfant	Fratrie	Autre famille	Ami	Voisin	Professionnel	PDR*	Total
Femmes	N	91	131	9	43	7	2	98	6	387
	%	16.4	23.6	1.6	7.7	1.3	0.4	17.7	1.1	69.7
Hommes	N	29	95	5	12	2	1	24	0	168
	%	5.2	17.1	0.5	2.2	0.4	0.2	4.3	0	30.3
Total	N	120	226	14	55	9	3	122	6	555
	%	21.6	40.7	2.5	9.9	1.6	0.5	22	1.1	100

\*PDR = pas de réponse

Le tableau 4 indique que les proxys sont majoritairement des membres de la famille de la personne âgée, principalement les enfants de celle-ci (40.7%), puis le conjoint (21.6%), et d'autres membres de la famille, par exemple, la belle-famille (9.9%) et dans une moindre mesure la fratrie (2.5%). Une bonne partie des entretiens réalisés par les proxys provient aussi de professionnels (22%) travaillant au service de la personne âgée dans le domaine de la santé (infirmier, aide-soignant, etc.) et des services à la personne (aide à domicile, employé de maison, etc.). Nous avons noté précédemment que la majorité des individus qui ont répondu au questionnaire proxy sont des femmes (69.7%) et nous pouvons le voir très clairement au niveau de l'entourage familial que se sont principalement les conjointes (16.4% contre 5.2% des conjoints), les filles (23.6% contre 17.1% des fils) ou encore les membres féminins du reste de la famille (7.7% des femmes contre 2.2% des hommes) et dans une moindre mesure les sœurs de la fratrie (1.6% des sœurs contre 0.5% des frères) qui ont répondu pour la personne enquêtée. Cette répartition inégale des sexes au sein des répondants au questionnaire proxy peut s'expliquer, notamment dans le cas du conjoint, parce que la majorité des femmes au grand âge sont veuves tandis que ceci reste plus rare chez les hommes, qui souvent ont leur épouse à leurs côtés jusqu'à leur décès. Chacune de ces situations correspond à ce qui a déjà été observé dans d'autres études, notamment à propos de la répartition des tâches d'aides et de soins de la part des enfants de la personne âgée, plus souvent assumée par les filles (Perrig-Chiello, 2014 ; Pin, Spini & Perrig-Chiello, 2015). De même que le personnel soignant et les services d'aides et de soins à domicile comportent une proportion plus élevée de femmes (Masotti, 2016).

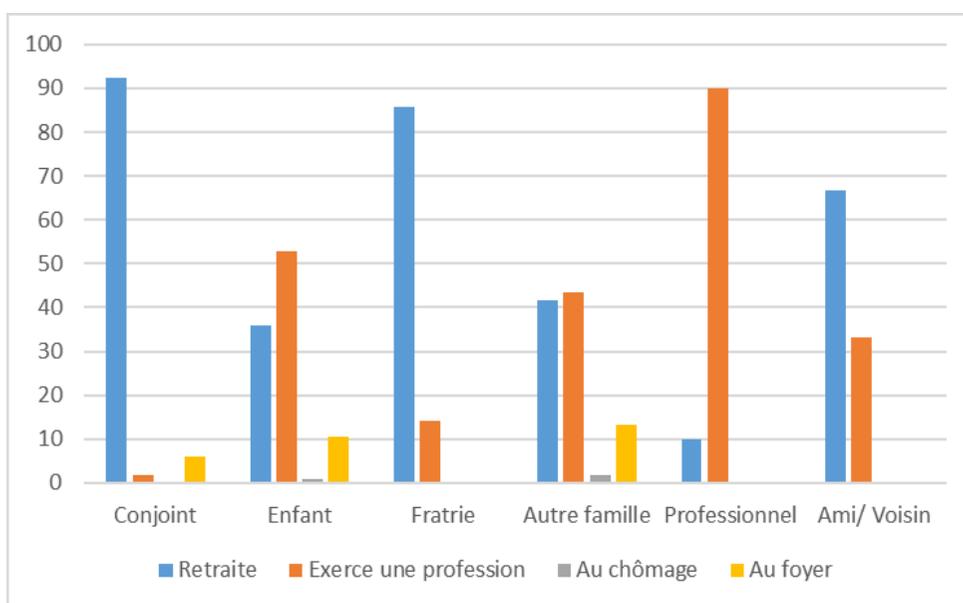
L'examen de la situation professionnelle du proxy (tableau 5) permet de savoir si ce sont des personnes qui sont également retraitées ou bien si elles exercent une activité au moment de l'enquête.

Tableau 5. Répartition des activités des individus ayant répondu au questionnaire proxy (VLV)

	Activité professionnelle	Retraité	Au foyer	PDR	Au chômage	Total
N	259	245	37	11	3	555
%	46.7	44.1	6.7	2	0.5	100

Les résultats montrent principalement une double répartition des proxys entre activité professionnelle (46.7%) et retraite (44.1%), que nous pouvons mettre en lien avec le type de relation que le proxy entretient avec ego (figure 12).

Figure 12. Situation professionnelle et relation du proxy avec ego (en %) VLV



En prêtant attention à la situation professionnelle mise en lien avec le type de relation que le proxy entretient avec la personne enquêtée, la répartition des réponses de la figure 12 met en avant des résultats intéressants à discuter. Des évidences telles que la quasi-unanimité (90.1%) des proxys issus du milieu professionnel (infirmier, aide-soignant, service à domicile, etc.) exerce une profession et une minorité d'entre eux sont à la retraite (9.9%) ainsi que la majorité des proxys qui sont le conjoint de la personne enquêtée sont également à la retraite (92.4%). Cependant, les résultats concernant la situation professionnelle des enfants et du reste de l'entourage familial sont suggestifs. Concernant les enfants, plus de la moitié (52.7%) exercent une profession et un peu plus d'un tiers d'entre

eux (35.9%) se trouvent à la retraite comme son parent, tandis que 10.5% d'entre eux sont au foyer. Il en va presque de même pour les autres membres de la famille dont 41.5% sont à la retraite, 43.4% exercent une profession et 13.2% sont au foyer. Ainsi, la situation professionnelle de l'entourage familial (hormis le conjoint) est hétérogène et met en évidence les différences de situations des proches dans l'entourage des personnes du grand âge. Nous avons vu que l'âge médian des proxys tourne autour de la soixantaine et donc approche la retraite ou s'y trouvent déjà, comme le confirme la figure 12. Nous pouvons supposer et interpréter que ces différentes situations professionnelles des proxys, créent des inégalités en termes de temps et de disponibilité à consacrer à la personne âgée non apte selon.

#### *4.3. Le questionnaire proxy, une spécificité du grand âge*

Ainsi, les questionnaires de l'étude VLV apportent des premiers constats à propos du grand âge. Bien que les personnes âgées de 80 ans et plus soient à même de répondre à l'ensemble du questionnaire principal, elles comportent des spécificités par rapport aux catégories les plus jeunes. En effet, les individus du grand âge constituent près de 90% de l'échantillon proxy et ont une proportion de non réponse aux questions plus importante que leurs cadets sur certains items. Toutefois, ces différences sont à remettre dans le contexte de l'ensemble de la population interrogée où presque trois quarts des 80 ans et plus (72.5%) de l'échantillon ont répondu au questionnaire principal et finalement, 27.5% des membres de cette même classe d'âge via le questionnaire proxy (qui lui-même représente 15.3% de l'échantillon complet). Le grand âge semble donc se détacher de l'ensemble de la population âgée au simple regard des réponses selon le type de questionnaire, mais sans se démarquer complètement puisque cela représente seulement un aspect mais pas la majorité de celle-ci.

### **5. De la méthode à l'analyse**

La méthodologie de l'étude VLV a permis de poser les bases et de présenter les enjeux spécifiques de notre recherche sur les conditions de vie et de santé au grand âge en Suisse. Son caractère interdisciplinaire positionne l'étude au cœur de la discipline gérontologique. Sa méthode d'enquête, qui reste à l'échelle humaine et très attachée au respect de la personne âgée enquêtée, lui apporte sa valeur tout en conservant la qualité et la rigueur scientifiques. Ainsi, cette enquête constitue un atout pour l'étude du grand âge, de par son important échantillon de personnes âgés de 80 ans et plus qui comptabilise autant d'hommes que de femmes, et qui permet de cette manière d'avoir une représentation masculine comparable dans les différentes dimensions analysées dans la suite de ce travail. Cet échantillon est de plus composé d'individus ayant des statuts de santé différents puisqu'il prend en

compte les non aptes et constitue ainsi une occasion rare de pouvoir étudier la population très âgée dans son ensemble, tant celle vivant à domicile que celle résidant en institution, quel que soit leur statut de santé. Aussi, les chapitres suivants s'efforcent de dresser et d'analyser le portrait et la composition du grand âge en Suisse. En adoptant, la plupart du temps, une démarche comparative entre la catégorie la plus âgée (80 ans et plus) de l'échantillon avec la plus jeune (65-79 ans), nous allons à présent nous intéresser à la spécificité du grand âge quant à ses modes et lieux de vie.



## Chapitre 3 : La population du grand âge, ses lieux et modes de vie

### Introduction

Ce chapitre constitue un premier pas dans la compréhension du grand âge en Suisse. Il entend démontrer la spécificité de cette dernière partie de l'existence à travers les lieux et les modes de vie des plus âgés au regard des plus jeunes. Rappelons que les 80 ans et plus sont les représentants d'une génération qui s'éteint au fur et à mesure que les années s'écoulent et que de nombreux aspects de leur vie et de leur quotidien en sont affectés, par exemple, par la perte de proches et de contemporains tels que les membres de la fratrie ou le conjoint, mais aussi du fait de la fragilisation latente et insidieuse du corps pouvant altérer leurs activités. Dans la mesure du possible, ce chapitre s'efforce de prendre en compte les individus non aptes ayant répondu au questionnaire proxy qui contient un nombre restreint de questions issues du questionnaire principal.

### 1. Grand âge et enchâssement sociohistorique

Nous nous sommes intéressés dans le chapitre 1 au contexte sociohistorique dans lequel évoluent les générations et plus particulièrement au parcours sociohistorique des individus âgés. Nous proposons ici de retracer les trajectoires des cohortes de l'étude VLV depuis leur contexte de naissance à nos jours.

#### 1.1. *Des générations qui s'étalent de 1906 à 1932*

L'échantillon comporte des personnes, pour les plus âgées, nées entre 1906 et ayant donc 105 ans au moment de l'enquête et 1932 pour les tout justes octogénaires, ce qui fait un écart de 26 ans entre la personne la plus âgée de l'échantillon et la plus jeune du grand âge. Ainsi nous pouvons distinguer plusieurs cohortes (ou générations) de personnes âgées dans cet échantillon et nous avons fait le choix de les détailler selon la classe d'âge quinquennale. A l'aide du diagramme de Lexis qui met en lien les années et l'âge des individus au fil du temps, la trajectoire socio-historique de chaque génération est retracée sur la figure 24. L'échantillon original distingue et stratifie les personnes âgées entre 80 et 84 ans et entre 85 et 90 ans. Au-delà de cet âge, il n'y a plus que 90 ans et plus. Pourtant, il vaudrait la peine de distinguer encore par classe d'âge quinquennale les personnes âgées entre 90 et 94 ans, entre 95 et 99 ans ainsi qu'entre 100 et 105

ans, l'âge maximum de l'échantillon (tableau 11). Il y a à cela deux raisons principales. Tout d'abord, les effectifs dans chaque classe d'âge, même s'ils sont moins fournis dans les groupes les plus âgés, ils restent quand même à prendre en compte distinctement dans l'évolution socio-historique. La seconde raison est que cette catégorisation permet de retracer plus précisément les trajectoires historiques des générations les plus anciennes.

Tableau 6. Effectifs et proportion du grand âge selon le sexe et la classe d'âge VLV

		80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95-99 ans	100-105 ans	Total
Homme	N	297	308	243	70	9	927
	%	32	33.2	26.2	7.5	1	100
Femme	N	288	293	231	79	12	903
	%	31.9	32.4	25.6	8.7	1.3	100
Total	N	585	601	474	149	21	1830
	%	32	32.8	25.9	8.1	1.1	100

Cependant, répartir en trois classes d'âge la catégorie des personnes âgées de 90 ans et plus efface la stratification de cette dernière au sein des classes d'âges les plus vieilles. Sur les 644 individus de 90 ans et plus qui ont été interrogés, la majorité est âgée entre 90 et 94 ans, et représente 73.6 % de cette catégorie, 23 % ont de 95 à 99 ans et enfin seulement quelque 3.4 % ont entre 100 et 105 ans. Cette répartition ne semble pas optimale pour comparer les données obtenues entre les groupes du fait du nombre moins importants de personnes très âgées par rapport aux autres ; elle reste néanmoins intéressante pour saisir les différences et/ou les continuités possibles entre les classes d'âges (génération, cohorte). Nous allons le voir notamment pour comprendre l'enchâssement de ces individus dans un contexte historique spécifique.

### 1.2. Parcours et contexte socio-historique des générations de l'étude VLV

C'est à partir d'éléments clefs de l'histoire que nous retraçons et contextualisons le parcours de vie des individus âgés de 80 ans et plus de l'étude VLV. Nous avons opté pour cela de travailler par cohorte selon les classes d'âge quinquennales afin de pouvoir marquer et situer de façon plus précise les étapes du parcours de vie de chacune.

### 1.2.1. Génération née au début du XXème siècle (1906-1911)

Il s'agit des individus les plus âgés de l'échantillon, ils ont entre 100 et 105 ans au moment de l'enquête et sont au nombre de 21. Ces personnes sont nées au début du vingtième siècle entre 1906 et 1911. Lors de la première guerre mondiale elles étaient âgées entre cinq et neuf ans et ont donc vécu la guerre et ses conséquences dont le manque et le rationnement de nourriture pendant l'enfance. Au sortir du premier conflit mondial, ils entrent dans la pré adolescence et l'adolescence au début des années 1920 et vont grandir dans une période d'après-guerre caractérisée par des crises économiques importantes (1921 et 1922). Le début de l'âge adulte est marqué par l'entrée dans la vie active qui a lieu au début des années 1930, période instable en Europe tant au niveau politique et économique (Krach boursier de 1929 et inflation) que social. Cette instabilité est également ressentie en Suisse avec de fortes oppositions entre les mouvements politiques de gauche et de droite. Lorsque qu'éclate la seconde guerre mondiale, cette génération approche ou a atteint sa trentième année ; ce sont donc en tant qu'adultes qu'ils vont une nouvelle fois être confrontés à un conflit mondial aux portes de la Suisse. Ils entrent ou bien ont déjà débuté la quarantaine lorsque la période d'après-guerre débute et avec elle les années prospères des « Trente Glorieuses » caractérisées par un regain important de l'économie suisse, une forte exportation internationale, une période de plein emploi et des perspectives de mobilité sociale avec le développement du secteur tertiaire et des emplois féminins. Mais aussi un climat social plus favorable suite à la mise en place de l'assurance vieillesse et survivants en 1948, et avec l'arrivée de la pilule contraceptive au début des années 1960 puis en 1971, l'obtention du droit de vote des femmes. Les médias et la consommation de masse remplace la production et l'époque voit décliner peu à peu le secteur primaire tandis que le celui des services est en pleine expansion. Durant ces années prospères, les personnes nées au tout début du siècle entament cette période dans leur quarantaine et la termine à la fin de la soixantaine au moment de la retraite. Ils vont vivre le 3ème âge au cours des années 1980 et les survivants ont atteint l'âge de 80 ans au début des années 1990.

Une petite partie de cette génération est toujours présente 25 ans plus tard, sous le statut vénérable du centenaire. Cette génération a vécu avec son siècle et les événements qui se sont succédés, ils ont subi deux conflits majeurs au cours de leur existence. Ils ont pu vivre les années prospères de la période propice d'après-guerre et faire l'expérience des changements sociétaux qui se sont opérés depuis lors. Cette génération est la seule à avoir vécue autant de changements et d'événements au cours de sa vie, que ce soit au niveau politique, sociétal ou encore technologique.

### 1.2.2. Génération née aux alentours de la Première Guerre Mondiale (1912-1916)

Cette cohorte est née entre 1912 et 1916 et elle est âgée entre 99 et 95 ans lors de l'enquête, elle représente 149 individus de l'échantillon. Ils viennent tout juste de naître où ont au maximum cinq ans lorsque la Première Guerre Mondiale se déclenche et vivent donc cette période tourmentée durant la prime enfance. A la fin du conflit, ils sont enfants puis pré-adolescents lors de la période de crise économique d'après-guerre durant les années 1920 et adolescents dans les années 1930 marquées également par le Krach boursier de 1929 et la montée des totalitarismes des pays limitrophes à la Suisse. Lorsque la deuxième Guerre Mondiale éclate en 1939, cette génération entre dans l'âge adulte et prend part entière au conflit au moyen de la mobilisation des hommes pour protéger les frontières et de l'activité des femmes pour continuer à faire tourner le pays. Lorsque le conflit s'achève, ils sont au milieu ou vers la fin de la trentaine. Durant la période d'après-guerre et les changements sociétaux des Trente Glorieuses, cette génération va poursuivre son parcours de vie dans la même lignée que la génération précédente, c'est à dire ni trop jeune dans le sens où elle a dépassé l'âge de l'entrée dans la vie active, ni trop vieille, car la retraite est encore loin. Ces personnes vont sortir du marché du travail à la fin des années 1970, début des années 1980 et entrer alors dans le 3ème âge. Ils atteignent 80 ans durant les années 1990 et vingt ans plus tard, lors de l'étude VLV en 2011-2012, les individus toujours vivants de cette cohorte approchent peu à peu le centenaire.

### 1.2.3. Génération née à la fin de la Première Guerre Mondiale et début des années 1920 (1917-1921)

Cette cohorte est née à la fin du premier conflit mondial et au début des années 1920. Cette période est marquée en Suisse par des troubles sociaux et économiques avec la grève générale de 1918 et les crises économiques de 1921 et 1922. Les personnes nées dans ce contexte ont passé leur enfance durant les années 20 et leur pré adolescence et adolescence est marquée par le Krach boursier de 1929 et la montée des troubles dans les pays limitrophes durant les années 1930. Ils entrent dans l'âge adulte lorsque la Deuxième Guerre Mondiale débute, les hommes de cette génération ont connu la mobilisation durant le conflit. Lorsque la guerre se termine, au milieu des années 1940, ils atteignent la fin de la vingtaine et entament la période des Trente Glorieuses dans leur trentième année. Lors de la crise pétrolière de 1973 qui met fin à cette période prospère, ils entrent dans la cinquantaine et atteignent l'âge de la retraite à la fin des années 1970, début des années 1980. Le troisième âge s'étale pendant la période des années 1980 et 1990 et à la fin des années 1990 et au début du 21ème siècle, ils atteignent l'âge de 80 ans et entament actuellement leur neuvième décennie de vie.

#### 1.2.4. Génération née durant les années 1920 (1922-1926)

Cette génération est née durant la période de l'après-guerre du conflit de 1914-1918, période nous l'avons déjà vu, marquée par des troubles économiques et sociaux, teintée de grèves et de chômage dans plusieurs secteurs en Suisse. Ils vont passer leur enfance et grandir dans ce contexte jusqu'au conflit de 1939-1945 qui se déclenche alors qu'ils atteignent l'adolescence. Ce sont de jeunes adultes dans la vingtaine à la sortie du conflit qui ont pu profiter de la période des Trente Glorieuses au début de leur carrière professionnelle et de leur vie d'adulte. Nous pouvons poser l'hypothèse que cette génération, par rapport aux précédentes, a pu plus profiter et prendre part aux changements qui se sont opérés durant cette période tant au niveau du style de vie et des opportunités offertes dans ce contexte propice au niveau de la mobilité sociale. Toutefois en gardant des valeurs liées au parcours de vie « conservateur », classique et institutionnalisé (Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 103). Ils atteignent l'âge de la retraite au cours des années 1980 et vivent le troisième âge au cours des années 1990. Ils débutent leurs 80 ans avec le 21<sup>ème</sup> siècle.

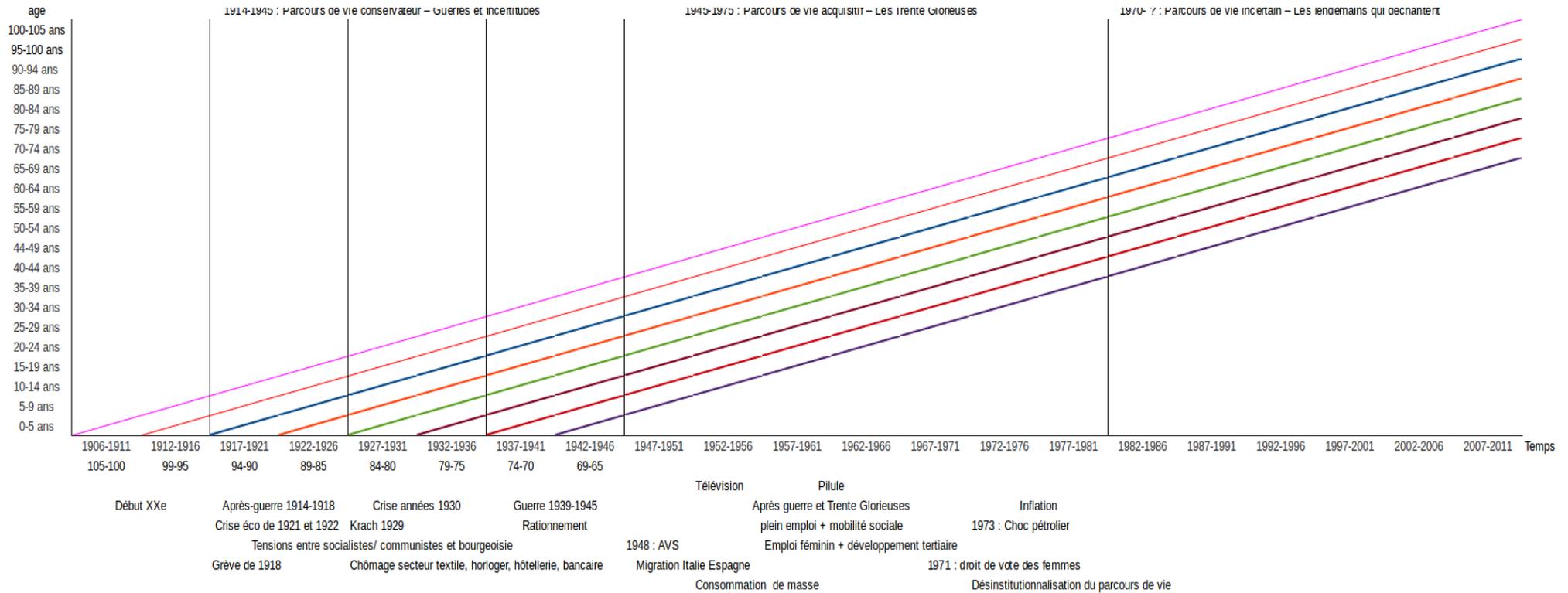
#### 1.2.5. Génération née à la fin des années 1920 début des années 1930 (1927-1932)

Cette cohorte est née entre 1927 et 1932 durant l'entre-deux-guerres. Cette génération vient tout juste de naître alors que la cohorte la plus âgée de l'échantillon que nous étudions est en âge d'avoir elle-même des enfants. Lorsque la deuxième Guerre Mondiale éclate, ils entrent tout juste dans l'adolescence et la termine lors de la fin de la guerre. Ce sont des jeunes adultes à fin des années 1940, début des années 1950 et lorsque commence la période des Trente Glorieuses. Comme la génération précédente, cette cohorte va construire sa vie d'adulte professionnelle et familiale dans ce contexte prospère tout en conservant probablement, elle-aussi, des valeurs conservatrices face aux changements sociétaux qui vont s'opérer au cours des années 1960 et 1970. Phénomènes sûrement plus présents dans les milieux urbains tels que Genève par rapport à des régions plus rurales et conservatrices. Ces individus atteignent l'âge de la retraite dans les années 1990, et vivent le troisième âge au début du 21<sup>ème</sup> siècle et atteignent aujourd'hui le début du quatrième âge.

### 1.3. *Des générations inscrites dans trois types de parcours de vie contemporains*

Ces personnes ont traversé plusieurs périodes et contextes socio-historiques au cours de leur existence (figure 13). Elles sont nées dans un parcours de vie conservateur (Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 100) entre le début du vingtième siècle et 1945 qui caractérisent la société industrielle des pays d'Europe occidentale et d'Amérique du nord. Elles ont ensuite transité lors de l'âge adulte vers un parcours de vie acquisitif illustré par la période phare des Trente Glorieuses entre la fin de la deuxième Guerre Mondiale et le milieu des années 1970. Et aujourd'hui ces personnes vivent leur vieillesse dans un parcours de vie qualifié d'incertain en vigueur depuis le milieu des années 1970, début des années 1980. Cependant, comme nous l'évoquions au chapitre 1, ces trois types de parcours de vie sont intéressants d'un point de vue sociohistorique et permet de contextualiser les trajectoires mais ceux-ci ne peuvent pas s'appliquer de façon stricte à chacune des cohortes et encore moins au niveau individuel.

Figure 13. Inscription des cohortes dans l'histoire. Diagramme de Lexis



**Les premières générations sont nées au début du XXème siècle**

Lors de la 1ère guerre mondiale elles étaient âgées entre 5 et 9 ans, vécu la guerre pendant l'enfance  
 La période d'après guerre et de crise des années 1920-1930 vécu pendant la pré adolescence et la l'adolescence et jeune adulte  
 Adultes d'une trentaine d'années quand éclate le début de la 2ème guerre mondiale  
 Entame la quarantaine au sortir de la seconde guerre mondiale  
 Retraite à la fin des trente glorieuses

**Génération née lors de la 1ère guerre mondiale**

Entre 0 et 5 ans lorsque le conflit se déclenche  
 Adolescence et jeune adulte durant les années 30 au début de la la 2ème guerre mondiale  
 Adultes entre 25 et 35 ans lors de la 2ème guerre mondiale  
 A la sortie de la guerre dans la trentaine  
 Durant les 30 glorieuses, âge adulte et début retraite fin années 70

**Génération née à la fin de la 1ère guerre mondiale et début des années 20**

Enfance et adolescence durant les années 1920-1930  
 Jeune adulte au début de la 2ème guerre mondiale  
 Adulte au début de la trentaine lors de la fin de la guerre  
 Entre 45-49 ans dans les années 60  
 Retraite à la fin des années 70, début 80

**Génération née dans les années 20**

Enfance et pré adolescence pendant les années 1920-1930  
 Adolescence au début de la 2ème guerre mondiale, jeune adulte à la fin  
 25-29 ans à la fin de la guerre et début des années 1950  
 Adulte 30-40 ans durant les années 50-60  
 Retraite dans les années 1980

**Génération née à la fin des années 20 début des années 30**

Enfance durant les années 30  
 Pré adolescence et adolescence durant la 2ème guerre mondiale  
 Jeune adulte à la sortie de la guerre  
 25-35 ans pendant les années 50 et 60  
 50 ans à la fin des 30 glorieuses  
 Retraite à la fin des années 1980 début 90

## 2. Modes de vie au grand âge

Nous utilisons ici le terme de « modes de vie » au grand âge, dans le sens de forme d'organisation du quotidien afin d'obtenir un « panorama » de la composition de la population très âgée. Nous nous intéressons à des traits sociodémographiques tels que la nationalité et l'état civil, qui nous mène à l'entourage familial et au lieu de vie. Ceci, au regard des théories du vieillissement discutées au chapitre 1 et notamment à propos de la transformation des modes de vie au cours de l'avancée en âge.

### 2.1. Nationalité

L'immense majorité des personnes âgées de 80 ans et plus sont de nationalité suisse (93.7%). Les grandes vagues migratoires de l'après-deuxième guerre mondiale et des Trente Glorieuses n'ont pas encore eu le temps d'atteindre un âge si avancé (Bolzman, 2011). Dans le groupe résiduel, les individus d'autres nationalités se répartissent selon les proportions suivantes, 3.5% sont de nationalité italienne, 1.6% sont de nationalité française, et moins de 1% des 80 ans et plus sont allemands (0.8 %), et avec une moindre représentation nous retrouvons les individus de nationalités espagnoles, portugaises et serbo-croates<sup>19</sup> (qui représentent 0.6% de l'échantillon du grand âge). Si l'on s'intéresse à la répartition des nationalités des individus de 80 ans et plus qui ont répondu au questionnaire proxy (tableau 7), nous retrouvons 89.5% de suisses, 5.8% d'italiens et 2.8% de français. A partir des *statistiques des étrangers* en Suisse de l'OFS, Bolzman et Vagni indiquent que la population de nationalité étrangère âgée de 65 ans et plus représente 7.8% de la population étrangère résidente dans le pays. Les chercheurs relèvent l'importance de prendre en compte la dimension de la nationalité dans l'étude car l'obtention de la nationalité suisse demeure un processus très long (qui requiert, entre autres, de séjourner 12 ans ininterrompus dans le pays). Ils expliquent « qu'une majorité des immigrés espagnols, italiens et portugais ne l'ont pas obtenue. » (Bolzman & Vagni, 2015, p. 21). L'étude de Bolzman et Vagni, basée sur les données du sur-échantillon immigrés de l'enquête VLV (qui malheureusement se concentre sur les jeunes retraités, jusqu'à 79 ans) compare les conditions de vie des personnes âgées immigrées et « nationales ». Les chercheurs mettent en évidence l'influence de la trajectoire de migration dans la vieillesse et notamment de trois facteurs, qui sont la politique de recrutement de la main-d'œuvre selon les origines nationales, la durée de séjour dans le pays et les possibilités d'accéder à la naturalisation helvétique.

Tableau 7. Nationalité selon le type de questionnaire à 80 ans et plus (N valide : 1797 - N manquant : 39 - N total : 1836) VLV

		Suisse	Italie	France	Allema- gne	Espagne	Portugal	Serbo- croate
Principal	N	1239	33	14	11	3	0	1
	%	95,2	2,5	1,1	0,8	0,2	0	0,1
Proxy	N	444	29	14	4	1	2	2
	%	89,5	5,8	2,8	0,8	0,2	0,4	0,4

<sup>19</sup> Nous regroupons sous le terme serbo-croates les individus de nationalités albanaise, serbe et croate.

## 2.2. *Etat civil*

L'état civil fait partie des variables sociodémographiques et correspond à un statut acquis au cours du parcours de vie, souvent à l'entrée dans l'âge adulte dans le cas du mariage, ou lors du grand âge dans le cas du veuvage. Il permet de récolter des informations sur le statut de l'individu au sein de la famille mais aussi au niveau de la société, dans le sens où, par exemple, quelqu'un de célibataire ne dispose pas du même statut et des mêmes liens familiaux que quelqu'un de marié, divorcé ou veuf. Le questionnaire de l'étude VLV distingue quatre statuts principaux, à savoir : célibataire, marié (remarié, pacsé), divorcé (séparé) et veuf. La répartition des réponses de l'échantillon principal (proxy compris) selon le sexe et la classe d'âge est présentée sur la figure 14.

Elle montre des situations très différentes selon le sexe et la classe d'âge (figure 14). A 80 ans et plus, la majorité des femmes sont veuves (61.8%) tandis que cela ne concerne qu'un peu plus d'un quart des hommes de la même classe d'âge (27.8%). Ces derniers sont encore majoritairement mariés au grand âge (62.4%) alors que les femmes sont moins d'un quart (22.4%) à avoir encore leur conjoint à leur côté. Quant à la proportion d'individus célibataires et divorcés, celle-ci est bien moins importante que les deux statuts précédents. En effet, les célibataires représentent 9.9% des femmes et 5.4% des hommes âgés de 80 ans et plus tandis que les divorcé-e-s constituent 5.8% des femmes et 4.4% des hommes les plus âgés.

Figure 14. Etat civil selon la classe d'âge et le sexe (en %) VLV (N valide : 3632 - N manquant : 3 - N total : 3635)



La répartition des résultats de la figure 15 confirme la forte différence entre les hommes et les femmes ainsi que des situations très contrastées selon les classes d'âges. Seuls les pourcentages des personnes célibataires et des divorcés restent faibles et assez constants (compris entre 4% et 14% pour les célibataires et entre 3% et 15% pour les divorcés) pour chacun des sexes et chacune des classes d'âge. En ce qui concerne les mariés et veufs, les situations ne sont clairement pas les mêmes selon que ceux-ci se situent dans les classes d'âges les plus jeunes ou bien dans les plus âgées. Il y a très nettement une différence entre groupes d'âge, ainsi qu'entre les sexes.

La répartition des réponses concernant l'état civil des femmes montre que chaque classe d'âge se caractérise par une situation particulière. Les plus jeunes sont marquées par une forte proportion de femmes mariées (68.4 % pour les 65-69 ans) et une faible proportion de femmes veuves (9.7 % pour les 65-69 ans). Puis, au fur et à mesure que l'on considère les cohortes les

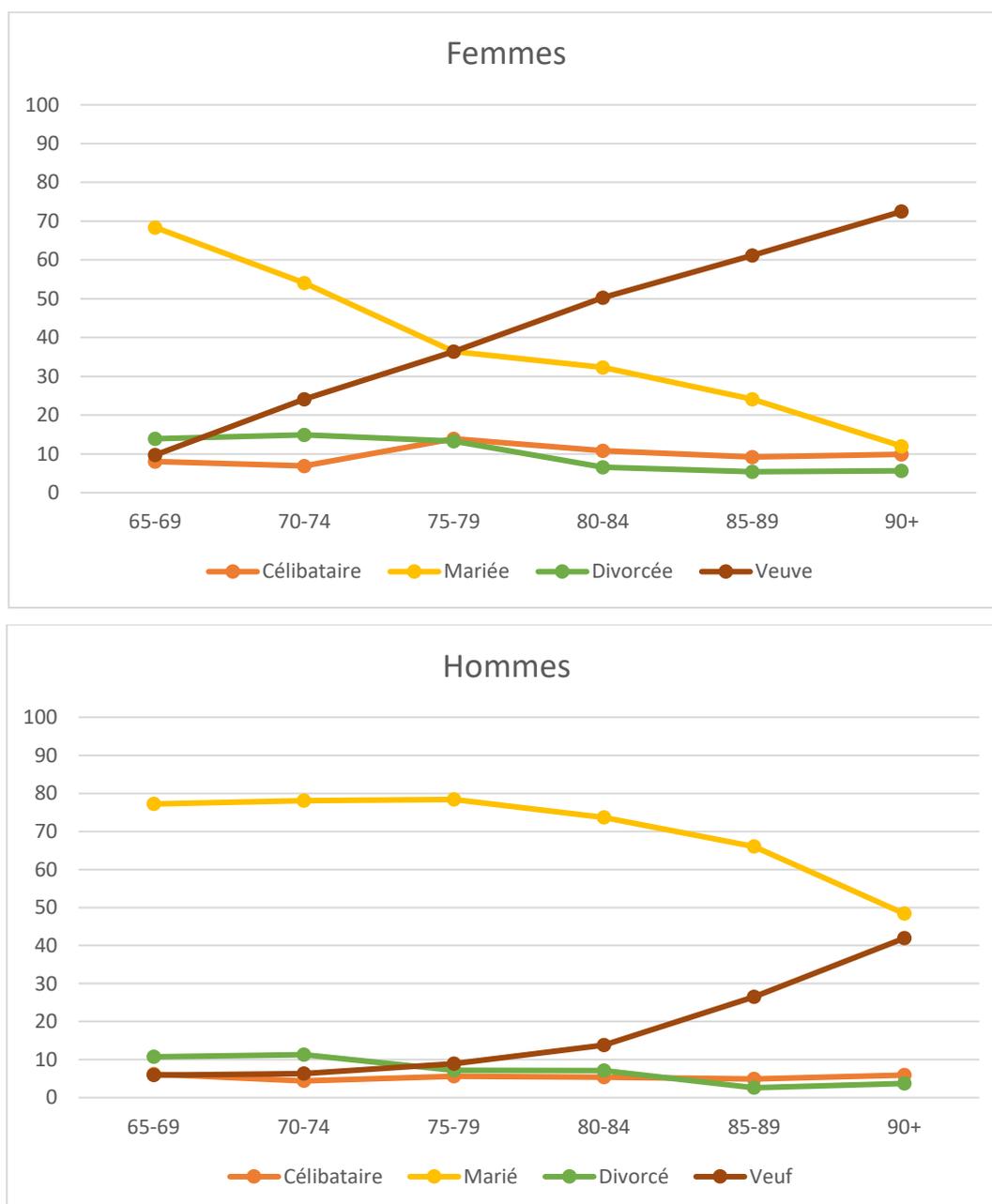
plus âgées, cette répartition s'inverse peu à peu, le poids des femmes mariées se réduisant tandis que celui des femmes veuves augmente de façon considérable. Un « équilibre » entre femmes mariées et veuves s'observe aux alentours des 75-79 ans (36.4 % pour chacun des statuts). Puis, à partir de 80-84 ans la situation s'inverse, les veuves étant bien plus nombreuses que les mariées creusant encore l'écart dans les classes d'âges les plus âgées. Aussi, à 80-84, ans les femmes mariées ne représentent plus que 32.3 % de la classe d'âge tandis que les veuves constituent 50.3 % de cette cohorte. A 90 ans et plus, la situation passe à seulement 12 % de mariées contre 72.5 % de veuves.

La répartition de l'état civil des hommes contraste fortement avec celle des femmes. Bien qu'ils connaissent également des situations contrastées entre les classes d'âges les plus jeunes et les plus âgés, ils sont cependant moins marqués que côté féminin. En effet, quasiment chaque classe d'âge reste marquée par une dominante d'hommes mariés (77.2 % pour les 65-69 ans), dont la proportion reste importante jusqu'à la classe d'âge des 80-84 ans qui commence à voir le pourcentage d'homme veufs (13.8 %) augmenter au détriment des mariés. Ces derniers commencent à décliner lentement mais sont quand même encore 73.7% des membres de cette cohorte. Cependant, la différence est moins spectaculaire que chez les femmes et les proportions d'hommes mariés et d'hommes veufs se rapprochent de façon moins brutale et surtout de manière beaucoup plus tardive puisque ce rapprochement se situe dans la classe d'âge la plus âgée. Ce qui fait qu'à 90 ans et plus, la majorité des hommes (48.4 %) ont encore leur épouse tandis que 41.9 % d'entre eux sont veufs.

Ainsi, à partir de 80 ans et plus le veuvage des femmes est une situation courante et forme une caractéristique importante de la grande vieillesse. Au contraire des femmes, le grand âge ne rime pas forcément avec veuvage pour les hommes, même si une part plus non négligeable d'entre eux l'expérimente.

Ces situations contrastées selon le sexe peuvent s'expliquer par le fait que les femmes ont une espérance de vie plus élevée que les hommes et aussi parce que de façon plus courante les hommes épousent fréquemment des femmes de quelques années plus jeunes qu'eux (Schumacher & Vilpert, 2011). Nous pouvons penser que cette répartition a un impact différent sur la vie quotidienne de ces individus, les femmes faisant face seule à leur quotidien tandis que les hommes dans la même période de la vie peuvent encore s'appuyer sur leur partenaire.

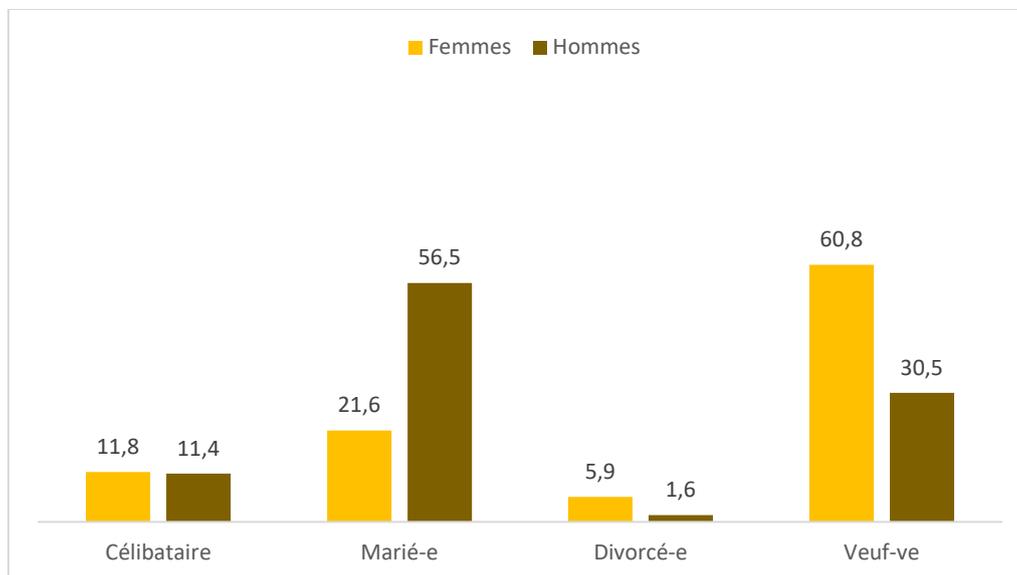
Figure 15. Etat civil selon le sexe et la classe d'âge quinquennale (en %) VLV



Comparativement à la distribution des réponses de l'échantillon principal, celles des individus non aptes selon le sexe est assez similaire (figure 16). Nous considérons ici uniquement le sexe du fait de la composition de l'échantillon proxy qui comprend à plus de 90% des individus âgés de 80 ans et plus. Globalement, il y a une faible proportion d'individus célibataires et divorcés au profit des mariés et veufs. En effet, l'échantillon non aptes compte 11% d'individus célibataires, une répartition uniforme entre les sexes avec 11.8% de femmes et 11.4% d'hommes. Concernant les personnes divorcées, celles-ci représentent 5.9% des femmes et 1.6% des hommes. Ensuite, 21.6% des femmes et 56.5% des hommes non aptes sont mariés. Tandis que la proportion de personnes veuves regroupe 60.8% des femmes et 30.5% des hommes. Cet échantillon comptabilise ainsi un peu plus d'hommes célibataires que l'échantillon des aptes (+6%) mais aussi un peu plus d'hommes veufs (+2.7%). Concernant les femmes non aptes, la

répartition entre les différents statuts d'état civil est semblable à leurs homologues aptes âgées de 80 ans et plus.

Figure 16. Etat civil des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV



### 2.3. Descendance

La question de l'état civil entraîne directement celle de la descendance. Avoir des enfants nourrit le réseau familial et l'entourage de la personne âgée, elle positionne aussi celle-ci en tant qu'aïeule lorsqu'elle se retrouve en dernière (ou première selon le point de vue) position de sa famille en tant que représentant le plus âgé. Le fait d'avoir des enfants suppose la probabilité de pouvoir entretenir un réseau familial qui s'étiole lors de l'avancée en âge avec la perte des parents puis de contemporains tels que les membres de la fratrie.

Les questions portant sur la descendance demandent aux personnes âgées si celles-ci ont eu des enfants et des petits-enfants, et si oui, combien via le questionnaire auto-administré. Ensuite, le questionnaire en entretien face à face comporte des questions plus détaillées quant au lieu de vie et à la position socioprofessionnelle des enfants. Ces informations sont aussi recoupées par le calendrier de vie qui retrace les naissances des enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants. Les réponses obtenues concernant la descendance de la personne âgée sont les suivantes (tableau 8).

Tableau 8. Résultats de base sur l'existence d'enfants selon la classe d'âge (N valide : 3514 - N manquant : 121 - N total : 3635)

Classe d'âge		Oui	Non
65-79 ans	N	1538	243
	%	84,4	13,6
80 ans et plus	N	1544	189
	%	89,1	10,9
Total	N	3082	432
	%	87,7	12,3

Cette question comporte une part de réponse manquante de l'ordre de 3.3%, soit 121 individus. Parmi celles-ci, il faut noter que 101 réponses (2.8%) qui sont passées à la trappe et concernent le questionnaire proxy. Cependant, il n'existe aucun moyen de récupérer ces données car il s'agit de saisies faites directement via l'ordinateur lors de l'entretien. Ce qui fait qu'une partie des réponses portant sur la descendance des personnes âgées ayant répondu via le questionnaire proxy est tronquée à hauteur de 18 % de l'échantillon. Les résultats montrent que la quasi-totalité des personnes âgées ont eu des enfants (tableau 8) puisque 87.7% ont répondu positivement à la question et 12.3% de façon négative. Cela est encore plus marqué dans la catégorie la plus âgée où 89.1% des 80 ans et plus ont eu un ou des enfants. Un tel résultat reflète une certaine standardisation de l'étape quasi obligatoire de la parentalité dans le parcours de vie de la population aujourd'hui âgée (Sapin, Spini & Widmer, 2007 ; Widmer, Ritschard & Müller, 2009). A priori, les personnes du grand âge sont donc entourées d'un réseau familial via leur descendance et se positionnent donc bien comme les représentants les plus anciens, mais aussi les survivants de leur lignée.

Une forte majorité (85.6%) des personnes âgées ont d'ailleurs des petits-enfants (tableau 9). Cependant cette question comprend une part non négligeable de non réponse (celle-ci est même plus importante que celle des personnes qui ont répondu qu'ils n'avaient pas de petits-enfants) qui représente 15.6% de l'échantillon. Contrairement à la question sur les enfants, il ne s'agit quasi essentiellement pas des proxys ; ces non réponses sont réparties sur l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 9. Résultats de base sur l'existence de petits-enfants VLV (N valide : 3067 - N manquant : 568 - N total : 3635)

	Oui	Non
N	2625	442
%	85.6	14.4

### 3. Lieux de vie au grand âge

Avec l'avancée en âge, la question du logement devient primordiale et va de pair avec la qualité de vie. En effet, la retraite d'une part, puis le processus de fragilisation d'autre part, incitent les personnes âgées à passer plus de temps à leur domicile. Caradec reprend la formule de Bernadette Veysset (1989) qui utilise les homonymes de « repaire » et « repère » pour qualifier le domicile des personnes âgées :

« Il est un repaire où elles [les personnes âgées] se sentent protégées des agressions extérieures. Il est aussi, à plusieurs titres, un repère : un repère identitaire tout d'abord, le domicile symbolisant la personne dans sa continuité, le lien entre ce qu'elle a été ; un repère spatial ensuite, puisqu'il est un espace familial, intimement approprié, dont l'usage se trouve fortement ancré dans les habitudes corporelles ; un repère temporel enfin, tant il est chargé de souvenirs » (Caradec, 2008, pp. 74-75)

Aussi, Caradec considère l'importance qu'apportent les individus âgés à leur lieu de vie comme une caractéristique du processus de déprise (cf. chapitre 1). De plus, les injonctions sociales du vieillissement actif et du bien vieillir prônent le maintien à domicile et l'autonomie des âgés le plus longtemps possible. Ce phénomène, allié à la diminution de la cohabitation intergénérationnelle a pour effet de voir apparaître une augmentation de personnes vivant une partie de leur vieillesse « seule » et plus encore au grand âge (Balard, 2010 ; Cavalli, 2012). Ainsi, nous avons vu précédemment par l'intermédiaire de l'état civil qu'au-delà de 80 ans et plus la proportion d'individus veufs est de 44.6% (contre 15.1% des 65-79 ans), dont la majorité sont des femmes (61.8%). Les personnes veuves ont donc plus de probabilité que les autres de se retrouver à vivre seules le reste de leur vieillesse dans leur logement. Puis, quand le maintien de l'autonomie à domicile se dégrade, la transition vers un lieu de vie plus adapté aux soins, tel que les EMS, est envisagé souvent non sans appréhensions de la part des personnes âgées (Cavalli, 2012, p. 25).

### 3.1. Logement

A propos des conditions de logement de la population âgée en Suisse, Hussy fait plusieurs remarques fondées sur les données du recensement de la population de 2000 (Hussy *in* Wanner et al., 2005). Il constate tout d'abord la part plutôt basse que représente le loyer ou les charges chez les plus âgés, par rapport à des ménages plus jeunes, du fait d'une durée de résidence plus longue dans des logements plus anciens, ou même dans des logements dont ils sont les propriétaires. Cependant, la durée de résidence n'explique pas entièrement le bas coût des loyers et derrière peut aussi se cacher un logement vétuste ou subventionné (Hussy, 2005, p.108). Ensuite, il évoque la taille du logement qui peut, suivant les situations s'avérer trop petit ou trop grand et générer de l'inconfort dans les deux cas. En effet, un logement trop grand peut être source de fatigue et de trop grands efforts d'entretien (ménage, entretien des surfaces extérieures, gazon, etc.) avec l'avancée en âge. Il présente aussi de forts écarts de situation selon les différentes régions de Suisse, certains cantons ayant des conditions de logement plus favorables que d'autres pour les aînés, au niveau de la surface et du nombre de pièces du logement (Hussy, 2005, pp. 110-112).

L'étude VLV comporte des questions sur le lieu de résidence et les équipements du logement. Celle portant sur le type de logement se trouve dans la partie auto-administrée du questionnaire et également dans le questionnaire proxy. Le répondant à le choix entre plusieurs réponses et nous avons procédé à des regroupements pour des raisons de clarté et de représentation des catégories où les effectifs sont les plus faibles<sup>20</sup> (tableau 10).

---

<sup>20</sup> Les choix de réponses sont les suivantes : 1. Chez vous (propriétaire), 2. Chez vous (locataire), 3. Chez vous dans un appartement protégé, 4. En établissement médico-social, 5. Chez un de vos enfants, 6. Chez un autre membre de votre famille, 7. Chez un ami. Nous avons fait le choix de regrouper ensemble les catégories chez vous (propriétaire) et chez vous (locataire) sous la catégorie « domicile » et la catégorie chez un autre membre de la famille et la catégorie chez un ami sous la catégorie « autre famille, ami ».

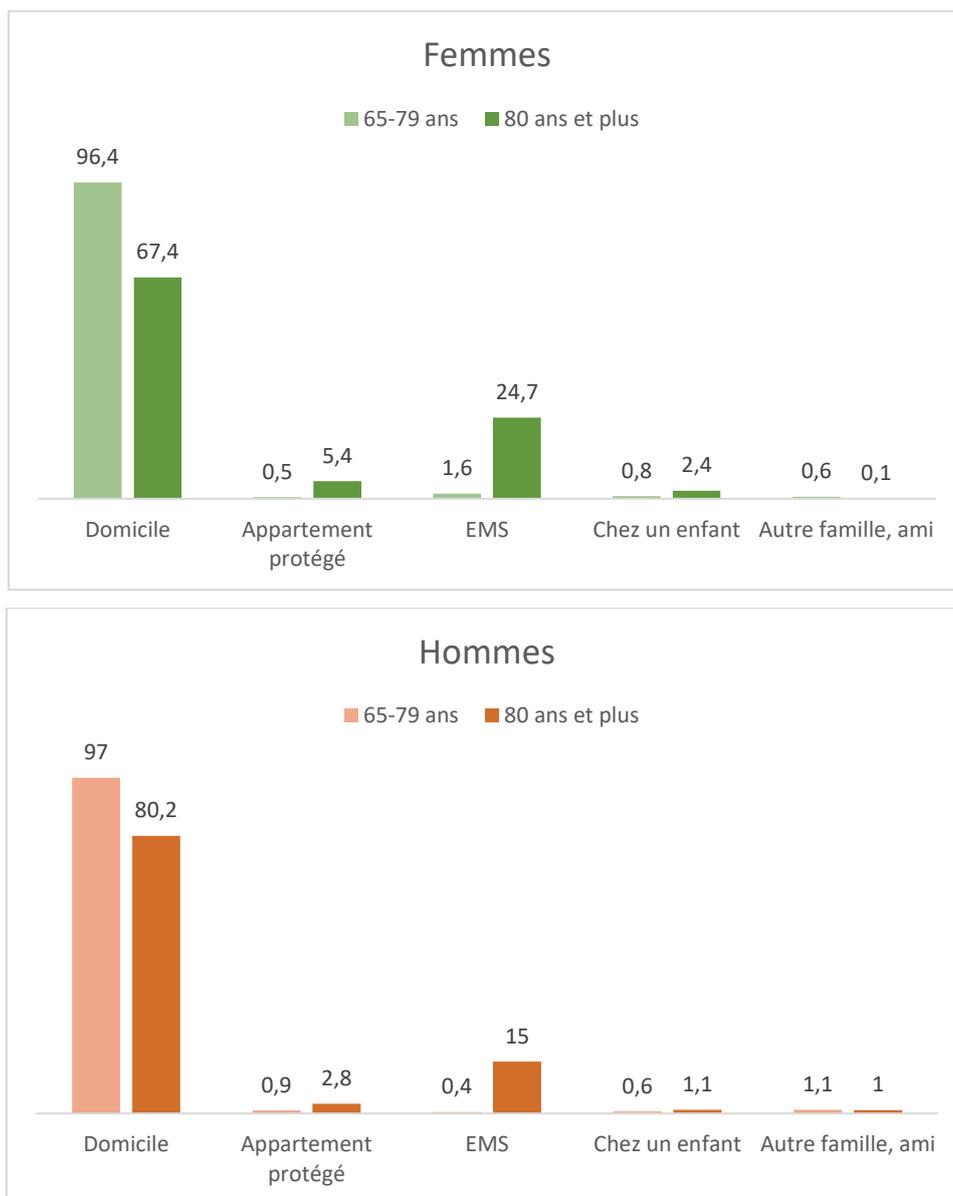
Tableau 10. Lieu de vie selon la classe d'âge VLV (N valide : 3559 - N manquant : 76 - N total : 3635)

		Domicile	Appartement protégé	EMS	Chez un enfant	Autre famille, ami
65-79 ans	N	1712	12	18	12	16
	%	96,7	0,7	1	0,7	0,9
80 ans et plus	N	1321	73	354	31	10
	%	73,8	4,1	19,8	1,7	0,6

Le tableau 10 présente les résultats pour l'ensemble de l'échantillon selon la classe d'âge. Nous pouvons déjà constater que la majorité des personnes âgées vivent dans leur propre domicile et cela même au grand âge (96.7% des 65-79 ans et 73.8% des 80 ans et plus). La part de personnes vivant en EMS représente presque 20% (19.8%) de la population très âgée qui pour la plupart ont répondu au questionnaire proxy (dans 51.9% des cas). Ces résultats mettent donc en évidence l'autonomie de la population âgée et ce jusqu'à un âge avancé puisque à 90 ans et plus, ils sont encore près de 60% (59.6%) à vivre dans leur domicile pour un peu plus d'un tiers (35.3%) qui résident en EMS. Aussi, nous pouvons remarquer qu'une infime minorité a pu opter pour une résidence en appartement protégé et très peu d'entre eux vivent chez un de leur(s) enfant(s) ou avec d'autres membres de la famille ou ami. Ce qui confirme ainsi la transformation des modes de résidence des personnes âgées et la tendance à voir la cohabitation intergénérationnelle diminuer au profit du rapprochement résidentiel des membres de la famille, préservant l'autonomie et l'intimité de chacun (Sauvain-Dugerdil, 2005).

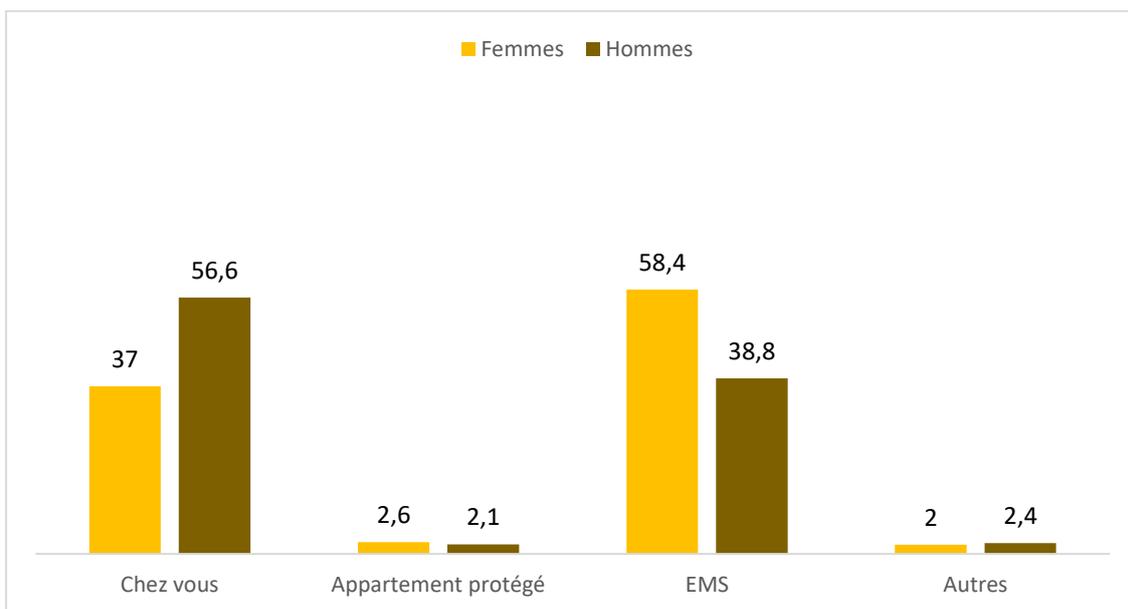
Nous pouvons détailler ces résultats en nous intéressant au lieu de résidence selon le sexe et la classe d'âge (figure 17). La répartition reste quasiment identique à celle de l'ensemble de l'échantillon, mais nous pouvons retenir que les femmes âgées de 80 ans et plus sont plus nombreuses que les hommes du même âge à résider en EMS (24.7% des femmes contre 15% des hommes). Nous pouvons lier et expliquer cet écart entre les sexes avec l'état civil, où au grand âge les hommes mariés sont encore nombreux et ont donc leur épouse à leur côté qui peuvent les soutenir et les aider à rester à domicile. Tandis que pour les femmes, la majorité sont veuves et sont donc peut-être plus susceptibles d'entrer en EMS afin d'être aidées et entourées de soignants lorsque les premiers signes de perte d'autonomie apparaissent (voir Masotti, 2016, sur le canton du Tessin).

Figure 17. Lieu de vie selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



Nous pouvons aussi nous intéresser au lieu de vie des personnes non aptes, car même si nous pouvons penser à priori que ceux-ci résident le plus souvent en institution, la figure 18 montre des résultats contrastés selon le sexe.

Figure 18. Lieu de vie des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV



La figure 18 présente le lieu de vie des personnes non aptes. Nous avons regroupé ensemble les catégories « chez vous propriétaire » et « chez vous locataire » sous le label « chez vous » pour rendre de manière plus nette le fait de vivre dans son domicile ou non. Nous avons également regroupé ensemble les catégories « chez un de vos enfants », « chez un autre membre de votre famille » et « chez un ami » sous la catégorie « autres », du fait de leurs très faibles effectifs. Si nous nous intéressons aux réponses données par les personnes non aptes nous pouvons nous attendre à ce qu'une grande majorité d'entre eux réside en EMS, mais cela ne concerne au final que la moitié des répondants de l'échantillon proxy (49.7%), le reste des individus vit pour une bonne partie d'entre eux dans leur domicile (45.7%). Nous pouvons aussi constater des différences entre les sexes, les femmes non aptes étant plus nombreuses que les hommes à résider en EMS (58.7% des femmes contre 38.8% des hommes). Inversement, ces derniers sont plus nombreux à vivre encore à leur domicile même en étant non aptes (56.6% des hommes contre 37% des femmes non aptes vivent à domicile). Cette différence peut à nouveau s'expliquer par la présence du conjoint, plus important chez les hommes que chez les femmes du grand âge.

Ainsi, le lieu de résidence au grand âge reste caractérisé par une prédominance du maintien à domicile mais il met aussi en évidence le fait qu'environ 20% (19.8% contre 1% des 65-79 ans) de la population très âgée nécessite une institutionnalisation en EMS. L'entrée en EMS est donc une spécificité de la grande vieillesse au même titre que le veuvage et le fait de devenir un survivant de sa génération au regard de la perte de proches contemporains. Ces constatations mènent à nous interroger sur la place de la solitude, et notamment la solitude résidentielle de ces très âgés. Nous pouvons supposer que celle-ci prend une place de plus en plus présente au fur et à mesure que les pertes s'accumulent autour de l'individu âgé.

### 3.2. *Isolement résidentiel*

Nous pouvons obtenir des informations à propos de l'isolement résidentiel à partir de la simple question : « Habitez-vous seul-e ? » présente dans les questionnaires auto-administré et proxy. Cependant, concernant les personnes qui ont répondu dans le questionnaire proxy qu'ils vivent

en EMS, cette question est filtrée (sur la version informatique) car elle part du principe que si la personne vit en institution, techniquement elle ne vit pas seule. Cette spécificité explique la proportion de réponses manquantes, qui est au nombre de 372 et représente 10.8% de l'échantillon, pour cette question dont les résultats sont les suivants.

Tableau 11. Réponses de base sur l'isolement résidentiel selon l'âge (N valide : 3242 - N manquant : 393 - N total : 3635) VLV

		Ne vit pas seul-e	Vit seul-e
65-79 ans	N	1296	507
	%	71,5	28,5
80 ans et plus	N	675	791
	%	46	54
Total	N	1944	1298
	%	60	40

La répartition des réponses du tableau 11 montre que la majorité de la population âgée ne vit pas seule (60%) mais que l'isolement résidentiel concerne quand même 40% des 65 ans et plus. Qui plus est, ces chiffres indiquent une situation globale et nécessitent d'être détaillés. La classe d'âge marque une différence très nette entre les jeunes retraités et les plus âgés, ces derniers vivant majoritairement seuls (54%), contrairement à ce qu'indique l'ensemble des réponses. En détaillant encore plus la classe d'âge (figure 19) par tranche d'âge quinquennale, la proportion de personnes vivant seules est encore plus marquée chez les plus âgés où elle atteint presque 65% (64.7%) auprès des 90 ans et plus. Nous pouvons aussi penser, tout comme pour l'état civil et le type de logement, qu'il existe une différence selon le sexe.

Figure 19. Proportion d'individus vivant seuls selon la classe d'âge (en %) VLV

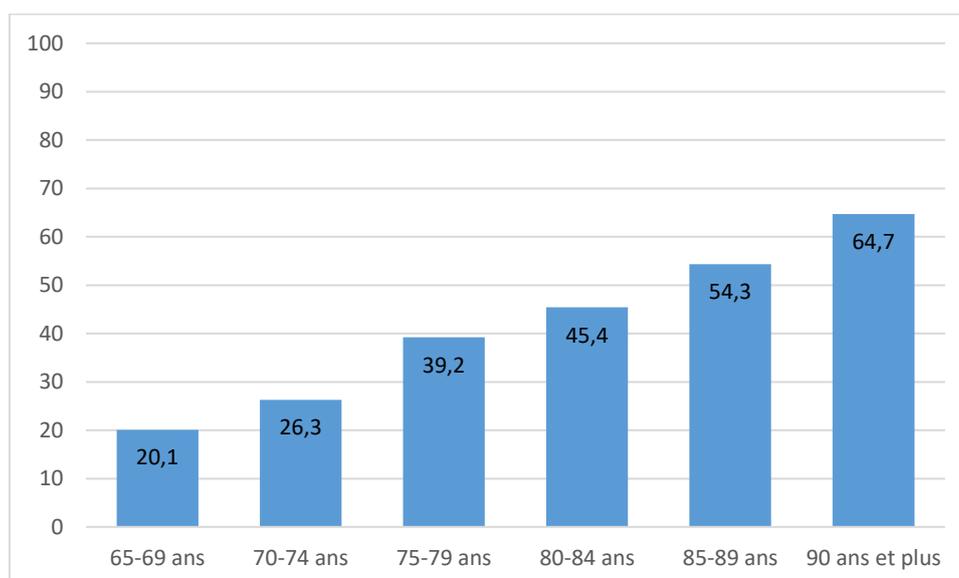
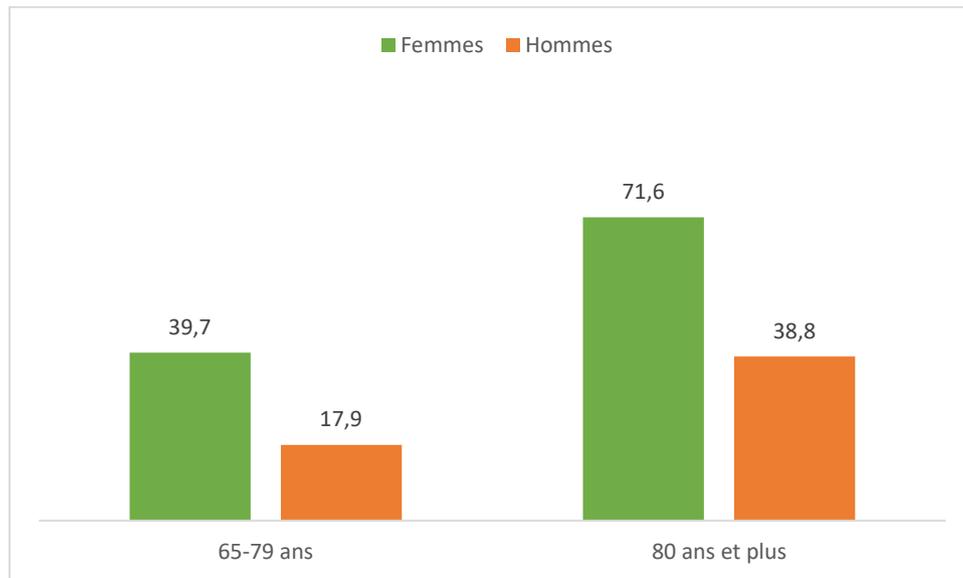


Figure 20. Isolement résidentiel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



La répartition des individus vivant seuls selon la classe d'âge et le sexe est présentée sur les figures 19 et 20 qui montrent des réponses contrastées. Les femmes ne vivent définitivement pas la même situation que les hommes. La majorité d'entre elles vit seule dès 75-79 ans tandis que pour les hommes, la plupart d'entre eux évite l'isolement résidentiel, et ce jusque dans les classe d'âge les plus âgées. D'une manière générale, il est clair que les femmes sont plus fréquemment confrontées à l'isolement que les hommes, et ce d'autant plus au-delà de 80 ans où 71.6% d'entre elles n'ont personne pour partager leur quotidien, contre seulement 38.8% des hommes de la même classe d'âge. Cette tendance s'accroît encore lorsque nous nous intéressons aux résultats par classe d'âge quinquennale (figure 21) où l'on retrouve plus de 80% de femmes vivant seules (81.8%) à 90 ans et plus, pour la moitié des hommes (50.7%) dans la même situation au même âge. L'isolement résidentiel semble donc aller de pair avec l'état civil (figure 22) où l'on retrouve majoritairement des individus veufs (85.9%), célibataires et divorcés (ou séparés) qui déclarent vivre seuls. A l'opposé, les individus mariés vivent avec leur conjoint pour 91% d'entre eux.

Figure 21. Isolement résidentiel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV

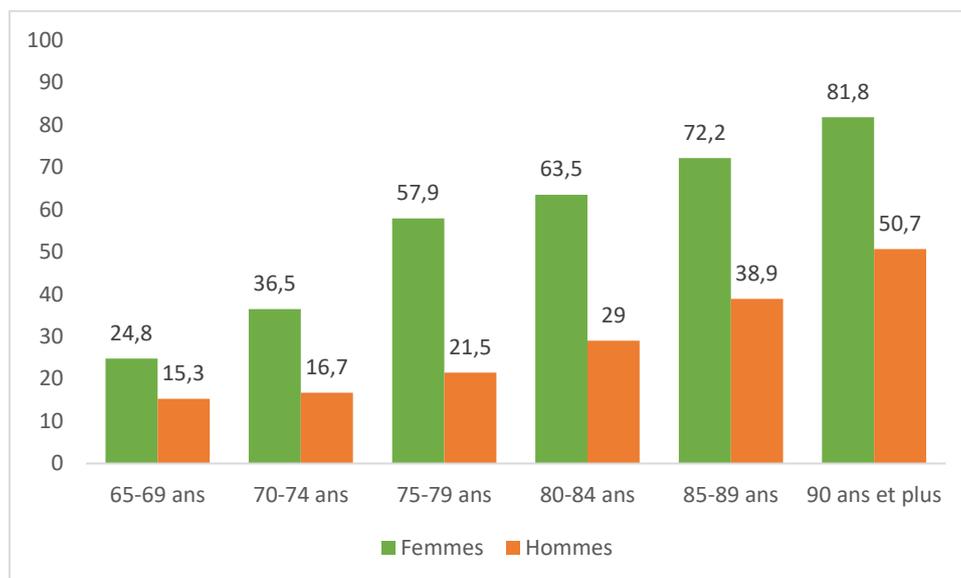
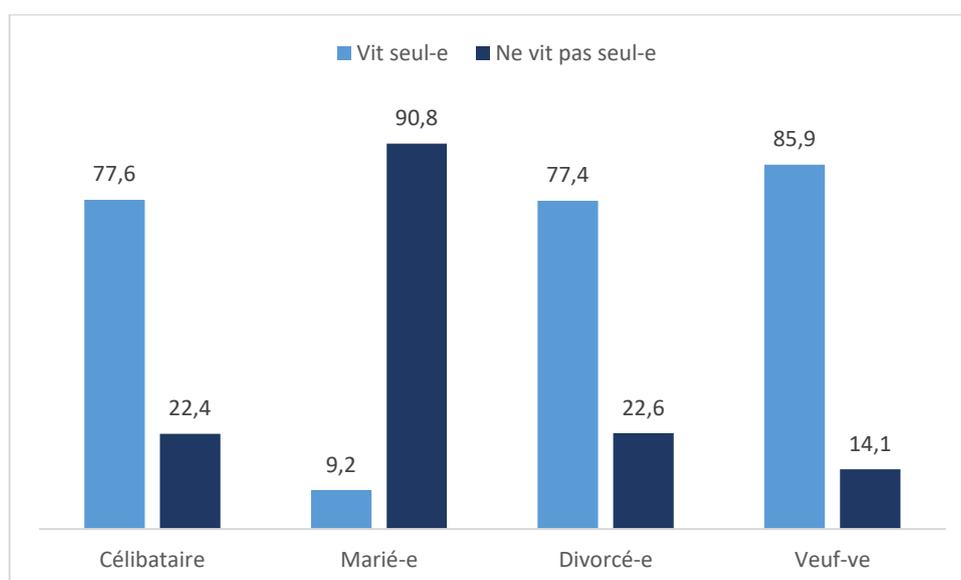


Figure 22. Isolement résidentiel selon l'état civil (en %) VLV



### 3.3. Remarques à propos du taux de réponse sur la résidence

Les questions suivantes sur le logement concernent autant les personnes qui ont répondu au questionnaire proxy qu'au questionnaire principal. Elles portent sur le nombre de personnes vivant avec ego et si celui-ci ne vit pas seul, qui sont ses cohabitants (par exemple cela peut être le conjoint, un enfant, etc.). Cependant, le fait que ces questions se trouvaient dans la version auto-administrée du questionnaire fait que pour la question « Habitez-vous seul(e) ? », si la personne avait répondu qu'elle vivait seule, les questions suivantes n'étaient pas filtrées. Ce qui fait que parfois les personnes déclarant vivre seule ont complété l'ensemble des questions suivantes même si elles n'étaient a priori pas concernées. En effet, 171 individus ont

répondu qu'ils vivaient seuls pour ensuite indiquer le nombre de personnes vivant avec eux, (ce qui représente environ 13% de l'échantillon). Dans un tel cas de figure, il s'est avéré difficile de trancher pour l'une ou l'autre réponse, ce qui fait que la décision a été prise d'écarter ces déclarations non valides.

Par contre, ces questions étaient filtrées dans la version informatique du questionnaire proxy si la personne résidait en EMS. Ces questions concernent donc uniquement ceux qui ont répondu qu'ils ne vivaient pas seuls avec toutefois quelque mise en garde. En effet, cela étant et malgré ce filtre, il y a également un pourcentage important de non réponses sur ces deux questions, notamment car ceux qui vivent seuls et qui ne résident pas en EMS n'ont tout simplement pas répondu. Ce qui fait qu'il y a un taux de non réponse de plus de 40 % pour chacune des deux questions sur le logement, rendant leur contenu peu exploitable. De plus, il y a la possibilité que la formulation de la question ait été mal interprétée par les répondants. En effet, cette dernière demandait : « Combien de personnes vivent avec vous dans le même logement ? » et il se peut que la personne qui a répondu se soit comptée par mégarde parmi les membres du domicile et que la réponse n'ait pas été vérifiée par l'enquêteur, rendant ainsi l'information invérifiable.

#### **4. Traverser et survivre : les routes vers les modes et lieux de vie au grand âge**

Aborder le sujet de la grande vieillesse au regard des lieux et des modes vies des plus âgés permet de proposer un aperçu de la composition de cette population. Ainsi nous pouvons retenir d'ores et déjà que le grand âge en Suisse se différencie par ses caractéristiques spécifiques des autres catégories d'âges. Une première caractéristique réside dans la composition de sa population qui regroupe plus de femmes que d'hommes dont l'état civil diffère fortement selon le sexe. Ainsi, au-delà de 80 ans et plus, les femmes sont majoritairement veuves et les hommes pour la plupart encore mariés, ce qui induit des répercussions nettement différentes sur le quotidien et les ressources sociales de ces personnes très âgées. De plus, l'état civil des personnes non aptes adopte une répartition similaire, hormis pour les hommes les plus âgés qui pour la plupart sont veufs. Cependant, ces individus très âgés disposent d'un entourage familial présent puisqu'une grande majorité d'entre eux ont des enfants et des petits enfants. Aussi, la population très âgée ne comprend quasiment que des individus de nationalité suisse, enracinés dans la société suisse depuis leur naissance, et compte peu de migrants âgés. Une telle composition peut s'expliquer par le fait que les principales migrations, italiennes, espagnoles et portugaises, ont eu lieu à partir des années 1950 et qu'à cette époque les générations des 80 ans et plus aujourd'hui étaient déjà bien engagées dans la vie adulte et que ce sont probablement des individus plus jeunes qui ont débuté leur vie active en migrant vers la Suisse (Bolzman & Vagni, 2015). Mais il faut aussi penser au fait que les migrants âgés ont pu exercer des emplois plus rudes physiquement et vivre dans des conditions plus précaires, ce qui fait qu'il est probable que cette catégorie de la population ait connu une mortalité plus précoce et plus élevée (Oris & Lerch, 2009).

Ensuite, le lieu de vie au grand âge est fortement marqué par le maintien de l'autonomie au domicile le plus longtemps possible, même lorsque survient le veuvage et que la personne reste seule dans son logement. Toutefois, un second aspect se révèle au quatrième âge, celui de l'entrée en institution pour environ 20% d'entre eux (dont un peu plus de la moitié est non apte). L'entrée en EMS reste encore perçue de façon négative et fait suite dans la plupart des cas à une perte d'autonomie empêchant l'individu âgé de continuer à vivre à domicile (Cavalli, 2012). Pour autant, la situation inverse n'est pas exempte de vulnérabilités. Vivre dans son propre domicile et avoir des enfants n'empêchent pas les individus très âgés de devoir faire face à la

solitude résidentielle. En effet, la plupart des individus âgés de 80 ans et plus qui déclarent vivre dans leur propre logement y vivent manifestement seul-e-s. De plus, cette caractéristique est d'autant plus prégnante pour les femmes pour lesquelles nous pouvons voir un effet direct de l'état civil et de leur statut plus important de veuves par rapport aux hommes. Ces derniers vivent jusqu'à des âges avancés avec leur compagne.

Enfin, nous pouvons retenir l'influence du contexte sociohistorique sur les trajectoires de vie des individus très âgés. Celui-ci a marqué et impacte encore leur parcours de vie, tant à un niveau social qu'individuel. A un niveau social, lorsque nous pensons à l'introduction de l'AVS et à l'instauration de la retraite qui s'est faite en plusieurs étapes et dont ceux-ci ont été les premiers à en bénéficier. Mais aussi au niveau individuel dans le sens où ils sont les témoins et les survivants de quasiment un siècle de changement. Caradec met d'ailleurs en avant le vieillissement en tant que processus se trouvant à la croisée entre la trajectoire passée et le contexte présent et que : « la manière de vieillir au cours des années de retraite s'inscrit dans la continuité de la trajectoire antérieure et dépend des ressources qui ont été accumulées. Ces ressources apparaissent très inégales selon le milieu social et le sexe. » (Caradec, 2012, p. 109). Les premiers résultats que nous avons obtenus et le constat partagé par Caradec nous conduisent à étudier plus en profondeur, à travers les chapitres suivants, les inégalités au grand âge.

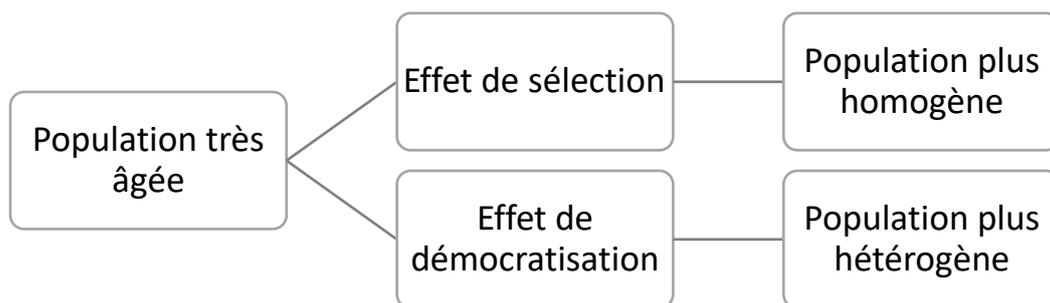
## Chapitre 4 : Les inégalités sociales au grand âge

### Introduction : Comment parler des inégalités sociales au grand âge ?

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, la vieillesse peut évoquer plusieurs représentations sociales selon la classe d'âge, oscillant entre le jeune retraité actif et l'octogénaire devenant de plus en plus dépendant. En particulier au grand âge, ressort le stéréotype du vieillard marqué par la fragilité et les maladies, au point que ces dimensions biomédicales dominent toute considération sociale, toute idée de diversité, d'hétérogénéité. Ce chapitre sur les inégalités sociales va s'efforcer de démontrer la diversité des conditions socioéconomiques parmi les personnes âgées de 80 ans et plus. Nous entendons parler de démocratisation de la vieillesse dans le sens où un plus grand nombre de personnes qu'auparavant accèdent et vivent bien au-delà de l'âge de la retraite, puis atteignent le grand âge, et ce, en raison notamment de l'augmentation de l'espérance de vie. Mais même si elle survient plus tard, la mort fauche en premier les plus démunis (Oris & Lerch, 2009). C'est au regard de la double problématique que pose la démocratisation de la vieillesse face à la sélection des individus au fur et à mesure de l'avancée en âge, que nous allons interroger les inégalités sociales au grand âge et les enjeux que cela représente.

Plus précisément, la question qui nous intéresse ici est celle de la composition de cette population très âgée aux regards de deux effets contradictoires, celui de la sélection qui tendrait à rendre la composition de la population très âgée plutôt homogène et celui de l'accessibilité accrue de la vieillesse qui, quant à lui, tendrait à rendre la composition de la population très âgée plus hétérogène en faisant survivre jusqu'à des âges plus avancés des individus issus de niveaux et de milieux sociaux différents (figure 23).

Figure 23. Hypothétique de la composition de la population âgée de 80 ans et plus



L'effet de sélection au cours du vieillissement fait référence et se rapproche du sens de la sélection naturelle issue de la théorie évolutionniste de Darwin. Dans un article publié en 2009, le médecin Alain Rouget présente une revue de la théorie évolutionniste de la sénescence où il retrace à travers celle-ci les avancées en matière de connaissances scientifiques au sujet à la fois du vieillissement et de la sélection naturelle. Rouget présente la sénescence d'un point de

vue biologique et plus particulièrement de celui de la biologie évolutive, une discipline qui cherche à comprendre la subsistance (ou le favoritisme) de traits (au niveau génétique) anatomiques, physiologiques ou comportementaux, et ce, au détriment d'autres, par l'intermédiaire de la sélection naturelle. Rouget explique aussi que la sélection naturelle n'a aucun but en soi mais qu'elle est soumise à deux impératifs, la survie et la reproduction. A propos de la sénescence, pour Rouget le processus de vieillissement présente deux paradoxes dans le sens où l'avancée en âge réduit la survie mais aussi la reproduction. Il définit la sénescence comme le résultat d'un équilibre entre une usure inévitable et des mécanismes de maintien et de réparation imparfaits. Il associe ensuite ce processus à la notion de rapport coût-bénéfice pour expliquer le vieillissement plus ou moins rapide des espèces vivantes et avance que :

« Tout processus biologique (les autres également) a un coût : il nécessite un investissement en temps, en énergie, en matière. Ces ressources sont nécessairement limitées, ne serait-ce que par la taille du corps, les contraintes de l'environnement, etc. Or, le maintien d'un organisme vieillissant coûte cher, de même que la guérison d'une maladie ou d'un accident. » (Rouget, 2009, p. 1482)

Il aborde par-là, la notion de ressources et de réserves de ressources que possèdent en elle chaque espèce vivante et même chaque individu, pour comprendre le phénomène du vieillissement. Rouget évoque ensuite la question de la « pression de sélection » qui fait qu'une fois passée la période reproductive, la survie des géniteurs est souvent peu assurée dans la plupart des espèces si la survie des enfants ne dépend pas de la présence des parents. Ce qui n'est pas le cas de l'espèce humaine où des années de soins et d'apprentissage sont nécessaires pour former un être humain autonome. En général, Rouget explique qu'il y a une forte pression de sélection dans le jeune âge où la sélection naturelle favorise les fonctions reproductrices. Ceci dans le sens où la sélection naturelle aurait favorisé les gènes permettant l'adaptation à la survie et à la reproduction au jeune âge mais pas à la survie au-delà de la période de reproduction, et donc lors du vieillissement, pouvant ainsi faire persister des gènes délétères ne dérangeant pas beaucoup l'évolution en soi et qui s'exprimeraient au sein de la population vieillissante.

Dans la suite de son article, Rouget retrace brièvement les théories modernes de la sénescence en débutant son historique en citant les travaux précurseurs de Weismann à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, où il explique que ce dernier a :

« [...] le premier exprimé l'idée que la sénescence était destinée à laisser la place aux jeunes. Ce qui implique d'abord l'existence des jeunes, donc de la reproduction sexuée. Cette théorie attribue à la sénescence une finalité, sans dire comment les organismes acquièrent les mécanismes du vieillissement. » (Rouget, 2009, p. 1483)

Les idées de Weissman ne sont pas sans rappeler la notion de génération telle qu'elle se présente chez certains auteurs que nous avons abordé dans le chapitre 1. Puis Rouget aborde les recherches de Medawar (1952) suivies de celles de Williams (1957) qui ont été menées au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle. Medawar a développé l'idée de « l'accumulation de mutations aléatoires délétères », que le médecin présente comme une accumulation de traits génétiques qui conduisent à la vieillesse et à la mort, apparaissant au cours de l'évolution et ne se manifestant que tard dans la vie. Et puisque la pression de sélection est plus faible à cet âge, la période de reproduction étant achevée, les traits génétiques ont été conservés. Selon Rouget, l'idée de Medawar permet la prédiction suivante : « la variation génétique des traits liés à la capacité de survie doit être plus grande chez les individus âgés que chez les jeunes. En d'autres termes, les

causes de la sénescence doivent varier entre les individus. » (Rouget, 2009, p. 1483) Il exprime là l'idée, sur une base biologique, que la population âgée tendrait vers une composition hétérogène en matière génétique du fait de la variation de traits pouvant s'exprimer de manière différente au fur et à mesure de l'avancée en âge. Ensuite, Rouget précise que Williams complète quelques années plus tard l'idée de Medawar en présentant « la théorie de la pléiotropie antagoniste » - qui se trouve encore au cœur des idées dominantes actuellement – qui consiste dans le fait que si :

« Un génotype est avantageux dans la jeunesse, surtout en accroissant la capacité reproductive, sera fortement favorisé par la sélection naturelle, même s'il a des effets délétères plus tard, par exemple en diminuant la capacité de maintien et de réparation, donc la survie. » (Rouget, 2009, p. 1483)

Les conclusions et les principes généraux au sujet du vieillissement que tire Rouget de ces théories évolutionnistes de la sénescence et sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour expliquer l'effet de sélection, sont les suivantes. Rouget, dans sa théorie évolutionniste de la sénescence met en avant la complexité de la matière vivante et des mécanismes mis en œuvre pour la faire fonctionner et dit en ces termes :

« Parmi ces mécanismes, ceux qui contrecarrent la périssabilité de la matière vivante sont essentiels. Ils permettent le maintien, la réparation et la défense contre toute sorte d'attaques. En même temps, ils ont un coût en termes de besoin d'énergie et de risque. La théorie actuelle de la sénescence doit être envisagée dans le cadre de ces principes généraux. Le vieillissement est une conséquence inéluctable de l'évolution vers des formes de vie complexes. En même temps il est indissolublement lié au sexe. La reproduction sexuée est aussi une façon de lutter contre cette complexité excessive, en faisant redémarrer chaque génération à partir d'une seule cellule. » (Rouget, 2009, p. 1485)

Ces théories de la sénescence qui proviennent du domaine de la biologie de l'évolution nous amènent à formuler notre hypothèse de l'effet de sélection qui consiste en la conservation au grand âge seulement des individus ayant pu s'adapter à la pression de sélection, résultant ainsi en une certaine homogénéité dans la population âgée qui ne conserve que les individus les plus robustes et les plus adaptés à la survie. Mais qui fait également, de par ses propriétés génétiques, que cette dernière peut avoir, contrairement à ce que l'on pourrait penser, des parcours de vieillissement hétérogènes du fait de la diversité des traits génétiques qui peuvent s'exprimer et apparaître au cours du vieillissement.

Plus récemment, il importe de prendre en compte l'amélioration des conditions de vie et de santé. Dès lors, l'effet de sélection se confronte à l'effet de démocratisation qui implique qu'un plus grand nombre de personnes issus de milieux sociaux défavorisés survivent jusqu'à des âges toujours plus avancés (Oris et al., 2016). Ainsi, cette problématique d'ordre biologique se confronte à la réalité sociale, à l'environnement et au contexte sociohistorique dans lequel les individus vieillissant évoluent et dont on ne peut nier l'influence, tant d'un point de vue démographique que sociologique.

Tel que nous l'entendons, l'effet de démocratisation a pour conséquence d'engendrer une population plus nombreuse et a priori plus hétérogène vers le grand âge. Cet effet de démocratisation est principalement lié à ce qui a été présenté dans les chapitres précédents, notamment en ce qui concerne l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que son sous-bassement, l'amélioration des conditions en matière d'hygiène et de santé. Nous avons montré

qu'il n'existe pas un seul type de vieillissement mais une diversité liée à de nombreux facteurs (génétiques, physiologiques, sociaux ou encore liés au parcours de vie). Dans un article paru en 2009 portant sur la longévité et la mortalité aux grands âges, Oris et Lerch expliquent le cœur de la problématique de la relation entre l'effet de sélection et l'effet de démocratisation. Ils décrivent qu'il existe :

« D'un côté, le vieillissement biologique propre à tout organisme est susceptible de niveler les différences sociales devant la mort. A l'opposé [...], les styles de vie passés, liés au statut socioéconomique, peuvent déterminer l'état de santé des individus aux âges élevés, notamment par un processus d'avantages ou de désavantages cumulatifs. Le processus d'accumulation des agressions contre l'organisme est susceptible d'augmenter la « fragilité » de certains groupes de survivants plus soumis au risque que d'autres. En outre, la sélection des survivants doit également être considérée : soit la mortalité prématurée, avant la vieillesse, sélectionne les survivants en homogénéisant leur composition socioéconomique, soit le report de la morbidité et de la mortalité repousse cette sélection aux âges plus élevés. Finalement, l'état social est susceptible de réduire les disparités socioéconomiques dans la vieillesse en assurant des soins équitables à tous. Cet ensemble d'hypothèses contradictoires demande de toute évidence d'être démêlé d'abord par l'observation empirique. » (Oris & Lerch, 2009, p. 413)

Oris et Lerch décrivent ainsi le cœur de la problématique des inégalités dans la dernière partie de la vie qui se doit d'être soumise à l'épreuve du terrain afin de pouvoir observer quel(s) effet(s) se retrouve(nt) au sein de la population très âgée.

Cette problématique constitue le cœur de ce chapitre qui part de la prémisse que le grand âge est une étape de la vie qui est encore réservée à une minorité de la population, mais que cette étape est en phase de démocratisation. Des recherches estiment que la moitié des individus qui sont nés en l'an 2000 passeront le cap du centenaire (Menthonnex, 2015 ; Cordazzo, 2006) et donc que la majorité d'entre eux accéderont au très, très grand âge. Aujourd'hui, cette dernière période de la vie semble être encore le privilège d'une « élite » qualifiée de « survivants » de leur génération. Cela pose donc la question de la composition de cette population, de son homogénéité et/ ou de son hétérogénéité. Spini et Widmer (2009) parlent de « sélection » sociale du fait que :

« [...] les individus de statut socio-économique faible ont une espérance de vie réduite, soit déjà passée et qu'à partir de 80, on assiste au devenir des individus les plus robustes de la cohorte [...] et en particulier des femmes qui ont une espérance de vie plus longue que les hommes. » (Spini & Widmer, 2009, p.18)

En somme, existe-t-il encore des inégalités sociales dans la grande vieillesse ? Est-ce que cette dernière partie de la vie « gomme » les écarts entre les individus du fait de leur statut commun de survivants à leur génération. Possèdent-ils des profils et des caractéristiques semblables ? Ou bien, est ce que cette dernière partie de la vie est en fait l'ultime étape où se cumulent et se révèlent de façon encore plus flagrante les inégalités entre les individus ?

## 1. Définir les inégalités sociales

### 1.1. Définir

Avant de parler des inégalités sociales spécifiques au grand âge, voyons tout d'abord ce que recouvre cette expression à la fois simple et complexe. Alain Bihr et Roland Pfefferkorn parlent de système d'inégalités et définissent le terme d'inégalité sociale de la manière suivante :

« Une inégalité sociale est le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette dernière, distribution inégale due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment, légitime ou non, d'injustice entre ses membres. » (Bihr & Pfefferkorn, 2008, p. 8)

Pour Bihr et Pfefferkorn, l'inégalité relève donc d'un principe mathématique qui possède des avantages et des inconvénients en termes analytiques. Elle relève aussi de la notion de ressources sociales, qui englobe un champ vaste et multidimensionnel. Le recours à une mesure chiffrée des inégalités permet d'obtenir des données homogènes pour l'analyse comparative autant dans l'espace social que dans le temps historique. Mais elle permet également, d'avoir une certaine neutralité, ce qui donne à la notion d'inégalité davantage de clarté et d'objectivité. Cependant, les chercheurs précisent et mettent en garde, car avoir recours au seul sens mathématique de cette notion : « présuppose que toute réalité sociale est définissable en des termes qui la rende mesurable et en définitive quantifiable » (Bihr & Pfefferkorn, 2008, p.9). Ils s'interrogent dès lors sur comment quantifier et mesurer des notions plus abstraites, telles que la qualité ou encore les conditions de vie. Ils évoquent ensuite le caractère discret de toute mesure. C'est-à-dire que les données chiffrées ne représentent pas la réalité des inégalités dans leur ensemble mais découpent en fait cette réalité en ne s'attachant qu'à un aspect partiel, avec comme risque de ne pas assez prendre en compte les liens et les interactions entre les différents aspects de réalités complexes et multidimensionnelles.

Concernant l'aspect multidimensionnel des inégalités sociales, Bihr et Pfefferkorn s'appuient à nouveau sur la notion de ressources sociales et précisent également que :

« [...] pour qu'une inégalité puisse être qualifiée de sociale, il faut encore et surtout qu'elle soit l'œuvre de la société dans le cadre de laquelle on la constate, c'est-à-dire qu'elle soit un effet de ses structures constitutives. Cela signifie notamment que toute inégalité produite *dans* la société n'est pas pour autant une inégalité produite *par* la société, autrement dit une inégalité sociale. » (Bihr & Pfefferkorn, 2008, p.11)

Ils définissent trois types de ressources sociales à l'origine de trois grandes catégories d'inégalités sociales. Bihr et Pfefferkorn définissent en tant que ressources sociales un premier type que sont *les ressources matérielles*, comme les revenus ou encore le patrimoine. Le deuxième type sont *les ressources sociales et politiques*, c'est-à-dire les réseaux de relations, de socialisation (par exemple via des associations, syndicats, communauté religieuse, etc.) mais aussi de pouvoir (de défense de ses intérêts, ses droits ou encore de position institutionnelle privilégiée). Le dernier type concerne *les ressources symboliques* qui incluent la formation, les diplômes ainsi que l'acquisition de savoirs et la culture. A partir de ces trois types de ressources sociales, Bihr et Pfefferkorn présentent trois grandes catégories d'inégalités sociales à savoir, les inégalités dans l'ordre de l'avoir, c'est-à-dire celles qui relèvent de la distribution des ressources matérielles et de la richesse sociale au sein de la société. Puis les inégalités qui relèvent de l'ordre du pouvoir, qui correspondent à la répartition inégale des

ressources sociales et politiques (donc du pouvoir). Enfin, les inégalités qui relèvent de l'ordre du savoir et qui impliquent la répartition et la maîtrise des savoirs. Pour Bihr et Pfefferkorn les ressources sociales ont comme avantage de couvrir de façon large et multidimensionnelle le champ des inégalités, mais comportent néanmoins un aspect superficiel du fait que l'on se positionne au niveau de la distribution inégale de ces ressources, qui n'est en quelque sorte que la conséquence des structures qui la produisent et non la source. Nous retrouvons les trois types de ressources sociales présentées par les chercheurs dans les données de l'étude VLV, où nous disposons de questions portant sur le revenu, sur la participation sociale et sur la formation.

## 1.2. *Le cas suisse*

En Suisse, cette question a notamment été étudiée par le sociologue Dominique Joye. Ce dernier, dans un article de 2009, analyse les inégalités sociales au regard du contexte helvétique et pose la question de leur construction et de leur rémanence dans le pays. Il s'interroge sur l'évolution des inégalités sociales (leur augmentation, leur diminution ou leur stabilité) ainsi que sur leur évaluation et leurs dimensions subjectives. Joye s'intéresse également à l'organisation de ces inégalités sociales en fonction des âges ou des générations. Le sociologue se réfère à deux définitions des inégalités sociales. La première est celle que nous avons vue, donnée par Alain Bihr et Roland Pfefferkorn, mais Joye s'appuie également sur la proposition de René Levy qui entend :

« Par inégalité, [...] l'accès différencié à des biens sociaux importants. Ce qui est un « bien », dans le sens de cette définition, peut varier entre sociétés et cultures aussi bien qu'entre les sous-ensembles d'une même société ; la centralité d'un tel bien découle des valeurs dominantes et de l'organisation de la société » (Levy, 2002, cité in Joye, 2009, p.47)

Joye précise que pour Levy, les biens sociaux importants des sociétés industrielles et post-industrielles - qui sont des sociétés marchandes - sont des biens tels que le revenu, la propriété, la position professionnelle ou encore la formation. A travers ses analyses, Joye tire comme conclusion que :

« Les quelques analyses présentées ici montrent d'abord une permanence des inégalités : grosso modo, indépendamment des transformations structurelles, en Suisse comme dans la plupart des autres pays occidentaux, la stratification sociale reste un paramètre incontournable. [...] La réalité des inégalités ne fait donc guère de doute, pas plus que la régularité de leur prégnance. Sans parler nécessairement de société de classe, on s'aperçoit que non seulement les inégalités perdurent, mais que les représentations varient bien en fonction de la position sociale en générale, des ressources en capitaux sociaux pour être plus précis. » (Joye, 2009, p.63)

Ainsi, Joye met en avant l'existence et la persistance d'inégalités sociales en Suisse selon la position sociale que les individus occupent dans la société en fonction de leurs ressources. Mais qu'en est-il de ces inégalités sociales au grand âge ?

### 1.3. *Inégalités sociales et grand âge*

Quand nous parlons d'inégalités sociales lors du vieillissement et plus particulièrement au grand âge, nous pensons en premier lieu aux inégalités de santé entre les individus. En effet, le domaine de la santé est un aspect indéniable de cette dernière période de la vie et sera l'objet du chapitre suivant qui lui est entièrement consacré. Cependant, la littérature scientifique qui s'intéresse aux inégalités sociales au grand âge fait état est maigre. Ce fait provoque une situation trouble en quelque sorte, comme si les inégalités sociales « s'effaçaient » entre les individus et les groupes au cours du vieillissement. Comme si le fait de passer du marché du travail (ce qui n'est en plus pas le cas de tous les individus) à un régime de retraite classait l'ensemble des individus dans l'unique catégorie des retraités. Mais au regard de l'hypothèse de sélection qui maintiendrait les individus les plus robustes au fur et à mesure de l'avancée en âge, les résultats de certaines recherches tendent à avancer cette hypothèse par exemple avec les résultats donnés par la mortalité différentielle (Oris & Lerch, 2009) ou d'autres études qui mettent en avant le fait que les individus issus de classes sociales plus défavorisées ont une espérance de vie moins élevée que celle des individus issus de milieux sociaux privilégiés (Bihl & Pfefferkorn, 2008 ; Mizrahi & Mizrahi, 2002).

Dans les sections qui suivent, nous nous efforçons d'élaborer un panorama et de mener une analyse de la répartition de ces inégalités sociales au grand âge au regard des données empiriques de l'étude VLV. En référence aux définitions des inégalités sociales présentées au début du chapitre, les variables relatives au niveau de formation, à la profession exercée, au revenu et au logement vont être exploitées. La plupart du temps, les données des personnes âgées de 80 ans et plus sont mises en avant, comparées à la catégorie plus jeune des 65-79 ans. Nonobstant le caractère transversal de nos données, il s'agit de discuter des effets de génération et d'âge. De la même manière, les individus sont distingués selon leur sexe en raison de leur composition dans la population très âgée. Cette dernière comprend majoritairement des femmes et il faut donc garder à l'esprit les impacts en la vieillesse du parcours de vie différencié selon le genre, a priori plus prégnant pour ces générations, surtout concernant les trajectoires professionnelles et familiales féminines et masculines (Sapin, Spini et Widmer, 2007). Enfin, nous distinguons dès que nous le pouvons les données des individus non aptes et aptes, qui présentent des degrés de complétude et de fiabilité différenciés puisque les données ont été communiquées par des proxys pour les premiers.

## 2. Niveau de formation

Malgré des différences cantonales en matière de lois et de réglementation en termes d'éducation, la Constitution fédérale de 1874 déclare l'instruction obligatoire en Suisse. La scolarité obligatoire comprend le niveau primaire et le secondaire inférieur (ou secondaire I). L'instauration de ces niveaux d'apprentissage, surtout le secondaire inférieur, s'est opérée à la fin du 19ème siècle et s'est étendue jusqu'au début du 20ème, mais il reste difficile d'en retracer le parcours historique du fait des différences régionales (Marcacci & Grunder, 2015)<sup>21</sup>.

Néanmoins, dans le cas des personnes âgées de l'échantillon de l'étude VLV celles-ci ont majoritairement fréquenté, au moins, les bancs de l'école obligatoire. Celles âgées de 80 ans et

---

21 Marco Marcacci et Hans-Ulrich Grunder, « Ecole secondaire » in Dictionnaire de la Suisse (DHS),

URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F10403.php>, version du 19.10.2015

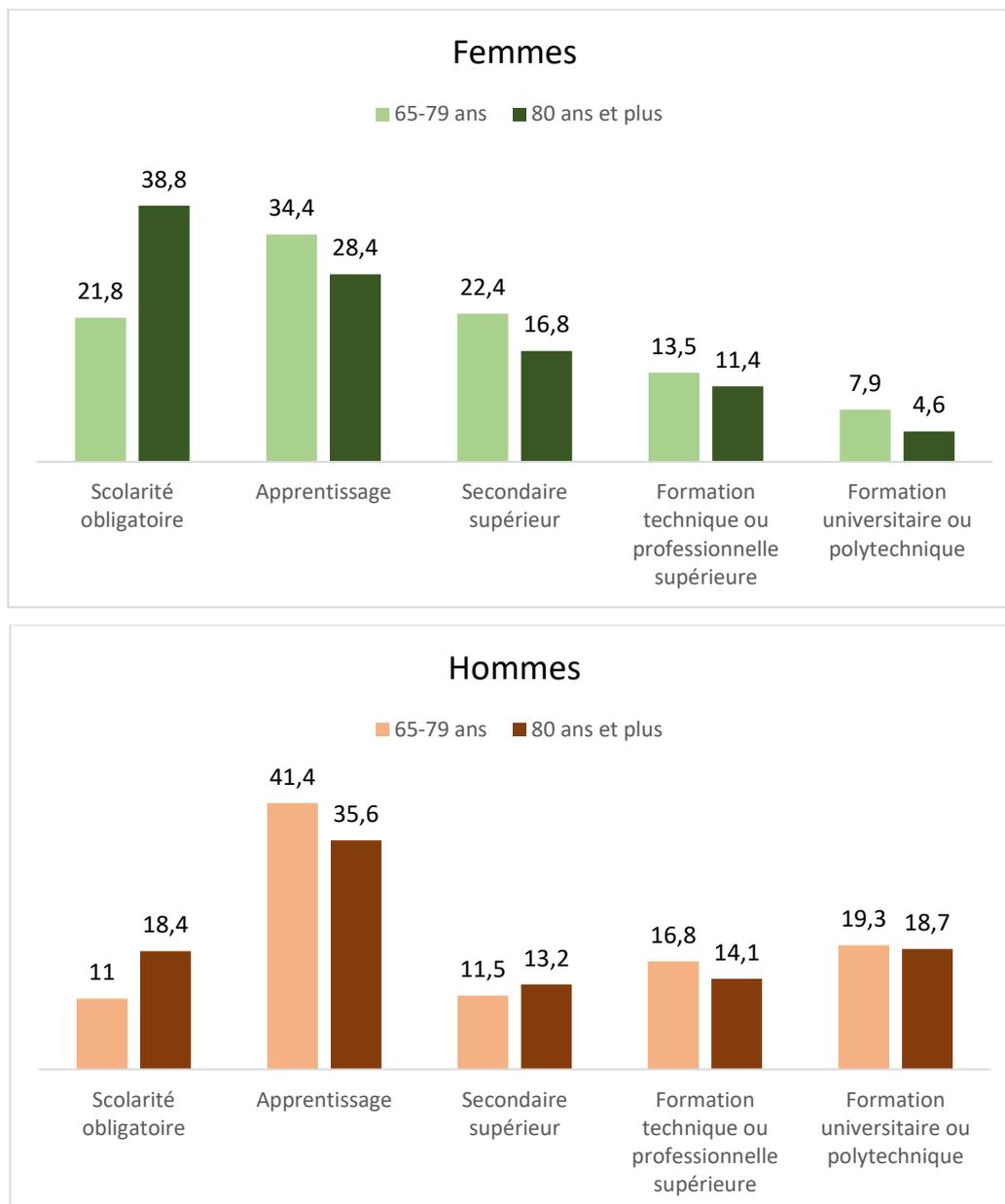
plus ont débuté leur instruction sur un intervalle allant d'avant le début de la Première Guerre mondiale jusqu'au début de la Seconde Guerre mondiale<sup>22</sup>. En prenant pour exemple le cas de la personne la plus âgée de l'étude, une femme tessinoise âgée de 105 ans, à partir des informations récoltées dans le calendrier de vie, cette dernière a débuté l'école obligatoire en 1912. Elle a fréquenté l'école primaire à partir de l'âge de six ans, puis elle a indiqué avoir suivi la *scuola media*, soit le secondaire inférieur dès ses 11 ans.

Un tel contexte est à prendre en compte (ou du moins à garder à l'esprit) dans la distribution des réponses à propos du niveau d'éducation où la question demande d'indiquer le plus haut niveau de formation que l'individu ait suivi. Six catégories de réponses ont été proposées, partant de la scolarité obligatoire de niveau primaire à la formation supérieure de type universitaire en passant par le secondaire inférieur (cycle d'orientation), la formation professionnelle (apprentissage), le secondaire supérieur (collège, école de commerce, gymnase, etc.), et l'école technique ou professionnelle supérieure. Pour les raisons historiques évoquées ci-dessus nous avons trouvé judicieux de regrouper les variables des niveaux primaire et secondaire inférieur en une seule variable renommée « scolarité obligatoire ». La distribution des résultats selon le sexe et la classe d'âge est illustrée par la figure 24.

---

22 Ces estimations sont faites à partir du fait que l'instruction obligatoire débute aux environs de l'âge de six ans, donc dès 1912 pour la personne la plus âgée née en 1906 et aux alentours de 1938 pour les personnes âgées de tout juste 80 ans lors de l'étude.

Figure 24. Niveau de formation selon l'âge et le sexe (en %) VLV (N valide : 3561 - N manquant : 74 - N total : 3635)



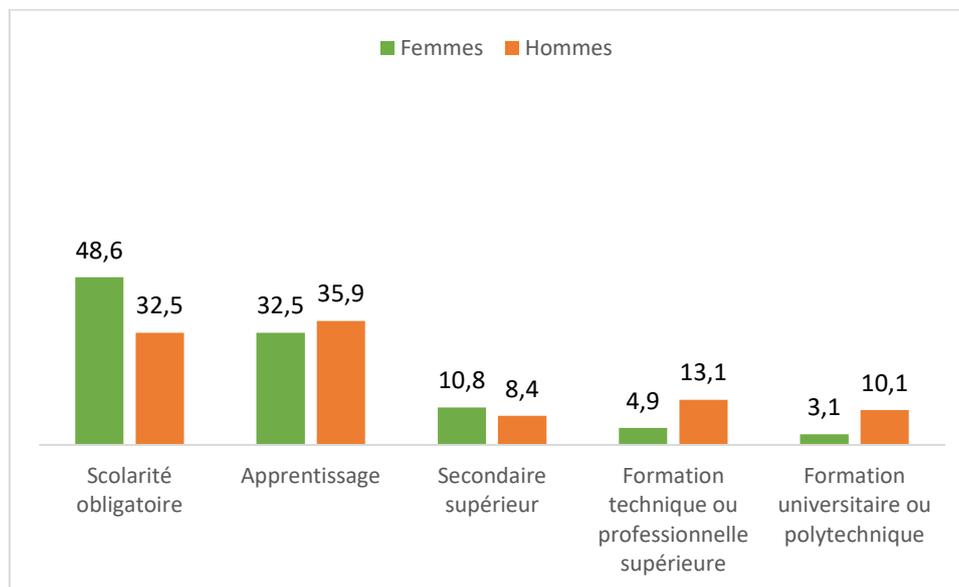
Des différences notables ressortent. Ceci concerne d'abord les femmes (figure 24), qui présentent les plus grands écarts entre les catégories d'âges. En effet, celles âgées de 80 ans et plus montrent une forte concentration de leurs réponses dans les niveaux de formation les plus bas, soit la scolarité obligatoire (38.8 % dont 24.1 % au niveau primaire et 14.7 % au niveau secondaire inférieur), ainsi qu'au niveau de l'apprentissage qui réunit 28.4 % des femmes les plus âgées. Dès lors, seulement un peu moins d'un tiers (32.8%) des femmes de cette catégorie d'âge ont poursuivi une formation de niveau supérieur. La différence avec les plus jeunes (65-79 ans) se trouve dans l'important recul de la seule scolarité obligatoire (21.8 % dont 12.5 % au niveau primaire et 9.3 % au niveau secondaire inférieur) au profit de l'apprentissage (34.4%) et de la formation secondaire supérieure (22.4%), ainsi que dans un sensible accroissement de la proportion de femmes dans les formations techniques ou

professionnelles supérieures et dans les formations universitaires. Cela correspond, en termes de calendrier de ces cohortes, aux Trente Glorieuses et à l'augmentation de l'offre de travail dans le secteur tertiaire (diagramme de Lexis de la figure 22). Ainsi les différences, entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> âge (ou pour reprendre la terminaison anglo-saxonne entre les *oldest old* et les *young old*) montrent un accès plus important des femmes des cohortes 1932-1946 à la formation au-delà de la scolarité obligatoire. Les plus âgées sont marquées plus fortement que leurs cadettes par un niveau de formation bas. Ces résultats reflètent l'accès massif des femmes à l'éducation au cours du 20<sup>ème</sup> siècle. Les générations les plus jeunes ont bénéficié d'un plus haut niveau de formation que leurs aînées avec la généralisation de l'école obligatoire qui s'est opérée à partir du début du 20<sup>ème</sup> siècle en Suisse, puis sa concrétisation progressive.

Parmi les hommes (figure 24), les différences entre le 3<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> âge sont moins marquées mais néanmoins présentes. Les hommes âgés de 80 ans et plus sont nettement moins nombreux à avoir suivi que la seule scolarité obligatoire (18.4 % dont 11.2 % du niveau primaire et 7.2 % du niveau secondaire inférieur) comparés aux femmes du même âge. Une place importante est prise par l'apprentissage (35.6%) ainsi que par les cursus de niveaux supérieur et universitaire, qui ont été suivis par plus d'un tiers (36.1%) des hommes du grand âge (16.8 % pour la formation technique ou professionnelle supérieure et 19.3% pour la formation universitaire ou EPF). Comparativement à la classe d'âge la plus jeune, la répartition de la formation est quasi similaire, si ce n'est la moindre importance (comme dans le cas des femmes) de la seule scolarité obligatoire (11 % dont 7.9 % du niveau primaire et 3.1 % du niveau secondaire inférieur) au profit de l'apprentissage (41.4%). La distribution des cursus supérieurs des plus jeunes est quasi semblable à celle des classes d'âges les plus âgées à quelques pourcentages près, ce qui semble indiquer une évolution plutôt stable entre les cohortes masculines en termes de niveau de formation.

Nous pouvons supposer sans prendre guère de risque l'existence d'un effet de génération derrière ces chiffres. Si nous revenons à l'hypothèse de la sélection des individus au fur et à mesure de l'avancement en âge et au fait que l'on devrait dès lors retrouver des individus ayant plutôt un niveau de formation élevé, c'est en effet l'inverse qui s'observe. Dès lors, c'est bien l'effet de génération qui devrait être l'explication de cette forte concentration de faible niveau de formation au grand âge car le contexte de l'époque a pu amener à privilégier l'apprentissage d'un métier à la suite de la scolarité obligatoire et des connaissances de bases. Qu'en est-il de la répartition des réponses de la formation concernant les personnes non aptes ?

Figure 25. Niveau de formation des personnes non aptes (en %) VLV (N valide : 523 - N manquant : 32 - N total : 555)



La figure 25 présente le niveau de formation des individus non aptes, tel qu'il a donc été déclaré par un proxy et non par ego lui-même. Dans ce cas de figure, le choix a été d'opter pour une distribution selon le sexe, et ce pour deux raisons principales. Tout d'abord, du fait de l'importance du taux de non réponse qui avoisine les 6 % (5.8%) et qui est concentré dans les catégories d'âges les plus âgées, ce qui peut poser des contraintes à l'interprétation correcte des chiffres par classe d'âge. Et ensuite, en raison du faible effectif d'individus dans la catégorie des 69-65 ans (46 individus sur 523 réponses valides).

La distribution des réponses est plutôt similaire entre les sexes et se rapproche de celles obtenues dans l'échantillon principal. Les femmes ont suivi de façon plus importante (48.6 % d'entre elles, dont 31.1 % de niveau primaire et 17.5 % au niveau secondaire inférieur) que les hommes uniquement la scolarité obligatoire (32.5 % d'entre eux, dont 22.4 % de niveau primaire et 10.1 % au niveau secondaire inférieur pour l'ensemble de l'échantillon proxy). Il est également à noter la proportion plus importante, aux alentours de 10 % (+9.8%), de femmes non aptes qui ont suivi seulement la scolarité obligatoire par rapport à celles de l'échantillon principal. Cette différence entre échantillon proxy et échantillon principal est encore plus marquée dans le cas des hommes qui ont suivi seulement la scolarité obligatoire où elle s'élève à 14.1 %. La répartition de l'apprentissage est similaire à celle de l'échantillon principal pour les deux sexes ; de même concernant les formations supérieures. Ainsi, parmi les personnes non aptes, qui sont presque essentiellement représentées par des individus du grand âge, leur niveau de formation est surtout marqué par le cursus basique de la scolarité obligatoire et de l'apprentissage, et ce dans des proportions plus importantes que parmi les individus aptes du grand âge de l'échantillon principal. Cela suggère une inégalité sociale dans les problèmes les plus sérieux de santé, ceux qui rendent les aînés dépendants.

Il est important de retenir, dans le cas du cursus de formation, la forte différence entre les sexes, les femmes ayant acquis un niveau de formation plus bas que les hommes, et l'écart entre les classes d'âges, plus marqué pour les femmes qui ont connu une nette amélioration du niveau de formation dans les catégories les plus jeunes.

### 3. Mobilité professionnelle : premier et dernier emploi

Pourquoi s'intéresser à la profession alors que la population étudiée est en majorité retraitée ? A priori, il est facile de penser, et de façon naïve, que le fait que les individus de 65 ans et plus aient dans la majorité des cas le statut unique de retraité, que leur mise en retrait et leur désengagement (cf. chapitre 1) efface les inégalités sociales issues de leur trajectoire de vie antérieures, quel que soit leur formation ou leur parcours professionnel et familial. Mais ce serait nier et aller à l'encontre de l'idée du parcours de vie, et en particulier du cumul d'avantages et ou de désavantages tout au long de l'existence (Dannefer, 2003). Cependant, nous pouvons nous interroger sur l'homogénéité de la population des retraités. Les inégalités sociales se traduisent également à travers le parcours professionnel des individus, qui se distinguent très nettement selon le sexe et où l'on retrouve une trajectoire professionnelle masculine très homogène, marquée surtout par une activité à plein temps, tandis que les trajectoires professionnelles des femmes sont très variables et fortement marquées par le travail à temps partiel (Levy, Gauthier & Widmer, 2006, Sapin, Spini & Widmer, 2007 ; Widmer, Ritschard & Müller, 2009). Aussi, nous pouvons nous demander dans quelles mesures ces trajectoires antérieures ont des répercussions sur les inégalités sociales au grand âge ?

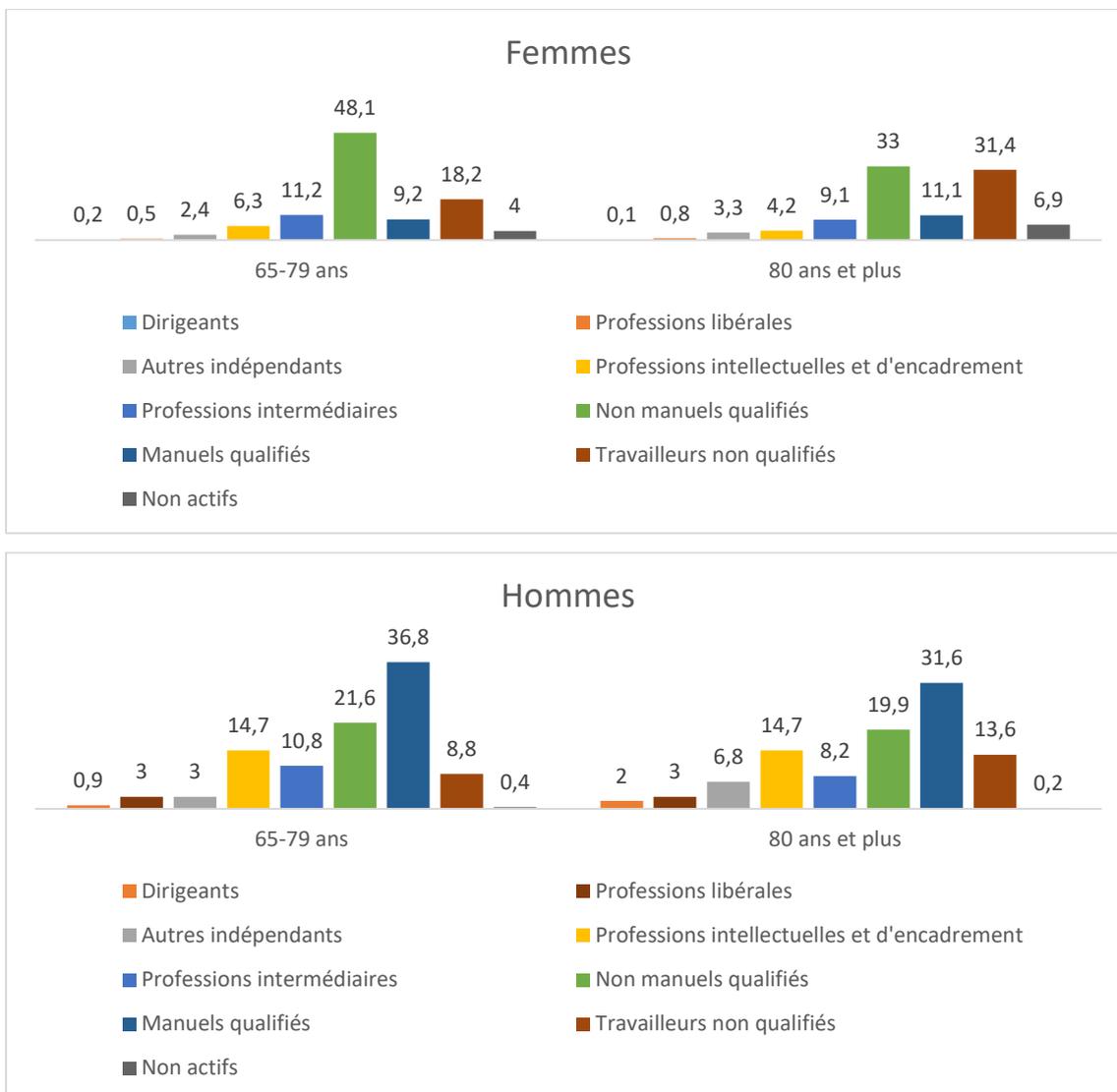
Le premier emploi marque souvent l'entrée dans l'âge adulte des individus. Les personnes du grand âge de l'étude VLV sont entrées dans cette période de la vie à la fin des années 1920, début des années 1940, c'est-à-dire aux alentours de 1927-1941 pour les personnes âgées de 90 ans et aux alentours de 1942-1951 pour les personnes âgées entre 80 et 89 ans. Il va s'en dire que les plus âgés des âgés sont entrés dans l'âge adulte dans un contexte sociopolitique instable, entre deux guerres, marqué par la crise économique des années 1930 et de fortes tensions politiques dans les pays limitrophes de la Suisse (cf. chapitre 3). Tandis que les individus âgés entre 80 et 89 ans ont débuté leur vie professionnelle dans le contexte de la Seconde Guerre mondiale et de la reconstruction qui l'a suivie.

Dans le questionnaire de l'étude VLV, les questions portant sur la profession concernent le premier et le dernier métier exercé par la personne au cours de sa vie. Elles comprennent plusieurs catégories de réponses<sup>23</sup> et nous avons fait le choix de les faire correspondre à la classification des catégories socio-professionnelles helvétiques (Tillmann, 2010). Cet indicateur de position de classe a été choisi parmi d'autres car il permet de refléter la structure sociale de la Suisse où il est largement utilisé dans la recherche (Joye & Levy, 1994 ; Levy *et al.*, 1997a ; Tillmann & Budowski, 2007 *in* Tillmann, 2010). Pour ce faire nous avons regroupé sous la catégorie « travailleurs non qualifiés » les catégories socioprofessionnelles « non manuel non qualifié » et « manuel non qualifié » présentes dans les questions originelles. La distribution des réponses est montrée selon le sexe et selon la classe d'âge la plus jeune par rapport à celle du grand âge (figure 26). La proportion de réponses manquantes s'élève à 1.6 % pour la question sur le premier métier et à 2.6 % pour celle sur le dernier métier.

---

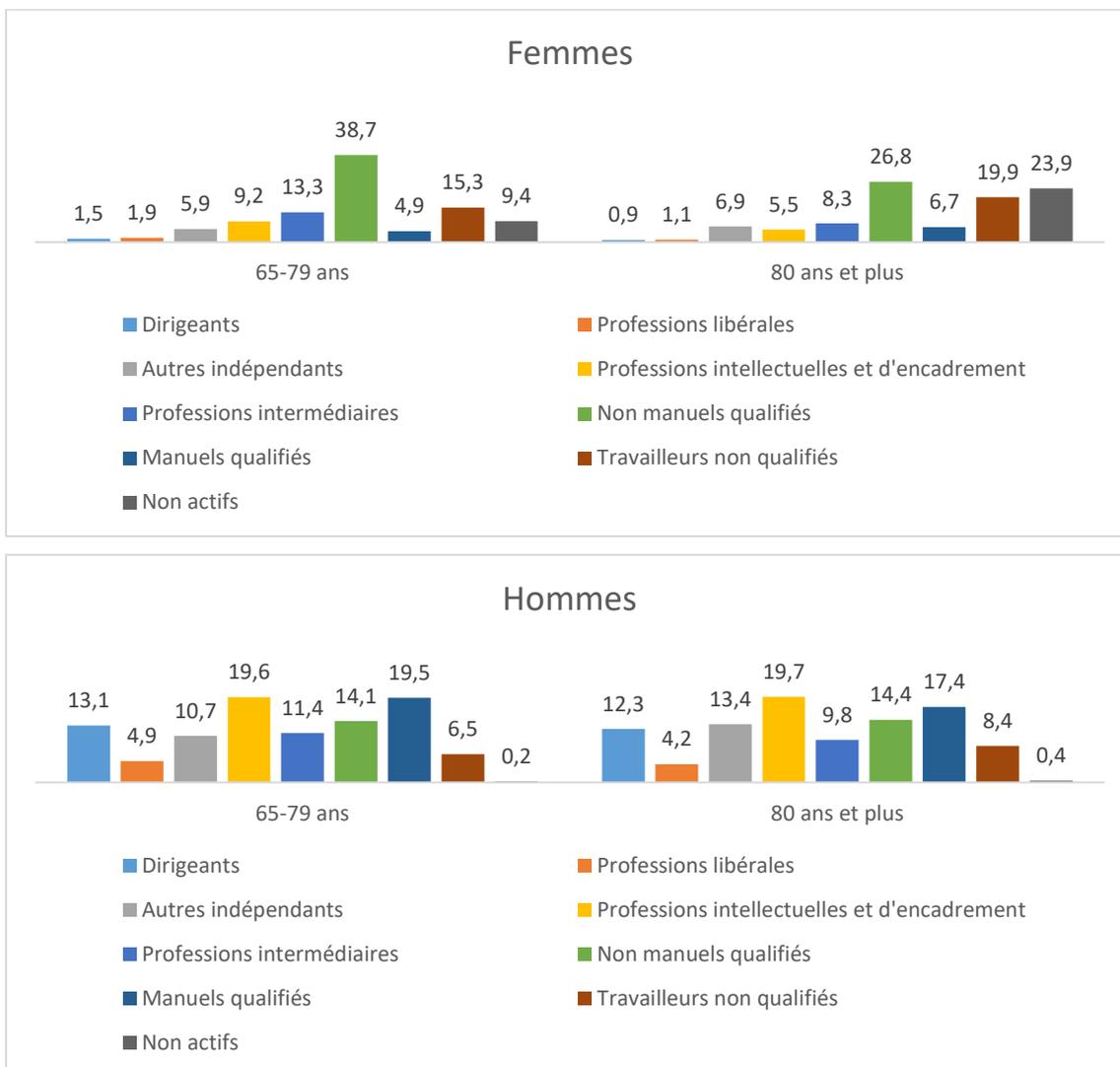
<sup>23</sup> Les catégories de réponses sur la profession sont les suivantes : dirigeants, professions libérales, autres indépendants, agriculteurs exploitants, professions intellectuelles et d'encadrement, professions intermédiaires, non manuels qualifiés, manuels qualifiés, non manuels non qualifiés, manuels non qualifiés, non actifs.

Figure 26. Première profession selon l'âge et le sexe (en %) VLV (N valide : 3576 - N manquant : 59 - N total : 3635)



La distribution des réponses se répartit principalement dans les catégories socioprofessionnelles peu qualifiées lorsque l'on considère le premier emploi (figure 26). La CSP la plus représentée chez les femmes est celle des métiers non manuels qualifiés, et ce autant dans la classes d'âge la plus jeune (48.1% pour les 65-79 ans) que dans la plus âgée (33 % pour les femmes âgées de 80 ans et plus). Elle est suivie par la catégorie des travailleurs non qualifiés qui représente 18.2 % des 65-79 ans et 31.4 % des 80 ans et plus. Les différences entre les classes d'âge ressortent dans le sens où les femmes du grand âge ont débuté leur vie professionnelle par un emploi non qualifié de façon plus importante que leurs cadettes. Ceci confirme l'analyse des niveaux d'éducation.

Figure 27. Dernière profession selon l'âge et le sexe (en %) VLV (N valide : 3540 - N manquant : 95 - N total : 3635)



La distribution des réponses des femmes concernant la question sur le dernier emploi qu'elles ont occupé est présentée dans la figure 27. Les catégories socioprofessionnelles peu ou pas qualifiées restent majoritaires, surtout auprès des femmes du grand âge. La CSP la plus représentée reste celle des métiers non manuels qualifiés avec 38.7 % des 65-79 ans et 26.8 % des 80 ans et plus. Ensuite, une importante différence se crée entre la classe d'âge la plus jeune et les femmes du grand âge. Parmi ces dernières, la seconde catégorie la plus fréquente est celle des « non actifs »<sup>24</sup> qui concentre 24 % des 80 ans et plus contre 9.4 % des 65-79 ans, traduisant ainsi le fait qu'un nombre important de femmes aujourd'hui très âgées ont bien auparavant interrompu leur vie professionnelle avant l'âge de la retraite. Encore ces proportions sont-elles sous-estimées, compte tenu de l'ambiguïté de la question pour celles qui furent « femmes au foyer » ou « ménagères ».

24 Cette catégorie des « non actifs » prend en compte les personnes qui ont déclaré être resté au foyer avant leur retraite et ne comprend pas les personnes déclarant faire des ménages et travaux d'intérieurs qui elles ont été catégorisées en tant que « travailleurs non qualifiés ».

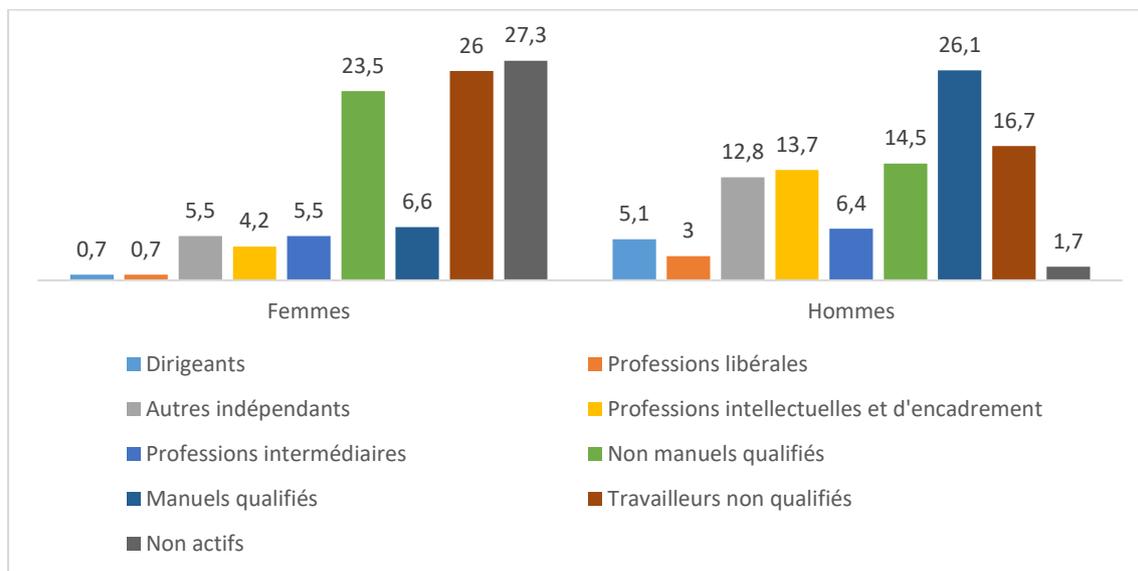
Nous pouvons également noter la répartition plus importante entre les classes d'âges, mais aussi en comparant entre le premier et le dernier emploi, des catégories socioprofessionnelles plus qualifiées telles que les « professions intermédiaires » ou encore concernant les « professions intellectuelles et d'encadrements », qui sont bien plus représentées dans la classe d'âge la plus jeune.

La distribution des réponses des hommes pour ces mêmes questions, comme pour la formation, montre des résultats passablement différents. Pour le premier emploi (figure 26), la distribution est un peu plus homogène que côté féminin. La CSP la plus représentée dans les deux classes d'âges est celle des métiers manuels qualifiés (36.8 % des 65-79 ans et 31.6 % des hommes âgés de 80 ans et plus). Ainsi, environ un tiers des hommes ont débuté leur vie professionnelle par un emploi de type ouvrier. La seconde catégorie la plus représentée dans les deux classes d'âge est ensuite celle des métiers non manuels qualifiés qui concentre 21.6 % des 65-79 ans et presque 20 % (19.9%) des hommes de 80 ans et plus. Pour le premier emploi, trouver des explications majoritaires dans les niveaux de qualifications les plus bas peut sembler logique. Cela dans le sens où les individus entrent dans la vie active et débutent leur trajectoire professionnelle de manière plus évidente au bas de l'échelle pour ensuite gravir les échelons au fil de leur carrière.

Quasiment au même titre que les femmes, la plupart des hommes ont débuté leur carrière professionnelle par un emploi souvent peu qualifié mais à la différence de leurs consœurs, les fins de carrières et les réponses au dernier emploi des hommes (figure 27) sont beaucoup plus homogènes entre les différentes CSP. En effet, un des premiers points que nous pouvons mettre en avant est la notable augmentation du groupe des dirigeants en tant que dernier emploi des hommes, et ce dans des proportions similaires entre la classe d'âge la plus jeune et les hommes du grand âge (13.1 % pour les 65-79 ans et 12.3 % pour les 80 ans et plus). Dans le cas du dernier emploi, contrairement aux femmes, la proportion d'hommes considérés non actifs est quasi inexistante. Nous pouvons aussi voir que la distribution des catégories socioprofessionnelles entre les jeunes retraités et les hommes du grand âge reste très similaire.

Concernant les réponses des proxys sur les individus non aptes à propos de leur parcours professionnel doivent être prises avec des pincettes. Il ne fait guère de sens de considérer le premier emploi, mais qu'en est-il du dernier ? Ont-ils une répartition des réponses similaires à celles de l'échantillon principal ou peut-on déjà voir se dégager une position professionnelle plus spécifique ?

Figure 28. Dernier emploi des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV (N valide : 523 - N manquant : 32 - N total : 555)



La distribution des réponses quant au dernier emploi occupé par les non aptes en fonction de leur sexe (figure 28) montre une répartition plutôt similaire à celles de l'échantillon principal. Comme dans l'échantillon principal, de fortes différences apparaissent au niveau des réponses concernant les femmes par rapport à celles des hommes.

Les femmes non aptes sont surtout représentées dans les CSP les moins qualifiées : 23.5% d'entre-elles étaient dans la catégorie des non manuels qualifiés et 26% dans celle des travailleurs non qualifiés ; la catégorie des non actifs regroupe 27% des réponses. Ces trois CSP réunissent à elles seules quasiment 80% des femmes (76.8%) de l'échantillon des non aptes. Cette répartition des réponses est semblable à celles que nous avons présentée pour l'échantillon principal qui comprend également une majorité de femmes dans les catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées. Il est difficile de déterminer seulement par la répartition des réponses l'effet de l'état de santé sur le niveau socioprofessionnel et inversement. Toutefois, nous pouvons faire la remarque qu'en sachant que la quasi-totalité des femmes non aptes sont du très grand âge, nous ne retrouvons pas uniquement des individus issus de catégories socioprofessionnelles très qualifiées (et donc plus susceptibles de provenir de classes sociales favorisées), mais aussi des individus de classes sociales plus basses et venant, au terme de leur vie, participer à la composition d'une population hétérogène.

Du côté des hommes non aptes, les réponses à propos du dernier emploi se répartissent de façon un peu plus homogène que parmi les femmes mais avec une distribution différente de celle des hommes de l'échantillon principal. En effet, les catégories socioprofessionnelles représentées sont en premier lieu les professions manuelles qualifiées (26%) et les travailleurs non qualifiés (17%). Suivent ensuite, dans des proportions semblables, les professions non manuelles qualifiées (14.5%), les professions intellectuelles et d'encadrement (14%) et la catégorie des autres indépendants (13%). Contrairement à l'échantillon principal, le groupe des dirigeants est beaucoup moins représenté, avec environ 5% des individus, et contrairement aux femmes non aptes, il y a très peu d'hommes non aptes dans la catégorie des non actifs (1.7%). Comme pour les femmes, nous ne pouvons pas directement associer le fait d'occuper des positions socioprofessionnelles moins qualifiées avec celui d'être en mauvaise santé. Mais nous

pouvons toutefois mettre en avant le fait que les hommes non aptes ont, d'une manière plus importante, occupé des positions socioprofessionnelles moins qualifiées que leurs homologues aptes. Ce qui peut révéler des problèmes de santé liés à la difficulté et au type de profession exercée durant le parcours de vie.

L'étape suivante est de déterminer la mobilité professionnelle des personnes âgées à travers le premier et le dernier emploi que les individus ont déclaré avoir occupé.

### **Un mot sur la mobilité professionnelle intra générationnelle**

Faire la comparaison entre le premier et le dernier emploi occupé par les individus permet d'obtenir des informations rétrospectives à propos de leur parcours professionnel. Cela nous donne un bon aperçu des trajectoires professionnelles des personnes âgées enquêtées et d'évaluer la mobilité de l'emploi de façon intra générationnelle (Girod, 1971 ; Bertaux, 1974). La mobilité professionnelle est approximée à partir des changements de situations d'emploi entre deux périodes ou à deux dates différentes pour le même individu, ce qui définit la mobilité intra générationnelle ; ou bien pour des individus différents, parents et enfants, pour évaluer la mobilité intergénérationnelle. La mobilité professionnelle des personnes du grand âge est intéressante à considérer dans la perspective des inégalités sociales afin de déterminer dans quelles mesures certaines catégories socioprofessionnelles (CSP) ont bénéficié d'ascension sociale par l'intermédiaire de la trajectoire professionnelle. Pour cela nous observons la composition de la dernière CSP occupée au regard de la première selon le sexe et la classe d'âge. Cependant, il est difficile de présenter l'ensemble des résultats du fait des neuf catégories socioprofessionnelles pour chacune des questions et de leurs sous catégories. Nous proposons dès lors ici une synthèse des principaux résultats et incluons le tableau détaillé en annexes de ce travail (annexes n°15 et 16).

Nous avons comparé la première et la dernière profession des personnes âgées de 80 ans et plus selon le sexe, en sélectionnant uniquement les individus ayant répondu aux deux questions<sup>25</sup>. Ils sont regroupés selon le classement des catégories socioprofessionnelles helvétiques (CSP-CH). Nous considérons une CSP avec peu de mouvement de mobilité professionnelle lorsque plus de 50% des individus sont restés dans la même catégorie entre le premier et le dernier métier qu'ils ont exercé. Et nous considérons une CSP avec du mouvement et donc de la mobilité professionnelle lorsqu'il y a moins de 50% des individus qui ont débuté et terminé leur trajectoire professionnelle dans la même CSP.

Parmi les hommes, la répartition de l'ensemble des réponses distingue quatre CSP connaissant une mobilité professionnelle plus importante que les autres. Il s'agit des catégories des dirigeants (9.7%), des autres indépendants (24.1%), des professions intermédiaires (35.4%) et dans une mesure moins importante, des professions intellectuelles et d'encadrement (46.2%). Si nous nous intéressons à la catégorie où nous observons le plus de mobilité professionnelle à savoir celle des dirigeants<sup>26</sup>, seulement 9.7% des personnes interrogées ont débuté leur

---

<sup>25</sup> Nous supposons donc dans ce cas, que les individus ont suivi une trajectoire professionnelle linéaire. Toutefois nous sommes bien conscients que ce dernier peut faire l'objet d'incidents de parcours et de reconversion professionnelle.

<sup>26</sup> La catégorie socioprofessionnelle des dirigeants qui est caractérisée par la capacité des membres de celle-ci à avoir des compétences d'organisations directe (Joye et Schuler, 1996, p. 68). La classification de cette catégorie est assez difficile à définir du fait précisément de la fonction qu'elle exerce.

carrière professionnelle par un poste dans cette catégorie. Une telle position demande en effet aussi, en dehors (et pas seulement) du niveau de formation, une expérience professionnelle importante et les individus qui y accèdent le plus souvent au terme d'un parcours professionnel ascendant progressif. C'est pourquoi nous y retrouvons des hommes ayant exercé un premier emploi dans des CSP moins qualifiées, par exemple 30% sont issus de la CSP des non manuels qualifiés, 19% de la CSP manuels qualifiés, 23% de la CSP des professions intellectuelles et d'encadrement et 10.6% ont eu comme premier métier un emploi dans les professions intermédiaires. La catégorie des dirigeants montre donc une composition hétérogène et nous amène à conclure à l'évidence dans cette CSP de mobilité professionnelle à partir de CSP moins qualifiées et pas forcément réservées à une élite.

Les autres indépendants<sup>27</sup> et les professions intermédiaires<sup>28</sup> sont respectivement 24% et 35% à avoir débuté leur carrière professionnelle dans ces mêmes CSP ; sinon ils sont issus pour la plupart d'entre eux de la catégorie des manuels qualifiés, à hauteur de 34.3% pour les autres indépendants et 38.6% pour les professions intermédiaires, et de la catégorie des non manuels qualifiés qui représentent 13.4% des autres indépendants et 15.3% des professions intermédiaires. Enfin, la CSP des professions intellectuelles et d'encadrement est la dernière à connaître de la mobilité professionnelle mais de façon moins importante que les précédentes. En effet, 46.2% des individus se trouvant dans cette catégorie lors de leur dernier emploi se trouvaient également dans celle-ci lors de leur premier emploi. Les flux d'entrée dans cette CSP proviennent principalement des CSP des professions intermédiaires (13.1%), des non manuels qualifiés (18.2%) et des manuels qualifiés (17.1%).

Les CSP qui connaissent peu de mobilité professionnelle sont les catégories des manuels qualifiés (83.7%), des non manuels qualifiés (62.5%), des travailleurs non qualifiés (60.4%) et des professions libérales (51.2%). La catégorie des professions libérales<sup>29</sup> comprend peu de mobilité sociale et c'est principalement une mobilité issue de la CSP des professions intellectuelles et d'encadrement, à hauteur de 24.4%. La CSP des professions libérales requiert un haut niveau de formation et des qualifications très spécifiques, ce qui fait que la mobilité professionnelle entre le premier et le dernier emploi dans cette catégorie peut être faible du fait du fort coût de l'investissement dans une formation en vue d'une profession libérale, de même que celui d'une reconversion. Hormis la CSP des professions libérales, les catégories qui bénéficient le moins de la mobilité professionnelle restent des CSP qui requièrent peu de qualifications et un niveau de formation qui nécessite au maximum un apprentissage. La CSP

---

<sup>27</sup> La CSP des « autres indépendants » rassemble les agriculteurs exploitants, les artisans et les indépendants des services. Cette catégorie, qui possède son outil de travail, s'attache au statut d'indépendant, qui est très important en Suisse tant socialement que fiscalement. Ils bénéficient d'un système d'assurance vieillesse différent des autres CSP (Joye et Schuler, 1996, p. 70).

<sup>28</sup> La CSP des « intermédiaires » regroupe des professions comprises entre les ouvriers et employés qualifiés mais aussi des cadres. Joye et Schuler en font la définition suivante : « *Intermédiaires en l'espèce signifie la possession de ressources d'organisation ou d'information, mais à un degré moindre des catégories précédentes* (ndlr : il s'agit des catégories des dirigeants, professions libérales, autres indépendants et professions intellectuelles et d'encadrement) » (Joye et Schuler, 1996, p. 73).

<sup>29</sup> La CSP des « professions libérales » est caractérisée par des emplois indépendants et qui requièrent une formation de niveau universitaire. Joye et Schuler précisent pour l'utilisation du terme « indépendant » que : « *il ne s'agit pas seulement des personnes travaillant seules, mais plus généralement de celles qui se trouvent à la tête de leur entreprise, pour autant bien sûr qu'elle ne compte pas plus de 25 personnes (en 1990), respectivement pas plus de 19 personnes (en 1980)* » (Joye et Schuler, 1996, p. 70).

où se retrouvent les ouvriers<sup>30</sup> (manuels qualifiés) concentre le plus d'immobilité professionnelle, avec une proportion qui atteint 83.7% des hommes qui ont débuté leur carrière professionnelle dans cette catégorie et qui l'ont également terminée dans celle-ci. C'est une espèce de condamnation à l'immobilité sociale qui s'observe de la sorte. De même, les employés<sup>31</sup> (non manuels qualifiés) et les travailleurs non qualifiés<sup>32</sup> sont des CSP où peu de mobilité professionnelle est possible (respectivement 62.5% et 60.4% d'entre eux restent dans la même CSP entre le premier et le dernier emploi). Cela montre tout de même la faible possibilité d'évolution à partir des CSP les moins qualifiées.

Les plus âgés ont-ils bénéficié de plus de mobilité professionnelle que leurs cadets ? Nous pouvons aussi nous poser la question de l'effet de la mortalité sur la répartition des catégories socioprofessionnelles entre les plus âgés et les plus jeunes. La distribution des CSP de la classe d'âge la plus âgée est-elle marquée par l'effet de mortalité plus présent dans certaines catégories que dans d'autres ? En d'autres termes, une CSP serait-elle moins représentée qu'une autre en raison d'un plus fort taux de mortalité antérieur à l'enquête et à l'intérieur de ce groupe, en prenant par exemple des CSP demandant des efforts physiques plus intenses comme les catégories « manuels qualifiés » et « manuels non qualifiés ». La distribution montre plus de mobilité professionnelle chez les hommes âgés de 80 ans par rapport à leurs cadets, surtout dans les CSP les plus qualifiées (dirigeants, professions libérales et autres indépendants).

La CSP des dirigeants montre une mobilité professionnelle plus forte chez les plus âgés avec 5.2% d'entre eux seulement, qui sont restés dans cette catégorie entre le premier et le dernier métier contre 14.4% des 65-79 ans qui ont débuté et achevé leur trajectoire professionnelle dans cette CSP. Ce qui montre la plus grande possibilité d'accès à la catégorie des dirigeants via les autres CSP qu'ont eu les plus âgés (avec par exemple 33.6% des individus qui ont exercé une profession de type non manuel qualifié en premier emploi). De même pour la CSP des professions libérales, 43.2% des très âgés ont débuté et terminé leur carrière dans cette CSP tandis que ce fut le cas pour 60.5% des 65-79 ans. Aussi, la CSP des autres indépendants montre un écart important entre les plus âgés et les plus jeunes avec 17.5% des 80 ans et plus qui sont restés dans cette même catégorie entre leur premier et leur dernier métier, contre 29.4% des 65-79 ans. Chez les autres indépendants de 80 ans et plus, la majorité de la mobilité provient de la CSP des manuels qualifiés avec 45.4% des individus qui ont eu un premier emploi dans cette catégorie avant de finir dans celle des autres indépendants, tandis que chez les 65-79 ans où la mobilité professionnelle est moins importante, elle provient en moins grande partie des manuels qualifiés, à hauteur de 25.2%. Cependant les écarts entre les classes d'âges sont moins importants dans les CSP suivantes comme les professions intellectuelles et d'encadrement, les professions intermédiaires, les professions de type non manuel qualifié et manuel qualifié.

---

<sup>30</sup> La CSP des « manuels qualifiés » regroupe les ouvriers de l'agriculture, les ouvriers de la production et de la construction et les ouvriers des services. Cette catégorie regroupe des professions qui nécessitent un apprentissage ou du moins des qualifications professionnelles formelles (Joye et Schuler, 1996, p. 77-78).

<sup>31</sup> La CSP des « non manuels qualifiés » regroupe les individus qui exercent une profession qualifiée demandant un apprentissage et qui s'orientent sur des documents plutôt que des objets précis de réalisation. Cette catégorie réunit les employés techniques, les employés des services aux entreprises et de communication et les employés des services sociaux et personnels (Joye et Schuler, 1996, p. 76).

<sup>32</sup> La CSP des « travailleurs non qualifiés » regroupe des individus qui ont eu un parcours scolaire qui s'est arrêté avant l'apprentissage. Cette catégorie prend en compte les travailleurs non qualifiés de l'agriculture, de la production et de la construction ainsi que les travailleurs non qualifiés des services (Joye et Schuler, 1996, p. 78-79).

D'une manière générale nous pouvons dire qu'il existe quelques écarts de mobilité professionnelle entre les hommes âgés de 80 ans et plus et ceux âgés entre 65 et 79 ans sans pour autant pouvoir affirmer l'avantage aux plus âgés. Nous pouvons seulement avancer que le phénomène de mobilité sociale intra générationnelle est quelque chose qui a été déjà présent chez les plus âgés, bien que ces derniers aient débuté leur trajectoire professionnelle avant le début de la période prospère et de plein emploi des Trente Glorieuses.

Quant au parcours professionnel des femmes, la question est la suivante : est-il marqué par des trajectoires variables comme le présentent les chercheurs Sapin, Spini et Widmer (2007) ? La première chose que nous pouvons observer et que nous avons déjà évoquée auparavant est la moins grande représentation de celles-ci dans les CSP les plus qualifiées. Elles sont surtout en nombre dans les CSP des professions non manuelles qualifiées à hauteur de 32.8% et des travailleurs non qualifiés à hauteur de 17.5%. Puis elles sont également bien représentées dans la catégorie des non actifs qui regroupe 16.6 % d'entre-elles. Dans une moindre mesure elles se retrouvent dans les CSP des professions intermédiaires (10.8%), des professions intellectuelles et d'encadrement (7.3%), des autres indépendants (6.3%) et des professions manuelles qualifiées (5.8%). En revanche, elles sont très peu représentées dans les CSP les plus qualifiées où elles regroupent 1.4% des professions libérales et 1.2% des dirigeants.

En observant de plus près la mobilité professionnelle des femmes nous pouvons voir que les CSP les plus mobiles sont celles des dirigeants, des professions libérales et des autres indépendants, mais de façon moins importante que les hommes du fait des faibles effectifs dans ces catégories. Comme parmi les hommes, nous retrouvons chez les femmes moins de mobilité professionnelle dans les CSP les moins qualifiées. Par exemple, 78.2% des femmes qui ont débuté leur trajectoire professionnelle dans la catégorie des professions non manuelles qualifiées ont également terminé celle-ci dans la même position. Il en va de même pour 73.8% des femmes qui se trouvent dans la catégorie des travailleurs non qualifiés et pour 70.7% des femmes dans la CSP des professions manuelles qualifiées. Les CSP des professions intermédiaires et des professions intellectuelles d'encadrement se situent dans une position de mobilité professionnelle plus intermédiaire avec respectivement 58.8% et 50.8% des femmes qui n'ont pas bougé entre leur premier et leur dernier emploi.

Un mot encore concernant la catégorie des non actifs, la troisième plus grande catégorie parmi les femmes, qui connaît une mobilité venue de plusieurs horizons. En effet, les femmes qui se sont déclarées non actives dans la question du dernier emploi ont déclaré avoir exercé comme premier métier une profession de type non manuel qualifié pour 28% d'entre-elles, de type travailleur non qualifié à 25.2%, une profession de type manuelle qualifiée à 11.5%, et de type profession intermédiaire à 5.2%. Ainsi que, de manière moins importante, un emploi dans les CSP des autres indépendants (2.8%) et des professions intellectuelles et d'encadrement (2.4%). Enfin, 24.8% des femmes ont déclaré avoir été inactives dans leur premier et dernier métier. Cette catégorie des non actifs montre que les femmes qui s'y trouvent sont issues de CSP diverses et peut illustrer plusieurs situations telles que l'arrêt du travail quand l'époux part en retraite, ou pour s'occuper de proches malades, de petits enfants, etc.

Les écarts de mobilité professionnelle entre la classe d'âge la plus âgée et la plus jeune sont assez similaires, hormis pour la CSP des travailleuses non qualifiées qui montre des chiffres assez étonnants. Chez les femmes âgées de 80 ans et plus, 64.1% d'entre elles ont été dans un emploi non qualifié tout au long de leur trajectoire professionnelle contre 81.2% des femmes âgées entre 65 et 79 ans. Comment expliquer un tel écart ? Chez les plus âgées, 25.2% des femmes ont déclaré avoir exercé un premier métier dans la CSP des professions non manuelles

qualifiées puis avoir eu un dernier emploi en tant que travailleuse non qualifiée, nous assistons donc à un phénomène de déqualification des compétences professionnelles, qui peut avoir été lié à un recul de l'artisanat et à l'industrialisation.

Nous pouvons penser à l'explication de ces écarts en termes de trajectoires professionnelle mais aussi par l'approche des « vies liées » qui font que les femmes ont des trajectoires professionnelles plus hétérogènes et fortement marquées par le temps partiel et les interruptions de travail ainsi que d'une trajectoire souvent en lien avec celle du conjoint et leur propre trajectoire familiale (Sapin, Spini & Widmer, 2007). Ce qui fait que les femmes ont plus souvent tendance à avoir une trajectoire professionnelle qui passe de l'actif à l'inactif, par exemple avec la naissance d'enfants ou bien en cas d'incident de parcours, comme dans le cas d'un divorce, ou d'un accident de travail invalidant l'époux, elles peuvent être poussées à reprendre une activité professionnelle tardivement, afin de pallier aux besoins, et plus probablement dans des emplois moins qualifiés que ceux qu'elles avaient au départ (Falter, 2009).

#### **4. Ressources financières au grand âge**

En s'appuyant sur les points théoriques évoqués en début de chapitre, les inégalités sociales comprennent le niveau de formation, la profession mais également la question des ressources financières. L'étude VLV inclut des questions portant sur le niveau et les sources de revenus ainsi que sur la fortune pour la plupart issues d'études antérieures<sup>33</sup> (Lalive d'Epina y et al., 2000 ; Lalive d'Epina y, Spini et al., 2008 ; Gabriel, 2015).

##### *4.1. Niveau de revenu*

Dans l'étude VLV le niveau de revenu est mesuré au moyen d'une échelle prenant en compte le revenu mensuel total brut du ménage et composée de neuf catégories (figure 29). Considérer le revenu du ménage pose un problème de comparabilité lorsque l'on s'intéresse au niveau de revenu de la population âgée de 80 ans et plus puisque la proportion d'individus veufs et donc résidant potentiellement seuls augmente. De plus, nous pouvons supposer que ce type de mesure agit en défaveur des femmes du grand âge majoritairement veuves. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir recours au niveau de revenu individuel ou au revenu ajusté à la taille du ménage. Notre choix s'est porté sur la première possibilité car les données portant sur la taille du ménage comprenaient beaucoup de réponses manquantes (41.9% de l'échantillon total), notamment dans l'échantillon proxy (33%). Le niveau de revenu individuel a été construit et utilisé lors de l'enquête transversale de 1994 afin de pouvoir comparer le niveau de revenu des personnes qui vivaient en couple avec celui des personnes qui vivaient seules en divisant le premier par un facteur de 1.5<sup>34</sup> (Lalive d'Epina y et al., 2000, p.65). Nous avons repris cette

---

<sup>33</sup> Dans les deux études antérieures que nous citons, les situations économiques des personnes âgées sont déterminées par l'association du niveau de revenu, du niveau de fortune et de la propriété ou non de son logement, le tout classés grandes catégories : pauvreté, précarité, sécurité, confort et aisance (Lalive d'Epina y et al., 2000) et pauvreté, précarité et sécurité (Lalive d'Epina y, Spini et al., 2008).

<sup>34</sup> Le calcul du revenu individuel est obtenu en divisant le revenu des individus mariés par 1.5 et non pas par deux car on suppose l'effet des économies d'échelles faites par le ménage (loyer, charges, nourriture, etc.). Par exemple, une personne mariée déclarant un niveau de revenu classé entre 3600 et 4800 CHF se trouvera reclassée dans la catégorie en dessous comprise entre 2400 et 3600 CHF.

démarche pour calculer le niveau de revenu des individus âgés de notre étude. L'échelle a ensuite été réduite à trois ou quatre catégories selon l'analyse à partir des catégories établies par Lalive d'Epinay et son équipe, mais aussi pour des raisons de reclassement de certains niveaux de revenu individuel. En effet, en divisant les catégories par 1.5, la catégorie de revenu du ménage située entre 4800 CHF et 6000 CHF se retrouve classée entre 3200 et 4000 CHF en tant que revenu individuel<sup>35</sup>.

La première catégorie a été construite à partir du seuil de pauvreté suisse qui est établi selon les normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale. En 2014, le seuil de pauvreté se situait en moyenne à 2219 CHF par mois pour une personne seule et à 4031 CHF pour un ménage de deux adultes et deux enfants (OFS, 2016)<sup>36</sup>. Nous considérons donc les individus ayant déclaré un niveau de revenu situé en dessous de 2400 CHF en situation de pauvreté monétaire. Ensuite, les individus se situant entre 2400 et 4000 CHF sont considérés en situation de précarité et ceux situés au-delà de 4000 CHF en sécurité financière, voire en situation d'aisance pour ceux au-delà de 6000 CHF dans le cas de quatrième catégorie (figure 31).

La question portant sur le niveau de revenu est commune aux deux échantillons (principal et proxy). Malgré le fait que ces derniers comportent chacun un fort taux de non réponse (respectivement, 16.1% et 24.9%), nous pouvons penser que quand le proxy a répondu, il l'a fait en connaissance de cause, surtout dans les cas où les proches sont les conjoints ou bien les enfants de la personne interrogée, et que ceux qui ne connaissaient pas le niveau de revenu de la personne se sont abstenus de répondre. Aussi le niveau de revenu comprend 16% de réponse manquante dans l'échantillon principal qui peuvent déjà nous fournir quelque part des informations sur le profil des individus qui n'ont pas répondu et ainsi saisir peut-être la vulnérabilité d'une certaine sous population (Oris et al., 2016). Au moyen d'une analyse de régression binaire nous pouvons mettre en évidence les profils les plus présents dans les non réponses. A partir des variables de sexe, de la classe d'âge, du canton, du niveau de formation, du type d'échantillon (apte non apte) et du statut de santé, il en ressort les résultats suivants.

---

<sup>35</sup> Dans ce cas il semble donc impossible de trancher pour la reclasser soit dans la catégorie 2400-3600 CHF, soit dans celle située entre 3600 et 4800 CHF vu qu'elle se trouve entre les deux.

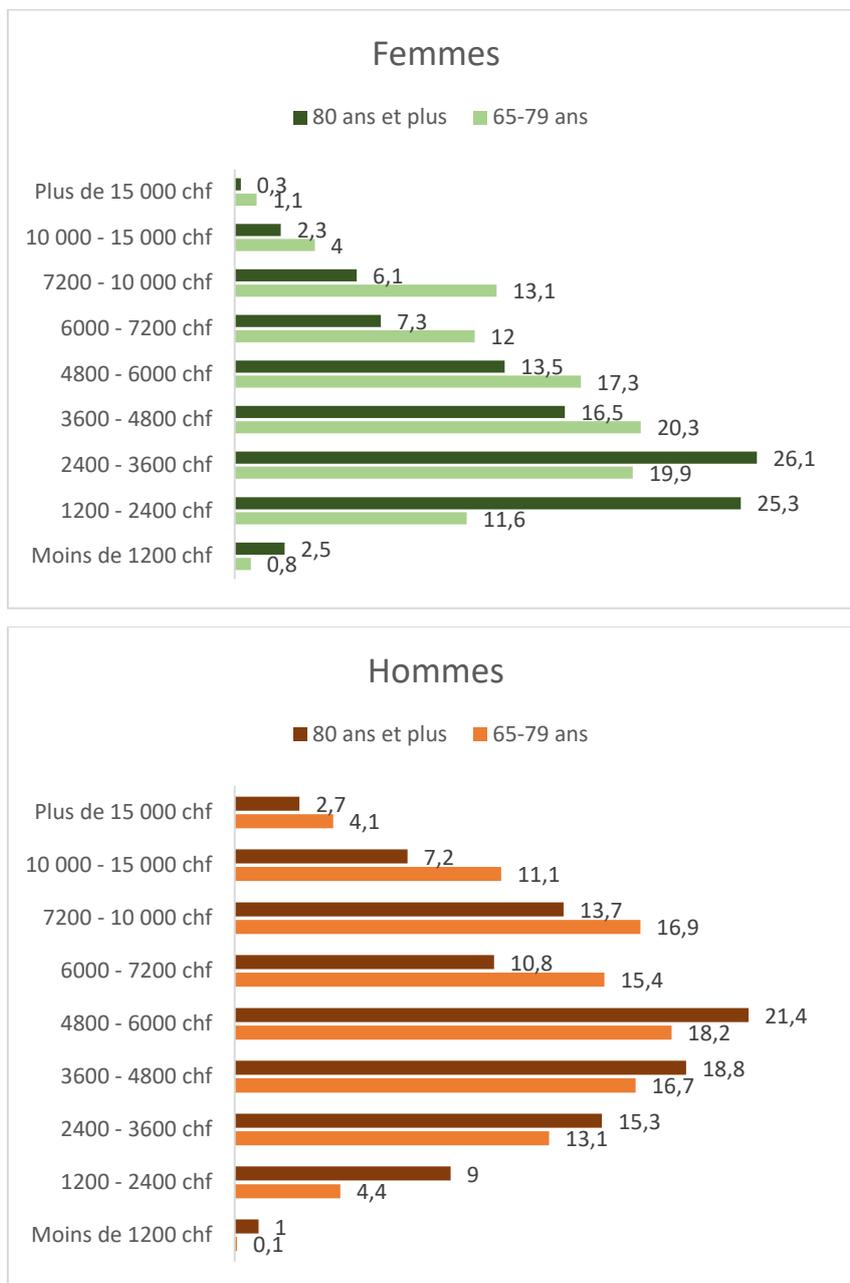
<sup>36</sup> Consultable sur : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/20/03/blank/key/07/01.html> (page web consultée le 31.07.2016).

Tableau 12. Analyse des non réponses sur le revenu VLV. Régression logistique binaire modèle pas à pas

Niveau de revenu		
Variables		Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1,747 ***
Classe d'âge (Ref. 65-79 ans)	80 ans et plus	1,672 ***
Canton (Ref. Tessin)	Genève	0,709 **
	Valais	0,599 ***
	Berne	0,366 ***
	Bâle	0,755 **
Echantillon (Ref. Apte)	Non apte	1,014 NS
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	0,836 NS
	Moyen	0,865 NS
Statut de santé (Ref. Dépendant)	Indépendant	0,977 NS
	Fragile	1,898 ***
Constante		***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***		
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1		

Nous retrouvons dans ces 16% de non réponses principalement des femmes qui ont 1.8 plus de risques de ne pas avoir répondu à la question sur le niveau de revenu par rapport aux hommes. Puis des individus du grand âge qui sont 1.7 fois plus présents que les 65-79 ans. Ensuite, les cantons de Genève, du Valais, de Berne et de Bâle comportent moins de non réponses que le Tessin. Remarque intéressante, le niveau de formation n'a pas d'influence sur les non réponses à la question. En outre, les individus non aptes sont plus nombreux que les aptes à ne pas avoir répondu, mais cela s'explique facilement puisque les proxys ne possèdent peut-être pas l'information exacte sur le niveau revenu et ont donc préféré s'abstenir. Enfin, si nous nous intéressons au statut de santé, être dépendant n'a pas d'incidence significative sur le fait de ne pas répondre par rapport aux indépendants. Par contre, être fragile a un effet très significatif (il y a 1.9 fois plus de fragile qui n'ont pas répondu par rapport aux indépendants). Par ailleurs, le statut de santé a pour effet de capter celui des proxys qui n'a plus d'incidence dans l'analyse. Ainsi, les non réponses sont marquées par un profil plutôt féminin, âgé et souffrant des signes du vieillissement mais où la formation n'a pas d'influence.

Figure 29. Niveau de revenus mensuel brut du ménage selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV (N valide : 3048 - N manquant : 587 - N total : 3635)



La figure 29 ci-dessus présente la répartition des réponses selon le sexe et la classe d'âge concernant le niveau de revenu mensuel total brut du ménage<sup>37</sup>. Elle montre une répartition du niveau de revenus nettement différente entre les hommes et les femmes. Chez les premiers, la catégorie la plus représentée se situe entre 4'800 et 6'000 CHF mensuels et ce autant chez les hommes de 80 ans et plus (21.4%) que ceux âgés entre 65 et 79 ans (18.2%). Les réponses de

<sup>37</sup> La question sur le niveau de revenu demandait aux individus de situer le revenu mensuel brut de leur ménage par rapport aux catégories d'une échelle de revenus. Elle prend aussi en compte les personnes seules si elles ne vivent pas dans un ménage individuel. Nous pouvons donc penser au fait qu'avec l'avancée en âge les individus ont tendance à vivre plus souvent seul, surtout concernant les femmes.

ces derniers se répartissent ensuite de façon gaussienne<sup>38</sup>, et ce de la même façon pour les hommes les plus âgés que pour leurs cadets. En tout cas, la majorité d'entre eux situent leurs revenus entre 2'400 et 10'000 CHF, soit un large éventail situé au-dessus du seuil de pauvreté suisse.

La situation des femmes est plus contrastée entre les classes d'âge et la majorité des réponses se répartit dans les catégories de revenus les plus basses. La tranche de revenus la plus représentée se situe pour celles-ci entre 2'400 et 3'600 CHF pour les 65-79 ans (19.9%, mais à égalité avec la catégorie suivante entre 3'600 et 4'800CHF avec 20.3%) et pour les 80 ans et plus (26.1%). Pour les femmes âgées de 80 ans et plus, le niveau de revenus mensuel se situe beaucoup plus dans les catégories de revenus les plus faibles que par rapport aux femmes plus jeunes. Cependant, une part minime seulement des individus vit en dessous du seuil de 1'200 CHF par mois.

Figure 30. Niveau de revenus mensuel total brut du ménage des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV (N valide : 417 - N manquant : 138 - N total : 555)



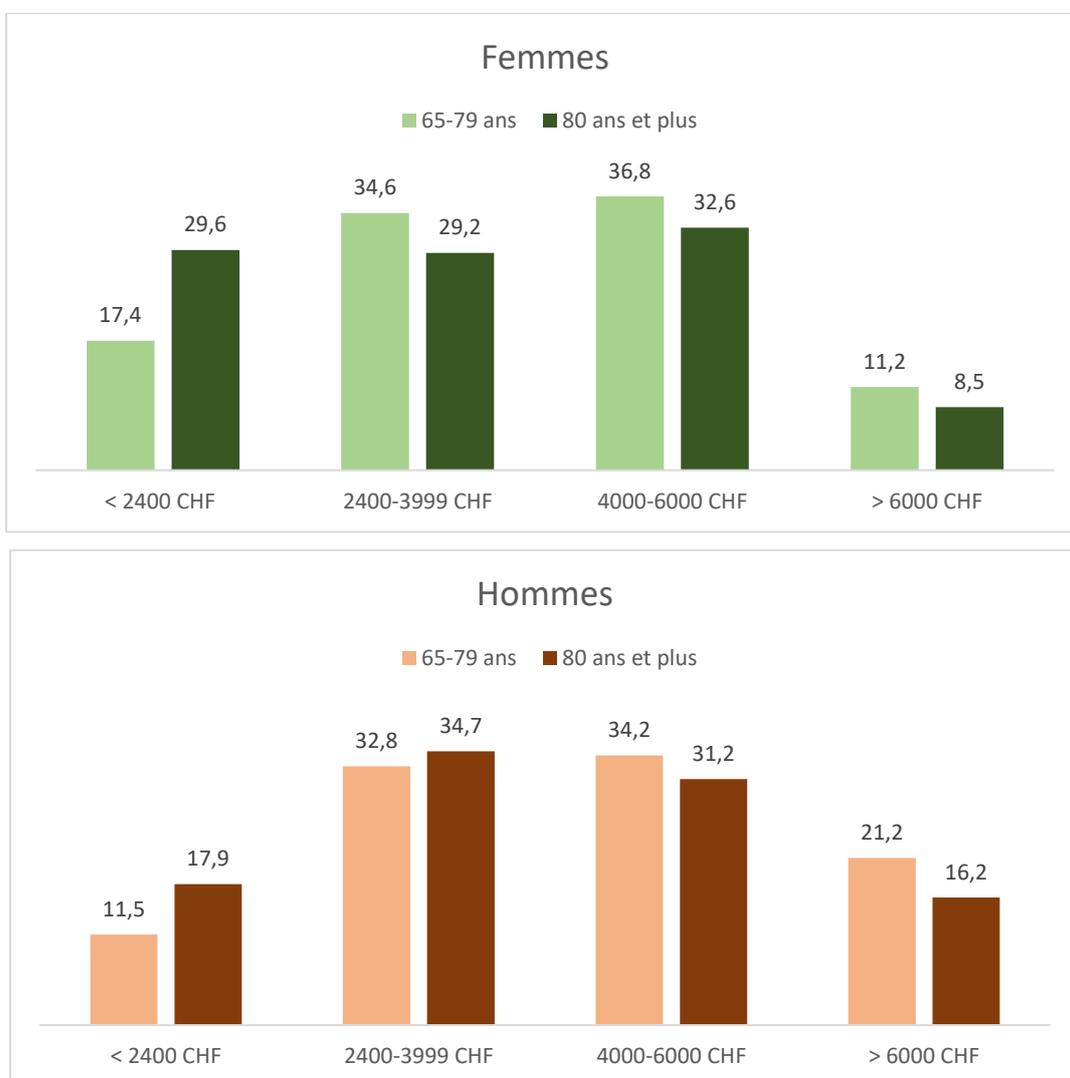
Les personnes non-aptées sont-elles plus défavorisées ? La figure 30 montre que le niveau de revenus parmi eux se situe surtout dans les catégories les plus basses, cet aspect étant encore plus saillant pour les femmes. Hormis la « catégorie » des non réponse qui regroupe le second plus grand nombre d'individus de l'échantillon proxy (24.9%), la tranche de revenus qui réunit le plus de participants à l'enquête (27.1%) mais principalement des femmes, se situe entre 1'200 et 2'400 CHF (36.6% des femmes et 16.1% des hommes). Puis les catégories de revenus comprises entre 2'400 et 3'600 CHF rassemblent 23.7% des individus et de façon plus homogène entre les sexes, puisque nous y trouvons 25.4% de femmes et 21.8% d'hommes.

<sup>38</sup> Mis à part concernant la catégorie de revenus qui oscille entre 6000 et 7200 CHF qui semble être une fourchette peu répandue dans l'échantillon tant chez les hommes que chez les femmes. Les individus se situant surtout au-dessous ou au-dessus de cette catégorie, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de cette catégorie de réponse.

Nous trouvons ensuite dans les catégories de revenus plus élevées davantage d'hommes que de femmes.

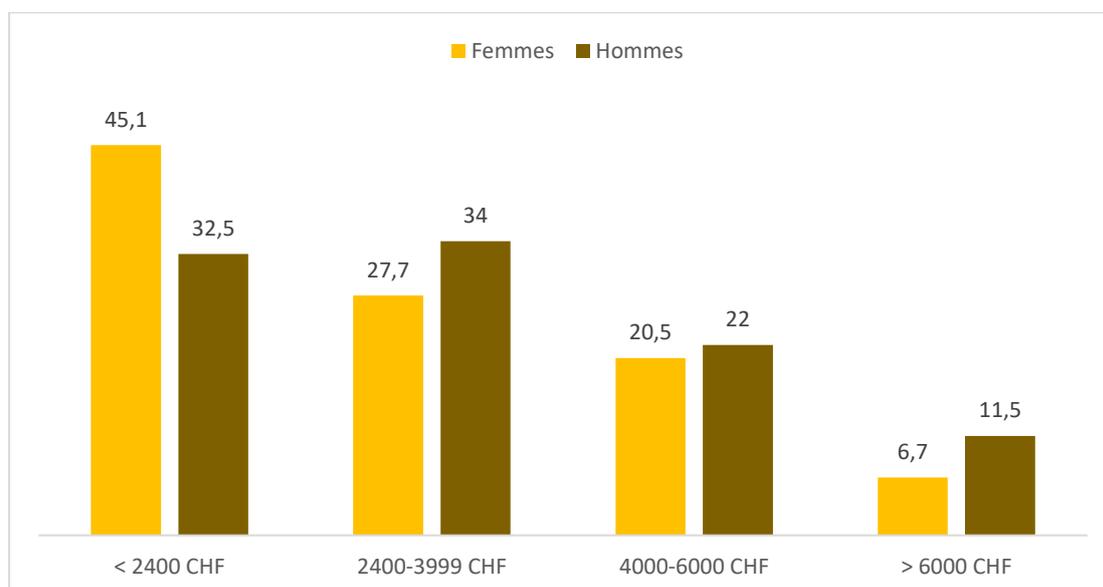
Ainsi le revenu modal des plus âgés se situe aux alentours de 4800 à 6000 CHF pour les hommes et aux alentours de 2400 à 3600 CHF pour les femmes, des revenus plutôt similaires en comparaison à leurs cadets. Les non aptes se situent aux alentours de 1200 et 2400 CHF pour les femmes, qui est bas puisque correspondant au niveau de ressources financière qualifié de pauvre. Les hommes non aptes oscillent eux plutôt aux alentours de 2400 et 4800 CHF qui correspond à un niveau de revenu précaire, plus bas que celui des hommes aptes. Dans les deux cas, c'est bien insuffisant pour faire face aux coûts de leur dépendance ! C'est aussi une nouvelle illustration, certes indirecte mais cohérente, des inégalités sociales de santé en la grande vieillesse. Cependant, il s'agit ici du niveau de revenu total brut du ménage, qu'en est-il de ces situations lorsque nous nous intéressons au niveau de revenu individuel selon le sexe et la classe d'âge ?

Figure 31. Niveau de revenu mensuel total brut individuel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



Les résultats de la figure 31 montrent sans surprise une répartition du niveau de revenu différente selon le sexe, les hommes disposant en général d'un niveau de revenu plus élevé que les femmes. Malgré la réduction des catégories, nous retrouvons de prime abord, la même distribution des réponses que pour le revenu de l'ensemble du ménage. En effet, une proportion importante des revenus est répartie dans les catégories intermédiaires qui regroupe environ un tiers des hommes et des femmes de l'échantillon (34.2% et 31.2% des hommes âgés de 65-79 ans et de 80 ans et plus se situent entre 4000 et 6000 CHF et 36.8% et 32.6% des femmes âgées des mêmes classes d'âges). Cependant, les différences entre revenu du ménage et revenu individuel sont notables surtout concernant les catégories les plus défavorisées. Parmi ceux se situant en dessous de la limite du seuil de pauvreté, le niveau de revenu individuel confirme le désavantage des femmes, et surtout des plus âgées, par rapport aux hommes (17.4% et 29.6% des femmes âgées de 65-79 ans et de 80 ans et plus sont en dessous de 2400 CHF tandis que c'est le cas de 11.5% et 17.9% des hommes des mêmes classes d'âges). Puis la catégorie se situant juste au-dessus du seuil de pauvreté, et donc qualifiée de « précaire »<sup>39</sup>, regroupe à elle seule près d'un tiers des hommes et un tiers des femmes de la population étudiée avec 32.8% et 34.7% des hommes âgés de 65-79 ans et de 80 ans et plus entre 2400 et 3999 CHF et 34.6% et 29.2% des femmes âgées des mêmes classes d'âges. Enfin, concernant la catégorie la plus aisée, nous retrouvons plus d'hommes que de femmes avec respectivement 21.2% et 16.2% d'hommes âgés de 65-79 ans et de 80 ans et plus qui ont un niveau de revenu individuel supérieur à 6000 CHF par mois contre 11.2% et 8.5% des femmes de la même classe d'âge.

Figure 32. Revenu mensuel total brut non apte selon le sexe (en %) VLV



Qu'en est-il du niveau de revenu individuel des non aptes ? La figure 32 montre une répartition du revenu individuel des personnes non aptes très éloquent, 45.1 % des femmes et 32.5% des hommes ont un revenu qui se situe en dessous du seuil de pauvreté. Tout juste 27.7% des femmes et 34% des hommes se situent au-dessus de ce dernier et disposent d'un revenu oscillant entre 2400 et 4000 CHF. Très peu d'entre eux ont un niveau de revenu supérieur à

<sup>39</sup> Ici le terme précaire est mis entre guillemets du fait que la catégorie s'étend jusqu'à 4000 CHF contrairement à la catégorie précaire du revenu du ménage qui se situe entre 2400 et 3600 CHF et donc augmente le nombre d'individus sans pour autant qu'ils soient tous dans une situation limite.

6000 CHF et c'est encore une fois en majorité des hommes. Nous avons vu auparavant que le revenu mensuel du ménage mettait en évidence la pauvreté effective des individus non aptes, le revenu individuel l'affirme très clairement.

#### 4.2. Pauvreté au grand âge, quel(s) profil(s) ?

Le niveau de revenu du ménage ainsi que le niveau de revenu individuel permettent d'obtenir des informations quant à la position économique et surtout monétaire de la population âgée. Nous avons vu qu'il existe des inégalités de revenu selon le sexe, la classe d'âge ou encore selon le statut de santé (non apte), mais nous ne pouvons pas confirmer ou infirmer leurs effets sans procéder à une analyse plus approfondie. Pour cela nous avons recours à une analyse de régression logistique multinomiale qui permet, à partir d'une variable dépendante de déterminer les effets de variables indépendantes sur celle-ci. Afin de dégager un profil de pauvreté au sein de la population très âgée nous testons l'effet de plusieurs variables par rapport au niveau de revenu. Les résultats sont les suivants.

Tableau 13. Déterminants sociodémographiques et socioculturels du niveau de revenu. Régression logistique multinomiale

Niveau de revenu			
Modalité de référence : Sécurité > 4000 CHF		Pauvre < 2400 CHF	Précaire 2400 - 4000 CHF
Variables		Exp (B)	Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1,502 ***	1,263 **
Classe d'âge (Ref. 80 ans et plus)	65-79 ans	0,623 ***	0,885 NS
Canton (Ref. Tessin)	Genève	0,537 ***	0,780 *
	Valais	1,178 NS	1,046 NS
	Berne	0,419 ***	0,682 **
	Bâle	0,307 ***	0,616 ***
Etat civil (Ref. Marié)	Célibataire	1,432 *	0,995 NS
	Veuf	1,541 **	2,302 ***
	Divorcé	1,749 **	1,524 **
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	10,392 ***	4,377 ***
	Moyen	3,886 ***	2,910 ***
Statut de santé ( Ref. Dépendant)	Indépendant	0,458 ***	0,660 **
	Fragile	0,612 **	0,999 NS
Constante		NS	***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***			
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1			

Plusieurs déterminants de la pauvreté au sein de la population âgée ressortent. Les effets avérés du sexe et de la classe d'âge sont confirmés. Ainsi, être de sexe féminin augmente le risque de se retrouver dans une situation de pauvreté (par rapport à une situation de sécurité financière) de 1.5 fois plus. Tandis que les 65-79 ans ont significativement moins de risque que leurs aînés d'être pauvres plutôt que dans une position de sécurité monétaire. Ensuite, concernant l'état civil, nous constatons l'effet bénéfique du mariage sur le niveau de revenu. Les individus célibataires, veufs et divorcés possèdent plus de risques d'être dans une situation de pauvreté par rapport aux mariés. Le niveau de formation a également un effet considérable sur le risque de pauvreté. Les individus qui ont un bas niveau de formation ont significativement dix fois plus de risques d'être pauvre plutôt que d'avoir une situation de vie sécurisée, et pour ceux

qui ont un niveau moyen de formation le risque diminue mais reste trois fois plus élevé par rapport à ceux qui ont un diplôme supérieur. Enfin, par rapport au statut de santé<sup>40</sup> (indépendant, fragile et dépendant), l'analyse montre que le fait d'être dépendant augmente de façon significative les risques de pauvreté par rapport aux individus fragiles et encore plus face aux indépendants. Au niveau cantonal, le Tessin a plus de risques que les autres cantons d'avoir ses habitants âgés dans une situation de pauvreté.

Si nous nous intéressons maintenant au profil des individus qui sont en situation précaire, il ressort que l'influence du sexe reste présente mais de façon moins importante que pour la pauvreté, les femmes ayant 1.2 fois plus de risques que les hommes d'être précaires plutôt qu'en situation de sécurité économique. Dans cette situation, la classe d'âge n'est plus discriminante, les jeunes retraités ayant tout autant de risques que les très âgés de se trouver dans la précarité. Ensuite, concernant l'état civil le mariage conserve son effet par rapport aux autres statuts, les veufs ayant par exemple 2.3 fois plus de risques d'être précaires que les mariés. Le niveau de formation garde toujours son impact très significatif sur le niveau de revenu, les bas et moyen niveaux d'éducation ayant plus de risque de précarité. Enfin, le statut de santé marque l'effet de la dépendance par rapport à l'indépendance, les dépendants étant plus précaires. Tandis que l'effet de la fragilité n'a pas d'impact significatif au statut de précaire contrairement à la pauvreté. Quant au canton de résidence il conserve son effet, le Tessin restant toujours plus désavantagé que les cantons citadins de Genève, Berne et Bâle.

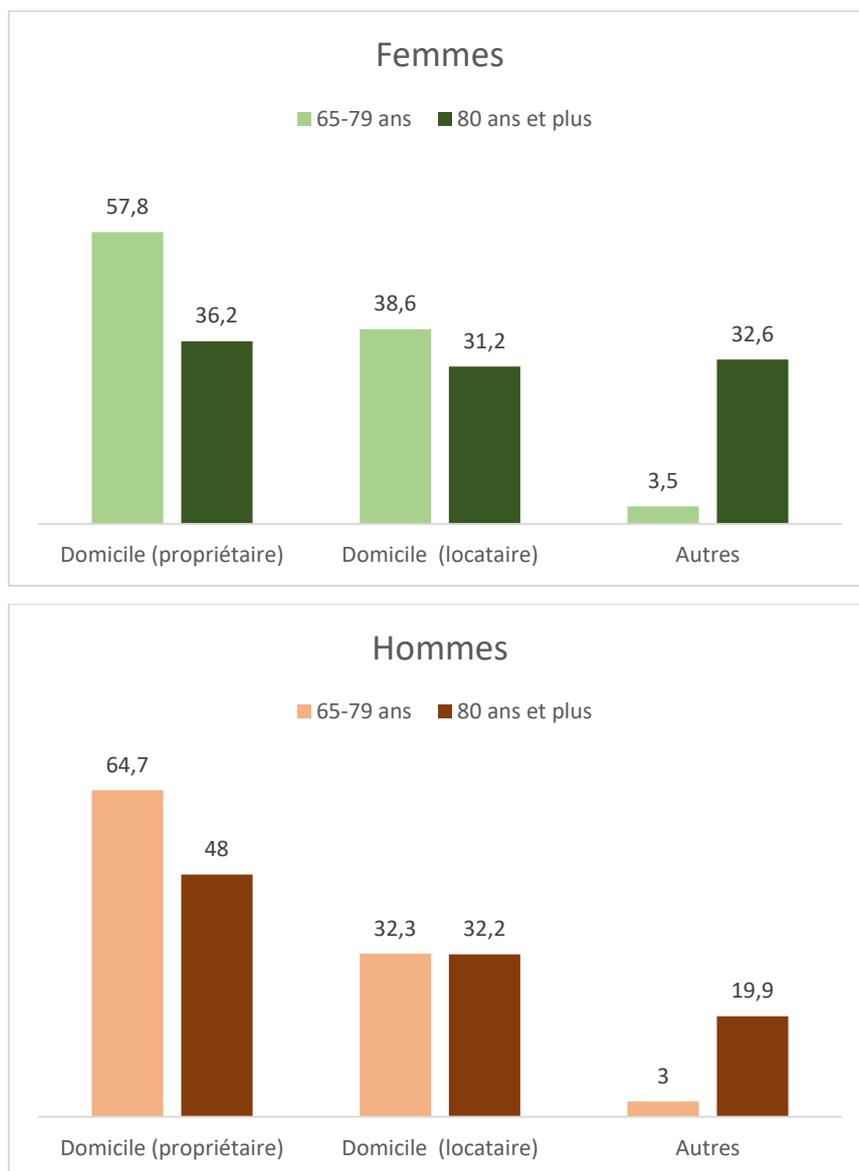
#### 4.3. *Logement*

Le sujet du logement a été abordé au chapitre 3 à propos du lieu de vie mais comme évoqué précédemment, il fait aussi partie des ressources financières dans la mesure où être propriétaire de son logement apporte une certaine sécurité économique et d'existence (exempt de loyer et de bail à renouveler) dont les résultats sont visibles dans la figure 33.

---

<sup>40</sup> Pour plus de détails concernant le statut de santé de cette analyse nous invitons le lecteur à se référer au chapitre 5 de la thèse.

Figure 33. Type de logement selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



Vivre à domicile peut aussi s'avérer être quelque chose de différent selon que la personne est propriétaire ou bien locataire de son logement et affecter ses ressources économiques. En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, être propriétaire de son logement apporte une certaine sécurité matérielle à long terme. Ainsi, la part des individus locataires de leur logement reste moins importante que celle des propriétaires et oscille entre 30 et 40 % (32% pour les hommes dans les deux classes d'âges et respectivement 38.6% pour les femmes de 65 à 79 ans et 31% pour celles âgées de 80 ans et plus). Tandis que la part des propriétaires de leur logement est plus élevée pour les deux sexes dans la classe d'âge la plus jeune (64.7% des hommes et 57.8% des femmes âgés de 65-79 ans contre 48% des hommes et 36.2% des femmes âgés de 80 ans et plus).

## 5. Similarité et dissimilarité

Jusque-là, la mesure des inégalités sociales s'est faite de manière descriptive en comparant les réponses du groupe d'âge le plus âgé aux réponses du groupe d'âge le plus jeune, mais aussi en comparant les réponses des hommes et celles des femmes ou encore en comparant celles des individus aptes à celles des non-aptés. Ces analyses permettent de dresser un portrait de la population très âgée selon des critères d'âges, de sexe et d'autonomie en relation à la formation, à la trajectoire professionnelle et aux ressources financières. Ce type de résultat ne renseigne pas quant aux causes et aux facteurs explicatifs d'une telle répartition des réponses au sein de la population très âgée. Mais cela permet de distinguer des tendances au sein de différents groupes sociaux, d'élaborer des hypothèses sans toutefois pouvoir les appuyer solidement car certaines tendances peuvent relever de principes et de facteurs cachés n'apparaissant pas dans de simples analyses descriptives. C'est pourquoi, il est nécessaire de creuser l'analyse des inégalités sociales au grand âge notamment au moyen d'outils comme l'indice de dissimilarité (Shaw et al., 2007).

Mesurer les inégalités sociales au grand âge nous conduit à utiliser un outil d'analyse tel que l'indice de dissimilarité qui permet de comparer les différences entre les groupes d'âges et/ ou de sexe au regard de variables qui peuvent être sources d'inégalités sociales entre les individus, telles que le revenu, la position professionnelle, la formation ou encore le logement. L'indice de dissimilarité convient pour comparer deux groupes entre eux et permet une interprétation basée sur le pourcentage d'une catégorie qui devrait appartenir à la catégorie comparée pour avoir une distribution similaire (Préteceille, 2006). Ses valeurs oscillent entre 0 et 1 ; plus la valeur est proche de 0 plus les deux groupes sont similaires et plus la valeur tend vers 1 plus les deux groupes comparés sont différents (dissimilaires).

L'indice de dissimilarité a été développé à l'origine dans le domaine de la démographie comme mesure de ségrégation résidentielle (Ducan & Ducan, 1955) Cet indice est fréquemment utilisé dans le domaine de la géographie humaine et urbaine (Beguin, 1979) mais il est également appliqué en sciences sociales, où on le retrouve sous le nom d'indice de discrimination notamment en sociologie et dans le domaine des sciences de l'éducation. Felouzis, utilise par exemple l'indice de dissimilarité dans une recherche portant sur le parcours de vie et la construction des inégalités en milieu scolaire et montre que :

« Sur les 333 collèges publics et privés de la région<sup>41</sup>, une trentaine seulement (environ 10%) scolarisent plus de 40 % des élèves allochtones du Maghreb, d'Afrique noire et de Turquie (Felouzis, 2003). Cette très forte ségrégation peut aussi se mesurer par les indices de dissimilarité (Ducan et Lieberman, 1959 ; Taeuber, 1964) qui permettent de quantifier le nombre d'élèves qui devraient changer d'établissement pour que la répartition selon le critère ethnique soit égale à la moyenne. Ce taux est de 89 % pour les allochtones, ce qui montre le caractère fortement ségrégatif des établissements. » (Felouzis, 2009, p. 152)

Felouzis met aussi en garde le fait que cet indice est très sensible à la taille des unités et à leur nombre.

Appliqué au grand âge, l'indice de dissimilarité permet de mettre en avant les différences entre ces groupes en montrant la proportion d'individus qui devraient changer de groupe (en

---

41 De l'académie de Bordeaux

l'occurrence dans ce cas hypothétiquement soit changer de sexe soit de classe d'âge) pour que ceux-ci soient homogènes.

Nous pouvons appliquer cet indice au sujet du grand âge<sup>42</sup> en comparant le groupe le plus âgé par rapport au groupe le plus jeune selon diverses dimensions. Si nous nous intéressons à l'indice de dissimilarité appliqué au niveau de formation (annexe n°2), l'écart entre les 65-79 ans et les 80 ans et plus est de 0.12, ce qui signifie qu'il faudrait 12% d'individus en plus chez les très âgés avec des niveaux de formations identiques à ceux des 65-79 ans pour que ces deux groupes soient similaires. Et si nous regardons l'indice de dissimilarité selon le sexe (annexe n°1), les hommes ont un indice de 0.09 montrant ainsi que le niveau de formation de ces derniers reste assez similaire entre la classe d'âge la plus jeune et la plus âgée. Tandis que l'indice de dissimilarité des femmes est de 0.17 et donc plus élevé que l'indice global, ceci montre que ces dernières sont plus dissimilaires quant à leur niveau de formation entre les catégories les plus jeunes et les plus âgées. Lorsque nous regardons maintenant l'indice appliqué à la comparaison du niveau de formation selon le sexe des plus âgés (annexe n°3), il culmine à 0.21, ce qui peut se traduire par le fait qu'il faudrait 21% d'individus en plus dans le groupe des femmes avec un niveau de formation similaire aux hommes pour que ces deux groupes soient homogènes.

Nous pouvons tirer de cet indice une confirmation des résultats des réponses sur le niveau de formation, montrant ainsi que le niveau d'éducation des hommes reste similaire quel que soit la classe d'âge tandis que celui des femmes est moins élevé chez les plus âgées et comporte des différences par rapport aux hommes. Nous retrouvons des résultats assez similaires concernant la dernière profession exercée (annexe n°8) où l'on retrouve un indice de dissimilarité de 0.12 entre la catégorie des 65-79 ans et celle des 80 ans et plus. Observés selon la classe d'âge et le sexe (annexes n°7), l'indice est de 0.05 pour les hommes et de 0.22 pour les femmes confirmant une différence notable entre les sexes et une dissimilarité plus accrue entre les femmes très âgées et leurs cadettes, un écart que l'on retrouve dans une moindre importance auprès des hommes. A nouveau, les hommes sont moins dissimilaires entre les catégories d'âges que les femmes, où les plus âgées se trouvent plus défavorisées que leurs cadettes. Quant au niveau de revenu du ménage (annexe n°5), l'indice de dissimilarité s'élève à 0.14 entre la catégorie des plus jeunes et celle des plus âgés et il est semblable aux deux variables précédentes selon la classe d'âge et le sexe (annexes n°4) où les femmes sont plus dissemblables des hommes avec un indice de 0.22 contre 0.08. Observé selon le sexe à 80 ans et plus (annexe n°6), l'écart se creuse encore puisque l'indice de dissimilarité entre les deux catégories s'élève à près de 30% (0.29).

Les résultats obtenus par l'intermédiaire de l'indice de dissimilarité confirment les différences que nous avons observées lors du simple croisement des variables du niveau de formation, du niveau de revenu et des CSP selon la classe d'âge et le sexe. L'indice met en avant pour chacune des variables des inégalités de sexe plus fortes que les inégalités qui peuvent exister entre les classes d'âge. Ces différences sont particulièrement marquées au-delà de 80 ans où les femmes de cette classe d'âge sont défavorisées tant par rapport aux hommes du même âge que leurs cadettes.

---

<sup>42</sup> Les détails de l'indice de dissimilarité se trouvent en annexe

## 6. Discussion

Les aspects théoriques présentés en début de chapitre et dans le chapitre 1 amènent à reprendre et à discuter la problématique de départ au regard de l'analyse des données empiriques de l'étude VLV. Peut-on parler de la population très âgée en tant que groupe homogène, ou bien hétérogène ou encore les deux ? Cette problématique peut être considérée sous différents aspects, biologique, médical ou encore social. Notre choix s'est porté sur le point de vue des inégalités sociales au grand âge. Comme l'expliquent Oris et Lerch, cette question demande d'être soumise à l'observation et à l'analyse empirique afin de déterminer si c'est la mortalité prématurée avant la vieillesse qui sélectionne les individus, ayant pour effet d'homogénéiser la composition socioéconomique du grand âge, ou si du fait du report de la morbidité et de la mortalité, cette sélection est repoussée à des âges encore plus élevés, faisant que la population du grand âge conserve une composition socioéconomique plus hétérogène (Oris & Lerch, 2009, p.413). Nous avons également noté que la question des inégalités sociales au grand âge est une problématique qui a souvent été écartée de la recherche, et qui demande donc d'être approfondie.

Pour rappel dans ce chapitre, les inégalités sociales se réfèrent aux ressources sociales de Bihr et Pfefferkorn (2008) qui distinguent trois types de ressources sociales (ressources matérielles, ressources sociales et politiques et ressources symboliques). La notion d'inégalités sociales se réfère aussi à la définition donnée par Joye et Levy (Joye, 2009 ; Levy, 2002) qui mettent en évidence l'aspect des biens sociaux tels que le revenu, la propriété, la position professionnelle ou encore la formation. C'est à partir de cette problématique que nous avons procédé à l'analyse des données empiriques, afin de soumettre la théorie à l'épreuve du terrain. Le niveau de formation, marque les ressources symboliques décrites par Bihr et Pfefferkorn, les résultats ont montré qu'au grand âge les hommes ont un niveau de formation supérieur aux femmes, et ce même auprès des individus non aptes. Les femmes conservent un niveau d'éducation assez bas, marqué par la scolarité obligatoire et l'apprentissage ; peu d'entre-elles ont poursuivi des études au-delà de la formation secondaire et supérieure, ce qui n'est cependant pas le cas de leurs cadettes. Les hommes, pour leur part, affichent une répartition plutôt similaire entre la catégorie d'âge la plus jeune et la plus âgée. Les hommes de 80 ans et plus sont plus nombreux que leurs cadets à avoir suivi seulement la scolarité obligatoire, mais sinon leur niveau de formation est fortement marqué par l'apprentissage et par des études de niveau supérieur.

Ensuite, le niveau de formation conduit à s'intéresser à la position professionnelle que les personnes âgées de 80 ans et plus ont occupé dans leur parcours de vie. Les résultats montrent d'une manière globale que la plupart des individus du grand âge ont débuté leur trajectoire professionnelle par un emploi dans une catégorie socioprofessionnelle peu qualifiée (surtout non manuel qualifié pour les femmes et manuel qualifié pour les hommes), mais qu'ensuite les écarts entre hommes et femmes se creusent considérablement. En effet, le dernier emploi occupé par les femmes se trouve plus fréquemment dans une CSP peu qualifiée (non manuel qualifié, non actif et travailleur non qualifié) tandis que concernant le dernier emploi des hommes, la répartition entre les différentes CSP est plutôt homogène. Ces résultats mettent en évidence la moins grande mobilité professionnelle des femmes du grand âge par rapport aux hommes. Ils indiquent également une plus faible possibilité d'évolution professionnelle dans les CSP les moins qualifiées, qui sont celles où l'on observe le plus de stagnation, et qui est encore plus prégnant pour les femmes. La position professionnelle des individus non aptes ne suit pas la répartition observée et, est plutôt marquée par une population peu qualifiée, tant féminine que

masculine. Enfin, concernant les ressources financières, où les ressources matérielles selon Bihr et Pfefferkorn, que forment le revenu et le logement, les résultats mettent en avant le fait que les hommes disposent d'un plus haut niveau de revenus que les femmes ; ils se situent entre 3600 et 6000 CHF mensuels contre 2400 et 3600 CHF mensuels pour ces dernières. Les individus non aptes de l'étude, quant à eux, se situent à un niveau de revenus plus bas, tout sexe confondus, qui correspond à celui des femmes aptes. Les résultats sur le logement font apparaître une certaine homogénéité dans la composition de la population du grand âge avec une majorité des personnes âgées de 80 ans et vivant dans leur propre domicile et la plupart d'entre eux en sont propriétaires.

Ainsi, ces résultats concernant les inégalités sociales au grand âge font état d'aspects importants faisant partie du quotidien des individus. Ils ont été approfondis par l'analyse de l'indice de dissimilarité qui a mis en évidence le fait que les femmes âgées de 80 ans et plus forment le groupe le plus vulnérable (veuvage, faibles revenus), comparées à leurs contemporains masculins qui bénéficient de plus d'avantages (conjoint, position professionnelle plus élevée, meilleurs revenus). La situation des personnes non aptes a également été mise en évidence, ce groupe cumulant de nombreux désavantages en comparaison à l'ensemble de la population du grand âge, en plus de leur position de santé déjà vulnérable.

Finalement, que dire de la composition de la population âgée de 80 ans et plus ? Cette dernière rassemble des éléments d'homogénéité qui sont le logement. La majorité des personnes très âgées vit dans son propre domicile. C'est aussi le cas dans une moindre mesure de l'état civil, mais qui divise déjà la population selon son sexe. Cet écart entre hommes et femmes s'accroît encore lorsque l'on s'intéresse au niveau de formation, à la position professionnelle et au niveau de revenus. Ces trois types de ressources sociales (ou biens sociaux) montrent, en plus du clivage selon le sexe, des différences entre les catégories. Ces résultats sont en contradiction avec l'idée d'homogénéisation socioéconomique de la population très âgée, puisque l'on retrouve à des âges élevés des individus avec une formation, une position socioprofessionnelle ou encore un niveau de revenus bas, qui côtoient d'autres avec un niveau de formation, une position socioprofessionnelle et un niveau de revenu élevé. Cette hétérogénéité va donc dans le sens d'un effet de démocratisation de la dernière période de la vie.

## Chapitre 5 : Santé et inégalités et sociales

### Introduction

Ceci est transparent depuis le début de ce travail, le sujet de la santé revêt une importance toute particulière au grand âge. La santé constitue la source la plus fréquente de changement au cours de la vie dès la soixantaine et ce phénomène s'accroît au-delà de 80 ans (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013, p. 20) De plus, cette préoccupation persiste à travers le temps puisqu'elle est citée, déjà, comme la première préoccupation des aînés dans des études antérieures (Lalive d'Epinay et al., 2000, p.95). Il faut dire qu'il s'agit de la période de l'existence où l'on retrouve le plus de situations hétérogènes au niveau de la santé ; les personnes indépendantes côtoient les individus dépendants ainsi que tout le spectre de ceux faisant l'expérience du processus de fragilisation. Ce chapitre s'étend sur nombre de pages car il considère la santé au grand âge sous ses différentes formes et en outre, établissant en-cela le lien avec le chapitre précédent, il a aussi pour objectif de dresser un portrait de celle-ci sous l'angle de la problématique que posent les inégalités sociales dans cette dernière période de la vie. Nous aborderons dans une première partie la santé physique à travers la question des maladies chroniques, des troubles ainsi que de la santé fonctionnelle qui affectent le quotidien des personnes très âgées. Puis nous nous intéresserons à la santé psychique par l'intermédiaire d'une échelle de questions portant sur l'évaluation des symptômes dépressifs. Enfin, il sera question de la fragilité, un état de santé intermédiaire se situant entre autonomie et dépendance. Un dernier regard portera sur la question de la santé subjective par le biais de la santé autoévaluée, ce qui constituera un premier pas vers le sujet du bien-être, thème central du dernier chapitre de cette thèse.

### 1. Aspects théoriques de la santé

Cette première partie reprend la définition ainsi que quelques aspects théoriques et historiques du développement de la recherche dans le domaine de la santé. Ceci afin de poser la base sur laquelle repose le travail de réflexion et d'analyse du sujet de la santé au grand âge.

#### 1.1. *Comment définir la santé ?*

Avant d'aborder les différents aspects de la santé il est en effet nécessaire de s'intéresser à sa définition, tant il s'agit là d'une notion large et relative. L'organisation mondiale de la santé (OMS) la considère comme un droit fondamental de tout être humain. Dans le préambule de sa constitution en 1946, elle la définit comme : « un état complet de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946)<sup>43</sup>. Cette définition permet d'aller au-delà du seul aspect médical et de prendre en compte les différents aspects qui y sont liés. Dans le cadre du vieillissement, cette définition prend tout son sens du fait de l'aspect irrémédiable de la sénescence qui nécessite de miser sur autre

---

<sup>43</sup> Cf : chapitre 1

chose que la guérison et de faire appel aux autres aspects de la santé orientés sur les soins, les capacités d'autonomie et sur le bien être global de la personne âgée.

Hébert explique que la conception classique de la santé est basée sur le modèle élaboré par Pasteur qui met l'accent sur les types de pathologies les plus répandues à son époque, soit les maladies infectieuses. Cette conception se base sur une progression linéaire de la maladie, de son *facteur étiologique* apparaissant chez l'individu, ce qui entraîne des modifications structurales que l'on reconnaît en tant que pathologies. Elles mènent à des perturbations d'un ou plusieurs organes, faisant apparaître des *manifestations cliniques* qui nécessitent une consultation médicale. Le rôle du médecin est alors de diagnostiquer la pathologie et d'élaborer un traitement afin d'éliminer ou d'atténuer le facteur étiologique (Hébert, 1982). Ce modèle reste approprié pour l'étude des maladies infectieuses mais il n'est toutefois pas très adapté aux autres types de maladies, notamment les maladies chroniques.

Le médecin anglais, Philip Wood, propose dès lors en 1975 une définition plus circonscrite de la santé, qui a ensuite largement été reprise par la recherche et qui a donné lieu à la classification internationale des maladies, infirmités et handicaps de l'OMS (Wood, 1980), complétant la classification internationale des maladies déjà existante. Wood présente un modèle qui rend compte des conséquences des maladies chroniques sur l'état de santé somatique et psychique de l'individu ainsi que sur ses relations sociales. Hébert explique que Wood distingue trois niveaux de santé où il relie à chaque fois maladie, comportements et implications sociales. Le premier niveau de santé est celui de la *déficiences* où l'individu se rend compte qu'il est en mauvaise santé. Ici la déficiences est comprise dans le sens de la perte de substance ou de l'altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou encore anatomique. La déficiences débouche ensuite sur l'*incapacité*, le second niveau de santé défini par Wood, qui consiste en une perte ou bien une réduction partielle ou totale d'une aptitude fonctionnelle suite à une déficiences. Le troisième et dernier niveau est celui du *handicap* (ou désavantage) qui lui, prend une ampleur sociale dans le sens où Wood parle de désavantage social pour un individu qui est limité ou incapable d'accomplir son rôle social. Ce dernier niveau est considéré comme une conséquence à propos de l'aptitude de la personne à pouvoir assumer ses rôles sociaux (Hébert, 1982).

Cependant, certains chercheurs mettent en garde en insistant sur le fait qu'il n'est pas toujours aisé, surtout au sujet du vieillissement, de distinguer les différents niveaux de santé et plus particulièrement les deux derniers (incapacité et handicap) qui peuvent être utilisés comme synonymes (Lalivie d'Epinay et al., 2000). Mais aussi sur le fait que le modèle de Wood a souvent été repris en dehors de son cadre de référence, qui reste celui des conséquences des maladies chroniques, au profit de celui de la vieillesse d'une manière générale, transformant ainsi le schéma : « maladie chronique, déficiences, incapacité ou handicap » en celui de « vieillesse, déficiences, incapacité ou dépendance » (Ennuyer, 2004). Evidemment, un tel glissement de sens va à l'encontre de la perception d'une image positive et surtout réaliste de la vieillesse. Pour autant, il est encore employé fréquemment, notamment dans le milieu médical.

## 1.2. *Santé et vieillissement, une évidence sous couvert de malentendus*

Le sens commun amène souvent comme une évidence le lien entre vieillissement et mauvaise santé. Effectivement, il y a plus de probabilité de voir son état de santé se dégrader au cours de l'avancée en âge, et ce en raison de la sénescence du corps humain, un phénomène qui fait du processus de vieillissement une sorte de face à face avec la dégradation inéluctable des fonctions physiologiques. Le domaine de la santé ne peut pas nier l'aspect irréversible du

vieillesse et doit le prendre en considération, qui plus est lorsque l'on considère la population très âgée. Le développement, à partir des années 1950, de la gériatrie en tant que spécialisation médicale à part entière, à l'instar de la pédiatrie, a soutenu l'idée que cette période de la vie nécessite d'être suivie par des experts du domaine (Bourdelaïs 1997 ; Oris, Dubert & Viret, 2016). Cette médicalisation de la grande vieillesse a eu des implications importantes mais elle a aussi fini par être jugée comme excessive et faire débat.

Cela mène au paradigme<sup>44</sup> biomédical de la vieillesse (et de la dépendance) que soutient le sociologue Bernard Ennuyer. L'auteur s'intéresse plus particulièrement au cas de la France et au tournant médical pris par la politique envers les personnes âgées au cours des années 1970. Il l'évoque en ces termes :

« Nous avons notamment montré, à l'intérieur de cette période que cette médicalisation s'était accentuée très fortement entre 1975 et 1978 à travers une série de lois, de décrets et de circulaires, précisant les notions de soins à domicile, de section de cure médicale, de long séjour sanitaire. Ce que nous avons vu apparaître donc, entre 1975 et 1979 sur le plan des décisions politiques et réglementaires, nous allons le voir apparaître aussi clairement en termes sémantiques et conceptuels. C'est à dire que les personnes très âgées, vont être associées systématiquement à l'idée de dépendance. » (Ennuyer, 2004, p.91)

Au sujet de la dépendance, Ennuyer l'explique également en termes de paradigme dans le sens où le modèle sur lequel elle repose : « renvoie à l'imposition d'un modèle médical<sup>45</sup> de l'avance en âge, assimilant la vieillesse à un état nécessairement pathologique. » (Ennuyer, 2004, p. 94) et que ce modèle a été conçu par des médecins d'hébergement qui sont issus de la théorie dominante que représente à cette époque la gériatrie. Le sociologue conclut sa réflexion à propos du paradigme biomédical en ces termes :

« En ce sens, le paradigme bio-médical de la vieillesse vient refermer définitivement l'ambivalence du rapport Laroque<sup>46</sup>, dans son questionnement : est-ce la société qui est responsable du « problème » de la vieillesse, ou bien sont-ce les vieux, à cause de leur âge, qui sont responsables des « problèmes » de la vieillesse. Le paradigme médical tranche : C'est l'âge qui est seul<sup>47</sup> responsable ; de ce fait se sont les « personnes très âgées » qui sont responsables des problèmes causés à l'organisation sociale. » (Ennuyer, 2004, p.94)

En d'autres termes, le paradigme biomédical de la vieillesse présenté par Bernard Ennuyer consisterait en une association des termes de vieillesse et de dépendance et pousserait en ce sens à rendre responsable les personnes très âgées de leur vieillissement et des problèmes sociaux qui y sont liés. Faisant ainsi quelque part écho aux critiques faites aux théories du vieillissement de l'activité et du désengagement vues auparavant dans ce travail. La santé et le

---

44 Ennuyer se réfère à l'étymologie d'origine grecque (*paradeigma*) du mot paradigme signifiant « modèle, exemple » et à sa définition en tant que : « *conception théorique dominante qui a cours à une certaine époque dans une communauté scientifique* » (Ennuyer, 2004, p.94).

45 En italique dans le texte

46 Le rapport Laroque a été publié en 1962 et fait état de la place des personnes âgées dans la société française, notamment en matière de politique de maintien à domicile (Ennuyer, 2007).

47 En italique dans le texte

rôle social de la personne âgée relevant de cette manière du ressort individuel et non du rôle et de la responsabilité de l'état.

Cependant, cette vision dite médicale de la santé et du vieillissement est chargée de malentendus et omet des aspects importants de la vieillesse. De plus, elle se positionne dans la veine de l'hypothèse de l'expansion de la morbidité et de la mortalité au grand âge (Gruenberg, 1977 ; Bebbington, 1988). Mais nous avons vu (dans le chapitre 1) qu'il existe plusieurs théories concernant la santé dans la dernière période de la vie et que les données empiriques vont dans le sens d'une hétérogénéité de situations, voire d'une compression de la morbidité. Ce point de vue strictement médical omet aussi de prendre en compte les inégalités sociales de santé et apporte une perception alarmiste de celle-ci car elle suppose que tout individu vieillissant est amené à expérimenter à la fin de sa vie une période de maladies précédant son décès et imposant dans le même temps une lourde charge pour la société.

### 1.3. *En Suisse*

Au-delà de la définition et de la mesure de l'état de santé au grand âge, Sapin, Spini et Widmer s'interrogent sur le fait d'être et/ ou de rester en santé et se posent la question des inégalités de trajectoire de santé au quatrième âge (Sapin, Spini & Widmer, 2007). Ils s'appuient sur les travaux des épidémiologues Bopp et Minder qui ont mis en avant l'impact de l'éducation sur la mortalité et notamment l'existence d'un gradient éducatif qui montre que plus le niveau d'éducation est élevé, plus le risque de mortalité décroît (Bopp & Minder, 2003). Mais les chercheurs déplorent le fait qu'il existe peu d'études à ce sujet en Suisse et que ce soient surtout des études transversales. Ils se réfèrent aussi à trois modèles récemment développés par Davey Smith (2003) et Graham (2002) qui lient trajectoires de santé et environnement psychosocial. Le premier est le modèle des périodes critiques qui met l'accent sur l'influence qu'exerce sur les trajectoires de santé un nombre limité de périodes sensibles de la vie, tout particulièrement la période de l'enfance. Le second modèle est celui du cheminement qui reprend la ligne conductrice du modèle des périodes critiques tout en mettant l'accent sur les effets indirects de celles-ci sur les autres trajectoires de vie comme les trajectoires professionnelles ou familiales. Le troisième modèle est celui dit de l'accumulation, qui prend en compte l'effet de cumul que provoquent des périodes critiques et les effets indirects de ces dernières sur la santé. Cependant, ce dernier modèle n'exclut pas la possibilité que ces effets soient atténués par certaines circonstances du parcours de vie. Aussi, les chercheurs précisent que :

« Ces trois modèles sont complémentaires plutôt qu'opposés : les effets que chacun d'entre eux postule ont été confirmés dans de nombreuses études internationales. Ils ne remettent pas non plus en question les explications génétiques et les conditions socio-économiques propres à une époque ou à un groupe. La santé d'un individu peut être conceptualisée comme la somme de ses expériences passées, littéralement incorporées dans son fonctionnement physiologique. Les conditions sociales s'expriment dans des modifications du corps. » (Sapin, Spini & Widmer, 2007, p. 55)

Bien sûr ces modèles sont construits sur la base d'études longitudinales, mais la conception de la santé donnée par les chercheurs prend en compte l'effet de cumul qui peut s'exprimer au grand âge, ainsi que l'effet des conditions sociales. Cette conception de la santé amène donc à s'intéresser aux inégalités sociales de santé au grand âge, ce qui constitue un intérêt majeur d'étude dans le domaine de la sociologie et de la gérontologie. Surtout que le sens commun conduit plutôt à penser que cette dernière partie de la vie serait plutôt équitable quant à

l'apparition de maladies et dégénérescences liées à l'âge entre les individus, quelle que soit la catégorie sociale dont ils sont issus. Les études scientifiques ont pourtant montré qu'il n'en n'est rien et qu'il existe bel et bien des inégalités sociales face à la santé, qui plus avec des effets réciproques car les problèmes de santé coûtent et peuvent donc être sources de davantage d'inégalité. Les sociologues Christian Lalive d'Épinay et Stefano Cavalli en parlent en ces termes dans leur ouvrage consacré au quatrième âge :

« La caractéristique de la population âgée – ce qui la distingue radicalement des autres groupes d'âges – consiste dans l'extrême diversité des situations de santé que vivent des contemporains. C'est dire qu'au cours de la vieillesse la santé s'érige en source majeure d'inégalité. » (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013, p. 24)

Lalive d'Épinay et Cavalli l'ont dit, la santé au grand âge est plutôt caractérisée par des situations très hétérogènes qui sont le résultat d'effets cumulatifs d'inégalités tout au long du parcours de vie. Ils citent les travaux de Ferraro et Pulypiv (2009) et insistent sur les avantages et/ ou désavantages vécus tout au long de ce même parcours de vie, comme l'exprime le chercheur américain Dale Dannefer (2003). Les chercheurs parlent bien d'inégalités de santé et non de différence car, selon eux, elle s'inscrit dans un système hiérarchique qui comprend le pouvoir, le prestige ou encore les privilèges. A partir de cette précision, ils proposent leur propre conception de la santé qui est la suivante :

« La santé est un attribut de la vie ; de sa qualité dépend l'usage que nous pouvons faire de notre vie, tout comme les formes de notre participation à la société. Dès lors qu'elle est affectée, la santé devient source d'inégalités puisqu'elle réduit la capacité d'accès à un ensemble de biens, que ce soit dans le domaine des activités ou de la participation sociale et citoyenne, et plus généralement dans la jouissance de la vie. » (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013, p.48)

Les chercheurs abordent ensuite la question des inégalités de santé entre les sexes et le fameux débat du « paradoxe des genres » et celle des inégalités de classe sociale face à la santé.

#### *1.4. Grand âge et inégalités sociales : le paradoxe des genres et l'effet de l'éducation*

Concernant les inégalités de santé selon le sexe, Verbrugge en 1984 tire de ses travaux le constat que comparativement aux hommes, les femmes déclarent un plus grand nombre de maladies chroniques, mais que ces dernières seraient moins graves. Dans l'étude transversale de 1994, la prévalence d'incapacité fonctionnelle est plus forte chez les femmes âgées que chez les hommes (Lalive d'Épinay et al., 2000). Toutefois, les chercheurs ne notent pas d'écart significatif quant à leur incidence<sup>48</sup>. Lalive d'Épinay et Cavalli évoquent le paradoxe des genres, paradoxe selon lequel on retrouve au grand âge plus de femmes que d'hommes, mais en plus mauvaise santé par rapport à ces derniers. Les chercheurs s'appuient sur les données de l'OFS et considèrent l'espérance de vie à 65 ans qui indique une durée moyenne de vie de 19 ans pour les hommes et de 22.2 ans pour les femmes, soit une différence de trois ans. Ils considèrent ensuite le cas de l'espérance de vie en santé ou non et arrivent au constat que :

« Sur cette base, le tableau se complique : dans la population âgée suisse, la moitié des années

---

<sup>48</sup> La prévalence se rapporte au nombre de cas dans une population donnée et l'incidence considère le nombre de cas survenus au cours d'une période de temps donné au sein de cette même population (Lalive d'Épinay et al., 2000, p.101).

supplémentaires dont disposent les femmes seraient placées sous le signe de la maladie, dont une est vécue en situation de dépendance (Höpflinger, 2004). » (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013, p.50) Cependant cette idée fait encore l'objet d'un large débat dans la communauté scientifique (Lahelma, Arber et al., 2001).

Concernant les autres inégalités sociales face à la santé, plusieurs études se sont intéressées à ce lien. Notamment la relation entre le niveau d'éducation et la santé fonctionnelle (Auslander & Litwin, 1991) et le lien entre santé et ancien statut socioprofessionnel (Parker, Thorlund & Lundberg, 1994 ; Lalive d'Epinay et al., 1983). Lalive d'Epinay et Cavalli indiquent que le phénomène de la stratification socioprofessionnelle est une source connue d'inégalités autant dans les domaines socioéconomiques que dans celui de la santé. Ils présentent ensuite une étude suisse qui compare les écarts d'espérance de vie associée au niveau d'éducation, conduite par Schumacher et Vilpert en 2011. Les résultats ont montré qu'en analysant le cas d'individus décédés au début du XXIème siècle, il ressort que c'est à partir de l'âge de trente ans que les hommes qui ont un niveau d'éducation de type universitaire ou para universitaire ont bénéficié de plus de cinq ans de vie supplémentaire par rapport à ceux ayant seulement eu un niveau d'éducation primaire. Pour les femmes, cet écart s'élève à un peu plus de trois ans. Ces différences à propos des risques de mortalité selon le niveau d'éducation ont également été confirmées par une étude suisse alémanique plus ancienne de Bopp et Minder en 2003, que nous avons déjà citée plus haut. Les chercheurs présentent aussi une recherche menée par Cambois, Laborde et Robine datant de 2008. Sur base de données françaises, elle compare l'espérance de vie brute et l'espérance de vie sans incapacités de deux catégories socioprofessionnelles, à savoir les dirigeants et les cadres supérieurs d'un côté et les travailleurs manuels de l'autre. Les résultats montrent qu'à partir de l'âge de 35 ans la première catégorie peut encore espérer vivre en moyenne 47 ans tandis que la seconde catégorie ne peut espérer vivre plus de 41 ans en moyenne. De plus, la catégorie des travailleurs manuels compte dans ces 41 années, une moyenne de 17 années vécues avec au moins une incapacité tandis que pour les dirigeants et cadres supérieurs, ce chiffre s'élève à une moyenne de 13 années. Les inégalités sociales face à la santé sont donc bel et bien réelles, de même que les inégalités de santé selon le sexe. Ce qui fait de la santé au cours du vieillissement non pas seulement un objet propre à l'individu, mais à l'individu issu et situé dans son contexte social, donc un objet à mettre en lien avec la société.

#### 1.5. *Question de recherche : les inégalités sociales de santé sont-elles plus ou moins accentuées au grand âge ?*

Nous nous sommes intéressés dans les chapitres précédents aux inégalités sociales au grand âge et avons constaté la persistance de celles-ci, surtout en termes d'état civil, de logement et de revenus (celui-ci résultant du niveau de formation et de la catégorie socioprofessionnelle antérieure à la retraite). Ces inégalités sociales ont des répercussions auprès de la population âgée et met en marge des sous-groupes tels que les femmes âgées ou les individus non aptes ayant peu de ressources économiques.

Qu'en est-il de la santé au-delà de 80 ans et plus ? Cette question nous ramène à celle, centrale de la sélection. Lalive d'Epinay et Cavalli évoquent l'hypothèse de Pearlin (1994) qui va dans le sens d'une réduction des inégalités de classes et l'expliquent en ces termes :

« [...] pendant leur vie active, la mort frappe plus durement les travailleurs manuels que les employés et les cadres, opérant ainsi parmi eux une sorte de sélection naturelle ; n'y

échapperait pour atteindre le grand âge que les plus solides. Dès lors, au vu de la robustesse de ces survivants, on pourrait s'attendre que leur vie se poursuive dans les mêmes conditions que connaissent les vieillards des groupes sociaux plus favorisés. En d'autres termes, au très grand âge s'observerait un effacement des inégalités de classe devant la santé et les conditions de fin de vie » (Lalivé d'Épinay & Cavalli, 2013, p.56)

Pearlin, dans son article, sous-entend en fait que dans cette dernière partie de la vie, l'état de santé – en fait de vieillesse - (quel que soit le niveau social) prime sur les autres facteurs, et donc que ces derniers auraient tendance à ne plus avoir beaucoup d'incidence sur la santé. Cependant, Pearlin admet que faire primer l'état de santé sur les autres facteurs au grand âge permet certes une compréhension simple de cette période de la vie, mais met de côté tout un pan d'analyses structurelles plus fines de la société. Il l'exprime en ces termes :

« One of the common themes cutting across most of these articles concerns the differentiating effects of social structural arrangements on the oldest-old. Both directly and indirectly, within this population group comparison are made among people who occupy different class positions, or who are of different gender or race. Although an examination of the effects of such structural factors may seem to many readers an entirely standard analytic strategy, it is, in fact, rather rare in social gerontology. It is probably much more common to assume that as people age, their fates are ruled increasingly by biological and health factors and decreasingly by social and economic factors. To the extent that this assumption is accepted, it would certainly not encourage the consideration of social structural conditions in the lives of the oldest-old » (Pearlin, 1994, p.91)

Pearlin constate encore : « However, these articles show that even if the significance of social circumstances is reduced in this age group, it is not eliminated. » (Pearlin, 1994, p. 92)

Lalivé d'Épinay et Cavalli ont ensuite forgé leur propre avis à partir de l'étude longitudinale suisse SWILSOO (Lalivé d'Épinay, Spini et al, 2008) et en ont tiré les constats (plutôt similaire à ceux de Pearlin) suivants :

« L'étude SWILSOO apporte ici deux enseignements. D'abord à partir de la neuvième décennie de la vie, c'est avant tout l'état de santé de chacun qui décide de la durée de vie encore disponible et le statut socioprofessionnel n'est plus discriminant. En revanche, et c'est le deuxième enseignement, ce statut garde toujours une incidence significative sur la tournure de ces dernières années et donc leur qualité. » (Lalivé d'Épinay & Cavalli, 2013, p.56)

L'hypothèse de départ de Pearlin va à l'encontre de ce qui a été évoqué dans le chapitre précédent ainsi que dans les études scientifiques qui s'intéressent aux inégalités sociales au grand âge. Mais les conclusions qu'il en tire ainsi que celles de Lalivé d'Épinay et son équipe sont davantage en demi-teinte face à cette hypothèse, montrant bien que dans cette dernière partie de la vie, la santé des individus prime avant toute chose et que l'arrivée d'une maladie, d'une déficience ou d'un handicap peut vite s'aggraver, quelle que soit l'origine sociale de la personne âgée. Cependant, les chercheurs mettent en évidence l'incidence du statut socioprofessionnel sur la qualité de vie de la personne très âgée confrontée à ces troubles. L'hypothèse selon laquelle la santé qui s'exprime au grand âge est possiblement le résultat du cumul du parcours de santé de l'individu ainsi que des facteurs externes tels que ses conditions de vie ou encore son niveau social existe également (Dannefer, 2003) et ne peut être, en l'état ni complètement infirmée, ni confirmée.

Ainsi, les hypothèses scénarisant l'évolution de la santé et l'évolution des inégalités sociales face à la santé au grand âge coexistent et doivent être appuyées (ou contestées) par la démarche empirique. Ce chapitre reste donc fidèle à la vision holistique de la santé définie par l'OMS et s'intéresse successivement à plusieurs aspects de la santé au grand âge, que ce soit de manière distincte mais aussi de façon plus intégrative, notamment par l'intermédiaire de la fragilité. Le souci est aussi de prendre en compte la multiplication des problèmes de santé qui sont souvent plus fréquents dans cette dernière période de la vie. Car avec l'avancée en âge, l'individu perd au fur et à mesure ses ressources physiologiques (et ce dès la trentaine en ce qui concerne les capacités physiques, et un peu plus tôt – vers 25 ans – en ce qui concerne les capacités psychiques). Ces pertes l'amènent à faire face à plus de risques concernant la dégradation de son état de santé.

## **2. La santé dans l'étude VLV**

Le questionnaire de l'étude VLV comprend de nombreuses questions portant sur la thématique de la santé et ses différentes composantes telles que la santé physique, la santé psychique, les douleurs, le style de vie (consommation de tabac, d'alcool et de médicaments), ou encore la santé fonctionnelle à travers l'évaluation des capacités à effectuer des tâches quotidiennes. La santé sous tous ses aspects constitue ainsi une part majeure du questionnaire. Les questions sont issues des enquêtes précédentes, mais la plupart sont de nouvelles questions issues des sous projets de l'étude (voir chapitre 2). Notamment, des questions proposées par les médecins et qui s'intéressent à la santé d'un point de vue médical avec des sujets spécifiques comme la douleur et les comorbidités gériatriques. Le questionnaire comprend également des parties enquêtant la santé psychique et les performances cognitives, proposées par des psychologues. Toutes sont réparties tant dans le questionnaire auto-administré que dans celui face à face selon les modalités de réponse et de passation qu'elles nécessitent. Certaines requièrent en effet la présence d'un enquêteur pour évaluer les réponses de la personne âgée. Cependant, malgré son ambition, ce chapitre n'aborde pas et ne prend pas en compte l'ensemble des questions sur la santé présentes dans le questionnaire (Ludwig, Cavalli & Oris, 2014). Ici, compte tenu de la centration sur le grand âge, ce seront nécessairement les questions communes à l'échantillon des aptes et à l'échantillon des proxys qui seront principalement abordées, car elles permettent de détailler le paysage pathologique du grand âge.

### **2.1. Questionnaire auto-administré**

Le questionnaire auto-administré de l'étude VLV comprend une section sur la santé qui regroupe une vingtaine de questions. Il s'agit de questions à propos de l'indice de masse corporelle où sont demandés la taille et le poids de la personne. Nous retrouvons des questions portant sur la perception propre et l'autoévaluation de la santé (par rapport à soi, au passé, aux contemporains et au conjoint) mais aussi des questions sur les troubles physiques. Le questionnaire auto-administré aborde également les troubles sensoriels visuels et auditifs ainsi que les chutes et fractures du col du fémur. Mais aussi des questions sur la santé fonctionnelle. Nous retrouvons la plupart de ces questions dans le questionnaire proxy, principalement celles portant sur les troubles physiques, sensoriels et sur la santé fonctionnelle.

## 2.2. Questionnaire face à face

Le questionnaire face à face regroupe encore de nombreuses questions à propos de la santé physique et psychique. Il comprend notamment des questions médicales issues de l'échelle évaluant la santé reliée à la qualité de vie (EuroQol, 1990). Mais aussi des questions à propos des comorbidités gériatriques et sur l'évaluation de la douleur. Concernant la santé psychique, le questionnaire face à face reprend des tests cognitifs, l'évaluation des symptômes dépressifs et de la santé fonctionnelle, à l'aide des activités et des activités instrumentales de la vie quotidienne ainsi que des questions portant sur la mémoire.

## 2.3. Questionnaire proxy

Le questionnaire destiné aux personnes non aptes comprend des questions issues des questionnaires auto administré et face à face qui ont été adaptées pour qu'elles puissent être posées à un proche ou à un membre du personnel soignant. Dans ce cas, ce sont bien sûr avant tout les questions portant sur la santé de manière plutôt objective qui ont été gardées. Ainsi le questionnaire proxy comprend des questions permettant d'évaluer la santé fonctionnelle, les troubles physiques, les chutes, la fragilité ou encore l'hospitalisation mais ne comprend pas par exemple les questions sur l'autoévaluation de la santé ou les tests cognitifs. Pour certaines questions de l'échelle d'évaluation des symptômes dépressifs il est assez délicat de répondre à certain des items à la place de la personne interrogée pour des items tels que la confiance en l'avenir, les sentiments personnels -tristesse, isolement, confiance en soi, inquiétude- mais d'autres items sont plus facilement évaluables de la part du proxy, comme les troubles de l'appétit ou du sommeil qui sont nécessaires à la mesure de la fragilité.

## 3. Les troubles physiques et les maladies chroniques

L'apparition de troubles physiques et de maladies chroniques sont l'expression même de la vieillesse et du corps vieillissant soumis à l'effet de la sénescence. En Suisse, le rapport national sur la santé de 2015 qui s'intéresse aux personnes âgées de 65 ans et plus s'appuie sur les données de deux enquêtes, à savoir *l'enquête suisse sur la santé* (ESS) et *l'enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution* (ESAI). Ces études passent en revue plusieurs aspects de la santé telles que l'espérance de vie en bonne santé, l'état de santé autoévalué, la santé mentale, les maladies ou encore le style de vie. Le rapport national sur la santé offre un appui et un point de comparaison avec les résultats de l'étude VLV.

Le rapport suisse sur la santé consacre une publication au sujet des maladies chroniques et avance le chiffre de 2.2 millions de personnes souffrant d'une maladie chronique et une personne sur cinq de plus de 50 ans souffrant de multimorbidité en Suisse (Obsan, 2015, p.123). Moreau-Gruet (2013) définit la multimorbidité comme le fait de souffrir maladies chroniques multiples c'est-à-dire de deux maladies chroniques, ou plus, en même temps ; mais elle explique que la mesure et donc la prévalence de la multimorbidité diffère beaucoup selon les études en raison du niveau des seuils utilisés. En se basant sur les résultats de l'enquête SHARE à propos de la prévalence et déterminants de la multimorbidité en Suisse, Moreau-Gruet (2013) estime que parmi la population âgée de 50 ans et plus, près de la moitié (49.9%) souffre d'au moins une maladie chronique, dont 20.1 % d'arthrose et de rhumatismes, 19.1 % de dépression, 9.6 % de cataracte, 7 % de maladie cardiaque et 6.8 % de diabète ou d'hyperglycémie. De l'ordre de 22 % de cette population souffre aussi de comorbidités ou

multimorbidités. En effet, les problèmes de santé ont tendance à s'accumuler au fur et à mesure de l'avancée en âge avec par exemple 11 % des 50-54 ans qui ont deux maladies chroniques ou plus, mais les multimorbidités concernent jusqu'à 44 % des 85 ans et plus. Les maladies chroniques associées les plus fréquentes sont surtout l'arthrose et la dépression, à hauteur de 30.3 % de la population multimorbide, puis l'arthrose et la cataracte (17.1 %) et l'arthrose avec l'ostéoporose (12.6%). Ensuite l'association la plus fréquente est celle de la dépression avec les maladies cardiaques (10.1%), le diabète (10%) et la cataracte (9.1%). Ces résultats mettent en évidence le fort impact que peut avoir la santé physique sur la santé psychique et inversement. De plus, souffrir de comorbidités est influencé par les facteurs sociodémographiques tels que le niveau d'éducation, l'état-civil, la situation professionnelle ou encore le niveau de revenus (Moreau-Gruet, 2013).

### 3.1. *Les troubles de la santé physique dans l'étude VLV*

Dans l'étude VLV, les questions portant sur l'évaluation des troubles physiques ont été utilisées par les chercheurs depuis longtemps (dès 1979 en Suisse), pour les raisons suivantes qui restent encore évidentes aujourd'hui :

« Dans le cadre d'une enquête de population dans laquelle les enquêteurs ne sont pas des professionnels de la santé, il est délicat d'utiliser un langage médical savant. C'est pourquoi il n'a pas été demandé aux personnes d'identifier leurs maladies, mais de mentionner les troubles dont elles souffrent en les localisant dans la géographie corporelle. » (Lalive d'Épinay et al., 2000, p. 105)

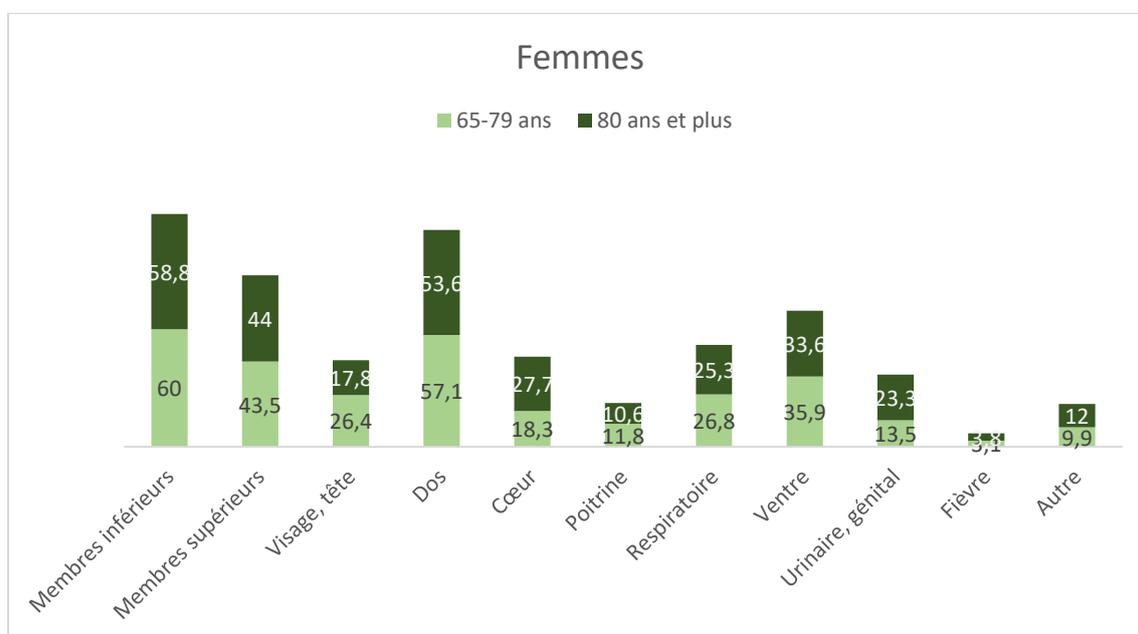
L'évaluation des troubles physiques porte donc sur une batterie de questions composées de onze items (tableau 14) et où l'on demande à la personne âgée de répertorier les divers troubles physiques dont elle souffre ou a récemment souffert (au cours du mois écoulé). Pour cela, les personnes ont le choix de répondre selon trois modalités de réponse, à savoir : « non, pas du tout » (ce qui signifie que la personne n'a pas ou ne souffre pas de ce trouble), « oui, un peu » et « oui, beaucoup ». La distinction entre ces deux dernières modalités de réponses est laissée à l'appréciation de la personne qui répond. Ces questions ont également été proposées auprès de l'échantillon proxy et ont donc été soumises à l'évaluation subjective du proche répondant. Nous pouvons nous demander comment prendre en compte le fait que l'ainé déclare souffrir beaucoup ou un peu de troubles physiques et nous considérons dans un premier temps une simple réalité dichotomique : le fait que la personne déclare souffrir ou pas de ce trouble. Nous reviendrons cependant, dans l'évaluation de la fragilité, sur la distinction entre ces deux niveaux de réponse.

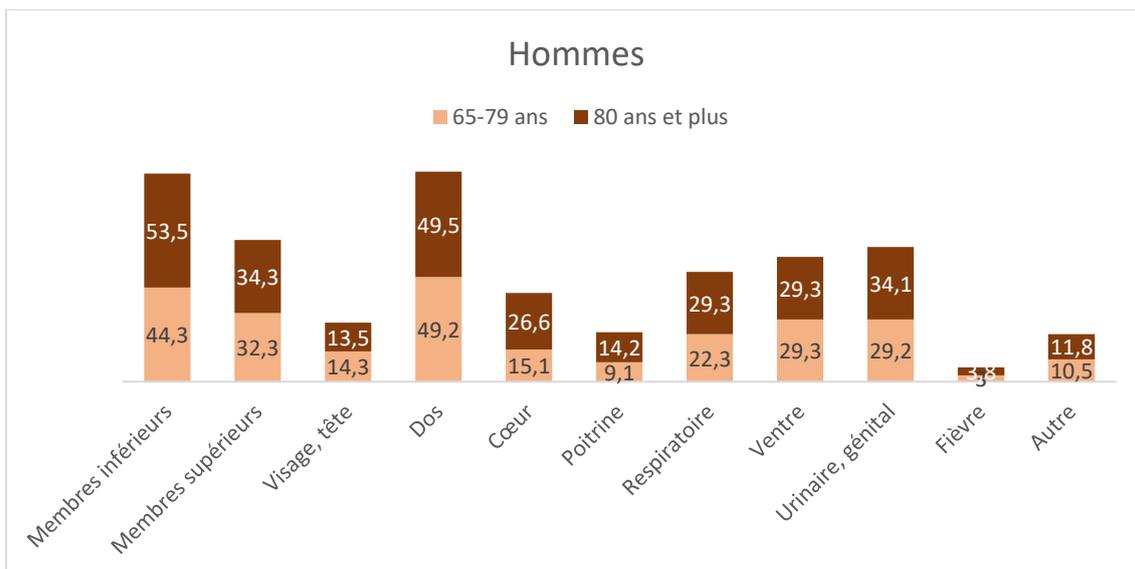
Tableau 14. Fréquence des troubles physiques VLV

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous souffert de ?	Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, beaucoup
Douleurs, crampes, tremblements ou enflure des membres inférieurs (pieds, jambes, genoux, hanches...)	46%	41.1%	12.9%
Douleurs, crampes, tremblements ou enflure des membres supérieurs (mains, poignets, coudes, bras, épaules)	61.7%	30.7%	7.7%
Maux de tête ou autres douleurs au visage	82.1%	15.4%	2.5%
Maux de dos, de reins	47.8%	39.2%	13%
Irrégularités cardiaques : palpitations et douleurs	78.1%	18.5%	3.4%
Difficultés respiratoires, asthme, toux chroniques, maux de gorge	74.1%	20%	5.5%
Maux d'estomac, maux de ventre, diarrhée, constipation	68%	27.5%	4.5%
Douleurs, gêne ou mauvais fonctionnement des organes génitaux ou du système urinaire	74.4%	20.1%	5.2%
Douleurs dans la poitrine, sensation de pression	88.5%	10.5%	1%
Fièvres	96.5%	3.1%	0.4%
Autre (si autre, veuillez préciser)	89%	5.8%	5.2%

Si l'on considère la totalité de l'échantillon et les individus qui ont répondu à l'ensemble des questions sur les troubles physiques, le pourcentage de données manquantes s'élève à près de 12 % (11.9 % exactement). La figure 34 présente la répartition des réponses concernant les troubles physiques selon le sexe et la classe d'âge ; nous verrons ensuite cette répartition dans l'échantillon proxy.

Figure 34. Troubles physiques selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV





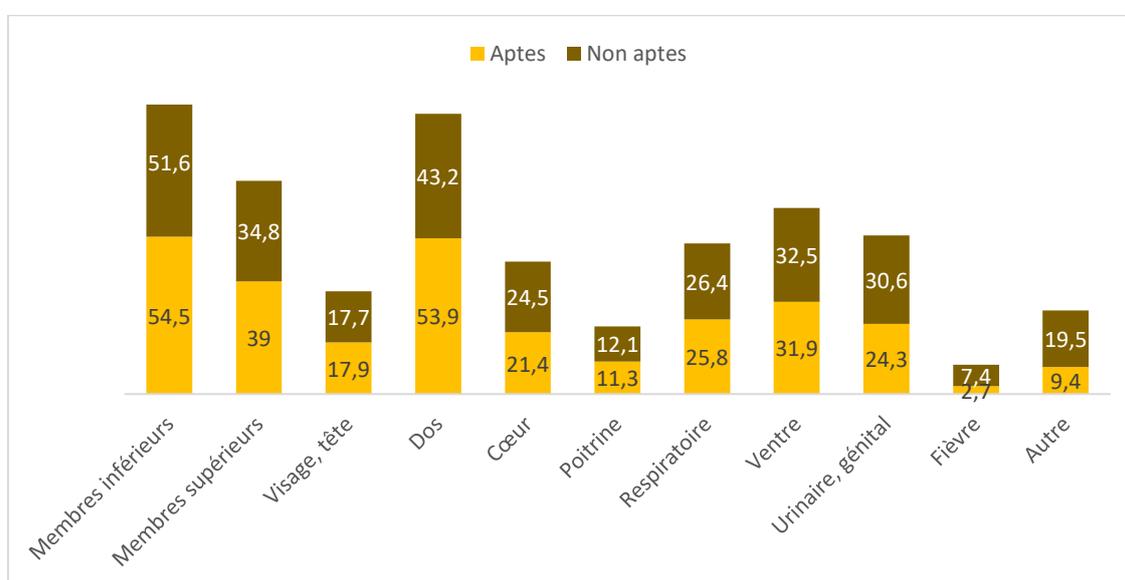
Tout sexe et classe d'âge confondus, les principaux maux dont déclarent souffrir les personnes âgées sont les maux de dos et de reins (52.2%) ainsi que les problèmes liés aux membres, soit les douleurs, crampes, tremblements ou encore enflures des membres inférieurs (54%) et supérieurs (38.4%). Une bonne partie d'entre eux déclarent souffrir également de maux de ventre, maux d'estomac, diarrhée et constipation (34.7% des femmes et 29.3% des hommes) et de difficultés respiratoires, d'asthme, de toux chronique ou encore de maux de gorge (26.1% des femmes et 25.7% des hommes).

Les autres types de souffrance se répartissent différemment selon le sexe et la classe d'âge. Les irrégularités cardiaques et les problèmes liés au système urinaire et à l'appareil génital sont les maux qui augmentent le plus d'une classe d'âge à l'autre, et ce tant auprès des femmes (la proportion passe de 18.3% chez les 65-79 ans à 27.7% chez les 80 ans et plus pour les irrégularités cardiaques et de 13.5% à 23.3% pour les problèmes liés au système urinaire et à l'appareil génital) que des hommes (la proportion passe de 15.1% chez les 65-79 ans à 26.6% auprès des 80 ans et plus concernant les irrégularités cardiaques et de 29.2% à 34.1% pour les problèmes liés au système urinaire et à l'appareil génital). Ensuite, les femmes sont plus nombreuses à déclarer être atteintes que les hommes sur ces trois premiers troubles. Elles sont 55.3% à souffrir de maux de dos et de reins contre 49.3% des hommes.

Constat étonnant, les femmes âgées de 80 ans et plus semblent souffrir moins que leurs cadettes sur certains troubles. En effet, 60% des femmes âgées de 65-79 ans déclarent souffrir des membres inférieurs contre 58.8% de leurs aînées. La différence est certes minime mais elle est également présente dans les cas des troubles d'estomac, de ventre et de digestion (35.9% des 65-79 ans et 33.6% des 80 ans et plus) ainsi que les pour maux de dos qui touchent 57.1% des 65-79 ans et 53.6% des 80 ans et plus, les maux de tête (26.4% des 65-79 ans contre 17.8% des 80 ans et plus), les problèmes respiratoires (qui touchent 26.8% des 65-79 ans et 25.3% des 80 ans et plus) et les douleurs de poitrine (11.8% des 65-79 ans et 10.6% des 80 ans et plus). Ces résultats sont difficiles à interpréter. A priori, ils supportent l'idée que les plus âgés sont sélectionnés sur leur bonne santé, mais l'hypothèse d'une accommodation existe aussi, voire d'une moindre propension à se plaindre dans les générations les plus anciennes, dont les conditions de vie furent plus dures.

Les hommes quant à eux semblent moins touchés que les femmes par les troubles physiques et connaissent une distribution plus « classique », montrant une augmentation de personnes atteintes entre les *young old* et les *old old*. Ainsi, il y a une plus grande proportion d'hommes âgés de 80 ans et plus qui déclarent être touchés par différents troubles physiques que d'hommes âgés entre 65 et 79 ans. Cependant, cette proportion reste tout de même plus faible que celle des femmes. Les maux les plus fréquents (après ceux liés au dos et aux membres supérieurs) rapportés par les hommes âgés, sont les problèmes liés au système urinaire et à l'appareil génital (29.2 % des 65-79 ans et 34.1 % des 80 ans et plus) tels que les problèmes de prostate. Ensuite, ce sont les difficultés respiratoires qui sont fréquemment rapportées par les hommes (22.3 % des 65-79 ans et 29.3 % des 80 ans et plus). Ainsi, au grand âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir de troubles physiques, mais de façon moins importante que leurs cadettes. Qu'en est-il plus particulièrement des individus non aptes ? Est-ce que se sont eux qui rassemblent le plus d'individus souffrant de troubles physiques ? Les résultats sont les suivants.

Figure 35. Troubles physiques selon le statut de santé des individus aptes et non aptes (en %) VLV



La répartition des réponses concernant les individus non aptes est étonnante (figure 35). En effet, nous pourrions à priori nous attendre que leurs proxys les déclarent souffrir plus que les personnes aptes (et même que ce soient eux qui fassent gonfler le chiffre d'individus souffrant de troubles physiques). Or il n'en n'est rien, et même dans certains cas les individus aptes sont majoritaires à déclarer souffrir d'un trouble par rapport aux non aptes. En effet, concernant les troubles aux membres inférieurs (54.4% des individus aptes contre 51.6% des individus non aptes) et supérieurs (39% des individus aptes contre 34.8% des individus non aptes), les maux de dos et de reins (53.9% des individus aptes contre 43.2% des individus non aptes) ainsi que les problèmes et douleurs au visage, à la tête (17.9% contre 17.7%). Il y a plus de personnes aptes qui déclarent souffrir de ces troubles que de personnes non aptes. Sinon, concernant le reste des troubles physiques, les individus non aptes sont un peu plus nombreux à en être affectés que les aptes. Comment interpréter un tel résultat ? Cela montre qu'il ne faut pas négliger les souffrances que vivent les personnes âgées dans leur quotidien quelle que soit leur situation. Plus spécifiquement, il faut suspecter que les proches restent prisonniers du stéréotype qui lie l'immobilité des très âgés à l'absence de réactivité, donc de souffrance. Il est possible aussi que les personnes atteintes de maladies neurodégénératives n'arrivent pas à

exprimer leurs souffrances d'une manière assez explicite, assez cohérente pour que leurs proches puissent en prendre conscience.

Nous pouvons retenir de ces résultats sur les troubles physiques la forte proportion de personnes âgées déclarant souffrir de problèmes de santé. Plus de la moitié de la population interrogée souffre de maux de dos et de reins, ainsi que des membres inférieurs (pieds, genoux, jambes, hanches), et ce dès l'âge de 65-79 ans. Il est étonnant de retrouver si peu d'écart entre les classes d'âge et nous fait nous demander pourquoi retrouve-t-on presque autant (voir plus dans le cas des femmes) de personnes déclarant souffrir de troubles physiques dans la classe d'âge la plus jeune comparativement à la plus âgée ? De plus, de telles souffrances peuvent avoir un impact sur la vie quotidienne des personnes âgées notamment dans l'accomplissement de leurs tâches de tous les jours.

### 3.2. *L'évaluation des comorbidités*

Comme nous l'avons vu en introduction de cette section, le rapport national sur la santé de 2015 au sujet des comorbidités (ou multimorbidités dans le rapport) montre, en se basant sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) de 2010/2011 que :

« 22 % des personnes de plus de 50 ans vivant dans un ménage privé sont atteinte de plus d'une maladie. La prévalence passe de 11.0 % chez les 50-54 ans à 21.7 % chez les 65-69 ans, pour atteindre 44.1 % chez les personnes de plus de 85 ans. La multimorbidité est encore nettement plus marquée chez les personnes âgées vivant en institution médico-sociale (données de l'ESAI) : 85.5 % des résidents ont au moins deux diagnostics et près du quart de ceux-ci (22.8%) ont cinq diagnostics ou plus. » (Obsan, 2015, p.111)

Selon le rapport, plus l'avancée en âge des individus est grande, plus le risque de développer des maladies multiples est haut.

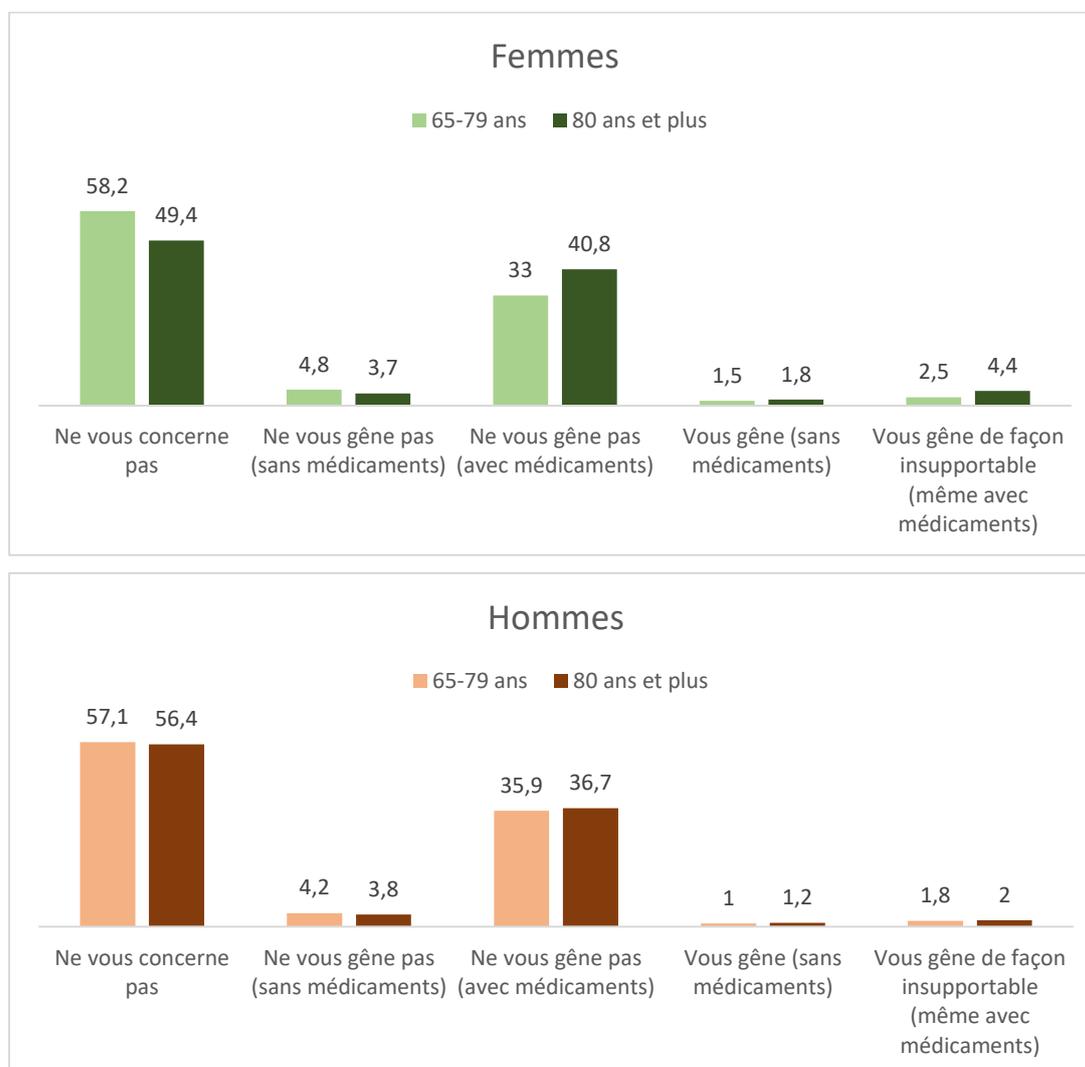
Le questionnaire de l'étude VLV comporte aussi des questions à propos du cumul de maladies (ou comorbidités) mais cette fois d'un point de vue plus directement médical. Il existe plusieurs échelles évaluant les comorbidités mais celle retenue pour l'étude est l'indice gériatrique des comorbidités de Martínez-Velilla & Zerkry (2014), en raison de ses meilleures capacités de prédiction concernant les résultats vitaux en lien avec les aspects physiologiques des maladies. L'échelle est composée de 15 types de problèmes de santé où la personne qui répond doit indiquer selon cinq modalités de réponse si ces problèmes de santé sont : présents mais ne la gênent pas (sans médicaments), s'ils sont présents et ne la gênent pas (cette fois avec médicaments), s'ils sont présents et la gênent (sans médicaments), s'ils sont présents et la gênent de façon insupportable (même avec des médicaments) et enfin tout simplement si ces problèmes de santé ne la concernent pas. Les individus sont ensuite classés selon l'intensité des problèmes qu'ils ont évoqués (absence de problème de santé, présence de problème de santé qui nécessite des médicaments mais non gênant, présence de problème de santé mais pas contrôlés par la prise de médicaments et enfin présence de problème de santé menaçant la survie de la personne).

Cette échelle a été proposée dans la partie face à face du questionnaire et seulement auprès de l'échantillon principal (aptés) du fait de la spécificité des problèmes de santé évoqués dans la liste d'items. Elle comprend aussi un faible taux de non réponse du fait de l'entretien face à face entre l'enquêteur et l'enquêté (Oris, Guichard & al., 2016). En effet, le pourcentage de réponses

manquantes à cette échelle oscille entre 0.9% et 1.8% selon les items.

La répartition des réponses à cette échelle de comorbidités montre des résultats très différents de celle des troubles physiques. Pour la majorité des problèmes de santé, la plupart des individus ont répondu que ces problèmes ne les concernaient pas, tant dans la classe d'âge la plus jeune que chez les 80 ans et plus qui restent majoritaires à déclarer ne pas souffrir de tels problèmes chroniques de santé. Cependant, le principal trouble évoqué par les personnes âgées est l'hypertension artérielle. La question est formulée de la manière suivante dans le questionnaire : « hypertension artérielle (tension artérielle élevée, mesurée à plus de 140/90 millimètre de mercure). Sans symptômes avec traitement signifie valeur normale en prenant les médicaments ». La formulation de la question est donc assez spécifique et requiert une connaissance précise de son état de santé, alliée à un bon dialogue entre la personne âgée et son médecin traitant. L'hypertension artérielle est le seul item de l'échelle de comorbidité où un peu plus de la moitié des femmes de 80 ans et plus déclarent en souffrir et un peu moins de la moitié des hommes et des individus âgés entre 65 et 79 ans (figure 36).

Figure 36. Hypertension artérielle selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



Ensuite, les problèmes de santé les plus fréquents, mais d'une importance bien moindre, sont les antécédents d'infarctus et d'intervention cardiaque pour les hommes (5.9% des femmes et 16.9% des hommes de 65-79 ans et 15.7% des femmes et 26.8% des hommes de 80 ans et plus déclarent ce trouble présent), puis l'arythmie cardiaque tant pour les hommes que pour les femmes et de façon plus importante auprès des 80 ans et plus (14.6% des femmes et 14.3% des hommes de 65-79 ans et 22.2% des femmes et 25% des hommes de 80 ans et plus en souffrent). Ensuite, viennent les problèmes de santé liés aux douleurs des jambes affectant la marche obligeant à s'arrêter (après quelques dizaines ou centaines de mètres), dues à des artères bouchées, qui concernent 17% des femmes et des 14.1% des hommes âgés de 65-79 ans et 28.2% des femmes et 22.5% des hommes âgés de 80 ans et plus. Enfin, ce sont les problèmes de santé liés à des ulcères d'estomac, maux de ventre, diarrhées chroniques et constipation autre que cancer ainsi que des problèmes de diabète qui sont fréquemment évoqués surtout chez les personnes âgées de 80 ans et plus.

En se référant au rapport national de la santé de 2015, les principales causes de décès des personnes âgées de 75 ans et plus sont les maladies du système cardio-vasculaires qui concentrent 37.5 % des décès des hommes et 41.3% des décès des femmes de cette classe d'âge (Obsan, 2015, p. 100). Ce type de problème de santé augmente au fur et à mesure de l'avancée en âge et les personnes âgées de 80 ans et plus sont donc plus nombreuses à en souffrir. La deuxième cause de décès dans cette classe d'âge est le cancer avec principalement celui de la prostate pour les hommes (plus de 700 cas pour 100 000) et celui du sein pour les femmes. Concernant le diabète, les résultats obtenus dans l'étude VLV sont proches de ceux présentés par le rapport qui dénombre 18.9 % des hommes de 75 ans et plus à en souffrir et 9 % pour les femmes de la même classe d'âge. De même pour les maladies et difficultés respiratoires où les résultats du rapport montrent que cela concerne 6 % des hommes et des femmes âgés de 75 ans et plus et où les résultats de l'étude VLV se positionnent de manière assez proche avec 5.5 % des femmes et 4.6 % des hommes de 80 ans et plus qui en souffrent (Obsan, 2015).

Ainsi les résultats concernant l'évaluation des troubles physiques et l'échelle d'évaluation des comorbidités montrent que les personnes âgées, même celles âgées de 80 ans et plus, sont loin d'être majoritaires à déclarer souffrir de problèmes de santé. La répartition des réponses montre tout de même une proportion un peu plus importante d'individus âgés de 80 ans et plus qui déclarent souffrir de problèmes de santé en comparaison à leurs cadets. Par contre, concernant les différences selon le sexe, les femmes ne semblent pas être plus nombreuses que les hommes à souffrir de problèmes de santé. A cet égard, les résultats se répartissent plus selon le type de troubles, comme par exemple les problèmes cardiaques où les hommes sont plus nombreux que les femmes à en souffrir.

Il ne faut pas oublier que ces deux types de questions, troubles physiques et comorbidité, bien qu'elles s'intéressent toutes les deux à la santé physique, ne mesurent pas la même chose et pas de la même manière. En effet, l'échelle des comorbidités est utilisée habituellement à titre médical ; c'est pourquoi les termes de santé sont très spécifiques et dans le cadre de l'étude VLV, il a fallu adapter cet outil en ajoutant une liste de symptômes liés aux maladies décrites dans l'échelle afin d'orienter au mieux les réponses des personnes âgées. De plus, les modalités de réponses sont très différentes dans la mesure où elles prennent en compte la consommation de médicaments ou pas. Tandis que les questions portant sur les troubles physiques demandent plutôt de renseigner un aspect global de la santé en se concentrant sur des parties du corps plutôt que des pathologies spécifiques. De même que les modalités de réponses indiquent si la personne souffre un peu, beaucoup ou pas du tout de ces troubles physiques, ce qui est moins spécifique que dans l'échelle d'évaluation des comorbidités, aussi

parce que cette question sur les troubles n'est pas destinée à une évaluation médicale.

La santé physique constitue un aspect majeur de la vie et du quotidien des personnes très âgées du fait de son fort impact sur les autres aspects du vieillissement. Voir décliner sa santé physique, que ce soit plus tôt dans la vie ou au grand âge, peut vite avoir des répercussions sur de nombreux aspects de la vie. Cela peut devenir encore plus prégnant avec l'avancée en âge et le risque de récupérer moins vite ou partiellement de problèmes de santé du fait du processus de sénescence. Seulement, voir la santé dans son seul aspect physique et médical peut, comme nous l'avons vu en évoquant le paradigme biomédical dénoncé par Ennuyer, amener à contribuer à la construction d'une vision trop médicalisée de la vieillesse. C'est pourquoi le choix de prendre en compte deux types de questions sur la santé physique a été fait ici. Aussi, se focaliser seulement sur les aspects physiques et le déclin physiologique associé au vieillissement de manière objective, occulte quelque part tout le pan subjectif de la santé. Or cet aspect apporte un point de vue différent sur la vieillesse, celui des individus face à leur propre vieillissement et à leur bien-être. Cette composante subjective amène à penser la santé et le vieillissement dans une optique plus large et à s'intéresser à des concepts ne prenant pas uniquement en compte le point de vue médical centré sur les maladies, les symptômes et leur évolution, mais aussi les aspects sociaux et psychologiques de la santé. De plus, cela amène à s'interroger sur les répercussions que peuvent avoir les problèmes de santé physique sur les douleurs et les activités de la vie quotidienne des personnes très âgées. Ainsi, la capacité, ou la difficulté voire l'incapacité à réaliser des activités de la vie quotidienne relève de la santé fonctionnelle.

#### **4. La santé fonctionnelle**

##### *4.1. La construction historique d'un concept*

La santé fonctionnelle est un concept large qui tire son origine du développement et de la construction sociale du champ de la santé. Elle pourrait être à elle seule l'objet d'un travail de recherche dont nous résumerons ici seulement les principaux aspects. Elle est en quelque sorte le résultat des réflexions et des recherches qui ont été menées au sujet de la classification de l'état de santé et de son évaluation en termes de déficiences, d'incapacités, de handicap ou encore de dépendance. De ce fait, la santé fonctionnelle découle de l'évolution du champ médical mais aussi du processus de construction sociale de ce dernier, car elle intègre non seulement le point de vue des maladies et des atteintes physiques mais aussi l'aspect des répercussions de celles-ci sur le quotidien des individus. D'une façon générale, elle est définie comme la capacité ou l'incapacité de l'individu à « fonctionner » dans sa vie quotidienne, c'est à dire à accomplir des gestes de la vie quotidienne nécessaires à son autonomie.

Ainsi, le concept de la santé fonctionnelle découle de celui de la santé et notamment des travaux de Wood et de sa définition des incapacités et des handicaps qui a donné lieu à la classification internationale des incapacités et des handicaps par l'organisation mondiale de la santé (Wood, 1980). Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, il élabore un modèle passant de la déficience à l'incapacité puis au handicap, chacune des étapes ayant des répercussions comportementales et sociales sur différents niveaux. La déficience ayant un caractère intrinsèque et des atteintes au niveau des organes, tissus ou membres touchés. Les incapacités relevant d'un caractère objectif au niveau individuel et le handicap relevant plus d'un caractère commun ayant des répercussions au niveau de la société, par exemple en matière de prise en charge ou de reconnaissance sociale. Ebersold, dans son ouvrage intitulé « *L'invention du*

*handicap* », publié en 1997, évoque la multiplicité des termes liés à la santé fonctionnelle et explique que la conception de la santé joue sur deux images qui s'affairent à compenser les conséquences de l'atteinte organique (en d'autres termes des déficiences). La première image évoquée par l'auteur est celle de l'infirmité qu'il décrit comme une tare individuelle incurable ; la seconde image est celle de l'incapacité qu'il perçoit comme un risque social objectif et réadaptable. Selon lui, la notion de handicap (qu'il associe également avec celle d'incapacité) s'est scindée en les notions d'inadaptation sociale (telle que la pauvreté), de maladie et de vieillesse, mais partage tout de même avec la dernière l'incapacité à accomplir des tâches de la vie quotidienne qui est la traduction d'une certaine conception de la normalité. La santé fonctionnelle prend en compte le fait qu'il existe une certaine normalité et que son évaluation dépend de l'écart qu'il y a avec celle-ci.

En se référant à la théorie de la transition épidémiologique (chapitre 1) qui postule que l'on serait passé d'une période caractérisée par les maladies infectieuses et les épidémies à une période dominée par les maladies chroniques et dégénératives, le sujet des maladies chroniques pose un problème relativement nouveau aux médecins. Dans le sens où les causes de ces maladies sont multiples et encore mal connues et que celles-ci ont des répercussions sur les activités courantes des individus, du fait de leur caractère de longue durée et souvent irréversible. Hébert (1982) explique que les maladies chroniques nécessitent d'élaborer un autre mode de diagnostic qui exige de prendre en compte les effets de la maladie auprès des individus et donc de poser un diagnostic fonctionnel plutôt que physiopathologique. De plus, le questionnement sur les maladies chroniques amène à repenser le modèle pasteurien classique élaboré sur le schéma de l'évolution des maladies infectieuses. Wood (1980) développe alors un modèle plus adapté au développement et à la perception de la santé et de la médecine actuelle. Dans ce modèle, la santé fonctionnelle correspond au niveau des incapacités dans le sens où le degré d'incapacité des individus sur des tâches quotidiennes est évalué, sans prendre en compte les déficiences et handicaps dont ils peuvent être atteints.

Dans une perspective historique, ces évolutions sont la manifestation d'un changement de paradigme dans le champ de la santé et plus particulièrement de la médecine, où l'on voit apparaître une médecine de réadaptation et de réhabilitation qui s'accompagne de la mise en place d'études cliniques cherchant à comprendre l'évolution des incapacités. C'est à partir des années 1970 que se développent aux États-Unis d'abord, en Europe ensuite, les premiers instruments (à usage clinique) de mesure d'évaluation des capacités fonctionnelles. S'en suit, l'élaboration de plusieurs échelles d'évaluation de santé fonctionnelle, souvent redondantes mais pas forcément comparables entre elles et ne mesurant pas toutes les mêmes types d'incapacités, donc donnant des résultats difficilement généralisables. Cependant, les travaux de Wood vont traduire la réelle volonté d'uniformiser les indicateurs d'abord au niveau national puis à l'échelle internationale, avec la classification internationale des incapacités et handicaps (Pin, 1997). Aujourd'hui, la santé fonctionnelle reste caractérisée par la multiplicité de ses instruments de mesure mais aussi par ses objectifs d'évaluation. Hébert (1982) définit quatre pôles d'utilisation possible de la mesure des incapacités que sont la planification (besoin de la population, évaluation d'un programme de santé, etc.), le placement des individus selon leur besoin, les soins et enfin la recherche. Il classe les incapacités qui sont évaluées à travers les mesures de santé fonctionnelle en cinq catégories, à savoir les soins personnels, les soins domestiques, la mobilité, la communication et les fonctions mentales, reprenant en cela le célèbre questionnaire de Katz et ses collègues (1970).

Dans un article consacré à l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, Hébert (1982) parle de ce concept dans une perspective historique et réflexive centrée sur l'apparition de celui-ci dans le champ de la santé et sur son évolution au cours du temps. Il

évoque la particularité de la médecine gériatrique qui consiste principalement à privilégier les soins, à défaut de guérir complètement les personnes âgées dans le cas de maladies longues et incurables, mais aussi de faire en sorte d'apporter une aide supplémentaire auprès de cette population. La gériatrie montre ainsi la spécificité de cette discipline médicale où l'effet de la maladie sur l'individu et ses répercussions sur son fonctionnement au quotidien sont tout aussi importants que la prise en charge et les soins. Hébert présente les notions d'autonomie, de dépendance, de déficience ou encore de handicap, des notions incontournables dans l'évaluation de la santé et en retrace leurs définitions et évolutions. Il s'appuie sur la classification de Wood (1980) et les définitions de l'OMS et conçoit la dépendance non pas comme une maladie en soi, mais comme un décalage par rapport à une norme. Il se réfère à la définition donnée par le philosophe et sociologue Albert Memmi qui définit la dépendance comme : « une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe, une institution, réels ou irréels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin » (Memmi, *in* Hébert, 1982, p.755). Hébert présente une conception globale de l'autonomie basée sur le concept de ressources (une conception également présente dans le cadre de l'étude VLV) selon l'idée de Solem qui conçoit que chaque individu a accès à trois types de ressources, à savoir les ressources *individuelles* (capacités physiques et mentales), les ressources *sociales* (statut socioéconomique et réseau de relations) et les ressources *matérielles* qui regroupent les facteurs liés à l'environnement (climat, moyen de transport, moyen de communication, etc.) (Solem, 1976). Hébert explique que le niveau d'autonomie de la personne dépend de l'intégration de ces trois types de ressources entre-elles (Hébert, 1982). Cette conception se rapproche de celle développée dans le cadre théorique et les objectifs de l'étude VLV.

#### 4.2. *La santé fonctionnelle dans l'étude VLV*

La santé fonctionnelle dans l'étude VLV est mesurée par plusieurs échelles d'évaluation des activités de la vie quotidienne (AVQ), mais l'échelle principale reste celle proposée par Katz et ses collègues (Katz et al., 1970). Elle considère six gestes quotidiens de base : les soins corporels (se laver), l'habillement, faire ses besoins, les transferts (du lit, d'une place assise), la continence et l'alimentation. La modalité de réponse est de type binaire (oui/non) pour évaluer l'aptitude de l'individu à effectuer ces activités, et se fait généralement à l'appréciation du médecin. Le score de l'échelle va de 0 à 6, chaque activité que l'individu peut faire de manière autonome est cotée 1, et une personne est considérée comme totalement indépendante lorsqu'elle obtient un score de 6, dépendante lorsqu'elle obtient un total inférieur à 3. Cette échelle et son type d'évaluation restent les plus appropriés dans le monde médical car ils sont utilisés par des professionnels de la santé, aptes à juger de l'autonomie physiologique d'une personne (Katz et al., 1963, 1970).

Toutefois, des variantes de cette échelle existent, notamment celle que nous utilisons dans notre étude pour mesurer la dépendance des personnes âgées. Cet outil se base aussi sur une évaluation des aptitudes dans des activités de la vie quotidienne, mais dans un but d'évaluation de la santé fonctionnelle plus nuancée et pas uniquement binaire : du type indépendance versus dépendance. C'est donc une version inspirée de celle de Katz qui a été utilisée lors de l'enquête VLV et des enquêtes transversales précédentes. Celle-ci est souvent accompagnée de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) qui rend compte de la réalisation d'activités courantes du quotidien tel que téléphoner, utiliser les transports en commun, faire des courses ou encore s'occuper du linge (Lawton & Brody., 1969). Cependant, cette dernière échelle est soumise à quelques critiques du fait que certaines activités ne s'appliquent pas à tous les individus, car elle tend à mélanger les handicaps physiologiques et les savoir-faire issus d'usages culturels. Par exemple dans le cas d'un couple, un des membres

du ménage peut s'occuper exclusivement d'une tâche tandis que l'autre s'occupe uniquement d'une autre, l'une et l'autre ne s'appliquant donc pas forcément à chacun.

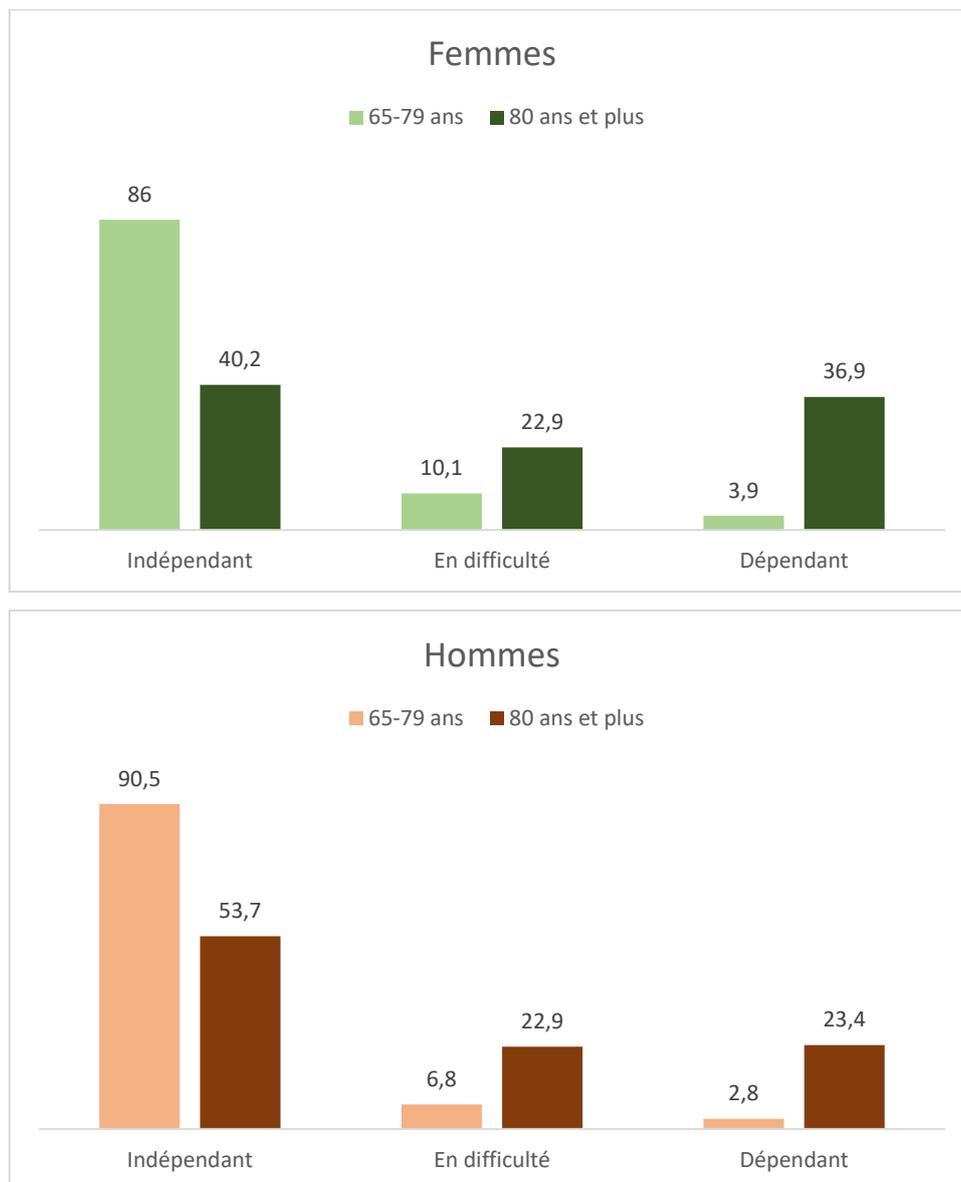
Dans l'étude VLV, l'échelle des AVQ se trouve dans la partie auto-administrée du questionnaire et également dans le questionnaire proxy. Les réponses sont donc laissées à l'appréciation propre de ses capacités par l'individu qui répond ou par son proche. L'échelle propose quatre des activités de l'indice de Katz, à savoir les transferts, l'habillement, l'alimentation et les soins corporels, activités auxquelles est ajoutée une cinquième qui est le déplacement d'une pièce à l'autre de l'habitation. Ensemble, elles forment les activités dites de « base » de l'évaluation de la santé fonctionnelle. S'y sont ajoutées trois activités portant sur la mobilité de l'individu, à savoir monter et descendre un escalier, se déplacer à l'extérieur du logement et parcourir à pied au moins 200 mètres. Mise à part des activités de la vie quotidienne un peu différentes de celles reprises dans l'échelle originelle de Katz, les modalités de réponses sont aussi différentes et apportent une nuance à la simple réponse oui ou non. Avec cette échelle, trois possibilités de réponses sont proposées à la personne : la première est si la personne est capable de faire l'activité seule, la seconde, si la personne peut réaliser l'activité seule mais avec difficulté, et la troisième, si la personne ne peut pas du tout réaliser l'activité seule. Suivant les réponses obtenues, un score de santé fonctionnelle est calculé et l'individu se retrouve classé parmi trois catégories. Une personne est considérée comme « indépendante » quand elle peut faire toutes les activités, seule et sans aide ; elle est considérée comme « en difficulté » lorsque qu'elle a répondu que pour au moins une des activités elle est à la peine et requiert de l'aide ; et enfin, elle est considérée comme « dépendante » lorsqu'elle ne peut réaliser seule l'une des huit activités, et qu'elle est donc handicapée dans sa vie quotidienne de façon très élémentaire. Ainsi, bien qu'ayant des ressemblances avec l'indice des AVQ de Katz, l'évaluation de la santé fonctionnelle utilisée dans l'étude VLV nous apporte des informations plus riches concernant la mesure de la dépendance car d'autres capacités physiologiques sont prises en compte et les modalités d'évaluation laissent une marge de manœuvre pour les individus qui ne sont plus tout à fait autonomes tout en n'étant pas clairement dépendants. Le fait de pouvoir faire apparaître une catégorie de personnes en difficulté nous fait faire un premier pas vers la visualisation de la fragilité, sur laquelle nous reviendrons dans ce chapitre.

#### 4.3. *Santé fonctionnelle : les résultats VLV*

Les résultats concernant la santé fonctionnelle ont principalement été traités de la même façon que dans le chapitre précédent, c'est à dire selon le sexe, la classe d'âge et la comparaison entre individus aptes et non aptes.

Avant de présenter et de commenter les résultats il est nécessaire de s'intéresser au taux de réponse de cette échelle des activités de la vie quotidienne. Celle-ci comporte peu de réponses manquantes, elle en comptabilise en tout 78 sur 3635, soit 2.1 %. La figure 37 présente la répartition des réponses pour les trois statuts de santé fonctionnelle (huit items) selon la classe d'âge et le sexe.

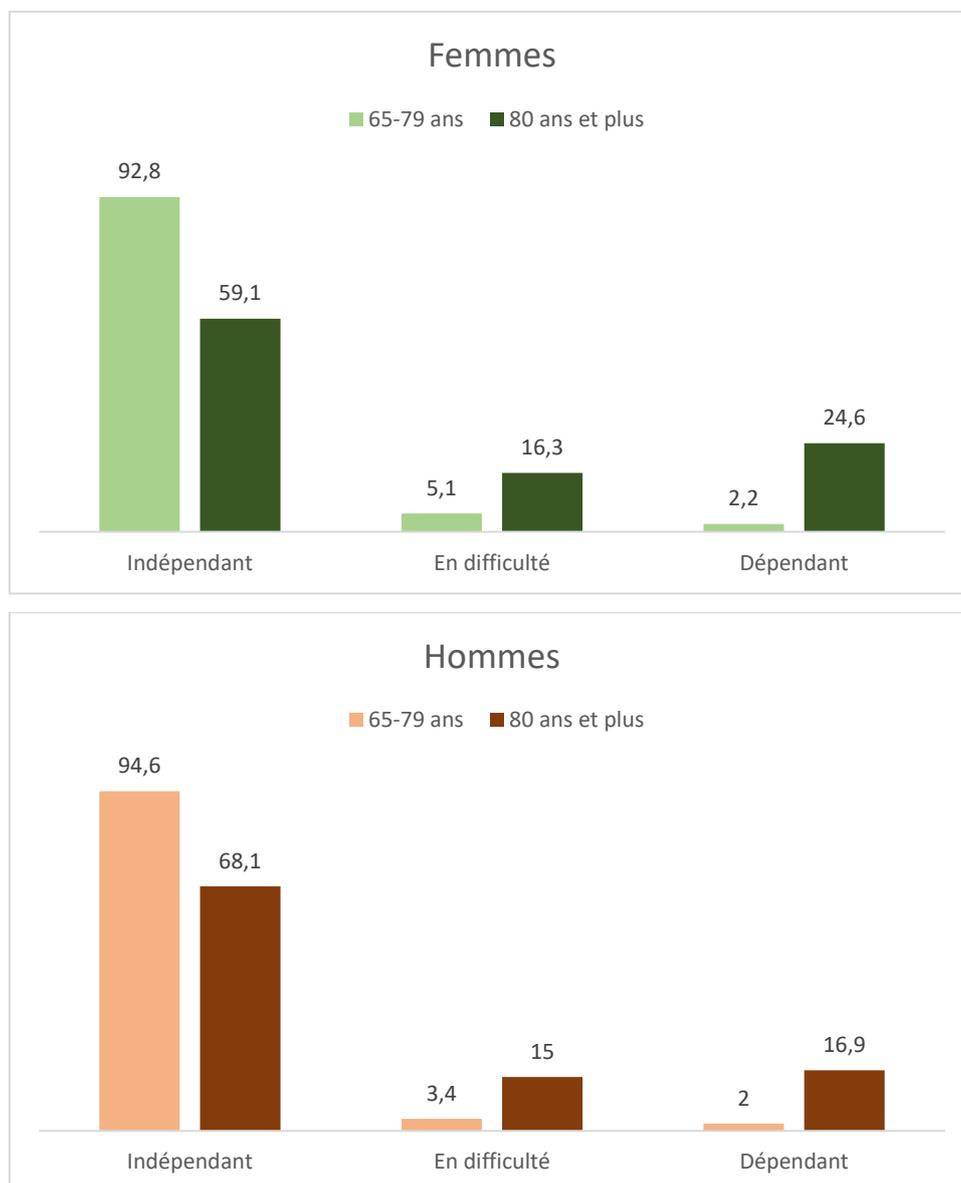
Figure 37. Statuts de santé fonctionnelle 8 items - AVQ de base + mobilité - selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



Les résultats de la figure 37 montrent que la santé fonctionnelle apparaît très clairement marquée selon la classe d'âge et le sexe. En effet, 86 % des femmes âgées entre 65 et 79 ans sont indépendantes tandis que ce n'est le cas que de 40.2 % des femmes âgées de 80 ans et plus. Le statut de santé fonctionnelle dépendant passe de 3.9 % pour les femmes de 65-79 ans à près de 37 % (36.9%) pour celles âgées de 80 ans et plus. Il en va de même concernant la situation des hommes où 90.5 % de ceux âgés entre 65 et 79 ans sont catégorisés comme indépendant. A 80 ans et plus, c'est le cas pour 53.7 % d'entre eux, une proportion respectable mais nettement moindre. D'ailleurs, dans la même classe d'âge, 23.4 % des hommes sont dépendants contre seulement 2.8 % parmi ceux âgés entre 65 et 79 ans. Ces résultats montrent aussi des différences entre les sexes, les femmes étant plus touchées que les hommes dans leurs activités de la vie quotidienne. En effet, quelle que soit la classe d'âge, elles sont plus nombreuses que ces derniers dans les catégories dépendant et en difficulté. Par exemple, à 80 ans et plus, les femmes sont 13.5 % de plus que les hommes à se trouver confrontées à la

dépendance. Concernant la catégorie des individus classés « en difficulté », ils sont respectivement 10.1 % pour les femmes et 6.8 % pour les hommes âgés entre 65 et 79 ans et 22.9 % pour les individus âgés de 80 ans et plus (autant chez les femmes que chez les hommes).

Figure 38. Statuts de santé fonctionnelle 5 items - AVQ de base - selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



En comparant ces résultats sur huit items avec ceux de la santé fonctionnelle composée seulement des cinq AVQ de base (figure 38), le constat est que le fait de rajouter les trois AVQ de mobilité a eu pour effet d'augmenter la proportion d'individus dans les catégories « dépendant » et « en difficulté ». Ce constat est intéressant et amène à détailler les résultats des huit items qui composent l'échelle des AVQ. De plus, ces résultats peuvent être rapprochés des travaux de Graitz (1970) évoqués par Hébert (1982) dans l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées, où un panel de 100 personnes âgées a été évalué sur leurs capacités

fonctionnelles, à plusieurs reprises par différents corps de métiers médical (interne, infirmière, psychologue). L'expérience a montré que plus l'échelle d'évaluation des capacités fonctionnelles était détaillée (capacités physiques plus évaluation psychologique), plus le niveau de capacité fonctionnelle s'abaissait car la probabilité qu'un individu soit touché sur au moins un des domaines augmente. Le seul test de capacités physiques proposé par l'interne surestime les capacités des individus car il tient compte seulement des aptitudes physiques (Hébert, 1982). Ces résultats ont mis en avant l'importance de la multidisciplinarité dans l'évaluation de la santé fonctionnelle.

Tableau 15. Santé fonctionnelle. Proportion d'individus rencontrant des difficultés ou des incapacités dans les AVQ selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV

AVQ de base	Femme		Homme	
	65-79 ans	80 ans et plus	65-79 ans	80 ans et plus
Faire sa toilette	4	31,4	2,4	21,8
Manger et couper les aliments	3,1	20	2,7	14,5
S'habiller et se déshabiller	3,7	28,2	2,9	22,6
Se coucher et se lever	4,4	26,7	3,7	18,9
Se déplacer d'une pièce à l'autre	3,4	26,3	1,9	17,1
AVQ de mobilité				
Se déplacer à l'extérieur du logement	6	44,4	3,7	30,1
Parcourir au moins 200m à pied	7,8	44	5,4	30,1
Monter et descendre un escalier	11,1	47,8	6,4	35,2

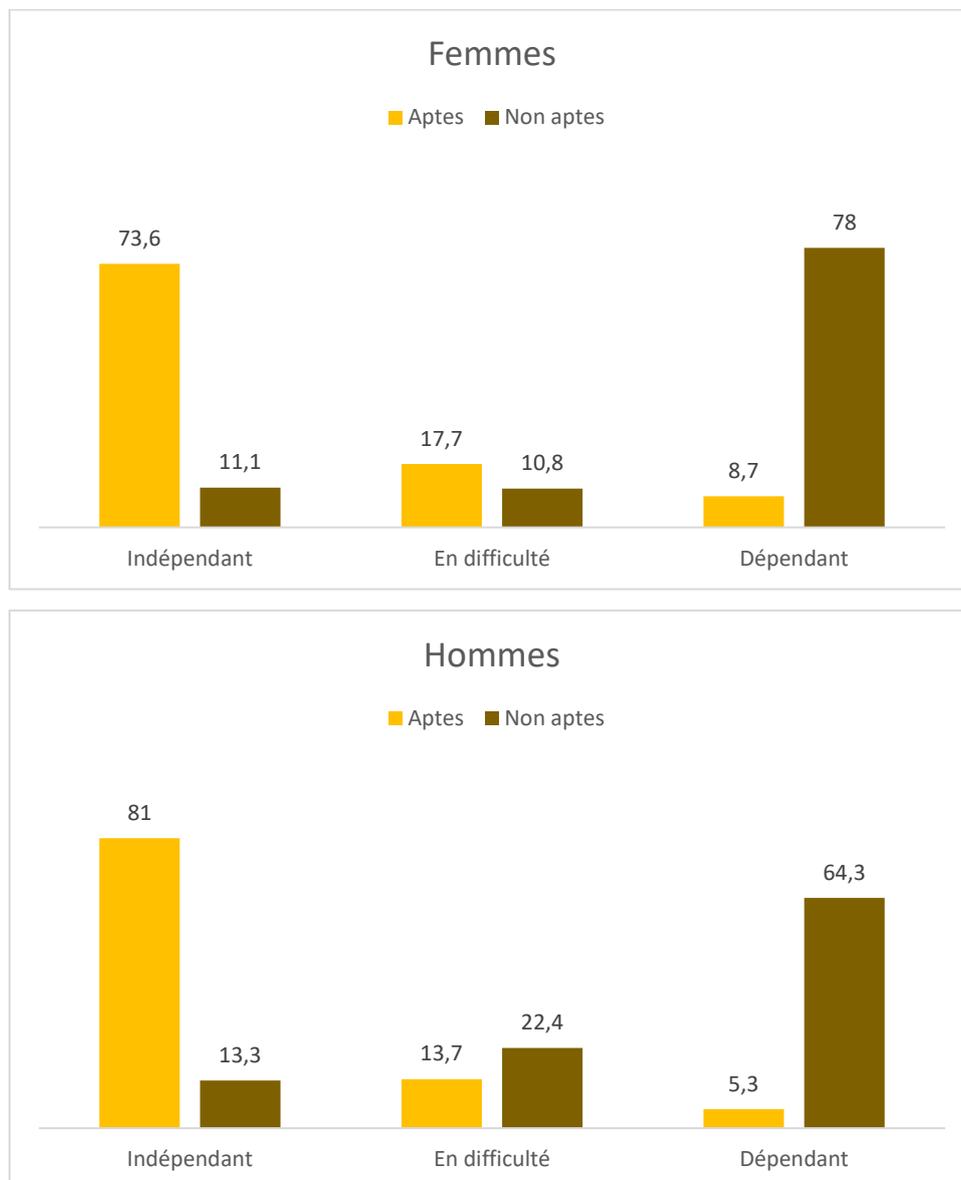
Le tableau 15 présente la proportion d'individus selon le sexe et la classe d'âge ayant déclaré avoir des difficultés ou ne pouvant pas réaliser seul l'une des activités de la vie quotidienne. Le taux de réponses manquantes aux huit items oscille entre 1.7 % et 2.2 %. Le choix a été fait de regrouper deux catégories de réponse en une afin de marquer la différence entre la proportion d'individus totalement autonome et ceux qui auraient besoin d'aide (cependant, le commentaire comporte le détail des réponses lorsque cela semble pertinent). En regardant de plus près les résultats obtenus aux huit items de l'échelle des AVQ, les principaux constats sont dans la lignée de ceux du statut de santé fonctionnelle avec des femmes plus atteintes que les hommes, surtout au niveau des items sur la mobilité, ainsi que la classe d'âge des 80 ans et plus se distingue très nettement en termes d'atteintes des 65-79 ans. Par exemple, quasiment la moitié (47.8 %) des femmes âgées de 80 ans et plus éprouvent des difficultés ou déclarent ne pas pouvoir monter ou descendre un escalier. Ce sont donc les trois items sur la mobilité qui concentrent la plus grande proportion d'individus qui rencontrent des difficultés et des incapacités à réaliser ces tâches quotidiennes. Ces trois items ont aussi la particularité de comptabiliser plus d'individus ne pouvant pas accomplir la tâche, que d'individus rencontrant des difficultés à la réaliser seul. En effet, se déplacer à l'extérieur du logement est quelque chose d'impossible pour 27.5 % des femmes âgées de 80 ans et plus ; 26.8 % de cette même classe d'âge déclarent être incapable de parcourir au moins 200 mètres à pied ou encore de monter ou descendre un escalier pour 25.8 % d'entre elles. Ainsi, plus d'un tiers des femmes du grand âge éprouvent des difficultés voire des incapacités à se mouvoir. C'est le cas pour un peu moins d'un tiers des hommes de la même classe d'âge, hormis descendre et monter un escalier où un peu plus d'un tiers des hommes ont des difficultés ou ne peuvent pas accomplir cette activité seul. Ces résultats mettent en évidence le plus fort impact de ces difficultés et

incapacités auprès des femmes très âgées par rapport aux hommes. En effet, les femmes de 80 ans et plus sont 14.3 % de plus que les hommes à éprouver de la difficulté ou une incapacité à se déplacer à l'extérieur du logement, elles sont 13.9 % de plus que ces derniers à ne pouvoir ou à rencontrer de la difficulté pour parcourir au moins 200 mètres à pieds et elles sont 12.6 % de plus que les hommes à avoir de la peine ou bien être incapables de monter et descendre un escalier.

Concernant les cinq AVQ de base, les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à rencontrer des difficultés et des incapacités dans leur tâches quotidiennes. C'est surtout l'activité quotidienne de la toilette dans laquelle les individus déclarent le plus d'incapacités, avec 21.7 % des femmes et 13.6 % des hommes de 80 ans et plus qui ne peuvent pas réaliser cette tâche seuls. Un autre point qu'il semble important de noter est la forte augmentation de la proportion d'individus rencontrant des difficultés ou des incapacités dans la réalisation de leurs activités quotidiennes au-delà de 80 ans et plus, et ce sur l'ensemble des items de l'échelle.

Ainsi, dans le cas de la santé fonctionnelle, la barrière des 80 ans semble être le point de basculement concernant la limitation dans les activités de la vie quotidienne. C'est à partir de cette catégorie d'âge que l'on observe une augmentation importante de la proportion d'individus dépendants ou rencontrant des difficultés dans l'accomplissement de leur tâches quotidiennes. Cela pousse à creuser la réflexion en se demandant si la part d'individus non aptes joue un rôle dans cet accroissement du fait que la grande majorité d'entre eux se trouvent dans cette classe d'âge.

Figure 39. Santé fonctionnelle - 8 items - selon le sexe et le statut de "santé" des individus aptes et non aptes (en %) VLV



La figure 39 présente les résultats selon le sexe et le statut de « santé » apte ou non apte. Ici le terme « santé » est mis entre guillemet du fait du caractère un peu étrange de cette classification. En effet, comment justifier la classification de la santé fonctionnelle selon un autre statut de santé ? A priori, une telle catégorisation amène à penser que les individus non aptes (essentiellement en raison de troubles cognitifs, rappelons-le) regrouperaient une majorité de personnes classées dépendantes et en difficulté dans leur santé fonctionnelle et qu'il n'y aurait a priori aucun individu indépendant. Or, les résultats n'indiquent pas une telle répartition. Effectivement, nous constatons qu'une grande majorité des individus aptes, hommes comme femmes, sont indépendants (81% des hommes et 73.6 % des femmes sur les AVQ 8 items). Cependant, 11.1 % des femmes et 13.3 % des hommes non aptes sont également indépendants dans leur santé fonctionnelle. Toutefois, la proportion de personnes dépendantes est bien plus importante dans l'échantillon des individus non aptes avec 78 % de femmes et 64.3 % d'hommes dépendants. Quant à la proportion d'individus non aptes classés « en

difficulté », les résultats montrent une répartition assez similaire à celle des individus aptes âgés de 80 ans et plus de l'échantillon principal, en tout cas pour les hommes (mais la proportion d'hommes non aptes classés en difficulté est plus importante avec 22.4% contre 15% de l'ensemble des hommes âgés de 80 ans et plus). Par contre, les femmes non aptes sont moins nombreuses que les femmes aptes à se trouver en difficulté face aux AVQ. En effet, 17.7% des femmes aptes sont en difficulté contre 10.8% des femmes non aptes. Cet écart en faveur des femmes non aptes est malheureusement rattrapé par la dépendance, bien plus importante auprès de celles-ci.

## 5. La santé psychique

Le champ de la santé ne se résume pas aux seules dégradations physiologiques de l'individu. Nous avons vu qu'il peut aussi se répercuter sur ses capacités à être autonome et à affecter son quotidien. Dans ce sens, les capacités cognitives et la santé mentale entrent également en compte dans l'évaluation globale de la santé.

L'étude VLV comprend des tests cognitifs et des échelles d'évaluation de la santé psychique, notamment une échelle d'évaluation des symptômes dépressifs qui s'inspire (sans la reprendre exactement) de celle proposée par Wang et ses collègues dans les années 1970 (*Self-assessing depression scale*, Wang et al., 1975) et qui a été utilisée dans les deux enquêtes transversales précédentes (1979 et 1994)<sup>49</sup>. L'échelle se trouve dans la partie face à face du questionnaire et elle est composée de 13 items (quatre items avec un sens positif et neuf items avec un sens négatif) et de quatre modalités de réponse (jamais, rarement, souvent, toujours). Appliquée aux individus âgés, cette échelle peut comporter quelques biais, notamment au sujet de l'item portant sur la fatigue (n° 9 dans le tableau 16 ci-dessous), où nous pouvons supposer que la population âgée aura plus tendance à répondre positivement que des groupes plus jeunes, sans que cela ne manifeste une tendance dépressive. L'échelle originale de Wang et ses collègues comportait dix items, cinq modalités de réponse et a été travaillée sur des scores allant de 1 à 5. Tandis que pour les enquêtes transversales de 1979 et 1994 du CIGEV, les modalités de réponses ont été regroupées selon deux catégories « jamais/ rarement » et « souvent/ toujours », puis un score de nombre de symptômes dépressifs allant de 0 à 10 a été construit<sup>50</sup>. Selon la somme obtenue, chaque individu est classé dans l'une des trois catégories suivantes. Ceux qui ont obtenu un score entre 0 et 1 sont considérés en « bonne santé psychique », puis ceux qui ont un score compris entre 2 et 3 comme « inquiets » et ceux qui ont un score de 4 ou au-delà sont vus comme étant en mauvaise santé psychique et classés en tant que « dépressifs ».

Une classification identique a été gardée pour l'étude VLV, toutefois nous avons fait le choix de modifier les intitulés des trois catégories du fait de leur objet d'étude. En effet, il ne s'agit pas vraiment de l'échelle officielle d'évaluation de la dépression et nous pensons qu'il est incorrect de classer les individus ayant un score de 4 symptômes ou plus en tant que « dépressifs ». Nous préférons pour cette analyse choisir les termes « bonne santé psychique » pour les scores allant de 0 à 1, « moyenne santé psychique » pour les scores allant de 2 à 3 et « mauvaise santé psychique » pour les scores de 4 et plus. Cela dans le sens de nuancer le terme « dépressif » réservé à un diagnostic médical que nous n'avons pas la possibilité d'établir ici.

---

<sup>49</sup> Néanmoins il existe des échelles plus récentes qui mesurent la santé psychique.

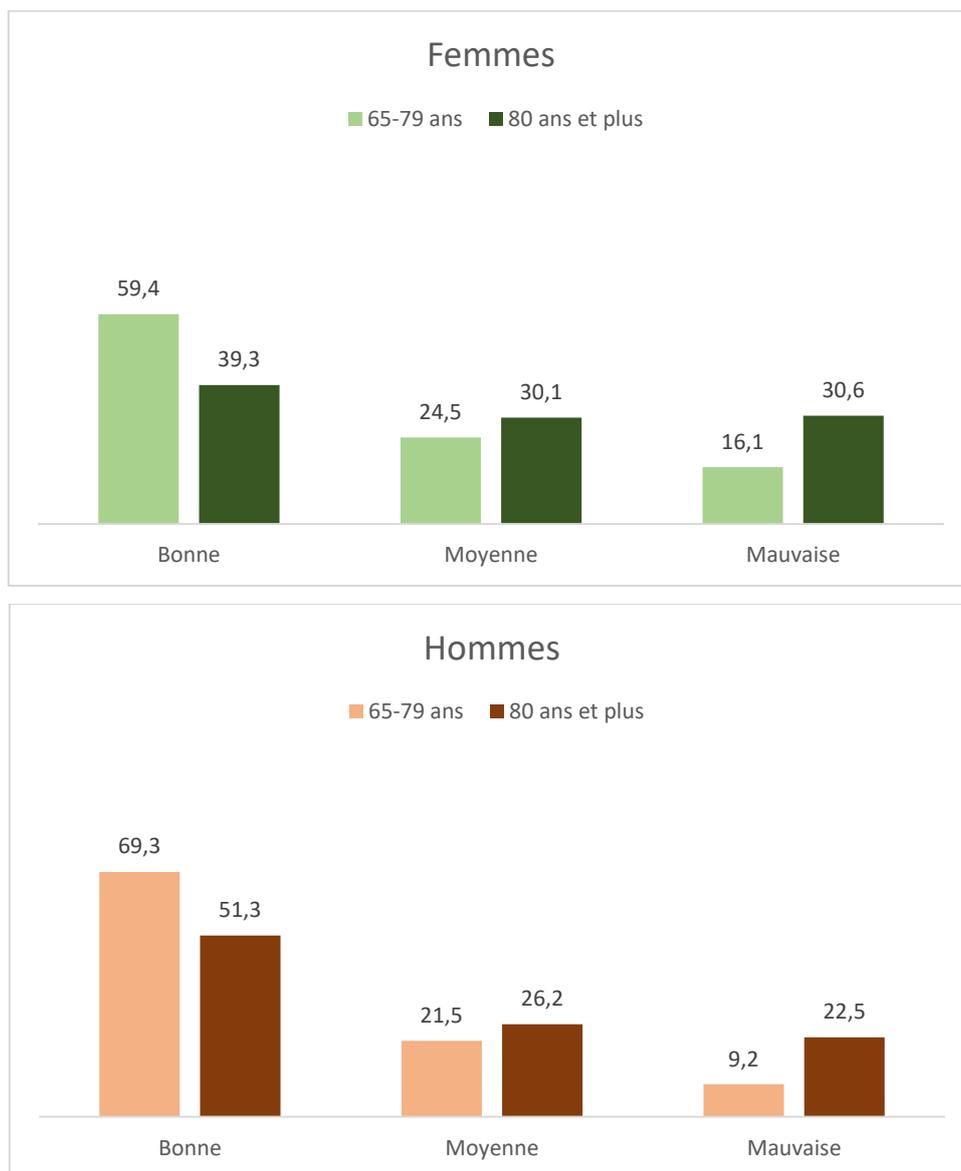
<sup>50</sup> Car l'échelle comparable pour les enquêtes de 1979 et 1994 comprend 10 items

Tableau 16. Fréquence des réponses sur les 13 items de santé psychique VLV

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
J'ai bon appétit	1.8%	9.3%	33.2%	55.7%
Je me sens un peu isolé(e), un peu seul(e), même parmi des amis	53.4%	33.2%	10.5%	2.9%
J'ai de la peine à dormir la nuit	37.6%	36%	19.1%	7.2%
Je prends plaisir à ce que je fais	2.2%	4.9%	35.7%	57.2%
Je trouve le temps long	60.9%	26.7%	9%	3.4%
Je me sens triste	39.6%	48.2%	10.3%	1.8%
J'ai confiance en moi	3.3%	8%	40.5%	48.2%
J'ai des crises de larmes et envie de pleurer	61.3%	31.7%	6.2%	0.8%
Je me sens fatigué(e)	14.9%	52.3%	27.4%	5.3%
Je me fais du souci pour ma santé	33%	44.2%	18.3%	4.4%
Je me sens irritable	35.2%	50.2%	12.7%	1.6%
J'ai confiance en l'avenir	5.4%	11.3%	37.2%	46.1%
Je me sens anxieux(se), angoissé(e)	43.5%	41.1%	12.8%	2.6%

L'échelle des symptômes dépressifs comptabilise 158 réponses manquantes, soit 4.3% de l'échantillon interrogé. La figure 40 présente la répartition des réponses selon le sexe et la classe d'âge.

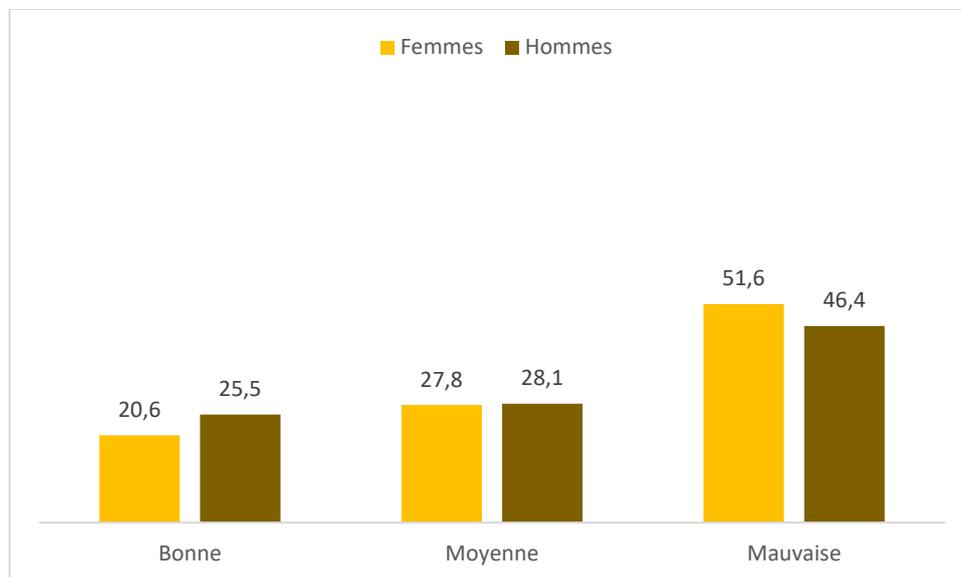
Figure 40. Catégories de santé psychique selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



Les résultats montrent de nettes différences entre le sexe et la classe d'âge, les individus les plus jeunes ayant majoritairement une bonne santé psychique. C'est le cas pour 59.4% des femmes et 69.3% des hommes âgés entre 65 et 79 ans, ce qui indique quand même l'existence de deux symptômes dépressifs ou plus dans 30 à 40% des cas chez les plus jeunes. Si la différence entre les sexes est déjà présente avec presque 10% d'écart entre la bonne santé des hommes et celle des femmes, cet écart est plus profond encore à 80 ans et plus, où un peu plus d'un tiers (39.3%) des femmes de cette classe d'âge conservent une bonne santé psychique mais où les quasi deux tiers restants connaissent des troubles psychiques, avec 30.1% d'entre elles qui ont un score de santé psychique moyenne et 30.6% qui ont une santé psychique considérée comme mauvaise. Tandis que pour les hommes, la situation à 80 ans et plus est différente : un peu plus de la moitié (51.3%) d'entre eux conservent une bonne santé psychique, un peu plus d'un quart (26.2%) une santé psychique moyenne et un peu moins d'un quart (22.5%) une santé psychique mauvaise (quand c'est le cas de presque un tiers des femmes !). Cette échelle a également été proposée aux individus non aptes. Son interprétation est délicate

puisque c'est un proche qui a répondu à leur place<sup>51</sup>, mais quoiqu'il en soit les résultats selon le sexe sont les suivants.

Figure 41. Catégories de santé psychique des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV



Concernant les individus non aptes, les résultats de la figure 41 indiquent là aussi une différence selon le sexe. D'une façon générale les individus non aptes semblent plus touchés dans leur santé psychique que les aptes (49.3% des individus non aptes ont une santé psychique mauvaise contre 15% des aptes) mais, encore une fois, de manière inégale selon le sexe. En effet, les résultats montrent que les femmes non aptes sont plus atteintes dans leur santé psychique que les hommes du même statut. Elles sont plus de la moitié (51.6%) à avoir une santé psychique mauvaise contre un peu moins de la moitié (46.4%) chez les hommes. Néanmoins les résultats selon le sexe restent très proches, mais il faut noter que l'interprétation de ceux-ci sont soumis à la subjectivité du proxy répondant concernant la santé psychique de la personne âgée, et cela pourrait expliquer en partie la faible différence entre hommes et femmes.

Ainsi, l'évaluation de la santé psychique à travers l'échelle de mesure des symptômes dépressifs révèle plusieurs constats à propos de la population âgée. Tout d'abord, les individus du grand âge sont plus affectés comparativement aux retraités plus jeunes. Parmi ces individus très âgés, ce sont les femmes qui sont plus touchées que les hommes dans leur santé psychique. Enfin, ces écarts sont encore plus importants auprès de la population non apte. Ces constats amènent à réfléchir à propos de la composition de la population très âgée où les femmes deviennent majoritaires au fur et à mesure de l'avancée en âge, ainsi que l'augmentation des risques de devenir non apte.

Aussi des instruments de mesure de la santé tels que l'indice des symptômes dépressifs pour évaluer la santé psychique et l'échelle des activités de la vie quotidienne pour évaluer la santé fonctionnelle, ou encore l'évaluation des troubles physiques, ont tendance à classer les individus selon leurs capacités et de les catégoriser de manière assez brutale en termes de dépendance et d'autonomie. Sans associer toutefois la vieillesse à la dépendance qui est un

<sup>51</sup> Concernant l'échantillon proxy le nombre de réponses manquantes s'élève à 158 soit 4.3%.

stéréotype qui a été et qui reste encore très présent dans les discours publics. Cela s'explique en partie parce que le statut de dépendance conserve une visibilité évidente, au contraire de la fragilité qui peut aisément passer inaperçue. Cependant, le statut de santé fonctionnelle et quelques éléments de la mesure de la santé psychique sont indispensables à la mesure de la fragilité.

## 6. La fragilité

Nous avons vu au début de ce chapitre qu'avec l'avancée en âge, conserver son autonomie et sa santé sont des préoccupations majeures. Dès lors, la grande vieillesse est souvent considérée comme l'ultime étape du parcours de vie où les individus doivent faire face à la forte possibilité d'une perte d'autonomie. Mais considérer la dépendance comme seul destin du grand âge reviendrait à ignorer toutes les singularités de situation parmi les individus qui en font l'expérience. C'est là que la fragilité trouve sa place en tant qu'état de santé intermédiaire ne relevant ni de l'indépendance, ni de sa perte complète ; elle se révèle délicate à définir et dès lors à mesurer. Cependant, ce concept entend porter sur le dépassement de la dichotomie « vieillesse-dépendance » versus « autonomie », et mettre en lien afin de révéler cet entre-deux de la grande vieillesse que présente le processus de fragilisation.

### 6.1. Définir la fragilité et la dépendance

Les concepts de dépendance et de fragilité appliqués au vieillissement tirent leur origine du milieu médical. A l'origine, la dépendance est conçue par les gériatres afin d'évaluer les incapacités de leur patients à être autonomes dans des activités de la vie quotidienne, et ce dans un but de réhabilitation et de réorientation de ces personnes vers leur domicile ou vers des hospitalisations de longs séjours (Ennuyer, 2003). Le terme de dépendance entre dans le vocabulaire des gériatres à partir des années 1950, notamment chez Sydney Katz et son équipe (Katz et al., 1963) qui sont à l'origine de l'échelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living - ADL). La dépendance est alors principalement pensée dans un but d'évaluation médicale des capacités et des incapacités des patients. La réflexion autour du terme et surtout du concept apparaît à la fin des années 1960 au sein des sciences sociales (Ennuyer, 2003). La dépendance est alors définie comme un concept multidimensionnel pouvant être caractérisée par plusieurs aspects (social, psychologique, physique, économique, etc.).

Comme la dépendance, le concept de fragilité appliqué aux personnes âgées appelle une définition multiple et différente suivant les disciplines qui l'utilise. Dans un ouvrage consacré à la fragilité (Chassagne, Rolland et Vellas, 2009), Fortin, Krolak-Salmon et Bonnefoy recensent les différents modèles de fragilité issus surtout des recherches anglo-saxonnes. Ils montrent ainsi qu'apparu à la fin des années 1960, début des années 1970, le terme se confond alors avec celui d'incapacité (Stamford, 1972, Stone et coll., 1987, Woodhouse, 1988). Ce n'est qu'à partir des années 1990 que le concept de fragilité prend réellement un sens spécifique distinct. Mais là encore plusieurs définitions émergent<sup>52</sup>. En 1991, Fried et ses associés définissent la fragilité comme une perte d'indépendance fonctionnelle non apparente cliniquement. La même année, Verbrugge la considère comme une régression des réserves physiologiques se traduisant en

---

<sup>52</sup> Les références et définitions qui suivent dans ce paragraphe sont tirées de l'ouvrage de Lalive d'Épinay, Spini et al., publié en 2008. Les références proviennent plus spécifiquement du chapitre portant sur la construction des statuts de santé (indépendant, fragile et dépendant) pp.103-104.

faiblesse et vulnérabilité. Les définitions données par Lipsitz et Buchner en 1992 se situent dans un prolongement cohérent. Pour Lipsitz, la fragilité est une réponse mal adaptée aux stress physiologiques et pour Buchner, elle consiste en une diminution des réserves physiologiques et une plus grande susceptibilité à la survenue d'incapacités. En 1998, Strawbridge complète la définition de la fragilité en travaillant sur quatre dimensions différentes (physique, nutritionnel, cognitif et sensoriel) associées à un seuil d'atteintes, considérant une personne fragile quand elle a plus de deux dimensions touchées.

Dans la littérature scientifique francophone, Jean-Pierre Michel et ses collaborateurs, en 2005, réfléchissent également sur les multiples définitions de la fragilité et évoquent le processus de fragilisation comme un phénomène latent à l'état de fragilité (Michel et coll., 2005). Selon eux, la fragilisation serait un phénomène insidieux qui se conçoit dans le cadre du parcours de vie et composé de symptômes qui se révéleraient lors d'une transition amenant l'individu à un état de fragilité avéré. Christian Lalive d'Épinay, Dario Spini et leurs collaborateurs (2008) consacrent un ouvrage entier, intitulé « *Les années fragiles* », à l'étude théorique et empirique de ce concept. Ce livre est issu de longues années de recherches menées auprès d'un échantillon de personnes âgées de 80 ans et plus résidant à Genève et en Valais central. Plus précisément, il s'agit d'une étude longitudinale réalisée de 1994 à 1999, auprès de 340 individus initiaux et qui ont été interrogés à intervalles réguliers variant d'un an à un an et demi.

Les chercheurs proposent une revue étendue de la littérature au sujet de la fragilité et élaborent un modèle opératoire. Selon eux, la fragilité est un « phénomène multidimensionnel impliquant les systèmes sensoriels, neuro-locomoteur, énergétique et cognitif, et influencé par les morbidités qui peuvent affecter les personnes » (Lalive d'Épinay, Spini et al. 2008, p. 121). Ces mêmes auteurs suivent les définitions données par Michel et al., en distinguant l'état de fragilité du processus de fragilisation. Ce dernier :

« [...] correspond à la perte progressive et inévitable avec l'avance en âge des réserves physiologiques et sensorimotrices. Ce processus peut être accéléré par différents facteurs comme un style de vie ou un comportement alimentaire non adaptés, par le développement de maladies ou par d'autres accidents de santé. » (Lalive d'Épinay, Spini et al. 2008, p. 110)

Dès lors, l'état de fragilité :

« [...] apparaît lorsque le processus de fragilisation atteint un seuil d'insuffisance. Cet état de fragilité affecte la résilience d'une personne – capacité à préserver un équilibre avec son environnement ou à le rétablir à la suite d'événements perturbateurs – et se caractérise, entre autres, par un risque plus grand d'aggravation de l'état de santé. » (Lalive d'Épinay, Spini et al., 2008, p. 110)

Nous pouvons aussi faire le lien du concept de fragilité avec celui de déprise décrit par Caradec (chapitre 3) où il explique que le parallèle entre les deux concepts est encore plus fort lorsqu'il parle de la dualité de la nature de la notion de déprise qui : « désigne à la fois un processus - un ensemble de reconversions d'activités - et le résultat de ce processus – une tendance, en moyenne, à la baisse des activités. » (Caradec, 2008, p.30). Ainsi, chacun des deux concepts, déprise et fragilité évoquent l'idée d'un processus et d'une visibilité des effets de ce processus à différents niveaux et dans différents domaines relevant plutôt de l'état de santé global pour la fragilité et plutôt d'un ensemble de conditions pour la déprise mais affectant tous deux la vie quotidienne des personnes âgées.

Le concept de fragilité amène un apport supplémentaire à la réflexion sur la compréhension du vieillissement. Au cours du temps, il se complète et s'affine, sans pour autant que se dégage une définition consensuelle utilisable telle quelle dans toutes les disciplines. Ainsi, définir la dépendance et la fragilité s'avère toujours une tâche complexe au vu des multiples dimensions que regroupent chacun des concepts. Néanmoins, nous avons dû faire des choix et avons retenu la définition de la dépendance en tant qu'incapacité à effectuer seul des activités du quotidien. Concernant la fragilité, nous retenons les définitions d'état de fragilité et de processus de fragilisation proposées par Michel et ses collaborateurs et par Lalive d'Epina y, Spini et leur équipe.

## 6.2. Mesurer la fragilité et la dépendance

Mesurer la dépendance et la fragilité implique de prendre en compte plusieurs variables multidimensionnelles. A l'origine adaptée pour le domaine médical, la mesure la plus fréquemment utilisée pour évaluer la dépendance est l'échelle élaborée Katz et son équipe que nous avons mentionnée auparavant.

C'est dans le cadre de l'étude longitudinale SWILSOO (*Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old*) que Lalive d'Epina y et son équipe de recherche ont pu développer et opérationnaliser leur propre mesure de la fragilité. A la suite de leur travail théorique sur le concept de fragilité et sur la base d'autres travaux scientifiques (Srawbridge et al., 1998 ; Fried, 2001 ; Cohen, 2000 cités in Lalive d'Epina y, Spini et al., 2008), les chercheurs ont mis au point un outil de définition empirique (Lalive d'Epina y, Spini et al., 2008). Pour proposer une opérationnalisation, les chercheurs de Swilsoo ont opéré une distinction entre fragilité et dépendance. Ils identifient les facteurs qui peuvent en être la source, ainsi que le seuil d'insuffisance. Ils retiennent cinq dimensions principales qui sont liées à plusieurs aspects relatifs pouvant affecter la vie quotidienne des personnes âgées. Les chercheurs ont ensuite défini des seuils d'atteintes spécifique à chaque dimension de l'outil permettant de révéler l'état de fragilité du processus de fragilisation. Le seuil d'insuffisance a été fixé lorsqu'au minimum deux dimensions sur les cinq sont touchées. Ce choix concernant le seuil d'insuffisance a été fait de la part des chercheurs à partir des réflexions menées à propos de l'aspect multidimensionnel de la fragilité développé notamment par Fried et ses associés avec la notion de « cycle de fragilité » (Fried et al., 2001 in Lalive d'Epina y, Spini et al., 2008). Cet outil est présenté en détails dans le tableau 17.

Tableau 17. Dimensions de la fragilité et seuil d'atteinte

Dimensions de la fragilité	Questions	Seuil d'atteinte
Capacités sensorielles	Pouvez-vous lire un texte dans un journal ? Pouvez-vous suivre une conversation à deux ? Pouvez-vous suivre une conversation à plusieurs ?	Oui mais avec difficulté/ Non sur au moins un des trois items
Mobilité	Pouvez-vous, seul(e) monter et descendre un escalier ? Pouvez-vous, seul(e) vous déplacer à l'extérieur du logement ? Pouvez-vous, seul(e) parcourir 200m à pied ?	Non/ Oui mais avec difficulté sur au moins un des trois items
Energie	Je me sens fatigué(e) Je manque d'appétit	Souvent toujours sur au moins un des deux items
Capacités cognitives	Votre mémoire vous joue-t-elle des tours ?	Souvent ou toujours
Troubles physiques	Douleurs aux membres inférieurs Douleurs aux membres supérieurs Maux de tête Mal de dos Irrégularités cardiaques Difficultés respiratoires Maux d'estomac Maux aux organes génitaux Douleurs de poitrine Fièvre	Oui beau coup sur au moins un des dix items

Lalivé d'Épinay et son équipe de recherche retiennent cinq dimensions relatives à l'évaluation de la fragilité que sont les troubles physiques (que nous avons détaillé auparavant), les capacités sensorielles (ouïe et audition), la mémoire, la mobilité (issue des AVQ) et l'énergie (à partir de la santé psychique issue de l'échelle des symptômes dépressifs). C'est à partir de ces cinq aspects, sélectionnés pour leurs caractéristiques multidimensionnelles, que trois statuts de santé sont élaborés selon le niveau d'atteinte des individus : indépendant, fragile et dépendant. Afin de construire les statuts de santé de l'indicateur, le statut de santé fonctionnelle (AVQ de base puisque la mobilité est prise en compte dans les cinq dimensions de l'indicateur) vient compléter l'instrument de mesure. Tout d'abord le statut « *indépendant* » qui regroupe les individus qui ne sont pas dépendants dans leur statut de santé fonctionnelle et qui sont atteints sur au maximum une des dimensions de la fragilité. Ensuite, le statut « *fragile* » regroupe les individus qui ne sont pas dépendants dans leur santé fonctionnelle mais qui sont atteints sur au moins deux des cinq dimensions de la fragilité. Enfin, le statut « *dépendant* » regroupe simplement les individus qui sont déjà classés en tant que dépendants dans leur santé fonctionnelle.

Concernant l'évaluation de la fragilité dans le cadre de l'étude VLV, la définition et le mode d'opérationnalisation ont été conservés à l'identique de l'étude longitudinale Swilsoo. Cependant, cet outil amène avec lui des réflexions, notamment concernant les différents seuils

d'atteintes dans chacune des dimensions ainsi que sur le seuil d'insuffisance général ; nous y reviendrons.

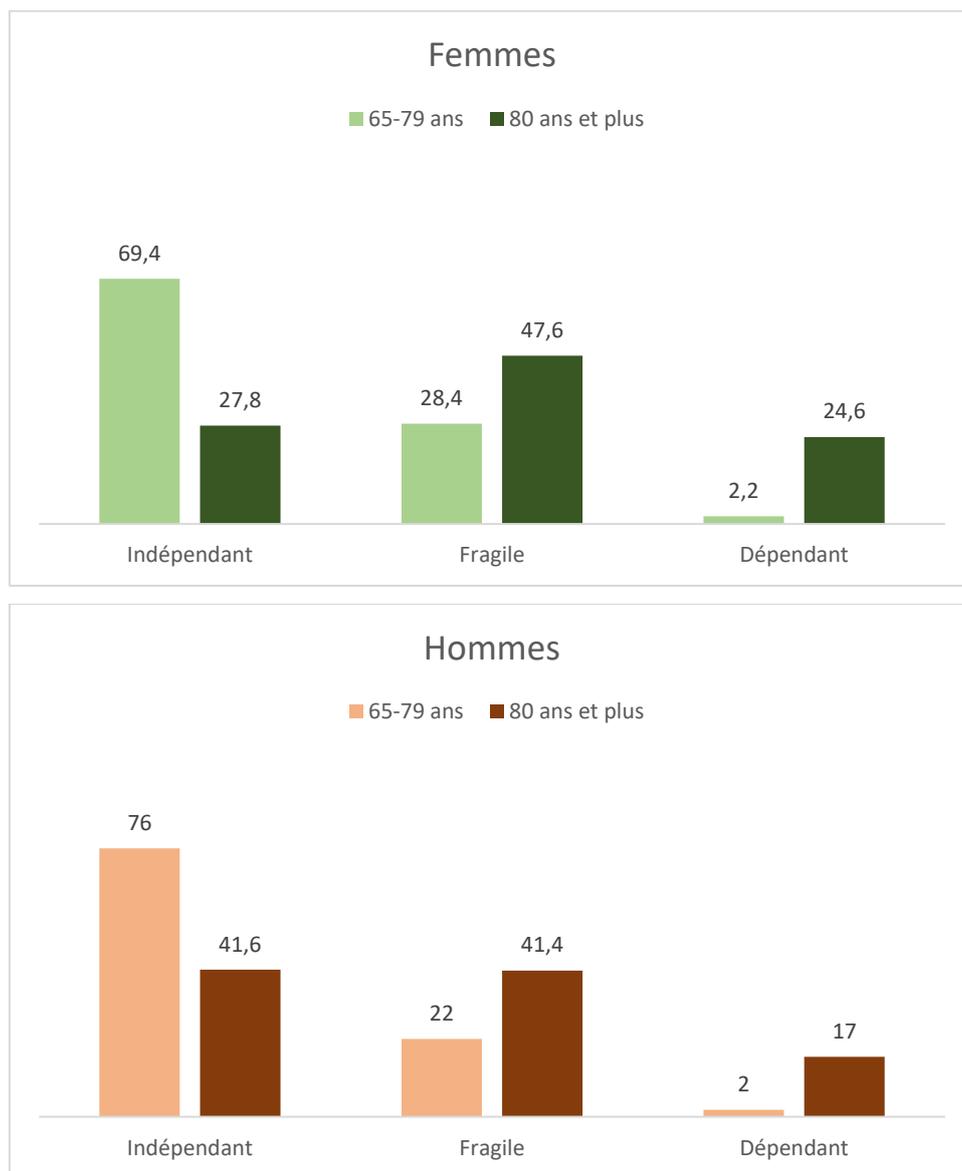
### 6.3. *Analyses et résultats*

L'analyse des données portant sur la fragilité et sur les autres statuts de santé a pour objectif de présenter d'une manière plus précise l'état de santé de la population très âgée en Suisse et permet de mettre en évidence les groupes d'individus défavorisés en termes de santé. Aussi les questions permettant la mesure de la fragilité dans l'étude VLV se trouvent réparties tant dans la partie auto-administrée (troubles physiques, mobilité et capacités sensorielles) que dans la partie face à face (énergie et mémoire), il va sans dire qu'il est nécessaire et essentiel que la personne âgée réponde à l'ensemble du questionnaire<sup>53</sup>. L'analyse de la fragilité a également été conçue pour qu'elle puisse intégrer les personnes non aptes à sa mesure via le questionnaire proxy.

---

<sup>53</sup> La variable permettant la mesure de la fragilité comprend peu de données manquantes soit 65 réponses sur 3635 ce qui correspond à 1.8% de l'échantillon.

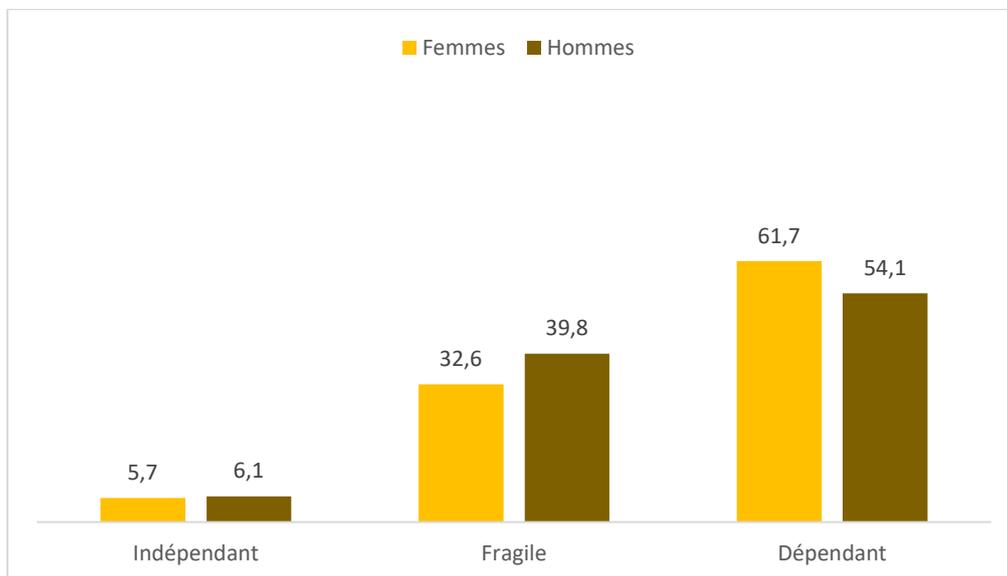
Figure 42. Statuts de santé (mesure de la fragilité) selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



La distribution des réponses dans la figure 42 montre des situations de santé différentes selon la classe d'âge, tant auprès des femmes qu'auprès des hommes. La classe d'âge la plus jeune n'est quasiment pas marquée par la dépendance et se caractérise plutôt par une forte proportion d'individus indépendants (69.4% des femmes et 76% des hommes âgés entre 65 et 79 ans). Un peu plus d'une personne sur cinq présente cependant déjà des signes de fragilité (28.4% des femmes et 22% des hommes). Auprès des 80 ans et plus, le statut de santé fragile prend de l'ampleur et touche 47.6% des femmes et 41.4% des hommes. Concernant l'autonomie, ces derniers sont d'ailleurs encore indépendants pour 41.6% d'entre eux contre 27.8% des femmes du même âge. Certes, la proportion de personnes dépendante augmente dans cette classe d'âge ; elle reste néanmoins minoritaire et concerne 24.6% des femmes et 17% des hommes. Confirmant en cela les résultats acquis dans les sections précédentes, nous voyons que le grand âge accentue les différences de statut de santé entre les sexes, les femmes étant plus nombreuses que les hommes dans les catégories fragile et dépendant. Aussi la figure 42 met en évidence le fait que la fragilité marque par son importante représentation une

distinction entre autonomie et dépendance au grand âge. Qu'en est-il des statuts de santé auprès des individus non aptes ? Quelle proportion d'entre eux se trouvent dans la catégorie fragile ?

Figure 43. Statuts de santé (mesure de la fragilité) parmi les individus non aptes selon le sexe (en %) VLV

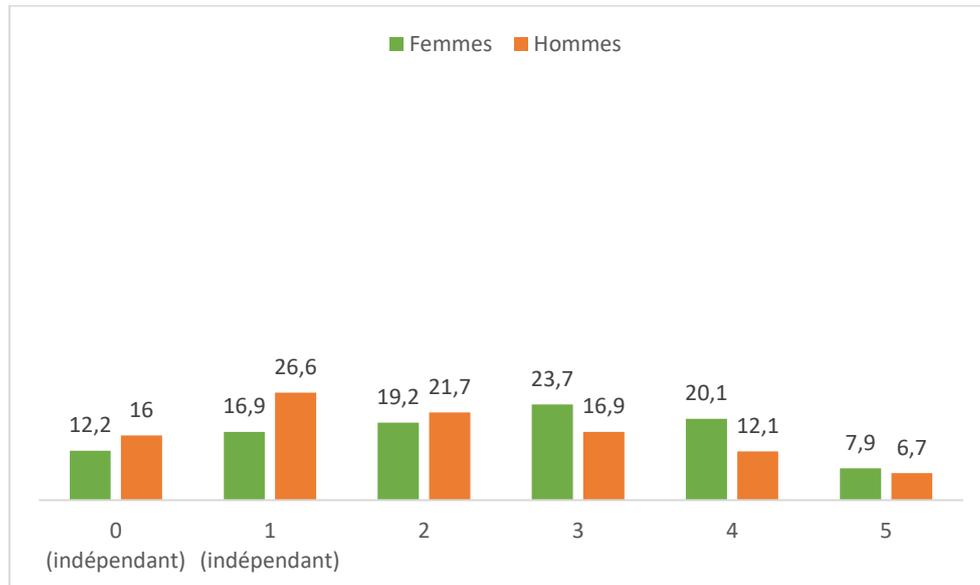


La figure 43 présente la distribution des trois statuts de santé (indépendant, fragile et dépendant) des individus non aptes selon le sexe. Les résultats montrent une répartition majoritaire des individus dépendants (avec 61.7% des femmes et 54.1% des hommes). Mais aussi, une proportion tout de même importante d'individus non aptes se trouvant dans la catégorie fragile avec 32.6% des femmes et 39.8% des hommes. Et enfin une faible proportion d'individus dont le statut de santé les classe en tant qu'indépendant (5.7% des femmes et 6.1% des hommes). Il existe également auprès de l'échantillon non apte des différences de statut de santé selon le sexe, les femmes étant plus nombreuses à avoir un statut de santé dépendant que les hommes, mais ces derniers sont plus nombreux à détenir un statut de santé fragile.

Ces premiers résultats montrent sans conteste qu'au grand âge, les différences de statut entre les sexes sont encore plus prégnantes et que les femmes sont sans conteste plus sévèrement touchées que les hommes par la fragilité et la dépendance. L'instrument d'évaluation de la fragilité retient deux dimensions touchées sur les cinq pour classer un individu en tant que « fragile », mais nous pouvons nous interroger sur le cumul de problèmes de santé au sein de ces dimensions composées chacune de plusieurs items. En effet, si nous prenons l'exemple des troubles physiques, être atteint sur un des dix items considère l'individu comme atteint sur la dimension des troubles physiques. Cependant, si l'individu est atteint par exemple sur six items sur les dix il est considéré atteint sur les troubles physiques au même titre qu'une personne atteinte seulement sur un item. Alors que de toute évidence la gravité d'atteinte sur la dimension des troubles physiques de ces deux exemples est très différente. La mesure de la fragilité pose aussi la question de savoir si les différences s'accroissent encore entre les sexes ou bien si ce cumul se répartit plutôt de manière égalitaire.

La figure 44 ci-dessous présente la distribution des réponses selon le sexe pour les individus âgés de 80 ans et plus. Les données manquantes sont ici très faibles et correspondent à 0.9% de l'échantillon total, soit 31 réponse manquante sur 3635.

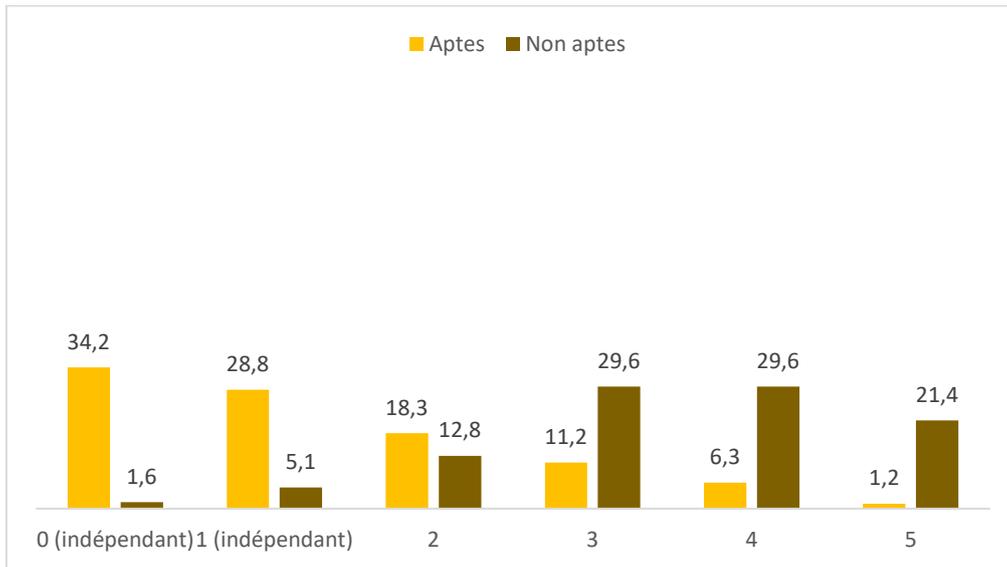
Figure 44. Nombre de dimensions atteintes sur l'indice de fragilité selon le sexe à 80 ans et plus (en %) VLV



La répartition des réponses concernant le cumul de dimensions de la fragilité touchées (figure 44) montre des résultats contrastés selon le sexe. En effet les hommes cumulent moins de dimensions atteintes que les femmes, ils sont 29% à cumuler trois ou quatre dimensions sur les cinq tandis que les femmes sont 43.8% à cumuler trois ou quatre dimensions sur les cinq de la mesure de la fragilité ! Les hommes du grand âge sont encore nombreux à ne pas avoir basculé dans l'état de fragilité mais à en être proche puisqu'ils sont 26.6% à déclarer souffrir sur une des cinq dimensions et ils sont 21.7% à être passés du côté du seuil d'insuffisance. Tandis que les femmes, une fois ce seuil atteint, cumulent de façon plus importante les dimensions atteintes avec 23.7% d'entre elles touchées sur trois dimensions et 20.1% affectées sur quatre. Aussi, en comparant les résultats avec la classe d'âge plus jeune des 65-79 ans, le constat va dans le sens d'une plus forte présence du cumul de dimensions dans la classe d'âge des 80 ans et plus.

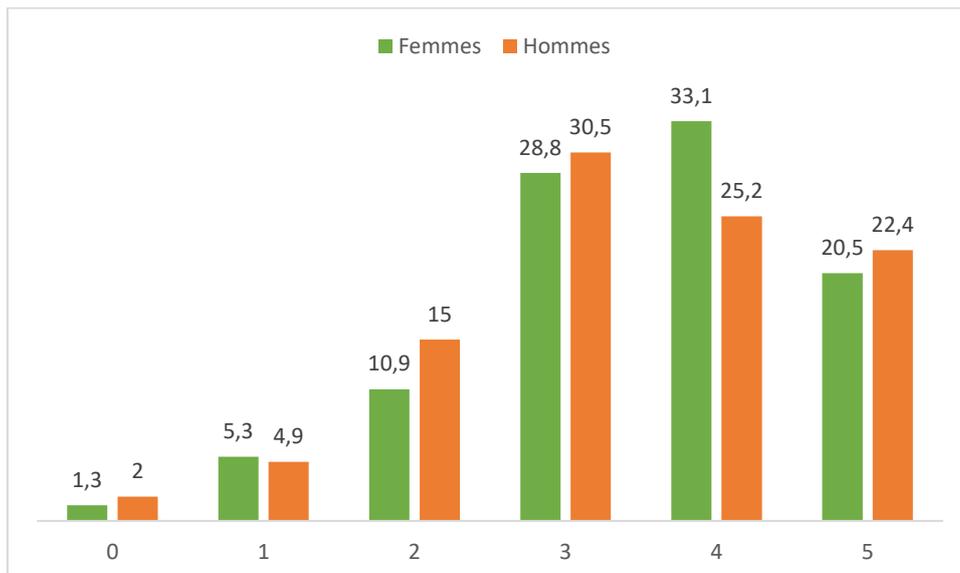
Un tel constat amène également à s'intéresser à ce cumul auprès de la population non apte de l'étude. Cumulent-ils plus de dimensions de la fragilité que la population apte ?

Figure 45. Nombre de dimensions atteintes sur l'indice de fragilité des individus non aptes et aptes (en %) VLV



La figure 45 présente les résultats du nombre de dimensions atteintes selon l'échantillon principal et l'échantillon proxy (ou apte et non apte). Le constat est assez clair, les individus non aptes sont plus nombreux que les aptes à cumuler trois dimensions ou plus de la fragilité. Les non aptes sont 80.6% à cumuler trois dimensions ou plus de la fragilité. Cependant, contrairement aux 80 ans et plus de la figure 46, les femmes non aptes ne cumulent pas plus de dimensions atteintes que les hommes de la même catégorie. En effet, elles sont 28.8% à cumuler trois dimensions de la fragilité contre 30.5% des hommes (figure 46). Par contre, elles sont 33.1% à avoir quatre dimensions sur les cinq atteintes contre 25.2% des hommes.

Figure 46. Nombre de dimensions atteintes sur l'indice de fragilité des individus non aptes selon le sexe (en %) VLV



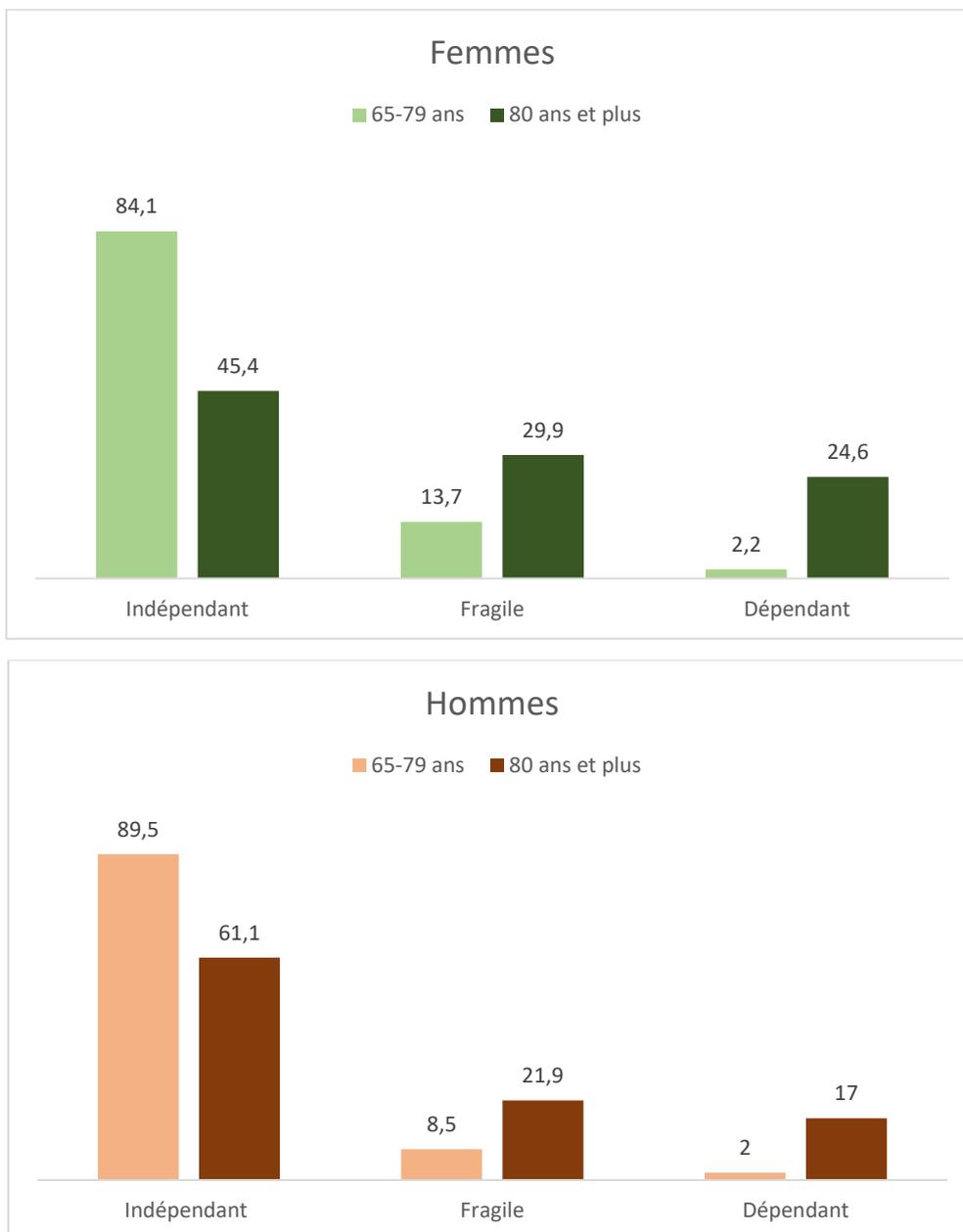
Ainsi, la répartition des statuts de santé indépendant, fragile et dépendant au sein de la population âgée de l'étude est marquée par une plus forte proportion d'individus fragiles au grand âge. Le statut de santé fragile s'impose au fur et à mesure de l'avancée en âge, suivi tout de même par une proportion encore importante de personnes indépendantes. Toutefois, cette proportion diminue au détriment aussi d'une proportion visible d'individus dépendants au-delà de 80 ans. De plus, les femmes très âgées sont sans conteste plus sévèrement touchées par la fragilité et la dépendance que les hommes.

#### 6.4. *Retour critique sur les mesures d'évaluation de la santé*

La santé donne lieu à plusieurs instruments d'évaluation avec des niveaux de finesse plus ou moins précis. Dans le cas de la santé fonctionnelle, pour la mesure de la dépendance et celui concernant la mesure de la fragilité, nous avons vu qu'il n'existe pas de définitions consensuelles utilisées en tant que référence dans la recherche. Ce sont donc encore des concepts relativement flottants dans le sens où ces outils sont soumis à leur opérationnalisation dans le cadre empirique et où cela nécessite des mesures et des ajustements afin de considérer et d'évaluer la santé le plus objectivement possible. C'est pourquoi il est justifié et même important de discuter leur construction et le choix des dimensions évaluées. Comme nous l'avons vu précédemment, la mesure de la fragilité de l'étude VLV (reprise de l'étude Swilsoo) permet de dégager trois statuts de santé : indépendance, fragilité et dépendance. C'est sur cet état de fragilité que se joue tout le calcul de la mesure, à savoir définir les dimensions les plus pertinentes ainsi que le seuil à dépasser pour considérer un individu en état intermédiaire de fragilité. Mais nous avons vu également dans la définition donnée par Spini et ses collègues que la fragilité découle d'un processus latent et souvent insidieux, et qu'il est difficile de déclarer quand la latence se transforme en un état déclaré, par ailleurs latent aussi mais désormais vis-à-vis de la dépendance. Nous avons jusqu'ici retenu un seuil indiquant un état de fragilité quand un individu est atteint sur deux des cinq dimensions retenues dans le calcul de l'indice. En détaillant le nombre de dimensions atteintes selon le sexe et la classe d'âge des individus, nous pouvons critiquer – positivement – et discuter l'outil utilisé et mettre simplement à l'épreuve le seuil de deux dimensions. Cela permet aussi de mettre à nouveau en lumière le phénomène de cumul associé aux comorbidités multifactorielles avec l'avancée en âge (Fried et al., 2004), avec une nouvelle approche.

Les personnes atteintes sur aucune ou une dimension ne sont pas considérées comme fragiles mais comme indépendantes. Les femmes fragiles cumulent plus de dimensions atteintes que les hommes. Elles sont quasiment 60 % à présenter plus de deux dimensions de fragilité contre un peu moins de 50 % des hommes. Ainsi nous avons vu que les femmes sont plus touchées par la fragilité et la dépendance, mais en outre, nous établissons ici qu'elles cumulent également plus de dimensions affectées. La figure 47 présente les statuts de santé de la population âgée avec le seuil de fragilité augmenté à trois dimensions atteintes sur cinq.

Figure 47. Statuts de santé - indice de fragilité avec un seuil de 3 dimensions atteintes sur 5- selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



Le fait d'augmenter le seuil d'atteinte de la fragilité provoque bien sûr une hausse de la proportion d'individus indépendants et une diminution de la proportion d'individus fragiles, qui sont plus importantes pour les hommes que pour les femmes. Nonobstant la nature transversale de nos données, une gradation générale dans l'atteinte au cours du temps ressort, mettant en évidence l'avancée insidieuse du processus de fragilisation. Pour les individus âgés de 80 ans et plus, la proportion d'hommes indépendants connaît une augmentation de près de 20% et passe de 41.6% à 61.1%. Les femmes montrent la même transformation et la population ainsi définie passe de 27.8% de femmes indépendantes à 45.4% avec l'augmentation du seuil de fragilité. Les individus fragiles passent eux de 41.4% à 21.9% pour les hommes et de 47.6% à 29.9% pour les femmes. L'augmentation du seuil a pour effet d'accroître la proportion

d'individus indépendant tant auprès des hommes que des femmes, en allant les retirer de la catégorie des individus fragiles puisque la catégorie des dépendants reste par définition stable. Cependant, cet exercice met aussi en évidence le fait que l'écart entre les sexes s'agrandit encore au détriment des femmes : l'écart entre les hommes et les femmes indépendants était avec le seuil de fragilité classique de 13.8 ; il passe à 15.7 avec le nouveau seuil. De même concernant l'écart pour le statut de santé fragile qui passe de 6.2 à 8. De tels écarts confirment que les hommes sont touchés sur peu de dimensions de la fragilité, une situation qui les fait facilement osciller entre indépendance et fragilité, tandis que les femmes sont quant à elles atteintes plus sévèrement. Manipuler le seuil de la fragilité a donc des répercussions seulement pour les moins fragiles d'entre-elles. Cela révèle une fragilité plus ancrée, plus prononcée chez les femmes que chez les hommes au grand âge, ce qui vient alimenter le paradoxe de genre dans la dernière période de la vie.

De manière générale, nous pouvons voir qu'en remontant le seuil du statut de santé fragile à trois dimensions atteintes sur cinq, nous faisons évidemment clairement diminuer le nombre d'individus fragiles, surtout dans les catégories d'âge les plus jeunes. Cette modification entraîne, comme nous l'attendions, des bénéfices surtout pour les hommes. Les femmes, quant à elles, continuent d'avoir un pourcentage non négligeable d'individus fragiles.

Mais que pouvons-nous apprendre de plus ? D'après la littérature scientifique, mesurer la fragilité peut conduire à obtenir des résultats très hétérogènes selon les dimensions utilisées, les seuils d'atteintes retenus, voire selon les techniques d'enquêtes si l'évaluation de celle-ci est laissée à l'appréciation de l'enquêteur ou bien de l'enquêté. Suivant les études, le pourcentage de personnes fragiles dans une population peut varier du simple au double (Fortin et al. Cité *in* Chassagne, Rolland & Vellas, 2009). Bien que la mesure de la fragilité puisse varier, nous pouvons néanmoins la considérer comme un véritable statut de santé, au même titre que l'autonomie et la dépendance, car elle représente une réalité dans le quotidien des personnes âgées. L'étude VLV nous permet ainsi d'obtenir une prévalence actualisée de la fragilité en Suisse. Aussi, elle se positionne, malgré son caractère transversal, dans la lignée des résultats obtenus par l'étude Swilsoo. L'étude longitudinale a montré que les trajectoires individuelles de santé au cours de l'avancée en âge sont fortement marquées par la progression insidieuse du processus de fragilisation, dans 80 à 85% des cas, qui se termine pour une petite moitié d'entre eux par une brève période de dépendance. Et dans une moindre mesure, des trajectoires où les individus conservent leur indépendance jusqu'à leur décès dans 10 à 15% des cas, tandis que la trajectoire redoutée de l'indépendance suivie d'une longue période de lourde dépendance concerne seulement 5% des cas (Lalive d'Épinay, Spini et al., 2008 ; Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013, p. 26).

## **7. Les inégalités sociales de santé à 80 ans et plus**

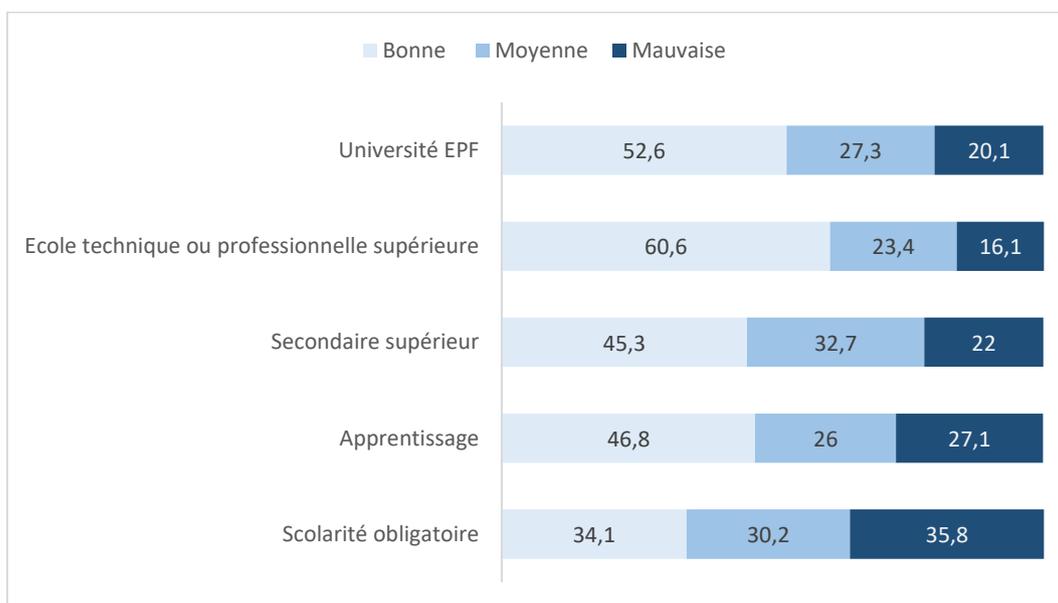
Nous nous sommes intéressés jusque-là à la santé sous les différentes formes qu'elle peut revêtir. Les troubles physiques, les maladies chroniques, la santé fonctionnelle, la santé psychique, la santé auto évaluée ou encore la fragilité nous renseigne sur la composition de la santé au grand âge sous plusieurs points de vue. Mais nous avons fait la remarque en début de chapitre que même si l'étude de la santé a tout à son intérêt d'adopter plusieurs dimensions, il n'en reste pas moins que le seul aspect de l'individu face à sa propre santé est abordé et peut vite retomber dans la critique de rendre celui-ci seul responsable de ses conditions de vieillissement. C'est pourquoi il est nécessaire d'intégrer à l'analyse de la santé le contexte social dans lequel évolue l'individu et à plus grande échelle la place de la population âgée dans la société. Certes l'état de santé détermine beaucoup de chose au grand âge, mais nous pouvons

supposer que le niveau socio-économique de l'individu en détermine ses conditions. Ainsi, vu sous l'angle du niveau de formation, de la position socioprofessionnelle et du niveau de revenus, la santé psychique, la santé fonctionnelle et la fragilité offrent des résultats contrastés pour les individus du grand âge.

### 7.1. Inégalités sociales de santé psychique

Du point de vue du niveau de formation (figure 48), la santé psychique est très clairement plus mauvaise auprès des individus qui ont suivi seulement la scolarité obligatoire (35.8%) ou un apprentissage (27.1%) par rapport à ceux qui ont un niveau de formation plus élevé (22% pour ceux qui ont atteint le secondaire supérieur, 20.1% pour ceux ayant poursuivi un cursus universitaire ou EPF et 16.1% pour les individus de niveau école technique ou professionnelle supérieure). Cependant, à chacun des niveaux de formation s'observent des individus qui souffrent d'une santé psychique mauvaise à hauteur d'au moins 20%, hormis pour les individus de niveau école technique ou professionnelle supérieure.

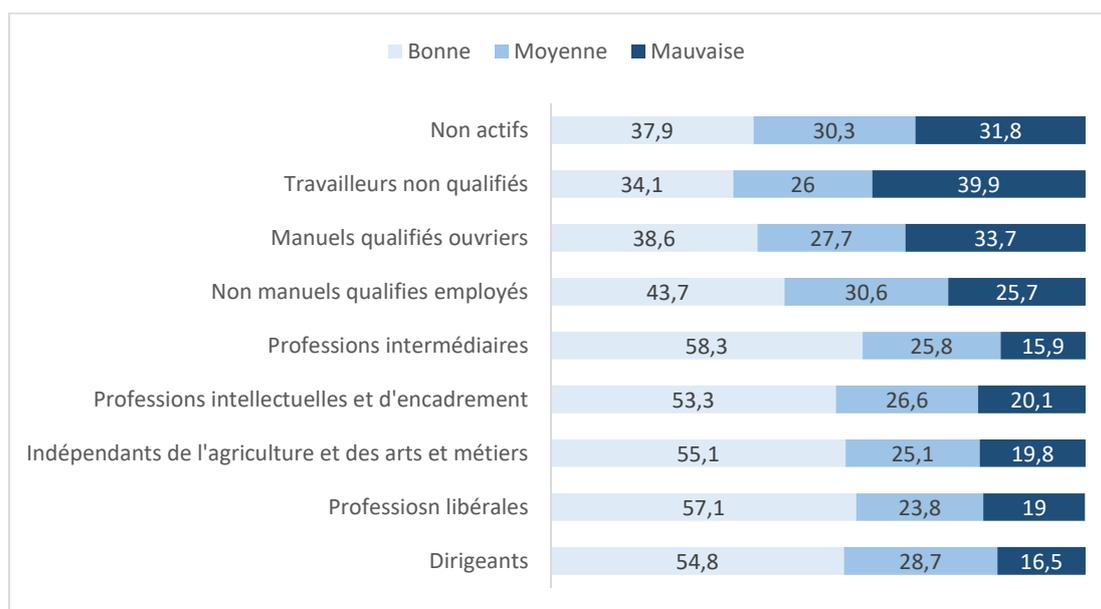
Figure 48. Santé psychique selon le niveau de formation à 80 ans et plus (en %) VLV



Du point de vue de la catégorie socioprofessionnelle (figure 49), les résultats montrent également des différences selon la position dans laquelle se trouvent les individus. Encore une fois, ce sont dans les catégories socioprofessionnelles qui demandent le moins de qualifications qui sont celles où l'on retrouve la plus grande proportion d'individus ayant une mauvaise santé psychique. En premier lieu, il s'agit de la catégorie des « travailleurs non qualifiés » avec quasiment 40% (39.9%) d'individus souffrant de quatre symptômes dépressifs ou plus. Ensuite, viennent les CSP des « manuels qualifiés » et des « non actifs », avec respectivement 33.7% et 31.8% des individus dont la santé psychique est mauvaise. Ainsi, plus d'un tiers des personnes très âgées appartenant à une de ces trois catégories socioprofessionnelles souffrent de problèmes de santé psychique. Puis, viennent les CSP des « non manuels qualifiés » (25.7% d'entre eux ont une santé psychique mauvaise), des « professions intellectuelles et d'encadrement » (20.1%), des « indépendants de l'agriculture et des arts et métiers » (19.8%),

des « professions libérales » (19%) et enfin des dirigeants (16.5%) et des « professions intermédiaires » (15.9%). Alors que les idées reçues voient dans la dépression un mal des sociétés tertiaires affectant en premier les cadres et cols blancs, la réalité chez les personnes très âgées en Suisse est tout autre : c'est celle d'un profond gradient social, révélateur d'inégalités marquées qui s'observent des décennies après l'obtention du diplôme.

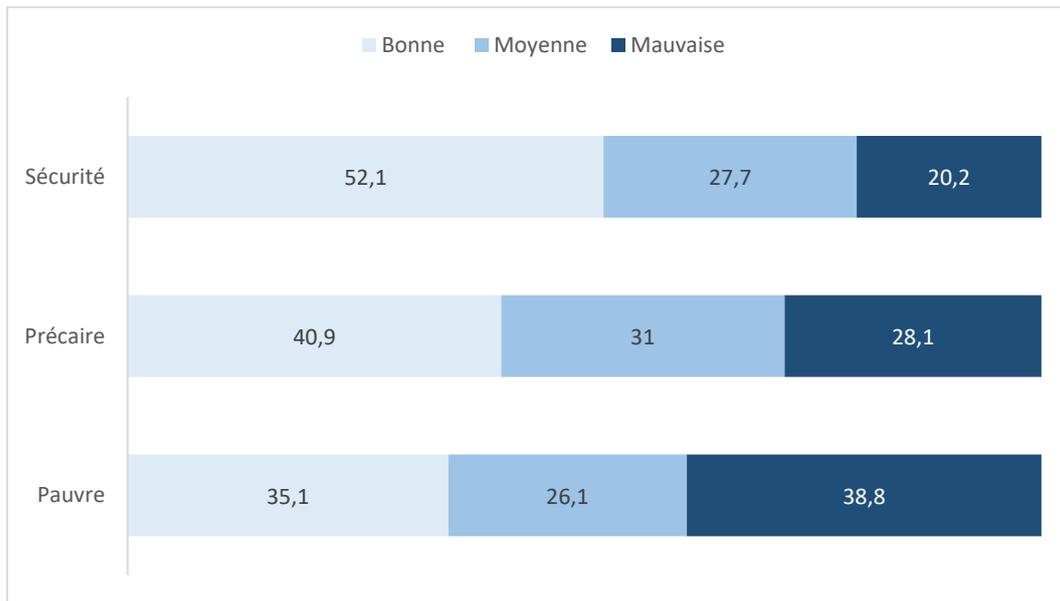
Figure 49. Santé psychique selon la catégorie socioprofessionnelle -dernière CSP - à 80 ans et plus (en %) VLV



En associant le niveau de revenus et la santé psychique (figure 50), ce troisième indicateur de statut social révèle que les individus se situant dans les niveaux de revenus les plus bas (pauvre et précaire) sont aussi plus de la moitié dans chaque catégorie à avoir une santé psychique qui n'est pas bonne. C'est le cas de 38.8% des pauvres qui ont une santé psychique mauvaise et c'est le cas de 28.1% des individus considérés comme ayant des revenus précaires, alors que cela concerne « que » 20.2% des personnes dont le niveau de revenus est moyen ou supérieur, ceux dont les revenus leur assurent une sécurité d'existence.

Il est important de prendre en compte le fait que les trois variables analysées ci-dessus sont liées entre elles dans le sens où le niveau de formation détermine dans une certaine mesure la CSP dans laquelle l'individu va se positionner et qui a généré un certain niveau de revenus en la vieillesse à travers les cotisations accumulées durant la vie professionnelle. De plus, la situation des femmes âgées est aussi très dépendante de ces facteurs.

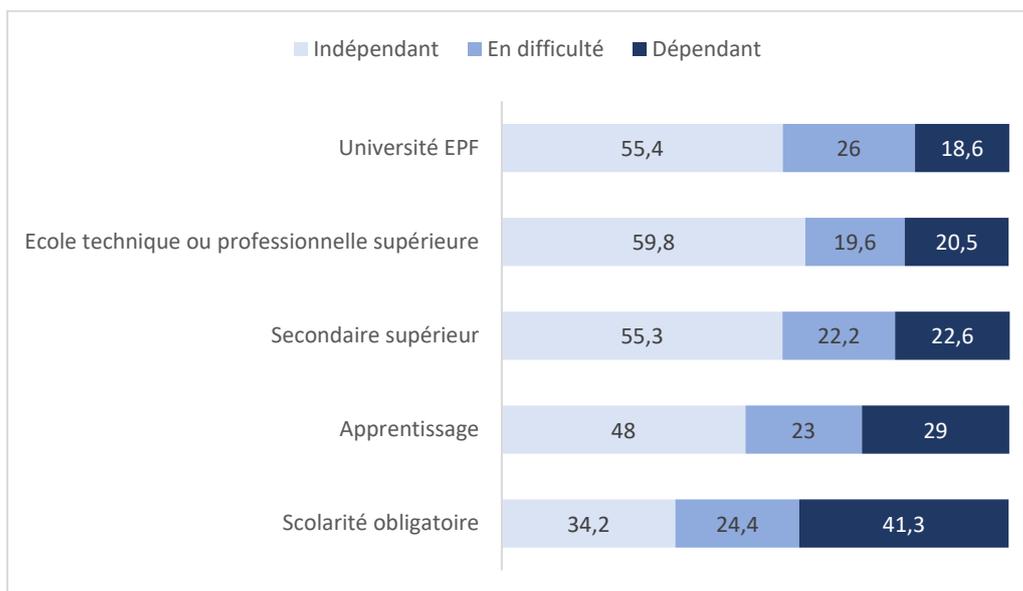
Figure 50. Santé psychique et niveau de revenus à 80 ans et plus (en %) VLV



## 7.2. Inégalités sociales de santé fonctionnelle

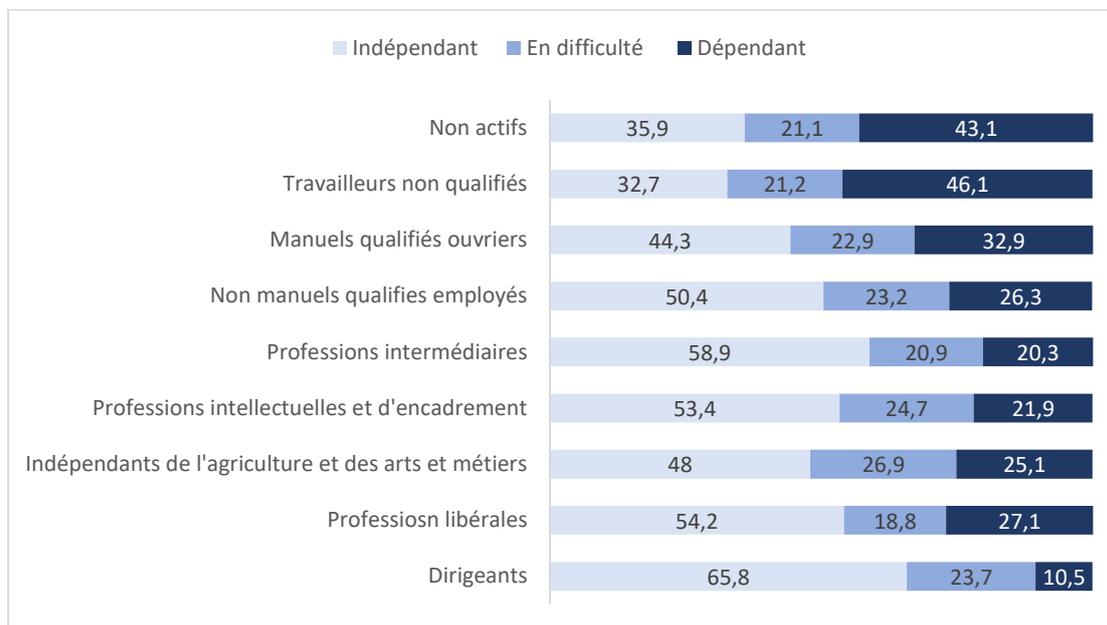
Concernant la santé fonctionnelle, l'association de ces trois facteurs révèle des résultats qui vont dans le même sens que ceux obtenus pour la santé psychique. En lien avec le niveau de formation (figure 51), la santé fonctionnelle montre que plus celui-ci est bas, plus la proportion d'individus dépendants est grande. En effet, le groupe des individus ayant seulement accompli la scolarité obligatoire compte 41.3% de dépendants, tandis que cette proportion passe à 29% chez ceux qui ont fait un apprentissage, puis aux alentours de 20% auprès des individus qui ont suivi un cursus au-delà de l'école secondaire. La proportion d'individus qui sont considérés en difficulté sur la santé fonctionnelle n'est pas autant marquée par le niveau de formation mais montre des résultats étonnants. Par exemple, on retrouve la plus forte proportion d'individus en difficulté (26%) dans la catégorie de ceux ayant suivi un cursus universitaire ou apparenté. Enfin, les niveaux d'éducation se situant au-delà de la seule scolarité obligatoire et de l'apprentissage concentre plus de la moitié de leur effectif dans la catégorie des indépendants. Il y a donc ici aussi un gradient social fort, cependant un peu troublé dans la situation de santé intermédiaire.

Figure 51. Santé fonctionnelle et niveau de formation à 80 ans et plus (en %) VLV



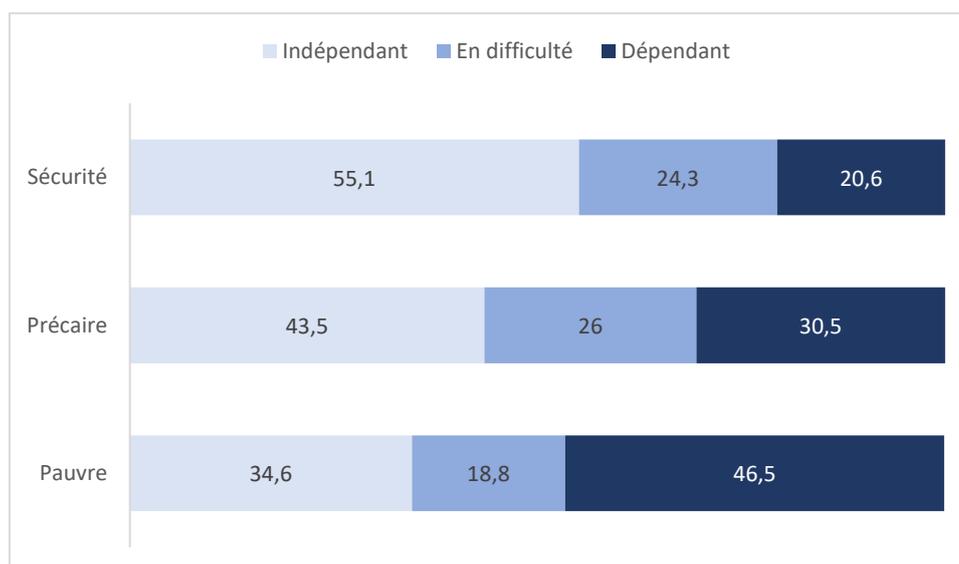
Aussi, la santé fonctionnelle associée à la dernière catégorie socioprofessionnelle (figure 52) donne des résultats un peu plus nuancés que le niveau de formation. Une forte proportion d'individus dépendants se retrouve dans les catégories les moins qualifiées, 46.1% de ceux qui furent des travailleurs non qualifiés sont dépendants en leur grande vieillesse (et 43.1% des non actifs, mais cette catégorie peut être discutée dans le sens où elle regroupe beaucoup de femmes qui étaient au foyer ou encore d'individus ayant dû arrêter leur profession, notamment pour des raisons de santé). Ensuite, la proportion de dépendants va plutôt en s'amenuisant au fur et à mesure que l'on monte dans les CSP les plus qualifiées, hormis les catégories des professions libérales et des travailleurs indépendants de l'agriculture et des arts et métiers, qui comptent respectivement 27% et 25% d'individus dépendants dans leur rang. La catégorie des anciens dirigeants est celle qui comporte le moins d'individus dépendants (10.5%), mais ce chiffre reste à relativiser dans le sens où cette CSP comptabilise déjà peu d'individus par rapport aux autres. Quant à la proportion d'individus en difficulté, elle oscille entre 27% et 19% selon les CSP tandis que le poids des individus indépendants est clairement plus important et même majoritaire au sein des CSP les plus qualifiées. Par exemple, les anciennes professions intermédiaires comptent près de 60% d'individus indépendants ou encore les professions libérales 54% d'indépendants.

Figure 52. Santé fonctionnelle et catégorie socioprofessionnelle - dernière CSP - à 80 ans et plus (en %) VLV



Enfin, en associant la santé fonctionnelle et le niveau de revenus (figure 53) les résultats montrent que la catégorie des individus pauvres est fortement marquée par la dépendance qui concentre 46.5% de l'effectif contre seulement 34.6% d'indépendants. Cette situation est quasiment à l'inverse de la catégorie des individus dont le niveau de revenu est considéré comme sécurisant la vie, où la majorité de l'effectif est autonome avec 55% des individus dans la catégorie des indépendants et 20.6% de dépendants. Quant à la proportion d'individus qui se trouvent « en difficulté », ce sont chez les précaires qu'elle est la plus importante (26%).

Figure 53. Santé fonctionnelle et niveau de revenus à 80 ans et plus (en %) VLV



Mettre en lien la santé psychique et la santé fonctionnelle avec des variables de statut social comme le niveau de formation, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de revenus permet d'obtenir de premiers éléments à propos de la santé au sein de la population du grand âge. Cependant, même si ces variables ainsi que la classe d'âge et le sexe donnent un rapide aperçu de la répartition des statuts de santé au sein de la population, l'analyse en reste rapide et en survol. Cela permet de mettre en évidence des inégalités évidentes d'âge et de sexe, mais il est nécessaire de poursuivre la réflexion en faisant appel au sujet des inégalités sociales traitées dans le chapitre précédent. Afin d'aller au-delà du simple constat des différentes situations selon le statut de santé, il est nécessaire de déterminer quels sont les facteurs (ou les variables) qui influencent ou ont vraiment des répercussions sur l'état de santé. Notamment par l'intermédiaire d'une analyse de régression qui permet de mettre en évidence des variables explicatives quant au fait de trouver les individus classés dans une catégorie de santé plutôt qu'une autre.

### 7.3. *Analyses : régressions logistiques multinomiales et indice de dissimilarité*

L'analyse de régression permet d'étudier et de mesurer le lien qui existe entre deux (régression logistique binaire) ou plusieurs modalités de réponse (régression logistique multinomiale) d'une variable dite dépendante, et des variables dites explicatives ou indépendantes. L'analyse de régression va permettre de mesurer l'effet de chacune de ces variables indépendantes à partir de la variable dépendante, tout en prenant en compte l'effet des autres variables explicatives.

Dans le cadre de ce travail, l'analyse des facteurs associés au statut de santé s'est focalisée sur les variables sociodémographiques classiques, de sexe, de classe d'âge et d'état civil, associées au niveau de formation des personnes âgées. Le choix de retenir le niveau de formation se situe dans le fait que celui-ci reste un bon prédicteur du statut social futur et influence tant la catégorie socioprofessionnelle que le niveau de revenus (Gabriel, 2015). De plus, ces deux dernières catégories posent des difficultés d'analyses dans le sens où la CSP est construite justement en fonction du niveau de formation des individus et comporte donc une forte probabilité de colinéarité avec le niveau de formation. Quant au niveau de revenus, il comporte en outre un fort taux de réponses manquantes, surtout situés dans la classe d'âge la plus âgée, ce qui complique la bonne interprétation des résultats. Aussi, la CSP et le niveau de revenus peuvent poser des problèmes d'interprétation des résultats au niveau du genre, du fait que la CSP comprend un taux important de femmes dans la catégorie non actif et que le niveau de revenus est associé au ménage et non pas à l'individu seul, pouvant conduire à une interprétation maladroite et inexacte de la situation.

Tableau 18. Déterminants sociodémographiques et socioculturels du statut de santé (mesure de la fragilité). Régression logistique multinomiale VLV

Statut de santé : indice de fragilité			
Modalité de référence : Indépendant		Fragile	Dépendant
Variables		Exp (B)	Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1.335 ***	1.257 *
Classe d'âge (Ref. 80 ans et plus)	65-79 ans	0.276 ***	0.053 ***
Canton (Ref. Tessin)	Genève	1.524 ***	1.285 NS
	Valais	1.040 NS	1.432 **
	Berne	0.896 NS	0.495 ***
	Bâle	1.102 NS	0.510 **
Etat civil (Ref. Marié)	Célibataire	1.406 **	3.683 ***
	Veuf	1.251 **	2.307 ***
	Divorcé	1.596 ***	1.534 NS
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	1.945 ***	3.441 ***
	Moyen	1.195 **	2.145 ***
Constante		**	***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***			
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1			

Le tableau 18 présente les facteurs liés au statut de santé selon l'approche de la fragilité, c'est-à-dire au fait de rester indépendant ou de basculer dans les catégories fragiles et dépendant. Les résultats montrent une forte influence du sexe, où le risque d'être fragile plutôt qu'indépendant est 1.3 fois plus fort pour les femmes. Il y a également une forte influence de la classe d'âge, plus on est âgé plus la probabilité d'être fragile et dans une moindre mesure dépendant augmente par rapport aux plus jeunes. L'analyse des cantons montre des résultats contrastés selon la région d'enquête. Ainsi Genève concentre une proportion significative d'individus fragiles par rapport à tous les autres cantons, mais il s'avère que c'est le cas inverse lorsque l'on s'intéresse au cas de la dépendance. Concernant l'état civil, les divorcés suivis des célibataires et des veufs ont plus de risques d'avoir un statut de santé fragile que les mariés. Mais c'est au niveau de la dépendance que la différence est la plus forte entre les mariés, les célibataires et les veufs puisque l'on retrouve 3.6 fois plus de personnes célibataires et deux fois plus de personnes veuves qui sont dépendantes par rapport à celles qui sont mariées.

Enfin, le niveau de formation révèle un fort gradient éducatif auprès du statut de santé. En effet, avoir un niveau de formation bas ou moyen (c'est-à-dire avoir effectué seulement la scolarité obligatoire pour le niveau de formation bas et le niveau secondaire pour le niveau de formation moyen) a un fort impact sur la fragilité et la dépendance. Les individus ayant un niveau de formation bas sont 1.9 fois plus fragiles que ceux ayant fait des études supérieures et ceux ayant un niveau de formation moyen sont 1.2 fois plus fragiles. L'effet est encore plus fort pour la dépendance où l'on retrouve 3.4 fois plus d'individus dépendants ayant un niveau de formation bas et deux fois plus ayant un niveau de formation moyen, que d'individus dépendants avec un haut niveau de formation. Le statut de santé dépendant comprend un effectif moins important d'individus que la fragilité et la dépendance, ces résultats sont donc à interpréter avec précaution car l'effet des facteurs dans cette catégorie peut vite être amplifié.

Quoiqu'il en soit, plusieurs résultats intéressants ressortent. Comme attendu, être de sexe

féminin augmente le risque d'avoir un statut fragile ou dépendant de manière significative. Concernant la classe d'âge, les résultats sont également assez évidents, montrant que plus un individu est jeune, moins il a de risque d'avoir des problèmes de santé, et l'inverse est aussi vrai. Concernant l'état-civil, être célibataire plutôt que marié accroît de façon significative les risques de dépendance, ce qui est cohérent avec ce qu'observent les démographes étudiant la mortalité différentielle (Schumacher & Vilpert, 2011). Mais il faut surtout noter l'influence du statut social sur la santé que cette analyse met en lumière. Le niveau de formation montre que le gradient socio-éducatif est très net. Avoir un niveau de formation bas ou moyen engendre également un fort risque d'avoir un statut de santé fragile et ce risque est encore plus fort concernant la dépendance. Nous avons également procédé à la même analyse avec le statut de fragilité augmenté au seuil de trois dimensions atteintes. Les résultats sont repris dans le tableau 19.

Tableau 19. Déterminants sociodémographiques et socioculturels du statut de santé (indice de fragilité augmenté au seuil de 3 dimensions sur 5). Régression logistique multinomiale VLV

Statut de santé : indice de fragilité (seuil 3 dimensions atteintes sur 5)			
Modalité de référence : Indépendant		Fragile	Dépendant
Variables		Exp (B)	Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1.520 ***	1.227 NS
Classe d'âge (Ref. 80 ans et plus)	65-79 ans	0.269 ***	0.068 ***
Canton (Ref. Tessin)	Genève	1.564 **	1.179 NS
	Valais	1.172 NS	1.478 **
	Berne	0.897 NS	0.508 ***
	Bâle	1.036 NS	0.490 ***
Etat civil (Ref. Marié)	Célibataire	1.460 **	3.468 ***
	Veuf	1.207 *	2.170 ***
	Divorcé	1.507 **	1.356 NS
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	2.045 ***	3.024 ***
	Moyen	1.161 NS	2.043 ***
Constante		***	***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***			
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1			

Comparativement à la mesure de la fragilité classique, les différences avec l'analyse précédente résident essentiellement au niveau des facteurs de sexe et de formation. En effet, avec la fragilité augmentée à un seuil de trois dimensions atteintes sur cinq, l'effet du sexe est encore plus prégnant. Les femmes apparaissent encore plus touchées que les hommes en termes de fragilité. Concernant les cantons, nous retrouvons la même répartition des résultats avec un effet significatif du canton de Genève. L'influence de l'état civil sur l'état de fragilité au seuil 3 renforce l'effet du célibat et du divorce face aux individus mariés, tandis que l'effet du veuvage s'atténue. On constate toujours un fort impact du niveau de formation bas et moyen au niveau de la dépendance, mais une moindre influence du niveau de formation moyen sur la fragilité.

Les résultats mettent également en avant l'effet protecteur du mariage comparé à tous les autres statuts de l'état civil, tant au niveau de la fragilité que de la dépendance. A noter, le fort lien qui existe entre le veuvage et la dépendance, alors qu'il est moins présent dans la fragilité

montre l'effet important de cet événement sur la santé des individus qui ne parviennent pas à faire face au deuil et à s'adapter au changement. Enfin, l'effet du niveau de formation sur le statut de santé apparaît de façon indéniable, les individus ayant suivi un cursus scolaire de niveau bas ou moyen sont plus nombreux à avoir un statut de santé fragile ou dépendant. Aussi, le niveau de formation peut avoir des répercussions sur l'ensemble de la trajectoire de vie professionnelle d'un individu, dans le sens où un niveau de formation bas ouvre la voie à des professions moins qualifiées ou demandant de forts efforts physiques avec des tâches plutôt d'exécution, ce qui peut avoir des conséquences sur la santé à long terme.

Dans le même principe que la mesure de la fragilité, nous avons également procédé à l'analyse des facteurs liés au statut de santé fonctionnelle. Le choix d'analyser plus précisément ces deux aspects de la santé relève de leurs caractéristiques multidimensionnelles. Nous avons enfin ajouté l'analyse de la santé psychique associés à ces facteurs ainsi qu'à la santé fonctionnelle afin de déterminer l'influence et les liens associés entre ces deux aspects importants de la santé. Les résultats concernant les déterminants sociodémographiques et socioculturels de la santé fonctionnelle sont les suivants.

Tableau 20. Déterminants socioéconomiques et socioculturels de la santé fonctionnelle. Régression logistique multinomiale VLV

Santé fonctionnelle			
Modalité de référence : Indépendant		En difficulté	Dépendant
Variables		Exp (B)	Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1.200 *	1.384 **
Classe d'âge (Ref. 80 ans et plus)	65-79 ans	0.187 ***	0.064 ***
Canton (Ref. Tessin)	Genève	1.082 NS	1.283 NS
	Valais	1.000 NS	1.306 NS
	Berne	0.668 **	0.486 ***
	Bâle	0.869 NS	0.647 **
Etat civil (Ref. Marié)	Célibataire	1.672 **	3.476 ***
	Veuf	1.205 NS	2.113 ***
	Divorcé	1.896 ***	1.460 NS
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	2.086 ***	2.938 ***
	Moyen	1.368 **	1.816 ***
Constante		***	***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***			
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1			

L'analyse met en avant l'effet du sexe sur les statuts de santé fonctionnelle mais de façon moins forte que pour la fragilité, ainsi que l'effet attendu de la classe d'âge montrant les limitations dans les activités de la vie quotidienne au fur et à mesure de l'avancée en âge. Mis à part le canton de Berne, le canton de résidence n'a pas d'impact significatif sur le fait de se trouver en difficulté plutôt qu'indépendant. L'état civil fait état une fois encore de l'effet protecteur du mariage sur la santé fonctionnelle ; en effet, il est préférable d'être marié plutôt que célibataire ou divorcé où la proportion d'individus en difficulté est presque deux fois plus importante pour les divorcés (1.9) et les célibataires (1.7). De même, le fait d'être célibataire ou dans une situation de veuvage est fortement corrélé avec la dépendance (un résultat que l'on retrouve

aussi dans l'analyse de la fragilité). Enfin, il y a un fort effet du niveau de formation sur le statut de santé fonctionnelle où l'on retrouve les niveaux de formations bas et moyen corrélé avec le fait d'être en difficulté plutôt qu'indépendant, et encore plus fortement avec le fait d'être dépendant. Ce fort effet du gradient éducatif tant dans l'analyse de la fragilité que de la santé fonctionnelle montre que la dépendance est plus stratifiée socialement que les autres statuts de santé que sont le fait d'être en difficulté ou fragile.

Tableau 21. Déterminants sociodémographiques et socioculturels de la santé psychique. Régression logistique multinomiale VLV

Santé psychique			
Modalité de référence : Bonne santé		Santé moyenne	Mauvaise santé
Variables		Exp (B)	Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1.194 **	1.470 ***
Classe d'âge (Ref. 80 ans et plus)	65-79 ans	0.640 ***	0.385 ***
Canton (Ref. Tessin)	Genève	0.776 *	0.834 NS
	Valais	0.672 **	0.667 **
	Berne	0.575 ***	0.366 ***
	Bâle	0.525 ***	0.424 ***
Etat civil (Ref. Marié)	Célibataire	1.268 NS	1.414 *
	Veuf	1.628 ***	1.658 ***
	Divorcé	1.437 **	1.184 NS
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	1.495 ***	2.135 ***
	Moyen	1.079 NS	1.243 *
Constante		***	***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***			
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1			

L'analyse des facteurs liés à la santé psychique montre des résultats clairs selon les variables observées. Ainsi s'observe un effet du sexe en défaveur des femmes qui montrent plus de symptômes dépressifs que les hommes. Ensuite, également un effet de la classe d'âge qui est présent, les 80 ans et plus étant significativement en plus moyenne et mauvaise santé psychique que la catégorie des 65-79 ans. Cependant, l'effet est moins fort que pour la santé fonctionnelle, ce qui indique les capacités d'adaptation psychique des personnes très âgées face à leur situation. Le canton a un impact sur la santé psychique. En effet, résider dans un canton autre que celui du Tessin augmente de façon significative le risque de voir sa santé psychique détériorée. Concernant l'état civil, les résultats mettent principalement en avant l'impact du veuvage sur la santé psychique, les individus veufs étant significativement plus menacés par la dépression que les autres. Un tel résultat montre l'effet choc que peut provoquer le décès du conjoint auprès de l'individu et affecter tant son état psychique que physique s'il n'arrive pas à faire face et s'installe dans un état de regrets et d'isolement. On constate aussi un effet auprès des individus divorcés, que l'on retrouve plus nombreux avec une santé psychique moyenne. Quant au niveau de formation, détenir un niveau de formation bas a un fort lien avec le fait d'avoir une santé psychique mauvaise (deux fois plus important que ceux qui ont un haut niveau de formation) ou moyenne (1.5 fois plus important). Ce constat montre une polarisation par le niveau de formation au détriment des individus avec un bas niveau d'éducation.

Tableau 22. Effets de l'association de la santé fonctionnelle et de la santé psychique. Régression logistique multinomiale VLV

Santé fonctionnelle			
Modalité de référence : Indépendant		En difficulté	Dépendant
Variables		Exp (B)	Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1,107 NS	1,321 **
Classe d'âge (Ref. 80 ans et plus)	65-79 ans	0,197 ***	0,068 ***
Canton (Ref. Tessin)	Genève	1,157 NS	1,734 **
	Valais	1,177 NS	1,944 ***
	Berne	0,842 NS	0,843 NS
	Bâle	1,091 NS	1,034 NS
Etat civil (Ref. Marié)	Célibataire	1,657 **	3,204 ***
	Veuf	1,142 NS	1,925 ***
	Divorcé	1,868 ***	1,382 NS
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	1,837 ***	2,297 ***
	Moyen	1,376 **	1,642 ***
Santé psychique ( Ref. Bonne)	Mauvaise	5,826 ***	11,651 ***
	Moyenne	2,515 ***	2,645 ***
Constante		***	***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***			
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1			

Enfin, en associant la santé fonctionnelle et la santé psychique dans l'analyse (tableau 22), les résultats indiquent une relation significative entre ces variables. En effet, les individus avec une bonne santé psychique, ou une santé psychique plutôt moyenne ont moins de risques de faire face à des difficultés fonctionnelles, et l'inverse est vrai aussi. Ce même effet se retrouve dans le cas de la dépendance, qui désavantage ceux ayant déjà une mauvaise santé psychique. Nous retrouvons l'effet significatif de la classe d'âge sur le fait d'être en difficulté ou dépendant plutôt qu'indépendant, mais aussi l'impact significatif du niveau de formation. Par contre le canton de résidence n'exerce pas d'effet sur la probabilité d'être en difficulté plutôt que dépendant ou indépendant, mais il a une influence sur la dépendance. C'est surtout le cas des cantons de Genève et du Valais par rapport au Tessin.

### Indice de dissimilarité

Afin de compléter l'analyse des inégalités de santé, l'indice de dissimilarité, déjà abordé dans le chapitre précédent, se révèle à nouveau utile. Appliqué à la santé et plus particulièrement à l'indice de fragilité, à la santé fonctionnelle et à la santé psychique, il permet de mettre en avant les différences qui peuvent exister entre le sexe et la classe d'âge.

Les résultats montrent des inégalités de santé accrues selon le sexe associé à la classe d'âge comparativement aux inégalités sociales. La santé fonctionnelle (annexe n°9) révèle un indice de dissimilarité de 0.36 entre les hommes très âgés et leurs cadets et un indice qui s'élève à 0.46 pour les femmes, révélant ainsi une plus grande disparité entre les classes d'âge de ces dernières. Cependant, lorsque nous nous intéressons uniquement à l'indice de dissimilarité de la santé fonctionnelle selon le sexe à 80 ans et plus (annexe n°10), celui-ci est de 0.14. Ce

résultat peut être interprété comme l'existence indéniable d'inégalités de santé selon le sexe lors du vieillissement, mais qui sont encore plus accrues entre les classes d'âges, reflétant ainsi la position particulière que des individus du grand âge au bout d'un long parcours de vie. Nous retrouvons des résultats similaires à propos de la fragilité (annexe n°13) où les femmes très âgées sont dans des situations très différentes de celles de leurs cadettes, avec un indice de 0.42, il en va de même pour les hommes qui ont un indice de 0.34 entre 65-79 ans et 80 ans et plus. De tels écarts entre les classes d'âges peuvent être le signe de la dégradation de l'état de santé au fur et à mesure du vieillissement, puisque l'écart entre les sexes à 80 ans et plus (annexe n°14), bien qu'il soit présent est toutefois moins important (0.14). Concernant la santé psychique l'indice de dissimilarité révèle que cette dernière constitue la dimension de santé la moins dissimilaire. En effet, l'écart entre les classes d'âges (annexe n°11) s'élève à 0.18 pour les hommes et à 0.20 pour les femmes, tandis que celui entre les sexes à 80 ans et plus (annexe n°12) est de 0.12. La santé psychique semble donc moins affectée par l'âge avancé que les autres domaines de la santé que sont la santé fonctionnelle et la fragilité. Cependant, bien que moins importantes, les différences de santé psychique sont bien présentes et plus particulièrement en défaveur des femmes très âgées.

## **8. La santé au cœur du débat**

Vieillesse et santé forment un des enjeux majeurs du grand âge. Ce chapitre s'est efforcé d'en présenter les principaux aspects. Certes, le vieillissement suit inéluctablement son cours et a des répercussions sur les caractéristiques de la population très âgée en comparaison avec celle des jeunes retraités. Ces répercussions se révèlent notamment sous la forme de la santé et de la tendance à son déclin au fur et à mesure de l'avancée en âge. Mais plutôt que de parler de déclin de la santé, car ce phénomène peut sous-entendre un glissement vers la dépendance, il est possible d'adopter la notion de fragilité et de parler du vieillissement et de la santé en termes de processus de fragilisation et d'état de fragilité, qui correspondent à un état de santé latent et intermédiaire, se situant entre l'autonomie et la dépendance et qui caractérise plus spécifiquement, plus fréquemment l'état de santé des individus âgés.

L'apport théorique sur la santé et le vieillissement a révélé plusieurs hypothèses, dont la possible « pandémie des maladies » qui menacerait le grand âge et la charge envers la société, et son opposée qui elle mise sur une compression de la morbidité et de la mortalité aux âges avancés (Guilley, 2005). Entre ces deux scénarios probables, une hypothèse supplémentaire existe, celle d'un équilibre dynamique entre celles-ci. Sous couvert de ces hypothèses, qui justifient à elles seules le débat de la santé au grand âge, le sujet des inégalités sociales face à celle-ci en constitue une question sensible dans le sens où la recherche s'interroge sur la persistance ou sur l'effacement des inégalités sociales de santé. Plusieurs scénarios existent quant au deux hypothèses, mais finalement peu d'études empiriques sur le sujet ont été réalisées afin de soumettre ces questionnements à l'épreuve du terrain.

Les données disponibles sur le grand âge dans l'étude VLV ont précisément permis de contribuer à ce champ d'investigation. C'est à partir des informations à propos de la santé et ses différentes composantes qu'il a été possible d'analyser cette question au regard des inégalités sociales telles qu'elles ont été étudiées dans le chapitre précédent. Les résultats ont mis en évidence et ont confirmé certains aspects spécifiques du grand âge. Une première évidence revient au fait que comparativement à la classe d'âge des 65-79 ans, les individus âgés de 80 ans et plus sont en plus mauvaise santé que leurs cadets, mais dans une proportion toutefois relative et moins alarmiste que ce que le paradigme biomédical évoque. En effet, le grand âge comporte une proportion plus importante d'individus dont la santé décline que le reste de la

population, mais une majorité d'entre eux sont encore indépendants, conservent une bonne santé psychique et se trouvent eux-mêmes en forme, même si une bonne partie sont déjà sur la voie de la fragilité.

Ensuite, les résultats pour la santé physique (troubles physiques et comorbidités) se sont montrés en demi-teinte concernant l'hypothèse du « paradoxe des genres ». Le peu de différence entre les sexes peut s'expliquer par le fait de se focaliser sur des troubles physiques très spécifiques (mal de dos, douleurs aux membres, hypertension, etc.) marque moins les différences de genre. Cependant, les autres aspects de la santé que sont la santé fonctionnelle, la santé psychique ou encore et dans une moindre mesure la santé autoévaluée montrent tous un fort clivage entre les sexes en défaveur des femmes. A 80 ans et plus, et comparativement aux hommes de la même classe d'âge, elles sont plus nombreuses à souffrir de dépendance dans la santé fonctionnelle, à avoir une santé psychique moyenne ou bien mauvaise, ou encore à cumuler les atteintes dans la fragilité.

Si les résultats concernant la classe d'âge et le sexe face à la santé sont assez évidents et confirment ce que d'autres études ont aussi avancé, ceux sur la santé face au statut social de la population très âgée constituent un apport à la connaissance du grand âge. Les données ont montré qu'il existe une persistance des inégalités sociales face à la santé au-delà de 80 ans et plus. En effet, on retrouve dans cette classe d'âge des différences de santé selon le statut social. D'une manière générale, plus les individus qui se trouvent dans une catégorie sociale basse, plus la proportion d'entre eux ayant une santé mauvaise est grande. Les résultats mettent en évidence l'influence du niveau d'éducation, du niveau de revenus et de la position socioprofessionnelle au niveau de la santé fonctionnelle, de la santé psychique et de la fragilité. De plus, les femmes, déjà désavantagées au niveau de la santé, se trouvent encore plus vulnérabilisées lorsqu'elles se trouvent dans les statuts éducatifs (donc sociaux) les plus défavorisés.

De tels résultats peuvent amener le chercheur à penser qu'au grand âge ne subsiste que les individus issus de classes sociales favorisées, et donc penser en termes d'homogénéité de population vieillissante. Or ce n'est pas le cas, puisque nous retrouvons toujours dans les analyses des individus issus de classes sociales plus basses, et même si leur état de santé est plus préoccupant, ils sont néanmoins présents. La santé n'est donc pas la même pour tous les individus du grand âge et diffère bien selon le sexe et le statut d'origine, ce qui permet d'avancer que les inégalités sociales, même au niveau de l'état de santé, subsistent jusque dans la dernière période de la vie. Les problèmes de santé ne frappent pas aléatoirement les personnes dans la population très âgée ; il y a des groupes plus atteints que d'autres. Cependant, nous avons vu que la définition de la santé ne la résume pas seulement à la seule absence de maladie et/ ou d'infirmité, mais qu'elle correspond à « un état complet de bien-être physique, mentale et social », selon l'OMS. D'ailleurs, les résultats de la santé autoévaluée ont montré une bien meilleure estimation de sa propre santé de la part des personnes très âgées que les autres indicateurs. Étonnant même, le fait qu'à 80 ans et plus, les individus se considèrent en meilleure santé que leurs homologues de la classe d'âge des 65-79 ans.

De tels résultats poussent à considérer la santé et le grand âge non seulement dans une perspective biomédicale mais également d'un point de vue plus subjectif, à travers la prise en compte du bien-être. Paradoxalement, la médecine et plus spécifiquement la gériatrie, dans ses objectifs de soins plutôt que de guérison à tout prix, va dans le sens de percevoir la santé et le grand âge en termes de bien-être. Il s'agit de privilégier ici la qualité de vie malgré l'avancée en âge et ses conséquences sur la vie quotidienne, tant au niveau de la santé que de la vie sociale. Ainsi, la question du bien-être outrepassé celle de la santé et de la vie sociale.

## Chapitre 6 : Maintenir le bien-être

### Introduction

Les chapitres précédents ont mis en avant les inégalités sociales et de santé qui existent et persistent entre les individus au grand âge. Mais qu'en est-il de leur bien-être ? Nous pouvons nous demander si la question du bien-être prime sur celle de la santé et des inégalités de ressources au fur et à mesure de l'avancée en âge et qu'au final, c'est ce qui importe lors de cette dernière phase de l'existence. Mais nous allons voir que la notion de bien-être recouvre plusieurs dimensions et points de vue et qu'elle reste délicate à interpréter en tant que verdict final de qualité de vie au grand âge.

#### 1. La notion de bien être

Dans le sens commun, la notion de bien-être peut sembler vaste et ambiguë car elle représente et porte sur plusieurs aspects de la vie. En s'intéressant à ce que rapporte la littérature scientifique sur le sujet, pour la plupart issue du domaine de la psychologie, des études de la santé ou encore de l'économie, cet a priori est légitime car il n'existe pas de définition universelle et nous constatons que la notion du bien-être se réfère à plusieurs dimensions. Nous retrouvons une distinction entre plusieurs types de bien-être, notamment celle qui distingue une composante objective et une autre subjective.

##### 1.1. *Le bien-être objectif*

Le bien-être objectif se focalise sur l'aspect matériel, via notamment les conditions de vie, la plupart du temps en les considérant comme étant « bonnes » ou « mauvaises » selon un standard prédéfini. C'est la définition utilisée par Noll (2004) et qui a été adoptée par l'OCDE mais aussi par les approches « économiques » du bien-être. Il en a résulté des tentatives d'élaboration d'indicateurs socio-économiques synthétiques depuis la fin des années 1990. Cependant, ces mesures objectives ont été critiquées pour leur conception surtout économique du bien-être et la recherche s'est orientée vers des critères d'évaluation plus subjectifs (Collinet & Delalandre, 2014).

##### 1.2. *Le bien-être subjectif*

Le bien être subjectif est quant à lui évalué selon le point de vue de l'individu et recouvre deux dimensions relativement indépendantes, celles du bien-être cognitif et affectif (Diener et al., 1999, Girardin & Spini, 2008 ; Wiest et al., 2011). Le bien-être cognitif correspond à l'évaluation faite par l'individu de sa propre existence ou bien sur des aspects de celle-ci, et s'exprime à travers la satisfaction face à la vie de l'individu que ce soit en général ou sur des domaines particuliers (profession, vie de couple, famille, santé, etc.). Le bien-être affectif (ou émotionnel) quant à lui, se penche plus particulièrement sur les affects positifs et négatifs ressentis par la

personne. Le bien-être subjectif permet ainsi de replacer l'individu au centre du concept en lui donnant la parole sur son propre ressenti, mais occulte aussi d'une certaine façon le poids des facteurs sociaux (Fioretta, 2015). Les partisans du bien-être objectif lui adressent une critique similaire en avançant le fait que la réalité ne serait pas vraiment reflétée à cause de l'adaptation des individus à leur situation (Noll, 2004), une critique rapportée aussi par Lalive d'Epinay et al. (2000, p.352). Cette adaptation des individus à leur situation au cours de l'avancée en âge est notamment évoquée dans le paradoxe du bien-être au grand-âge.

### 1.3. *La notion de bien-être dans de précédentes études*

Comme nous venons de le présenter, la notion de bien-être recouvre plusieurs dimensions et a pour conséquences que selon les études et les domaines de recherche, elle est perçue et surtout opérationnalisée de façon différente. Nous proposons donc ici de nous intéresser aux aspects du bien-être dont l'étude VLV et ce travail découle.

Lalive d'Epinay et son équipe abordent la notion du bien-être dans l'enquête transversale de 1994 à travers un chapitre intitulé « satisfaction et sentiment de bien-être ». Ils définissent le sentiment de bien-être comme : « un état de satisfaction, de contentement devant ce que la vie offre, dans un environnement donné, à un âge donné. » (Lalive d'Epinay et al., 2000, p. 341). Ils évoquent ensuite la notion de satisfaction qui pour eux : « exprime le degré d'accord qu'une personne entretient avec un aspect de son mode de vie. » (Lalive d'Epinay et al., 2000, p. 343) et proposent une brève revue de la littérature. Les chercheurs évoquent la proximité entre cette notion et plusieurs autres, comme celle de « qualité de vie » souvent utilisée dans le cadre de comparaison d'ordre géographique entre les villes, régions ou encore entre les pays. Mais la conceptualisation du bien-être dans une telle optique s'intéresse à des ensembles sociaux et non pas à des individus. Ce qui importe aux chercheurs, c'est de prendre en considération tant une définition objective du bien-être que la perception subjective de celui-ci.

Pour ce faire, ils s'appuient sur les travaux de Lawton qui propose de prendre en considération l'aspect multidimensionnel du bien-être ou de la qualité de vie (Lawton, 1984, 1991 *in* Lalive d'Epinay et al., 2000). Dans ses travaux, la notion de qualité de vie englobe le bien-être mais va au-delà de ce dernier, dans le sens où cette notion inclut en plus du jugement et de la raison, l'affectivité et l'état d'âme :

« Le sentiment de bien-être se rapporte donc à une réalité objective, sa propre vie prise globalement ou selon certains de ses aspects, mais implique un regard posé sur cette vie, pas celui de quelque spectateurs, profane ou spécialiste, mais du sien propre [...]. Ce regard est donc éminemment subjectif : c'est celui du sujet lui-même (1<sup>er</sup> niveau de subjectivité) sur sa propre vie (2<sup>ème</sup> niveau de subjectivité). » (Lalive d'Epinay et al., 2000, p. 342)

Lalive d'Epinay et son équipe se posent également la question des déterminants du bien-être (*Qu'est ce qui prédispose à la satisfaction et au bien-être ?*) et en font une revue de la littérature où semble prédominer certains types de déterminants. Ils mettent en avant, notamment le genre associé au bien-être affectif :

« [...] pour Smith et al., (1996), l'appartenance au sexe féminin constitue un risque important de diminution du bien-être psychologique, du fait d'une prévalence supérieure de traits dépressifs et d'émotions négatives. Par ailleurs, selon cette équipe, le sexe serait le seul discriminant objectif du bien-être. » (Lalive d'Epinay et al., 2000, p. 351)

Ils mettent aussi en évidence les travaux (de nature transversale) mettant en lien le bien-être affectif et la classe d'âge et qui concluent qu'il existe une augmentation des émotions négatives au détriment des émotions positives avec l'âge (Perrig-Chiello, 1997 ; Smith et al., 1996 ; Hillerås, 1998 ; Hillerås et al., 2001). Par exemple, Perrig-Chiello avance que si les émotions positives diminuent au cours de l'avancée en âge, le sentiment de bien-être devient alors de plus en plus déconnecté de la santé fonctionnelle et est relié à des facteurs subjectifs relevant de l'aspect affectif. Georges (1992) appuie le fait qu'il existe un degré de satisfaction supérieure auprès des plus âgés concernant les domaines matériels. D'autres auteurs évoquent face à ce paradoxe que la satisfaction face aux conditions matérielles augmente mais que le sentiment de bien-être (compris dans le sens du bonheur) diminue (Coleman, 1996 ; Hilleras et al., 1998). Aussi l'étude longitudinale menée par Johnson et Barer (1997) auprès d'individus très âgés a montré qu'au cours de la grande vieillesse, les aspirations, attentes et objectifs des personnes âgées étaient revus à la baisse et que le fait même de survivre à des âges élevés procuraient en soi une certaine satisfaction.

Les chercheurs notent aussi l'importance de l'état-civil, du réseau familial et de la vie sociale. Ils expliquent en ces termes :

« [...] s'il est établi que la vie sociale, la participation, l'engagement dans des activités entretiennent une relation positive avec le bien-être, le lien causal entre les deux et son sens restent sujets à discussion et ici aussi, des études transversales ne permettent pas de trancher. » (Lalive d'Épinay et al., 2000, p. 353)

Lalive d'Épinay et son équipe tirent de littérature les réflexions suivantes :

« Dès lors, cela conduit à nuancer la thèse de Perrig-Chiello : la réalité (par exemple le statut fonctionnel) continue d'être prise en compte, mais le niveau d'attente envers la réalité diminue. On retrouve ici la théorie générale de la satisfaction comme moindre distance entre la réalité et l'attente, avec le fait que lorsqu'on n'a pas prise sur la réalité, on peut en revanche infléchir ses attentes. [...] Mais ici encore, quand on compare des cohortes différentes, la question se complique car l'hypothèse peut être faite que les membres des cohortes les plus anciennes se satisfont de moins, parce qu'ils ont mené une vie matérielle et physiquement plus dure et ont développé des besoins plus limités que leurs cadets, portés eux par les décennies d'abondance. Pour notre part, nous avons observé à quels points les écarts observés entre les groupes d'âge exprimaient l'impact différencié mais combiné d'effet de vieillissement et d'effet de changements sociohistoriques. » (Lalive d'Épinay et al., 2000, p. 352)

A partir de cette revue de la littérature scientifique, les chercheurs élaborent des hypothèses à l'étude du bien-être qui sont intéressantes à développer dans le cadre de cette thèse. Ils formulent trois hypothèses, tout d'abord que la satisfaction d'ordre matériel est supérieure dans les classes les plus âgées et qu'en revanche le bien-être affectif est plus faible. Ensuite, ils proposent une théorie objectiviste de la satisfaction dont celle-ci découlerait d'un jugement objectif porté sur les conditions de vie de l'individu. Mais aussi une théorie interprétative où la satisfaction résulterait d'une évaluation interprétative de la réalité et ce, à partir des attentes propres de l'individu dans sa situation de vie. Cela correspond à la réflexion : « Dans ma situation que puis-je espérer ? » et :

« [...] exprime dès lors le résultat d'un travail d'adaptation à la réalité, donc de révisions des attentes. Cela implique dans la règle d'une réduction des attentes au fil de l'âge, afin de préserver un certain niveau de satisfaction. On peut d'ailleurs penser que ce travail adaptatif et interprétatif se heurte à des limites, des situations où la personne n'a plus les moyens de rétablir un équilibre satisfaisant entre sa situation de vie et ses

attentes de la vie. Poussée à l'extrême, l'hypothèse interprétative pourrait déboucher sur une affirmation purement subjectiviste consistant à dire qu'à un certain stade, au très grand âge en particulier, le bien-être est totalement déconnecté de la réalité. » (Lalive d'Épinay et al., 2000, p. 353)

Cette dernière hypothèse est particulièrement intéressante dans l'étude du bien-être au grand âge et constitue une piste de recherche quant au décalage entre la perception de l'individu sur sa situation et la réalité de celle-ci.

Quelques années plus tard, Lalive d'Épinay, Spini et leur équipe de recherche lancent l'étude longitudinale Swilsoo et s'intéressent à nouveau au sujet du bien-être et de sa préservation au grand âge (qui fait l'objet du chapitre 10 de l'ouvrage « Les années fragiles », signé par Girardin et Spini). Ils reviennent sur le fait que la littérature scientifique présente le bien-être par des notions qui lui sont proches mais qui ne sont pas forcément équivalentes, telles que le bonheur, la qualité de vie, la satisfaction ou encore le fait de garder le moral. Des notions qui ont tendance à rendre la définition et la mesure du bien-être moins précise et plus confuse (Girardin & Spini, 2008).

#### *1.4. Le paradoxe du bien-être au grand âge*

La revue scientifique ainsi que les études précédentes mettent en évidence le fait que le bien-être persiste et se maintienne au cours de l'avancée en âge. Le bien-être dans la dernière partie de la vie constitue donc un paradoxe et un attrait scientifique évoqué en ces termes par Girardin et Spini :

« Lorsque l'on pense au bien-être des personnes vieillissantes, on s'attend à ce qu'il décline au fur et à mesure de l'avance en âge et du déclin de la santé. Pourtant, considérant la dimension affective du bien-être, de nombreux auteurs s'étonnent de constater que le bien-être n'est que peu affecté. » (Girardin & Spini, 2008, p. 282)

Les chercheurs prennent pour exemple les travaux portant sur le bien-être affectif menés par Rothermund et Brandstätter, qui à travers une étude longitudinale d'une durée de huit ans, ont montré l'existence d'une faible accentuation des symptômes dépressifs aux alentours des 70 ans, mais qui n'est pas significative dans les autres classes d'âge (Rothermund & Brandstätter, 2003). Ils s'appuient aussi sur les travaux de Fiske et son équipe qui constatent que le déclin de la santé chez les personnes âgées n'entraîne pas au cours du temps une augmentation des symptômes dépressifs (Fiske, Gatz et al., 2003).

Puis, considérant le paradoxe concernant la dimension cognitive du bien-être, Girardin et Spini expliquent que :

« Intuitivement, on serait amené à penser que l'évaluation subjective de la santé reflète fidèlement son évolution objective. Dans les faits, bien que se rapportant au même objet, la mesure objective et l'évaluation subjective s'écartent l'une de l'autre, ce décalage s'intensifiant avec l'avance en âge. » (Girardin & Spini, 2008, p.283)

Les chercheurs prennent l'exemple des travaux menés par Leinonen et ses associés qui montrent à partir de mesures objectives, le déclin de la santé mais la stabilité de la perception propre de celle-ci (Leinonen, Heikkinen et al., 1998). Les travaux mettent en évidence que malgré un déclin de la santé physique, des capacités cognitives et des performances

fonctionnelles beaucoup d'individus âgés estiment leur état de santé satisfaisant. Girardin et Spini évoquent ensuite les travaux de Kunzmann et ses associés (Kunzmann, Little et al., 2000) qui mettent en évidence la corrélation entre la perception de la santé et la santé objective qui diminue, voire disparaît au cours de l'avancée en âge.

Ainsi les chercheurs expliquent que le bien-être au grand âge est qualifié de paradoxe dans la littérature scientifique en raison des directions opposées que suivent le bien-être et sa tendance à rester stable, et la santé qui tend vers le déclin avec l'avancée en âge. De plus, ils expliquent que la santé mesurée à un temps donné a une influence réelle sur le bien-être. En effet, le bien-être observé de manière synchronique, c'est à dire à un instant  $t$  du déroulement temporel, typiquement dans le cas d'une enquête transversale, l'apparition de graves problèmes de santé (par exemple dans le cas d'atteintes fonctionnelles) a des conséquences directes sur le bien-être de l'individu. Mais aussi dans une moindre mesure l'impact des incapacités fonctionnelles et l'influence négative de la fragilité sur le bien-être.

Girardin et Spini exposent que ce paradoxe du maintien bien-être par rapport à la santé au grand âge peut s'expliquer notamment par des stratégies adaptatives telles que la comparaison sociale descendante, permettant aux individus âgés de maintenir un certain niveau de bien-être malgré le déclin de la santé. Les chercheurs expliquent que la comparaison sociale descendante est une stratégie qui consiste pour l'individu à se comparer avec d'autres personnes à situation égale, par exemple du même âge, mais plus affectés que lui par le même événement, lui procurant ainsi un sentiment d'avantage et lui permettant de préserver (ou récupérer) une image positive de lui-même. Appliquée au cas de la grande vieillesse les chercheurs montrent que cette stratégie permettrait aux individus se trouvant dans le processus de fragilisation de préserver leur propre estime face au déclin de leur état de santé (Girardin & Spini, 2008, p. 287). Cela les conduit à formuler l'hypothèse que les personnes très âgées arrivent à adapter leurs objectifs en fonction de leurs ressources et gardent une image positive d'eux-mêmes par l'assouplissement des critères d'évaluation de leur propre santé au moyen de la stratégie de la comparaison sociale descendante.

### 1.5. *Le bien-être dans l'étude VLV, une notion phare*

Le bien-être dans l'étude VLV est largement inspiré des travaux menés par ses prédécesseurs puisqu'elle reprend des questions issues des études de 1979, 1994 et de Swilsoo. C'est notamment le cas de la dimension affective du bien-être où nous retrouvons l'échelle des symptômes dépressifs de Wang (Wang et al., 1975) et des questions à propos de la santé subjective permettant de mesurer le bien-être cognitif. L'étude VLV comprend également des questions portant sur la satisfaction de la vie en général, mais aussi sur des aspects plus particuliers tels que la satisfaction de la relation de couple et de la vie professionnelle, des dimensions abordées lors de l'étude de 1994.

La notion de bien-être dans l'étude VLV repose donc en partie sur les enquêtes précédentes menées par le CIGEV mais elle va toutefois au-delà en s'inspirant des travaux d'Amartya Sen à propos du niveau de développement de la société en fonction des libertés individuelles, et sa célèbre injonction : « to lead the kind of lives they value – and have reason to value. » (Sen, 1999, p. 18), mais aussi de son approche dites des « capacités » que nous pouvons traduire par les capacités (ou les aptitudes) que possèdent des individus. Ainsi, l'évaluation du bien-être de l'individu se base sur les capacités dont il dispose et qu'il peut mobiliser. Bonvin explique que l'approche de Sen repose sur trois concepts distincts. Le premier est le concept de ressources qui représente l'ensemble des biens matériels, services et droits que possèdent l'individu. Le

second aspect repose sur les « fonctionnements », c'est-à-dire la possibilité d'action et de réalisation effectives de ces individus par rapport à leurs ressources et libertés réelles, car ils peuvent avoir des ressources mais peuvent ne pas pouvoir en disposer complètement et efficacement. Et enfin, Sen distingue les « capacités » qui sont la combinaison de la liberté de choix et des « fonctionnements » potentiels, c'est-à-dire l'ensemble des réalisations possibles qui s'offrent à l'individu (Bonvin, 2005).

Le concept de ressources et de comment celles-ci sont utilisées au cours du vieillissement pour maintenir un niveau d'autonomie, d'activité et de bien-être, constitue un des objectifs majeurs de l'étude VLV. Ainsi, une telle étude basée sur le concept de ressources avec une approche interdisciplinaire permet d'identifier les prédicteurs les plus importants du bien-être. D'ailleurs, si nous nous rappelons du modèle théorique sur lequel repose l'étude VLV, le bien-être constitue la finalité des dimensions étudiées et mises en œuvre dans l'enquête (chapitre 2 figure 9). De cette manière, l'analyse des trajectoires (santé, famille, résidence, activités), les ressources individuelles, l'analyse des pratiques et des politiques sociales sont menées dans l'objectif du bien-être global de la personne âgée et des différences de bien-être entre les individus qui peuvent exister suite aux différences de trajectoires de vie, de ressources et de politiques sociales.

L'ensemble du projet de l'étude se focalise autour de la qualité de vie et du bien-être et ils sont explorés à travers les différentes dimensions et sous-projets de l'étude. Aussi, dans cette thèse nous avons fait le choix de nous intéresser au bien-être subjectif et ce dans une logique de repositionnement de l'individu âgé par rapport à son propre ressenti qui jusque-là n'a pas été abordé ou seulement très peu à travers la santé autoévaluée dans le chapitre précédent. Hors la prise en compte de leur point de vue et de leur ressenti quant à leur vieillissement nous paraît tout de même essentielle à une compréhension plus complète des conditions de vie et de santé au grand âge. De plus, cela permet de nous positionner dans la lignée des études menées précédemment et d'obtenir des informations actualisées à propos du bien-être au grand âge en Suisse. L'évaluation du bien-être subjectif est réalisée à travers la santé autoévaluée par rapport aux contemporains et la santé psychique qui évaluent les dimensions cognitives et affectives du bien-être mais aussi la satisfaction de vie et ses différents domaines. Il s'agit donc d'une approche du bien-être d'un point de vue subjectif mais que nous proposons de mettre en lien avec des éléments socio-structurels telles que les ressources socio-économiques à disposition des individus âgés afin de rallier la notion de ressources et l'approche des « capacités » de Sen.

## **2. Mesure et évaluation du bien être**

### *2.1. Mesure et évaluation du bien-être dans les études précédentes*

Nous avons brièvement évoqué auparavant dans ce chapitre que dans l'étude transversale de 1994 le bien-être est évalué à partir de la satisfaction des individus dans six domaines de leur vie. Ces domaines ont attiré au lieu de vie<sup>54</sup>, à la situation économique<sup>55</sup>, à la vie relationnelle<sup>56</sup>, à la vie professionnelle<sup>57</sup>, à l'état de santé<sup>58</sup> et à la santé psychique<sup>59</sup>.

---

<sup>54</sup> La satisfaction du logement est mesurée à partir d'une échelle continue comprenant six indicateurs de satisfaction du logement (taille, équipement, bruit, sécurité, adaptation aux besoins et voisinage). Les réponses sont classées sur

Les résultats ont montré que d'une manière générale les individus âgés sont satisfaits de leurs conditions de vie et que les différences sont concentrées entre les sexes au niveau de la satisfaction financière (plus faible pour les femmes) et au niveau de la santé psychique où l'on trouve une proportion de symptômes dépressifs plus importante auprès des femmes que des hommes (Lalivé d'Épinay et al., 2000, p. 347), un résultat qui corrobore les travaux antérieurs, notamment ceux de Smith et al. (1996). Ce constat amène les chercheurs à formuler l'hypothèse que le sentiment de bien-être varie entre les sexes dès que l'aspect affectif est mêlé. Les chercheurs relèvent aussi que les écarts entre troisième et quatrième âge sont marqués concernant le bien-être physique et psychique en défaveur des plus âgés, mais que dans les autres domaines les écarts sont faibles voir nuls entre les cohortes, hormis pour la satisfaction du logement qui est même évalué de façon bien meilleure par les plus âgés comparativement aux plus jeunes.

Les chercheurs en tirent la synthèse suivante :

« En synthèse, les deux cohortes présentent un bilan de vie semblable, les aînés se déclarant plutôt satisfaits de leurs conditions de vie matérielle, quand bien même celles-ci sont moins favorables que celles dont bénéficient leurs cadets, mais plus inquiets dans le domaine de la santé (ce qui n'est pas sans un certain accord avec la réalité), plus troublés sur le plan psychique. » (Lalivé d'Épinay et al., 2000, p.347)

Les résultats obtenus par Lalivé d'Épinay et son équipe ne confirment pas la première hypothèse selon laquelle les femmes seraient plus affectées que les hommes dans la dimension affective du bien-être. La différence de sexe se retrouve au niveau de la santé physique et psychique, où les femmes sont plus affectées que les hommes. Les chercheurs montrent que le bien-être physique et psychique dans le contexte de l'étude transversale est fortement lié à l'état de santé fonctionnelle mais aussi à l'absence ou la faiblesse de troubles physiques. Toutefois, les chercheurs précisent que ces deux types de bien-être n'ont pas :

« [...] de relation avec le statut social, ni guère avec les indicateurs matériels ou relationnels et culturels, si ce n'est que le bien-être physique et psychique est souvent associé à une vie amicale dense, un style de vie combinant participation sociale et loisirs et qu'il est incompatible avec le sentiment d'abandon. » (Lalivé d'Épinay, 2000, p. 355)

---

une échelle de quatre modalités allant de « pas du tout satisfait » à « très satisfait » (Lalivé d'Épinay et al., 2000, p. 346).

<sup>55</sup> La satisfaction de la situation économique est évaluée à partir de la situation financière et de la question suivante (également présente dans l'étude VLV) : « Avec votre revenu actuel, avez-vous de la peine à « nouer les deux bouts » ? » (Lalivé d'Épinay et al., 2000, p. 346).

<sup>56</sup> La satisfaction de vie relationnelle est évaluée à partir de la question suivante : « Tout compte fait, si vous deviez porter un jugement global sur les rapports humains que vous avez eus ou créés au cours de votre vie, diriez-vous que vous êtes : pas satisfait du tout/ plutôt pas satisfait/ assez satisfait/ très satisfait » (Lalivé d'Épinay et al., 2000, p. 346).

<sup>57</sup> La satisfaction de la vie professionnelle est mesurée par une question similaire à celle évaluant la vie relationnelle mais a été posée seulement aux individus encore en activité (Lalivé d'Épinay et al., 2000, p. 346).

<sup>58</sup> La satisfaction de l'état de santé est mesurée à partir d'une question portant sur la santé autoévaluée, identique à celle de l'étude VLV.

<sup>59</sup> L'évaluation du bien-être psychique est mesurée par la présence de symptômes dépressifs à partir de l'échelle de Wang, également présente dans l'étude VLV.

D'autres résultats montrent ensuite que le bien-être matériel et professionnel reste fortement lié au statut social et aux caractéristiques du logement. Le bien-être relationnel et affectif quant à lui, entretient de fortes relations avec la qualité et la vie du réseau familial et amical. L'étude transversale de 1994 amorce quelque part la réflexion sur les composantes du bien-être et son double aspect objectif et subjectif. Ces dimensions, abordées de manière transversale, sont cette fois reprises et approfondies lors de l'étude longitudinale Swilsoo.

Nous l'avons vu précédemment, l'étude longitudinale sur les octogénaires n'évalue pas de la même manière le bien-être que l'étude transversale de 1994. L'étude Swilsoo se base sur une approche subjective du bien-être et utilise deux indicateurs afin d'évaluer les dimensions affectives et cognitives de celui-ci. La dimension affective du bien-être est mesurée au moyen de l'échelle adaptée des symptômes dépressifs de Wang et al., (1975), qui regroupe des items tant sur les affects positifs que négatifs de l'individu. La dimension cognitive du bien-être est mesurée au moyen de l'évaluation subjective de la santé, et notamment au moyen de la stratégie de la comparaison sociale descendante.

Nous retrouvons donc cette double dimension du bien-être subjectif dans l'étude et où les chercheurs de Swilsoo appuient leur réflexion et leur analyse de celui-ci à partir de la théorie développementale du contrôle développée par Heckhausen et Schulz (1995). Ces derniers distinguent deux types de stratégies mise en œuvre par les individus pour maintenir leur niveau de bien-être. La première stratégie, nommée stratégie primaire, consiste dans le fait où l'individu agit directement sur son environnement extérieur afin de l'adapter à ses objectifs. Et la seconde stratégie, nommée elle stratégie secondaire, vient en soutien à la première quand celle-ci s'avère être d'une efficacité limitée ou s'y substitue et intervient quand l'individu vise à agir sur lui-même afin de réadapter ses besoins et ses objectifs face à un environnement extérieur peu malléable (Heckhausen et Schulz, 1995, cité *in* Girardin & Spini, 2008, p. 285). Les chercheurs utilisent comme stratégie secondaire celle de la comparaison sociale descendante, que nous avons présentée auparavant, qui est une stratégie mise en œuvre par les individus lorsqu'ils se retrouvent en face d'un événement particulièrement négatif ou menaçant. Ce mécanisme est considéré comme une stratégie de contrôle de type secondaire dans la théorie développementale du contrôle de Heckhausen et Schulz car l'individu adapte son comportement en comparaison à autrui dans la même situation que lui, et ne modifie donc en rien son environnement.

Les chercheurs évoquent aussi le mécanisme sociocognitif qui encourage les personnes très âgées à accepter le processus de fragilisation et à s'y adapter mais toutefois de façon non systématique et surtout de façon très dépendante des trajectoires de santé empruntées par les individus au cours de leur vieillissement, notamment dans le cas du passage de la fragilité vers la dépendance. Dans ce cas de figure les chercheurs expliquent :

« En devenant dépendant, on sort de la normalité du grand âge que représente un état de fragilité non grevé d'incapacités. Cette transition, qui consiste dans une perte soudaine de la maîtrise de son corps, entraîne une rupture brutale dans la vie quotidienne. Dans pareille situation, il n'est plus possible de se faire des illusions sur son état, plus possible de se croire en meilleure santé que ses contemporains. »  
(Girardin & Spini, 2008, p.305)

Ainsi le basculement de l'état de fragilité vers un état de dépendance a des conséquences directes sur le niveau de bien-être de la personne vivant cette rupture car elle affecte son quotidien de façon visible tandis que les individus basculant de l'indépendance vers la fragilité arrivent à maintenir leur niveau de bien-être, mais il faut noter que la survenue de l'état de fragilité découle d'un processus latent et insidieux et marque donc moins souvent une rupture avec l'état de santé précédent. A ce sujet les chercheurs évoquent que :

« [...] ces deux transitions sont de nature très différente. La première [passer de l'indépendance à l'état de fragilité] peut être qualifiée de douce en ce que, [...], le processus de fragilisation se déclenche avant même de passer le seuil défini du statut de fragilité. Telle qu'elle est définie dans cette étude, la transition d'indépendant à fragile est certes associée à une détérioration de la santé, mais celle-ci est graduelle ; le plus souvent, elle ne marque pas une rupture entre un avant et un après et la personne peut garder l'espoir d'une amélioration. En revanche, la transition vers la dépendance, marquée par le surgissement d'incapacités lourdes, a des implications fortes, immédiates sur la vie quotidienne, la plupart du temps irréversibles. » (Girardin & Spini, 2008, p.306-307).

Cependant, les trajectoires de santé mettent en évidence une limite de ce mécanisme d'adaptation sociocognitif qu'est la comparaison sociale descendante lorsque la santé décline de façon brutale et irréversible avec des conséquences lourdes sur l'organisation de la vie quotidienne et où le maintien du bien-être est menacé.

Les résultats de l'étude longitudinale confirment que les courbes de la santé et du bien-être se dissocient au fur et à mesure de l'avancée dans le grand âge, la santé allant vers un déclin, le bien-être restant relativement stable. Mais cette dissociation est plus caractéristique de certaines trajectoires de santé que d'autres, et certaines, comme par exemple le fait de passer dans la dépendance, entraîne une rupture dans la vie de la personne qui a des répercussions immédiates sur son niveau de bien-être. Les chercheurs expriment en ces termes :

« [...] quand les trajectoires marquées par un déclin de la santé, ou encore une continuité dans un statut de fragilité ou de dépendance, n'affectent pas significativement le bien-être, il y a bien eu recours au mécanisme de la comparaison sociale et ce recours permet d'éviter que le déclin de la santé n'affecte le sentiment de bien-être. En revanche, quand une trajectoire de déclin de la santé entraîne une chute du sentiment de bien-être, on observe que ce mécanisme n'a pas pu être activé. » (Girardin & Spini, 2008, p. 300)

Les résultats sur le bien-être obtenus par Lalive d'Epinay et son équipe vont dans le sens des travaux de Heckhausen et Schulz et montrent que :

« Les personnes très âgées qui subissent une perte d'autonomie n'ont pas le temps de mettre en place des mécanismes d'adaptation appropriés et efficaces pour y faire face. Brutalement placées face à la réalité, dépourvues d'illusions positives valorisantes, elles jugent leur état de santé de façon réaliste. » (Lalive d'Epinay, Spini et al., 2008, p. 300)

Ainsi l'étude Swilsoo observe que malgré l'avancée en âge et la tendance générale de la santé à se détériorer, le sentiment de bien-être reste étonnamment stable, et ce quel que soit l'indicateur, et qui plus est à un niveau relativement élevé. De plus, l'évaluation subjective de son état de santé au moyen de la comparaison sociale montre qu'une majorité des personnes âgées de 80 ans et plus juge leur état de santé « meilleur » et qu'une petite minorité le trouve « moins bon ». Aussi, les résultats montrent que malgré un bien-être relativement stable face à la santé, celle-ci en reste le principal différenciateur. Les chercheurs constatent aussi des différences de bien-être selon le genre et plus particulièrement concernant le bien-être affectif où ils constatent des résultats similaires à l'étude transversale de 1994. Ainsi, cette différence semble perdurer à travers le temps et les chercheurs avancent comme explication l'investissement affectif des femmes plus marqué dans les relations familiales que les hommes, comme par exemple le fait qu'elles soient plus fréquemment confrontées à devoir s'occuper d'un conjoint plus âgé et en mauvaise santé (Lalive d'Epinay et al., 2000, p.302). Les chercheurs

présentent ensuite le fait que l'âge n'a pas d'incidence sur le bien-être et que le statut socio-économique et la région de résidence ne sont pas discriminants.

Nous pouvons constater que l'évaluation du bien-être est passée de six dimensions lors de l'enquête transversale de 1994 à deux dimensions dans l'enquête longitudinale Swilsoo, mais conserve des instruments de mesure communs. Mais il faut noter que la nature de ces deux enquêtes est aussi différente et que l'enquête longitudinale vise à une mesure du bien-être en termes de trajectoire de vie. Alors que l'enquête transversale évalue le bien-être tel qu'il se présente à un instant t dans le quotidien de la personne âgée.

Ainsi, ces deux études présentent une approche du bien-être complémentaire par leur perspective transversale et longitudinale. Elles apportent des enseignements pour l'étude du bien-être au cours du vieillissement.

## 2.2. *Le bien être subjectif dans l'étude VLV*

L'étude VLV comporte des outils d'évaluation du bien-être similaires à ces études avec l'échelle de mesure des symptômes dépressifs inspirée des travaux de Wang et al., (1975) mesurant le bien-être affectif. Le bien être cognitif étant mesuré au moyen de la santé autoévaluée, un mécanisme de comparaison sociale descendante.

### 2.2.1. Le bien-être affectif

Nous pouvons évaluer le bien-être affectif en nous appuyant sur l'échelle de mesure des symptômes dépressifs. Cette échelle comporte 13 items dont quatre évaluent des affects positifs et neuf des affects négatifs au moyen de quatre modalités de réponse (jamais, rarement, souvent, toujours). Cette échelle se trouve dans la partie face à face du questionnaire et également dans le questionnaire proxy (puisque celle-ci contient également deux items servant à évaluer la fragilité). Le taux de réponses manquantes oscille entre 1.5% (sur l'item portant sur l'appétit) et 8% (sur l'item concernant la confiance en l'avenir).

Les résultats de cette échelle montrent que les hommes de 80 ans et plus ont un meilleur appétit que les femmes de la même tranche d'âge ; ils sont 56.4% à déclarer avoir toujours un bon appétit par rapport à 50.8% des femmes. Celles-ci sont 16.2% à déclarer avoir rarement un bon appétit contre 8.9% des hommes dans le même cas. Peu de 80 ans et plus se sentent isolés : cela concerne 20.8% des femmes qui se sentent souvent ou toujours isolées et 17.3% des hommes. Les femmes sont plus nombreuses à souffrir de troubles du sommeil, 32.3% d'entre elles déclarent avoir souvent ou toujours de la peine à dormir contre 24.5% des hommes. Aussi, les 80 ans et plus avouent prendre du plaisir aux tâches qu'ils font, tant les hommes que les femmes. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à trouver le temps long, mais globalement cela représente une minorité des très âgés avec 21.4% des femmes et 17.2% des hommes qui trouvent souvent ou toujours le temps long. De même, les femmes ressentent un peu plus de tristesse que les hommes (45.9% des hommes indiquent ne jamais ressentir de tristesse contre 34% des femmes). Elles sont 45.2% à déclarer la ressentir rarement et 17.9% à la ressentir souvent. Les femmes éprouvent également un peu moins de confiance en elles que les hommes, mais une majorité de 80 ans et plus demeurent confiants et conservent une bonne estime d'eux-mêmes, avec 80.3% des femmes qui déclarent avoir toujours ou souvent confiance en elles et 89.3% des hommes. Peu de 80 ans et plus disent

avoir des crises de larmes et des envies de pleurer, cela concerne 10.3% des femmes et 6.1% des hommes qui avouent souvent en souffrir. Une proportion un peu plus importante de 80 ans et plus déclarent être souvent fatigués (40.1% des femmes et 28.8% des hommes), mais 39.1% des femmes et 46.3% des hommes avouent ressentir plus rarement de la fatigue. Les femmes sont aussi plus nombreuses à déclarer une fatigue plus fréquente par rapport aux hommes.

Étonnamment, les 80 ans et plus sont peu nombreux à se faire du souci pour leur santé puisque 86% des femmes et 73.3% des hommes avouent ne jamais ou rarement s'en soucier. Ce résultat est étonnant dans le sens où il va à l'encontre du déclin de la santé au fur et à mesure de l'avancée en âge et encore plus marquant dans le cas où nous avons vu que les femmes sont plus atteintes que les hommes au niveau de leur santé et sont ici plus nombreuses que ces derniers à se faire rarement ou jamais de soucis concernant leur état de santé (76% des femmes et 73.3% des hommes). Enfin, peu de personnes du grand âge déclarent se sentir irritables, anxieux ou angoissé et une majorité d'entre eux ont une bonne confiance en l'avenir, tant les hommes que les femmes.

Ces 13 items permettent de calculer un score à partir du nombre de symptômes dépressifs atteints et de classer les individus selon trois statuts de santé psychique à savoir bonne santé psychique, inquiets et dépressifs. Si nous nous intéressons au cumul de symptômes dépressifs selon le sexe au grand âge, nous observons qu'un peu plus de la moitié des hommes (51.4%) ont au maximum un seul symptôme dépressif à 80 ans et plus tandis qu'un peu plus de la moitié des femmes en cumulent jusqu'à deux (56.5% des femmes de 80 ans et plus ont au maximum deux symptômes dépressifs). Ainsi, 77.5% des hommes cumulent entre zéro et trois symptômes dépressifs tandis que pour arriver à une proportion similaire, les femmes cumulent entre zéro et quatre symptômes dépressifs (79.2%).

Tableau 23. Statut de santé psychique à 80 ans et plus selon le sexe et le statut de santé (en %) VLV

Sexe	Bonne santé psychique		Inquiets		Dépressifs	
	Aptes	Non aptes	Aptes	Non aptes	Aptes	Non aptes
Femmes	46,4	20,6	31,1	27,8	22,5	51,6
Hommes	57,9	25,5	26	28,1	16,1	46,4

Le tableau 23 montre qu'à 80 ans et plus, les individus non aptes sont plus nombreux que les aptes à souffrir de symptômes dépressifs, un peu plus de la moitié des femmes (51.6%) et 46.4 % des hommes non aptes se trouvent dans la catégorie « dépressifs », ce qui est le cas pour seulement 22.5 % des femmes et 16.1 % des hommes aptes. Inversement, les aptes sont plus nombreux que les non aptes à avoir une bonne santé psychique. De plus, les femmes sont plus sujettes que les hommes à cumuler le nombre de symptômes dépressifs et sont donc plus nombreuses que ces derniers à se retrouver classées dans les catégories « inquiètes » et « dépressives ». Nous pouvons retenir que les écarts sont marqués entre les individus aptes et les non aptes au niveau des catégories « bonne santé psychique » et « dépressifs », mais concernant la catégorie des « inquiets », les écarts sont moins évidents et se situent entre 26 % et 31 %, les femmes aptes étant plus nombreuses dans cette catégorie que les non aptes.

Tableau 24. Catégories de santé psychique selon le statut de santé à 80 ans et plus (en %) VLV

	Bonne santé psychique	Inquiets	Dépressifs
Indépendant	75,3	18	6,7
Fragile	32,2	36,6	31,3
Dépendant	18,2	27	54,7

Le tableau 24 montre qu'une grande majorité des individus qui sont indépendants ont aussi une bonne santé psychique (75.3%) tandis que plus de la moitié des individus qui sont classés comme dépendants se trouvent également dans la catégorie « dépressifs » (54.7 % d'entre eux). Quant aux individus fragiles, ils se répartissent de façon quasi similaire entre les trois catégories de santé psychique.

Ainsi, les individus atteints dans leur santé semblent connaître un niveau de bien-être affectif moins bons que les individus en santé. Ces résultats sont en accord avec ceux avancés par les études évoquées précédemment. Cependant qu'en est-il du bien-être cognitif ? Nous avons vu dans le chapitre 5 que les 80 ans et plus estiment leur propre santé comme bonne voire meilleure que leurs cadets âgés entre 65 et 79 ans. Mais il ne faut pas oublier que ces questions n'ont pas été adressés aux personnes non aptes, qui nous l'avons vu ont tendance à estimer leur santé moins bonne une fois la dépendance atteinte.

### 2.2.2. Le bien-être cognitif

Le questionnaire de l'étude VLV comporte en plus des échelles d'évaluation du bien-être affectif et cognitif, une échelle d'évaluation de la satisfaction de vie (Diener et al., 1985) et des questions portant sur la satisfaction de la vie professionnelle et la satisfaction de la vie de couple.

#### Satisfaction de vie

L'échelle d'évaluation de la satisfaction de vie est une échelle validée utilisée dans le domaine de la psychologie et la psychologie sociale élaborée par Diener et ses collègues en 1985. Elle est composée de cinq items<sup>60</sup> et de sept modalités de réponses allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord », l'échelle évalue donc plusieurs niveaux de nuances dans les réponses des individus. Les résultats montrent une répartition des réponses plutôt en faveur des modalités intermédiaires. Les questions ont été seulement posée aux personnes âgées de l'échantillon principal, les individus non aptes étant donc exclus de ces analyses. Elles ont été posées dans la partie auto-administrée du questionnaire et comportent selon les items une proportion de réponses manquantes allant de 6.7% à 8.8%.

D'une manière globale, les personnes âgées et très âgées ont répondu de façon plutôt positive aux cinq questions de l'échelle. Nous avons regroupé ici les modalités de réponses afin de

<sup>60</sup> Les cinq items sont : 1- En général, ma vie correspond de près à mes idéaux, 2- Mes conditions de vie sont excellentes, 3- Je suis satisfait-e de ma vie, 4- Jusqu'à maintenant j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie, 5- Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien. Les modalités de réponses varient entre sept nuances : « fortement en désaccord », « en désaccord », « légèrement en désaccord », « ni en désaccord, ni en accord », « légèrement en accord », « en accord » et « fortement en accord ».

proposer un commentaire général des questions sur la satisfaction de vie au regard de la classe d'âge et du sexe. Ainsi, les personnes âgées sont globalement en accord avec leurs idéaux de vie et cela est encore plus présent au grand âge. En effet, 52.1% des femmes et 57.3% des hommes de 65-79 ans sont en accord ou fortement en accord avec leurs idéaux et c'est le cas pour 53.8% des femmes et 59.6% des hommes de 80 ans et plus. A noter que cette question exprime presque exactement la définition du bien-être selon Amartya Sen (« une vie en accord avec ses valeurs »).

Ensuite, les personnes âgées sont une majorité à estimer que leurs conditions de vie sont excellentes (57.8% des femmes et 60.9% des hommes âgés entre 65 et 79 ans ; 56.5% des femmes et 57.1% des hommes de 80 ans et plus), mais environ un tiers de la population âgée a un avis plus modéré et déclarent être légèrement en accord ou ni en accord ou en désaccord avec cette proposition (31.4% des femmes et 30.7% des hommes de 65-79 ans et 32.2% des femmes et 34.7% des hommes âgés de 80 ans et plus). Cependant, près de trois quarts des personnes âgées sont satisfaites de leur vie avec 73.4% des femmes et 74.6% des hommes âgés entre 65 et 79 ans qui sont en accord ou fortement en accord avec la proposition. Cela est encore plus marqué au grand âge avec 77.8% des femmes et 79.9% des hommes de 80 ans et plus qui s'estiment satisfaits de leur vie. La répartition des réponses sur l'item de la satisfaction de vie est celle qui a obtenu la proportion la plus importante d'individus en accord avec la proposition. Cet engouement pour les réponses positives marque cette question sur la satisfaction de vie qui amène l'individu à considérer son parcours de manière globale. Un tel résultat est intéressant et montre le bilan positif que dressent rétrospectivement les personnes âgées de leur vie.

De plus, les individus du grand âge sont un peu plus nombreux que leurs cadets à être satisfaits de leur vie, ce qui en fait les place en tant que survivants de leur génération face à leurs contemporains qui disparaissent. Il existe par ailleurs très peu de différences entre les sexes concernant cette appréciation. Tout cela suggère des mécanismes de coping efficaces qui permettent de maintenir le bien-être à un niveau élevé malgré l'avancée en âge.

Les réponses concernant l'item portant sur la satisfaction à l'obtention des choses importantes dans la vie montrent que les individus âgés sont aussi globalement en accord avec cette proposition avec 59.2% des femmes et 65.2% des hommes de 65-79 ans, 61.6% des femmes et 65.7% des hommes de 80 ans et plus qui sont en accord ou fortement en accord avec celle-ci. Enfin, concernant le dernier item de l'échelle portant sur le fait de ne rien changer si la personne devait recommencer sa vie, la plupart des réponses sont aussi en accord avec la proposition mais de façon cette fois un peu plus modérée que sur les items précédents. En effet, 46.7% des femmes et 47.9% des hommes de 65-79 ans, 50.4% des femmes et 54.7% des hommes âgés de 80 ans et plus sont en accord ou fortement en accord avec cette proposition. Nous remarquons encore une fois que les plus âgés portent un regard plus positif que les générations plus jeunes sur leur vie.

### **La santé subjective autoévaluée**

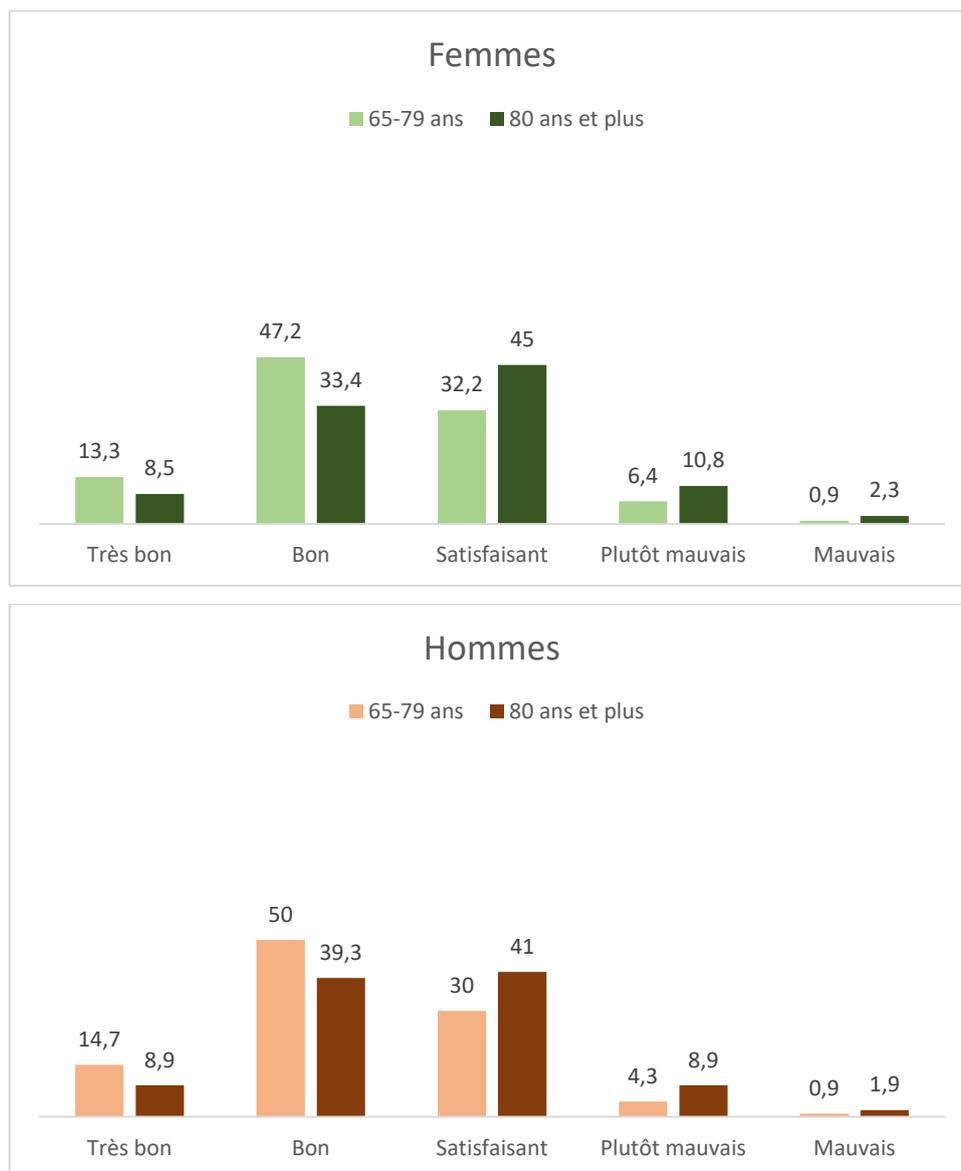
Le sujet de la santé reste un élément clef dans la notion de bien-être, si bien que nous avons vu qu'il figure dans la définition qu'en donne l'OMS en 1946 (un état complet de bien-être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité). Ainsi la santé subjective constitue un indicateur intéressant à la mesure du bien-être de la population âgée par rapport à sa santé (figure 54).

Les questions portant sur la comparaison de son état de santé par rapport à ses contemporains permettent d'évaluer le mécanisme de comparaison sociale descendante (figure 55). La littérature et les recherches présentées précédemment ont montré que le thème de la santé est une source importante de maintien du bien-être au grand âge et que si celle-ci est affectée de façon grave et durable, par exemple lors d'un basculement vers la dépendance, le niveau de bien-être s'en trouve également touché (Girardin & Spini, 2008). Aussi, le caractère transversal des données de l'étude VLV ne peuvent pas retranscrire le maintien ou la perte du niveau de bien-être au moment de l'enquête. Cependant, elles mettent en évidence le niveau de bien-être de la population âgée à un instant  $t$  du temps.

Le questionnaire de l'étude VLV comprend des questions à propos de l'évaluation propre de son état de santé par la personne interrogée, et ce dans la partie auto-administrée de l'enquête. Malheureusement, mais logiquement aussi, ces questions n'ont pas été posées auprès des personnes âgées non aptes. La santé auto évaluée peut servir d'indicateur subjectif sur l'état de santé des individus. Les questions de l'étude portent sur plusieurs dimensions, comme l'évaluation actuelle de son état de santé général, l'évaluation de son état de santé par rapport à l'année précédente et par rapport à il y a une dizaine d'années, mais aussi par rapport à son conjoint et par rapport aux personnes du même âge. Ces deux dernières questions documentent le mécanisme de comparaison sociale dont l'étude a été développée en psychologie. Le questionnaire comprend encore une question sur la santé subjective tirée de l'échelle médicale proposée par le groupe EuroQol (1990), où les individus doivent évaluer leur état de santé actuel sur une échelle allant de 1 (pire état de santé imaginable) à 100 (meilleur état de santé imaginable). L'intérêt de telles questions est qu'elles s'intéressent à l'aspect subjectif et individuel de la perception et du ressenti de la santé auprès de la population âgée. La santé autoévaluée va au-delà des instruments de mesure et d'évaluation des différents aspects de la santé quant à l'appréciation des capacités et incapacités, mais qui ne donnent pas directement la parole au ressenti propre de la personne âgée sur son état de santé. Il est aussi intéressant de confronter les résultats de la santé subjective avec les autres aspects de la santé abordés dans ce travail.

Comme cela vient d'être brièvement mentionné, la santé subjective est considérée dans l'étude VLV par l'intermédiaire de plusieurs questions, dont deux portant sur l'évaluation propre de son état de santé et sur la comparaison de son état de santé par rapport aux contemporains. La première est posée de la manière suivante : « Comment évaluez-vous votre état de santé actuel ? » avec cinq modalités de réponse possible (très bon, bon, satisfaisant, plutôt mauvais et mauvais). La deuxième question porte sur la comparaison et est formulée de la manière suivante dans le questionnaire : « Si vous comparez votre état de santé actuel à celui des personnes qui ont le même âge que vous, le vôtre est-il ? », le répondant dispose des mêmes modalités de réponses que pour la question précédente. Ces deux mesures sont intéressantes dans l'étude du grand âge dans le sens où elles permettent de représenter comment les personnes âgées vivent et ressentent leur vieillissement au moment de l'enquête et d'avoir leur avis quant à l'image qu'ils ont de la vieillesse, en utilisant l'outil de la comparaison sociale (Girardin & Spini *in* Lalive d'Épinay, Spini et al., 2008). Bien que ces questions soient placées dans le questionnaire auto-administré, la proportion de réponses manquantes reste faible avec 1.1% (soit 33 réponses manquantes) pour la première et 3.3% (soit 102 réponses manquantes) pour la deuxième.

Figure 54. Auto évaluation de l'état de santé actuel selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV

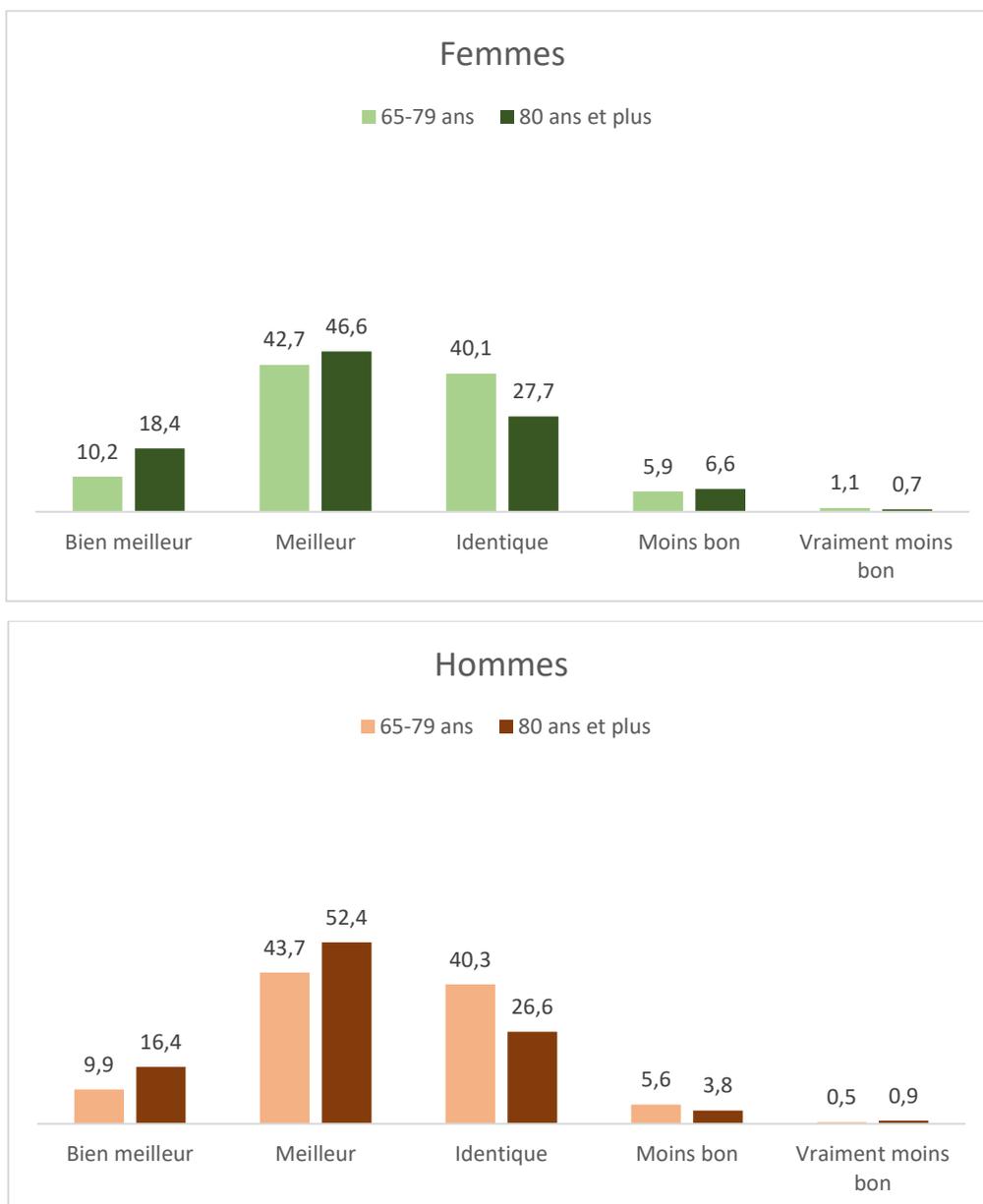


La figure 54 montre une répartition des réponses assez similaire entre les sexes, et ce dans les deux classes d'âges. Les différences se trouvent plutôt entre les personnes âgées entre 65 et 79 ans et celles de 80 ans et plus. Parmi les plus jeunes, la moitié ou presque jugent leur état de santé comme étant « bon » (42.7% pour les femmes et 50% pour les hommes) et plus de 10% d'entre eux évaluent leur état de santé comme « très bon » (13.3% des femmes et 14.7% des hommes). A 80 ans et plus, la répartition des réponses se déplace, avec comme conséquence la diminution de la proportion d'individus qui estiment leur état de santé « bon » et « très bon », nonobstant qu'elle reste importante (41.9% des femmes et 48.2% des hommes). Le pourcentage de personnes âgées qui trouvent leur état de santé « très bon » est de 13.3% chez les *young old*, de 8.5% chez les *old old* côté féminin, de 14.7% et 8.9% respectivement, chez les hommes. Ensuite, la proportion d'individus jugeant leur état de santé comme « satisfaisant » est d'environ 10% plus haute au grand âge (respectivement 32.2% et 45% pour les femmes, et de 30% et 41% pour les hommes).

Ainsi, et contrairement à ce que tant l'image de la vieillesse que nos résultats « objectifs » renvoient, la proportion de personnes très âgées qui estiment leur état de santé plutôt mauvais ou mauvais augmente peu entre 65-79 ans et 80 ans et plus (elle passe de 0.9% à 2.1% pour la catégorie mauvais état de santé et de 5.3% à 9.8 pour la catégorie plutôt mauvais état de santé, tous sexes confondus). Cela étant, en comparant ces résultats sur la santé subjective avec ceux d'études précédentes (Lalivé d'Épinay, Spini et al., 2008 et Lalivé d'Épinay et al., 2000), il en ressort que des constats assez similaires ont été tirés de l'enquête longitudinale Swilsoo. La répartition est semblable entre les sexes avec une bonne moitié (53%) des personnes âgées de 80 ans et plus qui estimaient leur santé bonne, voire très bonne, alors qu'un tiers (32%) la jugeait satisfaisante et 13% assez mauvaise ou mauvaise (Lalivé d'Épinay, Spini et al., 2008, p. 91). L'enquête transversale de 1994, quant à elle, montrait aussi des résultats semblables, avec plus de la moitié des individus âgés entre 80 et 94 ans qui considéraient leur santé bonne voire très bonne, près d'un tiers comme satisfaisante et un peu plus de 10% jugeaient leur état de santé assez mauvais ou mauvais (Lalivé d'Épinay et al., 2000, p. 113). Ainsi, du point de vue de la santé auto évaluée, le grand âge se caractérise par une population qui estime son état de santé satisfaisant voire plutôt bon, ces deux catégories regroupant à elles seules 78.4% des femmes et 80.3% des hommes âgés de 80 ans et plus.

De même, au grand âge, les individus ont tendance à se considérer en meilleure santé que leurs contemporains. Ces constatations sur l'autoévaluation de l'état de santé indiquent un certain maintien du bien-être concernant cet aspect au-delà de 80 ans et plus. Aussi, nous pouvons supposer derrière ces résultats une possible adaptation des plus âgés à leur situation et une forte comparaison avec la situation des individus en plus mauvais état de santé qu'eux. Toutefois, il faut retenir que ces questions ont été adressées uniquement aux individus aptes et souffrant moins de situation de dépendance que ceux de l'échantillon non apte, dont nous avons vu que la dépendance affecte de manière forte le maintien du niveau de bien-être. De plus, comme Lalivé d'Épinay et al. (2000), l'ont exprimé précédemment, le niveau de bien-être des très âgés peut aussi être influencé par l'adaptation à des conditions d'existence plus difficiles par rapport aux générations suivantes.

Figure 55. Santé auto évaluée comparée aux contemporains selon le sexe et la classe d'âge (en %) VLV



La figure 55 présente la répartition des réponses concernant l'évaluation de son propre état de santé par rapport aux individus du même âge. Comme pour la santé auto évaluée, la répartition est assez similaire selon le sexe dans chacune des classes d'âge. La différence se trouve lorsque nous comparons les résultats de la classe d'âge la plus âgée avec la plus jeune. En effet, des observations étonnantes ressortent dans la classe d'âge des personnes âgées de 80 ans et plus. D'une manière générale, une grande majorité des individus très âgés estiment leur état de santé identique (27.7% des femmes et 26.6% des hommes), voire bien meilleur que leur contemporains (65% des femmes et 68.8% des hommes estiment leur santé meilleure ou même bien meilleure). Ce qui fait que peu d'entre eux jugent leur état de santé plutôt moins bon (6.6% des femmes et 3.8% des hommes) ou vraiment moins bon (respectivement 0.7% et 0.9%). Naturellement, il faut prendre en compte que cette question n'a pas été posée aux personnes non aptes, qui font partie du groupe auxquels les aptes sont susceptibles de se comparer.

Aussi, les résultats les plus surprenants se trouvent dans le fait que les personnes âgées de 80 ans et plus soient plus nombreux que ceux situés dans la classe d'âge plus jeune des 65-79 ans à se sentir en bien meilleure santé que leurs contemporains. En effet, 18.4% des femmes et 16.4% des hommes âgés de 80 ans et plus s'estiment en bien meilleure santé que les gens du même âge alors que c'est le cas pour 10.2% des femmes et 9.9% des hommes âgés entre 65 et 79 ans. En tout, ce sont près de deux tiers des personnes très âgées qui se considèrent en meilleure santé que leur contemporain montrant de cette manière l'importance de l'intérêt de la comparaison sociale et à quel point coexistent des situations de santé différentes au grand âge.

De tels résultats montrent qu'au final, une fois atteint le grand âge et en se comparant aux individus de la même classe d'âge, les personnes semblent avoir tendance à relativiser, et ce de manière positive, leur état de santé. Comme si, une fois le grand âge atteint, en y réfléchissant les personnes très âgées se trouvent en fait plutôt en forme pour leur âge. Ce résultat donne à penser et nous ramène à un ouvrage discuté dans le chapitre 1, celui de Barer et Johnson (1997) sur la vie au-delà de 90 ans, surtout au sous-titre du livre qu'elles ont intitulé « *the aura of survivorship* » et qui amène notamment l'idée qu'au cours du vieillissement, les individus atteignant le grand âge sont en quelque sorte les « survivants » de leur génération, un statut implicite qui n'en est pas moins puissant : il leur conférerait une « aura » protectrice face aux événements tels que les maladies ou encore le décès de proches et de contemporains. En quelque sorte, il s'agirait d'une situation dans laquelle se trouve ces individus et qui malgré l'avance en âge et malgré tout, ont traversé les épreuves de la vie et survivent à leur génération. Les résultats de la santé auto évaluée, sans prouver l'interprétation de Barer et Johnson, la soutiennent.

Qu'en est-il lorsque nous appliquons les statuts de santé que nous avons observé au chapitre précédent avec la santé subjective à 80 ans et plus ?

Tableau 25. Statuts de santé et santé subjective selon le sexe à 80 ans et plus

Femme		Mauvais/ plutôt mauvais	Satisfaisant	Bon/ très bon	Total
Indépendant	N	2	79	149	230
	%	0,9	34,3	64,8	100
Fragile	N	59	179	96	334
	%	17,7	53,6	28,8	100
Dépendant	N	18	16	10	44
	%	40,9	36,4	22,8	100
Total	N	79	274	255	608
	%	13	45	42	100

Homme		Mauvais/ plutôt mauvais	Satisfaisant	Bon/ très bon	Total
Indépendant	N	11	127	226	364
	%	3	34,9	62,1	100
Fragile	N	56	136	94	286
	%	19,6	47,6	32,8	100
Dépendant	N	8	15	12	35
	%	22,8	42,9	34,3	100
Total	N	75	278	332	685
	%	11	40,6	48,5	100

Le statut de santé en lien avec la santé subjective selon le sexe montre des résultats intéressants à discuter. Nous retrouvons une certaine logique dans la distribution des réponses dans le sens où une majorité d'individus qui estime leur état de santé comme bon ou très bon sont également indépendant (plus de 60%). Ensuite les personnes ayant un statut de santé fragile considèrent plus fréquemment leur état de santé comme étant satisfaisant. C'est le cas de plus de la moitié des femmes du grand âge et près la moitié des hommes. Cependant, les individus fragiles sont aux alentours de 30% à se considérer en bonne voire très bonne santé. Il faut noter que ces résultats ne comprennent pas l'échantillon proxy et ne prennent donc en compte qu'une petite partie de la population âgée dépendante. Aussi même si l'effectif est plus réduit, les individus dépendants sont tout de même plus d'un tiers à estimer leur état de santé comme étant satisfaisant, 40% des femmes la considèrent comme vraiment moins bonne tandis que c'est le cas pour moins d'un quart des hommes dépendants. Ces derniers sont encore plus d'un tiers à percevoir leur état de santé comme bon. La santé autoévaluée mise en lien avec le statut de santé montre des différences selon le sexe, les femmes étant moins nombreuses que les hommes à estimer leur santé bonne ou très bonne en cas de fragilité ou de dépendance. Celles-ci semblent plus réalistes quant à leur perception de leur état de santé, probablement cette constatation est-elle liée au fait que les hommes ont une espérance de vie moins élevée que les femmes et que finalement se retrouver à des âges avancés même en mauvaise santé amène à relativiser sa situation par rapport aux personnes du même sexe. Seulement ces résultats apportent un simple constat de la perception de l'état de santé selon le sexe et le statut de santé. Qu'en est-il lorsque nous approfondissons l'analyse de la santé subjective ?

Tableau 26. Déterminants des facteurs liés à la santé subjective. Régression logistique multinomiale VLV

Santé autoévaluée			
Modalité de référence : perception positive		Perception satisfaisante	Perception négative
Variables		Exp (B)	Exp (B)
Sexe ( Ref. Homme)	Femme	1,117 NS	0,171 NS
Classe d'âge (Ref. 80 ans et plus)	65-79 ans	0,533 ***	0,379 ***
Canton (Ref. Tessin)	Genève	1,002 NS	0,816 NS
	Valais	0,836 NS	0,818 NS
	Berne	0,791 *	0,557 *
	Bâle	0,806 *	0,896 NS
Etat civil (Ref. Marié)	Célibataire	1,163 NS	1,273 NS
	Veuf	1,062 NS	1,045 NS
	Divorcé	1,031 NS	1,903 **
Niveau de formation (Ref. Haut)	Bas	1,779 ***	2,374 ***
	Moyen	1,273 ***	1,141 NS
Constante		*	***
Khi <sup>2</sup> du modèle sig. ***			
Sig. = significativité : *** < 0.001 ; ** < 0.05 ; * < 0.1 ; NS > 0,1			

L'analyse des déterminants de la santé montre un impact significatif de la classe d'âge et du niveau de formation quant à l'appréciation de son état de santé. En effet, les individus ayant un niveau de formation bas ont significativement plus de risques d'avoir une perception négative de leur santé par rapport aux individus ayant un haut niveau de formation. Au niveau de la classe d'âge nous pouvons observer que les individus âgés de 80 ans et plus ont une perception de leur état de santé significativement plus positive que leurs cadets. Nous pouvons déceler ici une manifestation du paradoxe du maintien bien-être au grand âge et de « l'aura des survivants », décrite par Barer et Johnson (1997). Le sexe n'a pas d'impact significatif, comme nous avons pu le constater précédemment avec la santé psychique utilisée pour évaluer le bien être affectif. Nous pouvons aussi constater que l'état civil n'a pas d'impact avéré quant à la perception de sa santé comme satisfaisante plutôt que positive, mais que le fait d'être divorcé plutôt que marié a un effet significatif sur une perception négative de sa santé plutôt que positive. L'analyse met en avant que le cumul de situations défavorables peut avoir des répercussions sur la perception de sa santé. Un constat que l'analyse des statuts de santé avait déjà mis en avant, montrant ainsi une certaine convergence entre mesure de santé objective et perception subjective de celle-ci. Ainsi le paradoxe du maintien du bien-être au grand âge semble bien être présent mais jusqu'à une certaine limite qui serait celle de la dépendance et/ ou du cumul de situations défavorables tout au long du parcours de vie.

### 3. Point critique sur l'évaluation du bien-être

Nous avons vu que l'étude transversale de 1994 retient six domaines relatifs au bien-être pour évaluer le bien-être global des personnes âgées. Puis l'étude longitudinale Swilsoo considère dans son évaluation l'aspect affectif et l'aspect cognitif de celui-ci et utilise comme mesures des outils relatifs à la santé psychique et à la santé subjective. Les autres domaines du bien-être

comme la satisfaction du logement, le niveau de revenus ou encore la satisfaction des relations sociales, qui faisaient partie des domaines du bien-être dans l'enquête transversale, sont utilisés ici en tant que facteurs associés au bien-être affectif et cognitif.

L'évaluation du bien-être dans l'étude VLV peut être reprise de l'étude Swilsoo puisqu'elle comporte les échelles permettant de mesurer le bien-être cognitif et le bien-être affectif. Cependant, les questions sur la santé subjective permettant d'évaluer le bien-être cognitif n'ont pas été posées aux personnes non aptes. Mais même si toutes les questions n'ont pas été posées à l'ensemble de l'échantillon, certaines d'entre elles permettent d'appréhender le bien-être à travers d'autres aspects comme la satisfaction de la relation de couple, la satisfaction sur la vie professionnelle ou encore l'opinion des individus à propos de leur vie via une échelle de satisfaction de vie proposée dans la partie auto-administrée du questionnaire.

Il semble important de soulever le fait que la notion de bien-être reste tout de même subjective et qu'il peut être difficile de l'appréhender via des questions standardisées qui amènent à des réponses souvent prédéfinies dans des cases à choix multiples, et que le chercheur ne pourra pas saisir en totalité le sens que telle ou telle réponse signifie vraiment pour le répondant. De même il faut retenir le caractère transversal de l'étude qui capte le niveau de bien-être de la personne au moment de l'enquête. Et nous avons vu via la littérature et dans les enquêtes précédentes que le bien-être peut être affecté temporairement par des événements tels que des problèmes de santé ou la perte de proches.

Aussi il est délicat d'avancer qu'au final c'est le bien-être qui prime au grand âge, du fait de l'ambiguïté de cette notion comme l'expriment Collinet et Delalandre (2014) dans leur article à propos de l'injonction au bien-être dans le programme de prévention du vieillissement. Les chercheurs mettent en lien la notion de bien être avec les dispositifs cherchant notamment à promouvoir un vieillissement actif et donc quelque part à déterminer une forme de vieillesse « réussie », rendant l'individu responsable de son bien-être et de sa santé. Ils présentent aussi le bien-être vu sous un angle économique où l'épanouissement personnel reste encadré dans des objectifs d'activité et de rentabilité utiles à la société et non pas dans un temps de retraite oisive. Les chercheurs expliquent que même si le bien-être se tourne vers des mesures plus subjectives, il reste néanmoins sous tendu par ces injonctions valorisées d'activité, de développement personnel et de maintien de l'autonomie, de sorte qu'au final le bien-être subjectif des individus tend vers ces mêmes objectifs communs, avec une tendance à provoquer un effacement de l'individualité des personnes.

Ainsi, ils concluent que la notion de bien-être s'est particulièrement développée durant ces dernières décennies surtout dans les domaines de l'économie, la psychologie et de la santé, et que finalement cette injonction du bien-être coûte que coûte provoque quelque part un mode de vie et une injonction normative qui a tendance à occulter les inégalités entre les individus et celles issues du parcours de vie de ces derniers. C'est pourquoi cette notion est intéressante à prendre en compte dans l'étude du grand âge mais reste délicate à manipuler de par ses multiples facettes et interprétations qu'elle sous-entend. De plus ce travail s'efforce de mettre en avant les inégalités de situations qui subsistent dans cette dernière partie de la vie et dont le bien-être risque d'effacer les nuances s'il est analysé dans cette optique.



## CONCLUSION

Hier, élus d'une cohorte, aujourd'hui survivants d'une génération qui s'éteint, demain tous centenaires ?

Cette recherche menée sur plusieurs années, nous a conduit à développer nos capacités de réflexion, d'analyse et d'interprétation au sujet du vieillissement humain et de la grande vieillesse. Mais elle a aussi conduit à vivre l'expérience riche et stimulante que représente l'élaboration de l'enquête et la récolte des données sur le terrain. Ce travail de longue haleine arrive maintenant aux conclusions que nous pouvons en retirer. Il s'agit ici de revenir sur les résultats principaux de l'étude et les contributions de celle-ci dans le champ de la recherche en sociologie du vieillissement (ou gérontologie sociale) ainsi que sur ses limites. Mais c'est aussi l'occasion de s'intéresser aux apports et aux développements possibles de ce travail à plus grande échelle.

Les résultats de l'étude ont mis en avant la spécificité du grand âge dans la Confédération helvétique, avec une population composée dans sa très grande majorité d'individus ayant la nationalité suisse. Ce trait d'homogénéité peut s'expliquer par le contexte socio-historique ; il est révélateur d'une génération et d'une époque où la migration vers la Suisse était encore peu répandue. Ce n'est qu'au sortir de la Seconde Guerre mondiale que le pays a vu augmenter sa proportion de population étrangère qui, au final, pour les plus âgés, sont seulement depuis quelques années à la retraite et n'ont pas encore atteint le grand âge (Bolzman & Vagni, 2015). Une seconde spécificité de la population très âgée est que la majorité des individus la composant a eu des enfants et qu'elle dispose donc d'une ressource en capital social potentiel. Cependant, cette ressource dépend très fortement des liens et des configurations familiales des aînés (Girardin & Widmer, 2015).

Là s'arrête le caractère homogène du grand âge. En effet, les résultats mis en avant par l'étude démontrent clairement l'existence de diversités réelles et profondes. En ce sens, nos conclusions s'orientent vers un grand âge marqué par la persistance des inégalités sociales, qui ont des répercussions jusque dans le domaine de la santé, plus ou moins bonne selon le statut social. Les analyses ont également mis en évidence une forte disparité selon le sexe, documentant ainsi le paradoxe du genre qui fait débat dans les recherches sur la grande vieillesse.

### **La persistance des inégalités sociales au grand âge**

Une des conclusions principales que nous pouvons retenir de cette thèse est celle de la persistance des inégalités sociales dans la grande vieillesse. En effet, les résultats indiquent clairement une diversité des statuts sociaux parmi les individus très âgés, ainsi que leur impact. Pour reprendre les travaux de Bihr et Pfefferkorn (2008) mais aussi ceux de Joye (2009), c'est plus précisément la notion de ressources sociales, elle-même à l'origine de plusieurs catégories d'inégalités sociales (notamment les ressources symboliques et les ressources matérielles), qui émerge. En considérant plus spécifiquement les inégalités de ressources symboliques, nous retrouvons dans la dernière période de la vie, en général des individus avec un niveau de formation plus bas comparativement aux cohortes plus jeunes. Mais lorsque nous observons

plus en détail le grand âge, il est aussi clair qu'il réunit des individus très différents les uns des autres, présentant des niveaux de formation variant du plus bas au plus haut. De même, lorsqu'est considéré le niveau de revenu, qui fait partie des ressources matérielles, la population très âgée se répartit dans les différentes catégories, de pauvres à aisés, avec tout de même une majorité d'individus possédant des revenus leur assurant une sécurité d'existence.

Nous avons également pu établir que les ressources symboliques sont étroitement liées aux ressources matérielles. En effet, les personnes très âgées ayant un niveau de formation bas sont aussi celles qui se trouvent dans les catégories de revenus les plus faibles. De tels résultats sont certes attendus, mais ce qu'il importe de mettre en avant est, une fois encore, que finalement nous retrouvons au grand âge des individus ayant des statuts sociaux variés. C'est à nouveau le cas lorsque nous nous intéressons à la dernière position socioprofessionnelle des plus âgés, un indicateur qui est considéré comme un bien social important (Joye, 2009) qui survit à la retraite. Nous retrouvons tant des individus issus de CSP peu qualifiées que ceux qui ont exercé des professions très qualifiées.

Ainsi, les résultats obtenus par l'analyse des variables de formation, de niveau de revenu et de catégorie socioprofessionnelle vont à l'encontre de l'idée d'un effacement des inégalités sociales au grand âge face à une pression de la sélection « naturelle », qui ferait primer la santé et la robustesse et aurait donc tendance à effacer tout autre critère distinctif entre les individus. Cependant, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette stratification sociale non seulement persiste, mais risque de s'intensifier dans le futur du fait de l'accès de plus en plus massif de la population à des âges avancés, donc face à un effet de démocratisation du grand âge.

### **Des inégalités sociales révélatrices d'inégalités face à la santé**

Tout au long de ce travail a été soulignée l'importance que revêt la santé et le maintien de l'autonomie au grand âge, alors même que continue à dominer la perception que le déclin est inévitable et qu'il est la destinée de tous. En d'autres termes, il s'agit de l'idée qu'au grand âge la dégradation de la santé affecterait toutes et tous, produisant en quelque sorte une certaine homogénéité, mais aussi « justice », entre les individus. Or, malgré la stabilité de telles représentations, les théories du vieillissement ont évolué et ont admis que le processus de sénescence ne suit pas une trajectoire linéaire identique pour tous les individus, qui irait de l'autonomie à la dépendance. La réalité est plutôt que le déclin peut se manifester sous divers aspects, surtout de façon insidieuse, comme le révèle le processus de fragilisation.

L'analyse des résultats sur la santé au grand âge confirme qu'au-delà de 80 ans, celle-ci prend une place importante dans le quotidien des plus âgés. Pour autant, la dépendance ne frappe pas l'ensemble de la population. Les données mettent en avant la prévalence des troubles physiques et des multimorbidités. Mais une majorité des 80 ans et plus reste autonome dans la santé fonctionnelle tandis que la dépendance touche un peu plus d'un cinquième d'entre eux. La santé psychique, quant à elle, est quelque peu dégradée au grand âge, comparativement aux classes d'âges plus jeunes, avec des symptômes dépressifs plus nombreux à 80 ans et plus. Toutefois, 45% de la population très âgée conserve une bonne santé psychique. Celle-ci reflète le maintien et l'adaptation des très âgés face à des événements critiques, tels que la survenue de maladie et/ ou d'incapacités ainsi que des pertes de proches qu'ils peuvent rencontrer plus fréquemment dans cette dernière partie de la vie.

La santé au grand âge n'en est pas moins fortement marquée par l'avancée insidieuse du processus de fragilisation. En effet, c'est à partir de 80 ans et plus que l'indépendance laisse

peu à peu la place à l'état de fragilité qui se révèle au grand jour, comparativement aux classes d'âges plus jeunes. Ainsi, la fragilité, qui est un indice multidimensionnel, permet d'évaluer et de situer les individus entre autonomie et dépendance, selon des niveaux d'atteintes plus ou moins sévères. Ces résultats nous amènent à faire le lien avec les théories soutenant sur les projections sanitaires. Pour rappel, une première projection prévoit une expansion des comorbidités et des maladies chroniques au sein de la population âgée, tandis qu'une seconde penche plutôt pour une compression de la morbidité aux âges avancés, restreinte à peu de temps avant le décès de la personne. La nature transversale de nos données ne permet pas de trancher en faveur de l'un ou de l'autre scénario, mais les résultats montrent que la santé est significativement moins bonne chez les octogénaires, et a fortiori chez ceux encore plus âgés. Pour autant, des individus sont épargnés par ces affres. En effet, une partie d'entre eux sont toujours autonomes (35%) ou plus ou moins marqués, par la fragilité (44%), tandis que la dépendance concerne une minorité des plus âgés (21%).

Ces résultats à propos de la santé au grand âge sont désormais, reconnaissons-le, quelque peu « classiques » ; ils viennent s'ajouter aux nombreuses études sur le sujet en matière de prévalence des maladies et des troubles liés à l'avancement en âge. Mais la mise en évidence de la persistance des inégalités sociales dans la grande vieillesse nous a tout naturellement poussée à interroger leur impact sur la santé. Les résultats sont sans appel. Les individus très âgés ayant un niveau de formation bas ou moyen présentent significativement plus de risques de voir leur état de santé se dégrader, et plus particulièrement de vivre la dernière étape de leur vie dans la dépendance. Le statut social occupé durant la trajectoire de vie antérieure, notamment exprimé à travers le niveau de formation et la position socioprofessionnelle, conserve donc bien un effet longtemps différé, qui affecte la santé au grand âge.

A nouveau, ces constats confirment que les inégalités sociales restent bel et bien présentes dans la dernière partie de la vie et sont multiformes, reflétant sinon des cumuls, au minimum des associations entre les pénalités en matière sociale et de santé. Même si l'accès aux âges avancés se démocratise en ce sens qu'un plus grand nombre de personnes survivent jusque-là, ce n'est toutefois pas dans les mêmes conditions de santé. La prise de conscience de cette situation est essentielle notamment dans la prise en compte des générations futures et de leurs trajectoires de vie, beaucoup plus marquées par la flexibilité que ne l'ont été les membres des générations étudiées ici. Nous pensons plus particulièrement aux trajectoires professionnelles actuelles, qui sont plus incertaines et marquées par des périodes de formations plus longues, voire des situations de reconversion ou encore des périodes de chômage, qui toutes ont des répercussions sur les cotisations de retraite. La santé est donc loin d'être homogène au grand âge, une disparité de situations coexiste au sein de cette population, plus particulièrement selon le statut social mais également selon le sexe, alimentant ainsi la réflexion sur le paradoxe du genre au grand âge.

### **Des inégalités de sociales de sexe au paradoxe du genre**

Hormis la persistance des inégalités sociales, cette étude a, sans que cela ait été un objectif prioritaire, de manière pour ainsi dire incidente, mis en avant un phénomène connu dans toutes les catégories de population, celui des inégalités de genre. Tout d'abord, les analyses font ressortir les différences de conditions de vie, d'abord à travers l'état civil. A 80 ans et plus, les femmes sont majoritairement veuves tandis que les hommes survivants ont encore leur épouse à leur côté. Même si près de trois quarts de la population âgée réside à domicile et fait donc la preuve d'une certaine autonomie à des âges avancés, l'isolement résidentiel n'en est pas moins présent et concerne plus particulièrement les femmes ; une situation qui peut être vue comme

une des conséquences du veuvage. Les femmes âgées possèdent en outre des ressources sociales moins importantes. En effet, comparativement aux hommes, elles ont un niveau de formation plus bas, des trajectoires professionnelles marquées par la trajectoire familiale avec moins de mobilité entre le premier et le dernier emploi, avec aussi une dominante d'emplois peu qualifiés, voire des statuts de « non actif » du fait du fréquent travail au foyer. Il en résulte des conséquences sur le niveau de revenus des femmes, bien plus bas que celui des hommes, puisqu'elles n'ont pu accumuler un « life course capital » pour financer leur pension. L'épreuve du veuvage n'en est que plus menaçante. Nous avons encore montré que la résidence en institution concerne 20% de la population très âgée, mais les femmes y sont majoritaires. De même, elles sont un peu plus nombreuses que les hommes à se trouver dans l'échantillon non apte de l'étude.

Ces derniers constats nous amènent à considérer le sujet de la santé et du paradoxe de genre qui lui est lié. Nous l'avons abordé dans ce travail, ce paradoxe décrit le phénomène reconnu dans la littérature scientifique qu'avec l'avancée en âge, les femmes sont certes plus nombreuses parmi les survivants, mais comparativement aux hommes elles sont en moins bonne santé. Ce constat pousse à approfondir la question des inégalités de santé entre hommes et femmes aux grands âges. En effet, les données et les résultats sur les diverses dimensions de la santé tendent à confirmer le paradoxe. Les femmes sont plus nombreuses à souffrir de troubles physiques. Elles comptent aussi plus de dépendantes dans la santé fonctionnelle et présentent une santé psychique moins bonne, avec davantage de symptômes dépressifs. Lorsque nous nous intéressons à la mesure de la fragilité, elles sont également plus touchées que les hommes par le processus de fragilisation, et cela même lorsque l'on élève le seuil de la fragilité, ce qui est révélateur d'une multimorbidité plus accentuée que chez les hommes. Ces résultats distinguent des « hommes chênes » et des « femmes roseaux », pour reprendre l'expression tirée des travaux de Balard (2010).

### **Un maintien du bien-être à relativiser au prisme du constat des inégalités**

Le sujet des inégalités sociales et de la santé a été abordé par des mesures pour la plupart « objectives », dans le sens où les répondants ne donnaient pas leur ressenti personnel quant au sujet abordé mais devaient répondre plutôt à propos de faits les concernant, tels que l'état civil, le niveau de revenus, la présence de troubles physiques ou encore leur aptitude à accomplir leurs tâches quotidiennes. La thématique du bien-être au grand âge permet de compléter et d'apporter à l'étude un éclairage différent, issu du ressenti subjectif des individus âgés à propos de leur vieillissement. De plus, c'est l'occasion de pouvoir analyser ce sujet au regard des inégalités sociales et de santé. Les données sur le bien-être montrent des résultats assez encourageants, surtout au niveau du bien-être cognitif mesuré au moyen de la santé subjective. En effet, les individus très âgés, tant les hommes que les femmes, conservent pour la plupart une appréciation satisfaisante, voire bonne, de leur état de santé, et ce malgré une santé objective plus détériorée. Cette perception positive de sa propre santé témoigne d'une capacité adaptative de nombre de personnes très âgées à leur état. Il est probable aussi qu'opère un effet de génération, dans le sens où ces cohortes ont grandi et vécu dans des conditions de vie plus rudes que les générations suivantes ; elles auraient donc un seuil de « plainte » plus élevé. Le fait d'être toujours en vie participe également à la prise de conscience que ces individus peuvent avoir d'être les survivants de leur génération. Même morbide, la comparaison avec ceux qui ne sont déjà plus là ou avec leurs contemporains proches de la mort, aide à relativiser leur état de santé, voire les pousse à se considérer comme résistant finalement « bien » au vieillissement. Ceci renforce l'idée même des survivants et de leur « aura », telle que présentée par Jonhson et Barer (1997).

Néanmoins, l'analyse du maintien bien-être selon le statut de santé et le statut social démontre que celui-ci a des limites. En effet, un bas niveau de bien-être est fortement lié à la dépendance, et les résultats selon le niveau de formation ont montré que les individus ayant un niveau d'éducation faible ont un plus grand risque d'évaluer leur état de santé de façon négative par rapport aux individus avec un diplôme supérieur.

Le grand âge apparaît donc une période de la vie où les inégalités entre les individus, bien loin de s'effacer, persistent et deviennent au final la somme de tout ce qui s'est construit dans le cours d'une longue vie, les uns cumulant les avantages, les autres les désavantages, et d'autres encore, plus rares en ces générations, ayant alterné les deux. Dans cette logique, il n'est plus question de parler des grands vieillards en tant que population homogène tant elle est composée d'individus singuliers, tant elle est marquée et traversée par les stratifications socioéconomiques, par les inégalités de santé et par les liens qui unissent ces deux dimensions. Elle ne garde d'homogène que la catégorie d'âge des 80 ans et plus, la structure sociopolitique qui fait que l'ensemble de ce groupe soit considéré en tant que retraité et le fait empirique qu'effectivement, les membres de cette population tendent à se trouver en plus mauvaise santé que les autres.

### **Les limites de l'étude**

Notre étude a bien sûr des limites. La première se trouve dans le caractère transversal des données traitées, qui capturent la composition de la population très âgée à un instant  $t$  des temps individuel et historique. Ce type d'enquête possède l'avantage de recueillir des informations auprès d'un échantillon conséquent de personnes âgées et de pouvoir situer les analyses dans un contexte sociohistorique contemporain. Mais il ne permet pas de procéder à des comparaisons optimales qui dégageraient de manière fine des évolutions associées au vieillissement (démographique et personnel), comme l'autoriserait une étude longitudinale aux vagues rapprochées. Une autre limite qui découle de ce caractère transversal est que l'étude du grand âge dans cette recherche ne peut se faire qu'en comparaison à une classe d'âge plus jeune, sans parfaitement contrôler pour les effets différenciés de survie, donc pour les caractéristiques des personnes décédées avant l'enquête.

Nous pouvons également ajouter les limites liées aux données quantitatives qui apportent l'avantage de disposer d'un volume d'informations conséquent, facilement applicable et généralisable à l'ensemble de la population âgée. Cet atout devient une limite dans le sens où il s'agit de données récoltées auprès d'individus ayant tous un ressenti subjectif et singulier de leur propre vieillissement, que cette approche ne permet guère de saisir que très imparfaitement, notamment à travers les questions sur le bien-être personnel. Il n'y a bien sûr pas là tout ce qui pourrait être tiré d'un terrain qualitatif approfondi. Cette dernière réflexion quant aux limites de cette thèse nous conduit enfin à aborder les contributions, les apports et les développements de ce travail auprès de la communauté scientifique mais aussi au-delà.

### **Enjeux des inégalités sociales et de santé au grand âge**

L'existence et la persistance des inégalités sociales montrent que le grand âge est loin de rassembler une population homogène et qu'au cours du temps, la diversité risque d'être amenée à augmenter en raison du phénomène de démocratisation de la grande vieillesse et donc d'un accès plus massif des individus à des âges élevés. La prise en compte de ces

inégalités s'avère un enjeu majeur dans l'étude et les connaissances à propos du 4<sup>ème</sup> âge, un domaine encore peu étudié. A cet égard, nous avons noté que les recherches sur la santé au grand âge sont fréquentes, mais que la question des inégalités sociales chez les très âgés reste peu abordée. Cette thèse contribue ainsi à éclairer une dimension importante et négligée.

Cette thématique risque de s'avérer cruciale à l'avenir avec l'entrée de nouvelles générations dans la grande vieillesse. Il est important de souligner que la population du grand âge actuel ne sera pas celle de demain en raison de l'évolution du contexte socio-historique et de la transformation tant de la composition que des modes de vie des générations. Celles que nous avons étudiées sont les seules à avoir traversé le 20<sup>ème</sup> siècle dans sa quasi-totalité pour expérimenter le grand âge au début du 21<sup>ème</sup> siècle. Les individus âgés de 80 ans et plus sont les derniers représentants de leur cohorte de naissance et d'une Histoire à travers laquelle ils ont évolué. Les membres de la population très âgée actuelle restent les ultimes témoins d'une époque révolue, mais aussi les uniques représentants des valeurs et normes dans lesquelles ils ont grandi et été éduqués. Les cohortes suivantes présentent des trajectoires de vie différentes, et des parcours de vie plus hétérogènes que leurs prédécesseurs, davantage marqués par la flexibilité et l'incertitude. Nous pouvons penser entre autres aux dynamiques familiales plus complexes, par exemple à l'augmentation de la proportion d'individus divorcés ou séparés, mais aussi aux familles recomposées, aux couples sans enfants ou encore aux familles monoparentales ou homoparentales. De même, les trajectoires professionnelles ont été plus soumises à l'instabilité ; elles tendent à être marquées par une période de formation plus longue, des processus de reconversions professionnelles, de retraite anticipée ou encore par des périodes de chômage. Même s'il ne faut pas surestimer l'ampleur et la rapidité des changements au fil des générations (Widmer & Ritschard, 2009), l'anticipation de ces vies plus complexes constitue un véritable enjeu dans la connaissance et la prise en charge du grand âge de demain.

Les contributions et les apports de cette thèse se situent ainsi sur plusieurs niveaux. Tout d'abord, l'enquête sur laquelle s'appuie ce travail constitue une vraie richesse dans le domaine de la gérontologie sociale. Il existe peu d'études au sujet des conditions de vie et de santé de la population âgée regroupant des individus stratifiés par âge et sexe vivant à domicile et en institution et incluant les personnes non aptes. Cela constitue quelque chose d'encore plus rare lorsqu'il s'agit du grand âge. Cette étude (et l'enquête VLV) est donc unique en son genre et constitue un réel apport dans le domaine du vieillissement, puisqu'elle comprend un échantillon composé de plus de 1800 individus âgés de 80 ans et plus.

Ensuite, les résultats obtenus à partir de cet échantillon constituent une véritable contribution aux connaissances à propos du grand âge. Ils ont permis de mettre en avant et de confirmer la persistance d'inégalités sociales qui ont des répercussions sur les conditions de vie et de santé des plus âgés. Ces dimensions sanitaires et sociales sont par ailleurs liées entre elles et font l'objet de politiques sociales de santé et de prévention auprès de la population âgée, notamment sous l'injonction du « bien vieillir » et du « vieillissement actif » (Collinet & Delalandre, 2014). Cependant, il est illusoire de penser que l'ensemble de la population âgée (et plus particulièrement les plus âgés) puisse s'intégrer à des dispositifs qui ne s'adressent en fait qu'à une partie de cette population, celle dotée de suffisamment de ressources, mais qui laissent en marge tous ceux qui ne peuvent s'y adapter. L'ensemble des débats scientifiques et citoyens font écho à la distinction entre 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âge et aux représentations sociales qui leurs sont associées. Elles contrastent jusqu'à la caricature une période post retraite, active et engagée avec l'entrée dans la vieillesse repoussée jusque-là, qui elle, reste encore caractérisée par l'image du déclin marqué par les maladies, les pertes, la dégénérescence ou encore la sénilité. L'inquiétude du basculement de l'autonomie vers la dépendance reste vive, comme une

menace qui pèse sur l'individu survivant, « puni » ainsi de défier Thanatos. Nous retrouvons constamment ce clivage entre 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âge alors que nous pouvons et devons questionner l'existence d'une limite concrète entre les deux catégories.

Cependant, la question de l'effacement des inégalités dans la dernière période de la vie ne disparaît pas totalement face aux résultats et aux conclusions de notre étude. La question des très âgés résistants subsiste et nous pouvons nous demander si celle-ci n'a tout simplement pas reculé plus loin encore dans l'existence, bien au-delà de 80 ans, mais s'approchant peut-être des 90 ou 95 ans. Elle serait repoussée en tout cas aux ultimes limites de cette période de la vie où, comme l'ont déjà évoqué certains, la santé prime sur tout le reste et les facteurs socioéconomiques n'exercent alors plus aucun effet sur la survie de l'individu (Lalive d'Épinay, Spini et al., 2008 ; Enroth et al., 2013). Cette interrogation, comme tant d'autres, appellent de nouvelles recherches.

## BIBLIOGRAPHIE

- Achenbaum, W. (2004). Morley's "A Brief History of Geriatrics". *Journal of gerontology: Medical Sciences*, 1153. Récupéré sur <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/59/11/1153.full.pdf+html>
- Atkins, G. (1992). Making it last : Economic resources of the oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 359-377). New York: Oxford University Press.
- Attias-Donfut, C. (1991). *Génération et âges de la vie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Auslander, G., & Litwin, H. (1991). Social networks, social support, and self-ratings of health among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 493-510.
- Baeriswyl, M. (2016). *Participations et rôles sociaux à l'âge de la retraite. Une analyse des évolutions et enjeux autour de la participation sociale et des rapports sociaux de sexe*. Thèse de doctorat: Université de Genève.
- Balard, F. (2010). *Les plus âgés des âgés, une culture vivante aux portes de la mort*. Saarbrücken: Editions universitaires européennes.
- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Dans P. B. Baltes, & M. M. Baltes, *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (2001). *The Berlin Aging Study : aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Bayer, A. (2010). Methodological Problems of Research in Older People. Dans H. M. Fillit, K. Rockwood, & K. Woodhouse, *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology (seventh edition)* (pp. 23-29). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Beard, R. (1971). Some aspects of theories of mortality, cause of death analysis, forecasting and stochastic processes. Dans W. Brass, *Biological Aspects of Demography* (pp. 57-68). London: Taylor and Francis Ltd. Récupéré sur <http://www.healthsters.com/Beard-1971.pdf>
- Bebbington, A. C. (1988). The expectation of life without disability in England and Wales. *Social Science & Medicine*, 27(4), 321-326.
- Beguïn, H. (1979). *Méthodes d'analyse géographique quantitative*. Paris: Librairies Techniques.
- Bertaux, D. (1974). Mobilité sociale biographique. Une critique de l'approche transversale. *Revue française de sociologie*, pp. 329-362.
- Bétemps, C., Bickel, J.-F., Brunner, M., & Hummel, C. (1997). *Journal d'une enquête*. Lausanne: Editions Réalités sociales.
- Bihl, A., & Pfefferkorn, R. (2008). *Le système des inégalités*. Paris: Editions La Découverte.
- Binstock, R. H. (1992). The oldest old and "intergenerational equity". Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 394-417). New York: Oxford University Press.
- Blais, M., Vallerand, R., Pelletier, L., & Brière, N. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction With Life Scale". *Canadian Journal Of Behavioural Science Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 323-349.
- Bolzmann, C. (2011). Democratization of ageing: also a reality for elderly immigrants ? *European Journal of Social Work*. Récupéré sur <http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2011.562018>
- Bolzmann, C., & Vagni, G. (2015). Egalité des chances ? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et "nationales". *Hommes et Migrations*(1309), 19-28.
- Bonvin, J.-M. (2005). La démocratie dans l'approche d'Amartya Sen. *L'économie politique*, 3(27), 24-37.
- Bopp, M., & Minder, C. (2003). Mortality by education in German Speaking Switzerland, 1990-1997: Results from the Swiss National Cohort. *International Journal of*

- Epidemiology*(32), 346-354.
- Börsch-Supan , A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe : first results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Bourbeau, R., Légaré, J., & Ouellette, N. (2011). *Revue de la littérature sur l'évolution future de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en santé*. Hamilton, Ontario, Canada : SEDAP Research Paper No. 289.
- Bourdelaïs, P. (1997). *L'âge de la vieillesse*. Paris: Editions Odiles Jacob.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2-3.
- Bühler, C., & Massarik, F. (1968). *The Course of Human Life: A study of goals in the Humanistic Perspective*. New York: Springer.
- Bury, M., & Holme, A. (1991). *Life After Ninety*. Londres et New York: Routledge.
- Cain, L. D. (2009). Life Course and Social Structure. Dans W. R. Heinz, J. Huinink, & A. Weymann, *The life course reader : individuals and societies across time* (pp. 31-63). Frankfurt, Germany: Campus Verlag.
- Cambois, E., Laborde, C., & Robine, J.-M. (2008). La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Sociétés*(441), 1-4.
- Caradec, V. (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin.
- Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse*. Chêne-Bourg: Editions Georg.
- Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A., & Olazabal, I. (2010). *Vieillir au pluriel*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Chassagne, P., Rolland, Y., & Vellas, B. (2009). *La personne âgée fragile*. Paris: Springer.
- Chauvel, L. (1998). *Le destin des générations, structure sociale et cohorte en France au XXe siècle*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chesnaïs, J.-C. (1986). *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*. Presses Universitaires de France.
- Collinet, C., & Delalandre, M. (2014). L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. *L'année sociologique*, 64, 445-467.
- Cordazzo, V. (2006). *La mortalité au sein des générations suisses 1900 à 2030*. Office fédéral de la statistique, DEMOS. Neuchâtel: OFS.
- Cornoni-Huntley, J. C., Foley, D. J., White, L. R., Suzman, R. M., Berkman, L. F., Evans, D. A., . . . Branch, L. G. (1992). Epidemiology of disability in the oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 268-282). New York: Oxford Press University.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Dannefer, D. (2003, Novembre). Cumulative Advantage/ Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology*, 58B, pp. 327-337.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assesment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being : Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Doty, P. J. (1992). The oldest old and the use of institutional long-term care from an international perspective. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 251-267). New York: Oxford University Press.
- Ducan, O., & Ducan, B. (1955). A methodological analysis of segregation indices. *American Sociological Review*, 20, 210-217.
- Duvoisin, A., Baeriswyl, M., Oris, M., Perrig-Chiello, P., & Bickel, J.-F. (2012). *Pro Senectute: Visibilité et usages d'une association bientôt centenaire. Au service des vulnérables?* Genève: CIGEV.
- Ebersold, S. (1997). *L'invention du handicap: la normalisation de l'infirme*. Paris: CTNERHI.
- Elder, G. (1974). *Children of the Great Depression*. Chicago: University of Chicago Press.
- Elder, G. H. (1998). The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 69(1), 1-12.
- Ennuyer, B. (2004). *Les mantentendus de la dépendance*. Paris: Dunod.
- Erikson, E. H. (1982). *Enfance et société*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton.

- Evans, D. A., Scherr, P. A., Cook, N. R., Albert, M. S., Funkenstein, H. H., Beckett, L. A., . . . Taylor, J. O. (1992). The impact of Alzheimer's disease in the United States population. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 283-299). New York: Oxford University Press.
- Falter, J.-M. (2009). Le divorce, facteur de pauvreté féminine. Dans M. Oris, E. Widmer, A. De Ribaupierre, D. Joye, D. Spini, G. Labouvie-Vief, & J.-M. Falter, *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (pp. 297-314). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Felouzis, G. (2009). Parcours scolaires et construction des inégalités. Nouvelles questions, nouveaux objets. Dans M. Oris, E. Widmer, A. de Ribaupierre, D. Joye, D. Spini, G. Labouvie-Vief, & J.-M. Falter, *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (pp. 149-167). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Ferraro, K. F. (2007). The Evolution of Gerontology as a Scientific Field of Inquiry. Dans J. M. Wilmoth, & K. F. Ferraro, *Gerontology. Perspectives and Issues* (pp. 13-33). New York: Springer Publishing Company.
- Ferraro, K., & Pylypiv, T. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin ? *The Gerontologist*, 49(3), 333-343.
- Fioretta, J. (2015). *Le bien-être subjectif des personnes âgées en Suisse*. Mémoire de maîtrise en socioéconomie. Université de Genève.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fraginière, J.-P. (2016). *Bienvenue dans la société de longue vie*. Sierre : Editions à la Carte.
- Frenk, J., Bobadilla, J., Stern, C., Frejka, T., & Lozano, R. (1991, Avril). Elements for a theory of the health transition. (N. C. Health, Éd.) *Health Transition Review*, 1(1), 21-38. Consulté le Mai 20, 2015, sur <http://www.jstor.org/stable/40608615>
- Fries, J. (1980). Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135. Récupéré sur <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198007173030304#t=abstract>
- Fries, J. F. (1983). The compression of morbidity. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 397-419.
- Gabriel, R. (2015). *Inequalities within progress: Social stratification and the life course among the elderly population in switzerland 1979-2011*. Thèse de doctorat: Université de Genève.
- Gaullier, X. (1998). Ages mobiles et générations incertaines. *Esprit*, 246(10), 5-44.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity.
- Girardin, M., & Spini, D. (2008). Fragilité, perception de la santé et bien-être. Dans C. Lalive d'Epinay, & D. Spini, *Les années fragiles. La vie au delà de quatre-vingts ans* (pp. 281-308). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Girardin, M., & Widmer, E. (2015). Lay definitions of family and social capital in later life. *Personal Relationships*, 22(4), 712-737.
- Girod, R. (1971). *Mobilité sociale. Faits établis et problèmes ouverts*. Genève: Librairie Droz.
- Grmek, M. D. (1983). *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale : recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique*. Paris: Payot .
- Gruenberg, E. M. (1977). The Failures of Success. *Annual Meeting of the American Public Health Association*. 83, pp. 779-800. Miami: The Milbank Quarterly.
- Guilley, E., Guillet, L., & Girardin, M. (2008). Does the Gender Paradox Persist in the Last Years of Very Long Lives? *Women and Aging: New Research*.
- Hadley, E. C. (1992). Causes of death among the oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 183-196). New York: Oxford University Press.
- Hareven, T. K. (1994). Aging and Generational Relations: A Historical and Life Course Perspective. (A. Reviews, Éd.) *Annual Review of Sociology*, 20, 437-461.
- Havighurst, R. (1954). Flexibility and the Social Roles of the Retired. *American Journal of Sociology*, 59(4), 309-311.
- Havighurst, R. J., & Albrecht, R. E. (1953). *Older People*. Longmans: Green & Co.
- Hébert, R. (1982). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. *Canadian*

- Family Physician*, 754-762.
- Heinz, W. R. (1991). *Status Passages and the Life Course*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Heinz, W. R., & Marshall, V. W. (2003). *Social Dynamics of the Life Course: Transitions, Institutions, and Interrelations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Hendricks, J., & Achenbaum, A. (1999). Historical Development of Theories of Aging. Dans V. Bengtson, & K. Schaie, *Handbook of Theories of Aging* (pp. 21-39). New York: Springer Publishing Company.
- Hillerås, P. (1998). *Well-being among the very old: a survey on a sample aged 90 years and above*. Doctoral thesis: Sophiahemmet University.
- Hillerås, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(1), 71-90.
- Hochschild, A. R. (1975). Disengagement Theory: A Critique and Proposal. *American Sociological Review*, 40(5), 553-569.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*. Bern: Editions Hans Huber.
- Hughes, E. C. (1996). Carrières, cycles et tournants de l'existence. Dans E. C. Hughes, *Le regard sociologique : essais choisis* (pp. 165-173). Paris: Editions de l'EHESS.
- Hummel, C., Mallon, I., & Caradec, V. (2014). *Vieillesse et vieillissements : regards sociologiques*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Ihle, A., Oris, M., Fagot, D., Baeriswyl, M., Guichard, E., & Kliegel, M. (2015). The association of leisure activities in middle adulthood with cognitive performance in old age: The moderating role of educational level. *Gerontology*, 543-550.
- Johnson, C. L., & Barer, B. M. (1997). *Life Beyond 85 Years. The Aura of Survivorship*. New York: Springer Publishing Company.
- Joye, D. (2009). Construction et rémanence des inégalités en Suisse : deux ou trois choses que l'on sait d'elles. Dans M. Oris, E. Widmer, A. de Ribaupierre, D. Joye, D. Spini, G. Labouvie-Vief, & J.-M. Falter, *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (pp. 47-65). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Joye, D., & Schuler, M. (1996). *La structure sociale de la Suisse. Catégories socio-professionnelles*. Berne: Office fédéral de la statistique.
- Joye, D., Pollien, A., Sapin, M., & Ernst Stähli, M. (2012). Who Can Be Contacted by Phone? Lessons from Switzerland. Dans S. Häder, M. Häder, & M. Kühne, *Telephone Surveys in Europe* (pp. 85-102). Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Jung, C. (1971). The Stages of Life. Dans J. Campbell, *The portable Jung*. New York: Viking.
- Kaeser, L. (2015). *Personnes âgées issues de la migration et vieillissement actif : interroger les normes contemporaines du vieillissement au prisme des parcours de vie*. Thèse de doctorat: Université de Genève.
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 20-30.
- 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. *The Journal of American Medical Association*, 185(12), 914-919.
- Kohli, M. (1986). The world we forgot: A historical review of the life course. Dans V. W. Marshall, *Later life: The social psychology of ageing* (pp. 271-303). Beverly Hills CA: Sage.
- Kohli, R., Bläuer Herrmann, A., & Babel, J. (2006). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Kovar, M., & Stone, R. (1992). The social environment of the very old. Dans R. Suzman, D. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 303-320). New York: Oxford University Press.
- Lahelma, E., Arber, S., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Silventoinen, K. (2001). The Myth of Gender Differences in Health: Social Structural Determinants across Adult Ages in Britain and Finland. *Current Sociology*, 49(3), 31-54.
- Lalivie d'Épinay, C. (1994). La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du 20e siècle. Dans G. Heller, *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande* (pp. 127-150). Lausanne: SHSR & Editions d'en bas.

- Lalivé d'Épinay, C. (1997). Interdisciplinarité et gérontologie. L'expérience du CIG. *Société suisse de gérontologie*, 42-58.
- Lalivé d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2009). Mémoire de l'histoire et appartenance générationnelle des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 127-144.
- Lalivé d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2013). *Le quatrième âge*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Lalivé d'Épinay, C., & Spini, D. (2007). Le grand âge: un domaine de recherche récent. *Gérontologie et Société*, 31-54.
- Lalivé d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Cavalli, S., & Spini, D. (2005). De l'étude des personnes âgées au paradigme du parcours de vie. *L'analyse du social: les modes d'explication* (pp. 141-167). Québec, Canada: Les Presses de l'Université Laval.
- Lalivé d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Maystre, C., & Vollenwyder, N. (2000). *Vieillesse au fil du temps*. Lausanne: Editions Réalités sociales.
- Lalivé d'Épinay, C., Cavalli, S., & Aeby, G. (2008). Générations et mémoire historique. Une comparaison internationale. Dans D. Vrancken, & L. Thomsin, *Le social à l'épreuve des parcours de vie* (pp. 245-259). Louvain-La-Neuve: Academia Bruylant.
- Lalivé d'Épinay, C., Cavalli, S., & Guillely, E. (2005). Parcours de vie et vieillesse. Dans J.-F. Guillaume, C. Lalivé d'Épinay, & L. Thomsin, *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines* (pp. 67-87). Liège: Les Editions de l'Université de Liège.
- Lalivé d'Épinay, C., Christe, E., Coenen-Huther, J., Hagmann, H.-M., Jeanneret, O., Junod, J.-P., . . . De Wurstenberger, B. (1983). *Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*. Saint-Saphorin: Georgi.
- Lalivé d'Épinay, C., Spini, D., & Coll. (2008). *Les années fragiles*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Laslett, P. (1989). *A Fresh Map of life: The emergence of the Third age*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 179-186.
- Le Bras, H. (1976). Lois de mortalité et âge limite. *Population*, 31(3), 655-692. Récupéré sur [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop\\_0032-4663\\_1976\\_num\\_31\\_3\\_16020](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_1976_num_31_3_16020)
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people. *Social Science and Medicine*, 1329-1341.
- Lemaire, P., & Bherer, L. (2005). *Psychologie du vieillissement. Une perspective cognitive*. Bruxelles: De Boeck.
- Lévy, M.-L. (1986, novembre). Les transitions démographiques. *Population et Sociétés*(207).
- Levy, R. (2002). Inégalités sociales. Dans J.-P. Fragnière, & R. Girod, *Dictionnaire suisse de politique sociale*. Réalités sociales.
- Levy, R., Gauthier, J.-A., & Widmer, E. (2006). Entre contraintes institutionnelle et domestique: Les parcours de vie masculins et féminins en Suisse. *The Canadian Journal of Sociology/ Cahiers canadiens de sociologie*, 31(4), 461-489.
- Levy, R., Ghisletta, P., Le Goff, J.-M., Spini, D., & Widmer, E. (2005). *Towards an interdisciplinary perspective on the life course*. Amsterdam: Elsevier.
- Ludwig, C., Cavalli, S., & Oris, M. (2014). "Vivre/ Leben/ Vivere": An interdisciplinary survey addressing progress and inequalities of aging over the past 30 years in Switzerland. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 240-248.
- Luthy, C., Cedraschi, C., Allaz, A.-F., Herrmann, F., & Ludwig, C. (2015). Health status and quality of life: Results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research*, 24(7), 1687-1696.
- Manheim, K. (1990). *Le problème des générations*. Paris: Nathan.
- Manton, K. G. (1992). Mortality and life expectancy among the oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 157-182). New York: Oxford University Press.
- Manton, K. G., & Soldo, B. J. (1992). Disability and mortality among the oldest old: Implications for current and future health and long-term-care service needs. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 199-250). New York: Oxford University Press.

- Manton, K. G., & Suzman, R. M. (1992). Conceptual issues in the design and analysis of longitudinal surveys of health and functioning of the oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 89-122). New York: Oxford University Press.
- Marshall, V. W., & Mueller, M. M. (2003). Theoretical roots of the life-course perspective. Dans W. R. Heinz, & V. W. Marshall, *Social dynamics of the life course* (pp. 3-32). New York: Aldine de Gruyter.
- Martínez-Velilla, N., & Zekry, D. (2014). Charlson Comorbidity Index in Acutely Hospitalized Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1614-1615.
- Masoro, E. (2001). "Successful Aging" - Useful or Misleading Concept ? *The Gerontologist*, 41(3), 415-418.
- Masotti, B., & Oris, M. (2015). Il ricorso ai servizi domiciliari e il ruolo della famiglia nella quarta età. Dans F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, & B. Masotti, *Fragilità e risorse delle persone anziane residenti in Ticino* (pp. 87-109). Ufficio di statistica.
- Menthonnex, J. (2015). *Estimation des durées de vie par génération*. Confédération suisse: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Metchnikoff, E. (1903). *Études sur la nature humaine : essai de philosophie optimiste*. Paris: Masson. Récupéré sur <https://archive.org/details/etudessurlanatu00metc>
- Mills, C. W. (1997). *L'imagination sociologique*. (P. Clinquart, Trad.) Paris: La Découverte.
- Mizrahi, A., & Mizrahi, A. (2002). Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort. *Gérontologie et société*, 63-83.
- Monnier, A. (2006). *Démographie contemporaine de l'Europe: Évolutions, tendances, défis*. Paris: Armand Colin.
- Moreau-Gruet, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Neuchâtel: Obsan .
- Morselli, D., Dasoki, N., Gabriel, R., Gauthier, J.-A., Henke, J., & Le Goff, J.-M. (2016). Using life history calendars to survey vulnerability. Dans M. Oris, C. Roberts, D. Joye, & M. Ernst Stähli, *Surveying human vulnerabilities across the life course* (pp. 177-199). New York: Springer.
- Moulaert, T. (2012). Pourquoi les francophones préfèrent-ils la sociologie du vieillissement à la gérontologie critique ? *Gérontologie et société*(142), 81-89.
- Myers, G. C., Torrey, B., & Kinsella, K. G. (1992). The paradox of the oldest old in the United States: An international comparison. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 58-85). New York: Oxford University Press.
- Neugarten, B. (1974). Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 187-198.
- Neugarten, B. (1979). Time, age and the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 887-894.
- Nicolet, M., & Oris, M. (2013). Mesures et captures de la vulnérabilité dans une enquête sur les conditions de vie des personnes âgées. L'expérience de VLV (Vivre Leben Vivere) en Suisse. *papier présenté dans le cadre de la Conférence Universitaire de Démographie et d'Études des Populations. XVIe Colloque national de démographie, Les populations vulnérables*. 28-31 mai 2013 Aix-en-Provence.
- Noll, H.-H. (2004). Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends. Dans N. Genov, *Advances in Sociological Knowledge* (pp. 151-181). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Olshansky, S., & Ault, A. (1986). The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. *The Milbank Quarterly*, 355-391. Consulté le Mai 20, 2015, sur <http://www.jstor.org/stable/3350025>
- Oman, A. R. (1998). *The epidemiologic transition theory revisited thirty years later*. World Health Statistics Quarterly.
- Oman, A. R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly/ Rapport trimestriel de statistiques sanitaires*, 99-119.
- Oman, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83, 731-757. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- Organisation Mondiale de la Santé. (1984). *Applications de l'épidémiologie à l'étude du vieillissement : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS sur l'épidémiologie du vieillissement*. Genève: OMS (série de rapports techniques 706).

- Oris, M., & Lerch, M. (2009). La transition ultime. Longévité et mortalité aux grands âges dans le bassin lémanique. Dans M. Oris, E. Widmer, A. de Ribaupierre, D. Joye, D. Spini, G. Labouvie-Vief, & J.-M. Falter, *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (pp. 407-432). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Oris, M., & Remund, A. (2012). Les conditions socioéconomiques et culturelles du vieillissement en Suisse. *Sécurité sociale*, 4, 203-209.
- Oris, M., Dubert, I., & Viret, J. L. (2015). Vieillir: Les apports de la démographie historique et de l'histoire de la famille. *Annales de démographie historique*, 201-229.
- Oris, M., Guichard, E., Nicolet, M., Gabriel, R., Tholomier, A., Monnot, C., . . . Joye, D. (2016). Representation of Vulnerability and the Elderly. A Total Survey Error Perspective on the VLV survey. Dans M. Oris, C. Roberts, D. Joye, & M. Ernst Stähli, *Surveying Human Vulnerabilities across the Life Course* (pp. 27-64). AG Switzerland: Springer International Publishing.
- Oris, M., Roberts, C., Joye, D., & Ernst Stähli, M. (. (2016). *Surveying Human Vulnerabilities across the Life Course*. AG Switzerland: Springer International Publishing.
- Park, H. (2008). Edmund Vincent Cowdry and the making of gerontology as a multidisciplinary scientific field in the United States. *Journal of the History of Biology*, 529-572.
- Parker, M., Thorlund, M., & Lundberg, O. (1994). Physical function and social class among Swedish oldest-old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49(4), 196-201.
- Pavalko, E. K., & Caputo, J. (2013). Social Inequality and Health Across the Life Course. *American Behavioral Scientist*, 1040-1056.
- Pearlin, L. (1994). The study of the oldest-old: Some promises and puzzles. *International Journal of Aging and Human Development*, 38(1), 91-98.
- Perrig-Chiello, P. (2014). Les soins dispensés au sein des familles - entre solidarité, ambivalence et conflits. Dans M. Beyeler, *Métamorphose. Transformer sa maison au fil de la vie* (pp. 160-166). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Pin, S., Spini, D., & Perrig-Chiello, P. (2015). *Étude sur les proches aidants et les professionnels de l'Institution genevoise de maintien à domicile dans le Canton de Genève*.
- Pollien, A., & Joye, D. (2011). A la poursuite du répondant? Essai de typologie des séquences de contact dans les enquêtes. Dans D. Joye, C. Pirinoli, D. Spini, & E. Widmer, *Parcours de vie et insertions sociales* (pp. 189-212). Zürich: Editions Seismo.
- Preston, S. H. (1992). Cohort succession and the future of the oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 50-57). New York: Oxford University Press.
- Préteceille, E. (2006/2). La ségrégation sociale a-t-elle augmenté ? La métropole parisienne entre polarisation et mixité. *Sociétés contemporaines*(62), 69-93.
- Remund, A. (2015). *Jeunesses vulnérables ? mesures, composantes et causes de la surmortalité des jeunes adultes*. Genève. Récupéré sur <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:73525>
- Richards, M., & Deary, I. (2005). A life course approach to cognitive reserve: a model for cognitive aging and development? *Annals of Neurology*, 617-622.
- Riley, M. W., Johnson, M., & Foner, A. (1972). *Aging and Society, Volume 3: A Sociology of Age Stratification*. Russell Sage Foundation.
- Robine, J.-M., Michel, J.-P., & Branch, L. G. (1992). Measurement and utilization of healthy life expectancy: conceptual issues. *Bulletin of the World Health Organization*, 70, 791-800.
- Rodgers, W. L., & Herzog, A. R. (1992). Collecting data about the oldest old: Problems and procedures. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 135-156). New York: Oxford University Press.
- Rogers, R. G., & Hackenberg, R. (1987). Extending epidemiologic transition theory: a new stage. *Social Biology*, 34, 234-243. Consulté le Mai 20, 2015, sur <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19485565.1987.9988678>
- Romoren, T. I. (2003). *Last Years of Long Lives. The Larvik Study*. Londres: Routledge.
- Rouget, A. (2009). Théorie évolutionniste de la sénescence. *Revue Médicale Suisse*, 1481-1485.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging : usual and successful. *Science*, 143-149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Sapin, M., Spini, D., & Widmer, E. (2007). *Les parcours de vie*. Lausanne: Presses

- polytechniques et universitaires romandes.
- Sauvain-Dugerdil, C., Léridon, H., & Mascie-Taylor, N. (2006). *Human Clocks: The Bio-cultural Meanings of Age*. Bern: Peter Lang.
- Schumacher, R., & Vilpert, S. (2011). Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005). *Demographic Research*, 25, 285-310.
- Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F., & Robine, J.-M. (2009). *Le futur de la longévité en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Shaw, M., Galobardes, B., Lawlor, D. A., Lynch, J., Wheeler, B., & Smith, G. D. (2007). *The Handbook of inequality and socioeconomic position*. Bristol: The Policy Press.
- Solem, E. (1976). Dependency - Due To Lack of Individual or Environmental Resources ? Dans J. Munnichs, & W. Van den Heuvel, *Dependency or Interdependency in Old Age* (pp. 71-79). The Hague: Springer Netherlands.
- Spini, D., & Widmer, E. (2009). Transitions, inégalités et parcours de vie: l'expérience lémanique. Dans M. Oris, E. Widmer, A. de Ribaupierre, D. Joye, D. Spini, G. Labouvie-Vief, & J.-M. Falter, *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (pp. 3-23). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Spini, D., Hanappi, D., Bernardi, L., Oris, M., & Bickel, J.-F. (2013). Vulnerability across the life course: a theoretical framework and research directions. *Working Papers LIVES*.
- Strawbridge, W., Wallhagen, M., & Cohen, R. (2002). Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Sullivan, D. (1971). A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Report*, 347-354. Récupéré sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1937122/>
- Suzman, R. M., Harris, T., Hadley, E. C., Kovar, M., & Weindruch, R. (1992). The robust oldest old: Optimistic perspectives for increasing healthy life expectancy. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 341-358). New York: Oxford University Press.
- Suzman, R. M., Willis, D. P., & Manton, K. P. (1992). *The Oldest Old*. New York: Oxford University Press.
- Suzman, R., & Riley, M. (1985). Introducing the "Oldest Old". *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 175-186.
- Suzman, R., Willis, D. P., & Manton, K. G. (1992). *The Oldest Old*. New York: Oxford University Press.
- Taeuber, C. M., & Rosenwaike, I. (1992). A demographic portrait of America's oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 17-49). New York: Oxford University Press.
- Thatcher, A., Kannisto, V., & Vaupel, J. (1998). *The Force of Mortality at Ages 80 to 120*. Odense, Denmark: Odense University Press.
- The EuroQol Group. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Tholomier, A. (2011). *Dans l'huile et les rouages de VLV. Les questionnaires d'une enquête interdisciplinaire sur les personnes âgées en Suisse*. Mémoire de maîtrise : Université de Genève.
- Tillmann, R. (2010). Une société de classes moyennes ? Le cas de la Suisse contemporaine. *Sociologie*, 253-271.
- Torrey, B. (1992). Sharing increasing costs on declining income: The visible dilemma of the invisible aged. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 381-393). New York: Oxford University Press.
- Vallin, J., & Meslé, F. (2010). De la transition épidémiologique à la transition sanitaire: l'improbable convergence générale. *Ralentissements, résistances, ruptures dans les transitions démographiques* (pp. 257-290). Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain.
- Van de Velde, C. (2015). *Sociologie des âges de la vie*. Paris: Armand Colin.
- Vaupel, J. (1979). The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality. *Demography*, 16(3), 439-454. Récupéré sur <http://user.demogr.mpg.de/jwv/pdf/Vaupel-Demography-16-1979-3.pdf>
- Vaupel, J. W., & Lundström, H. (1994). Longer Life Expectancy ? Evidence from Sweden of Reductions in Mortality Rates at Advanced Ages. Dans D. A. Wise, *Studies in the*

- Economics of Aging* (pp. 79-104). Chicago: University of Chicago Press. Récupéré sur <http://user.demogr.mpg.de/jwv/pdf/Longer%20life%20expectancy.pdf>
- Verbrugge, L. (1984). A health profile of older women with comparisons to older men. *Research on Aging*, 291-322.
- Verbrugge, L. (1984). Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 62(3), 475-519.
- Wallace, R. B., Kohout, F. J., & Colsher, P. L. (1992). Observations on interview surveys of the oldest old. Dans R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton, *The Oldest Old* (pp. 123-134). New York: Oxford University Press.
- Wang, R., Trub, S., & Alverno, L. (1975). A brief self-assessing scale. *Journal of clinical pharmacology*, 163-167.
- Wanner, P., Raymond, L., & Bouchardy, C. (2001). Geographical disparities in self-reported use of mammography and breast self-examination according to the Swiss Health Survey. *Annals of Oncology*, 573-575.
- Wanner, P., Peng, F., & Cotter, S. (1997). Mortalité par âge et cause de décès en Suisse. Une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 et 1988/93. *European Journal of Population*, 381-399.
- Wanner, P., Sauvain-Dugerdil, C., Guillely, E., & Hussy, C. (2005). *Âges et générations - La vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Wenger, G. C. (2001). Interviewing older people. Dans J. Jaber, & F. Gubrium, *Handbook of interview research* (pp. 259-278). Sage Publications.
- Widmer, E. D., & Ritschard, G. (2009). The de-standardization of the life course: Are men and women equal? *Advances in Life Course Research*, 28-39.
- Widmer, E., Chevalier, M., & Dumas, P. (2005). Le « Family Network Method » (FNM): un outil d'investigation des configurations familiales à disposition des thérapeutes. *Médecine & Hygiène*, 427-445.
- Widmer, E., Ritschard, G., & Müller, N. S. (2009). Trajectoires professionnelles et familiales en Suisse: quelle pluralisation ? Dans M. Oris, E. Widmer, A. de Ribaupierre, D. Joye, D. Spini, G. Labouvie-Vief, & J.-M. Falter, *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (pp. 253-272). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Wiest, M., Schüz, B., Webster, N., & Wurm, S. (2011). Subjective well-being and mortality revisited: differential effects of cognitive and emotional facets of well-being on mortality. *Health Psychology*, 30(6), 728-735.
- Wilmoth, J. M., & Ferraro, K. F. (2007). *Gerontology*. New York: Springer Publishing Compagny.
- Wood, P. (1975). Classification of impairments and handicaps. (*document non publié*). Genève: WHO/ICD 9 Revue Conf 75-15.
- Wood, P. (1980). Comment mesurer les conséquences des maladies. La classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps. *Chronique OMS*, 400-405.

## ANNEXES

### Indice de dissimilarité du niveau de formation

Annexe n°1 : Indice de dissimilarité du niveau de formation selon le sexe

Femme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Scolarité obligatoire	N	190	341	531	0,17
	%	0,22	0,39	0,30	
Apprentissage	N	300	250	550	-0,06
	%	0,34	0,28	0,31	
Secondaire supérieur	N	195	148	343	-0,06
	%	0,22	0,17	0,20	
Formation tech. ou prof. supérieure	N	118	100	218	-0,02
	%	0,14	0,11	0,12	
Formation uni. ou polytechnique	N	69	40	109	-0,03
	%	0,08	0,05	0,06	
Total	N	872	879	1751	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,17</b>

Homme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Scolarité obligatoire	N	99	167	266	0,07
	%	0,11	0,18	0,15	
Apprentissage	N	373	324	697	-0,06
	%	0,41	0,36	0,39	
Secondaire supérieur	N	104	120	224	0,02
	%	0,12	0,13	0,12	
Formation tech. ou prof. supérieure	N	151	128	279	-0,03
	%	0,17	0,14	0,15	
Formation uni. ou polytechnique	N	174	170	344	-0,01
	%	0,19	0,19	0,19	
Total	N	901	909	1810	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,09</b>

Annexe n°2 : Indice de dissimilarité du niveau de formation selon la classe d'âge

Niveau de formation		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Scolarité obligatoire	N	289	508	797	0,12
	%	0,16	0,28	0,22	
Apprentissage	N	673	574	1247	-0,06
	%	0,38	0,32	0,35	
Secondaire supérieur	N	299	268	567	-0,02
	%	0,17	0,15	0,16	
Formation tech. ou prof. supérieure	N	269	228	497	-0,03
	%	0,15	0,13	0,14	
Formation uni. ou polytechnique	N	243	210	453	-0,02
	%	0,14	0,12	0,13	
Total	N	1773	1788	3561	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,12</b>

Annexe n°3 : Indice de dissimilarité du niveau de formation selon le sexe à 80 ans et plus

Niveau de formation		Homme	Femme	Total	F-H
Bas	N	167	341	508	0,21
	%	0,18	0,39	0,28	
Moyen	N	324	250	574	0,08
	%	0,36	0,28	0,32	
Haut	N	418	288	706	-0,13
	%	0,46	0,33	0,39	
Total	N	909	879	1788	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,21</b>

## Indice de dissimilarité du niveau de revenus

### Annexe n°4 : Indice de dissimilarité du niveau de revenus selon le sexe

Femme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Pauvre	N	93	190	283	
	%	0,12	0,28	0,20	0,15
Précaire	N	149	178	327	
	%	0,20	0,26	0,23	0,06
Sécurité	N	508	315	823	
	%	0,68	0,46	0,57	-0,22
Total	N	750	683	1433	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,22</b>

Homme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Pauvre	N	38	78	116	
	%	0,05	0,10	0,07	0,06
Précaire	N	110	119	229	
	%	0,13	0,15	0,14	0,02
Sécurité	N	691	579	1270	
	%	0,82	0,75	0,79	-0,08
Total	N	839	776	1615	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,08</b>

### Annexe n°5 : Indice de dissimilarité du niveau de revenus selon la classe d'âge

Niveau de revenus		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Pauvre	N	131	268	399	
	%	0,08	0,18	0,13	0,10
Précaire	N	259	297	556	
	%	0,16	0,20	0,18	0,04
Sécurité	N	1199	894	2093	
	%	0,76	0,61	0,69	-0,14
Total	N	1589	1459	3048	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,14</b>

Annexe n°6 : Indice de dissimilarité du niveau de revenus selon le sexe à 80 ans et plus

Niveau de revenus		Homme	Femme	Total	F-H
Pauvre	N	78	190	268	
	%	0,1	0,28	0,18	0,18
Précaire	N	119	178	297	
	%	0,15	0,26	0,2	0,11
Sécurité	N	579	315	894	
	%	0,75	0,46	0,61	-0,29
Total	N	776	683	1459	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,29</b>

**Indice de dissimilarité de la catégorie socioprofessionnelle**

Annexe n°7 : indice de dissimilarité de la dernière catégorie socioprofessionnelle selon le sexe

Femme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Dirigeants	N	13	8	21	
	%	0,02	0,01	0,01	-0,01
Professions libérales	N	16	10	26	
	%	0,02	0,01	0,02	-0,01
Autres indépendants	N	51	60	111	
	%	0,06	0,07	0,06	0,01
Professions intellectuelles et d'encadrement	N	79	48	127	
	%	0,09	0,06	0,07	-0,04
Professions intermédiaires	N	115	72	187	
	%	0,13	0,08	0,11	-0,05
Non manuels qualifiés	N	334	233	567	
	%	0,39	0,27	0,33	-0,12
Manuels qualifiés	N	42	58	100	
	%	0,05	0,07	0,06	0,02
Travailleurs non qualifiés	N	132	173	305	
	%	0,15	0,20	0,18	0,05
Non actifs	N	81	208	289	
	%	0,09	0,24	0,17	0,15
Total	N	863	870	1733	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,22</b>

Homme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Dirigeants	N	118	111	229	
	%	0,13	0,12	0,13	-0,01
Professions libérales	N	44	38	82	
	%	0,05	0,04	0,05	-0,01
Autres indépendants	N	97	121	218	
	%	0,11	0,13	0,12	0,03
Professions intellectuelles et d'encadrement	N	177	178	355	
	%	0,20	0,20	0,20	0,00
Professions intermédiaires	N	103	89	192	
	%	0,11	0,10	0,11	-0,02
Non manuels qualifiés	N	127	130	257	
	%	0,14	0,14	0,14	0,00
Manuels qualifiés	N	176	157	333	
	%	0,19	0,17	0,18	-0,02
Travailleurs non qualifiés	N	59	76	135	
	%	0,07	0,08	0,07	0,02
Non actifs	N	2	4	6	
	%	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	N	903	904	1807	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,05</b>

Annexe n°8 : indice de dissimilarité de la dernière catégorie socioprofessionnelle selon la classe d'âge

Dernière CSP		65-79 ans	80 ans et plus	Total	Écart V-J
Dirigeants	N	131	119	250	
	%	0,07	0,07	0,07	-0,01
Professions libérales	N	60	48	108	
	%	0,03	0,03	0,03	-0,01
Autres indépendants	N	148	181	329	
	%	0,08	0,10	0,09	0,02
Professions intellectuelles et d'encadrement	N	256	226	482	
	%	0,14	0,13	0,14	-0,02
Professions intermédiaires	N	218	161	379	
	%	0,12	0,09	0,11	-0,03
Non manuels qualifiés	N	461	363	824	
	%	0,26	0,20	0,23	-0,06
Manuels qualifiés	N	218	215	433	
	%	0,12	0,12	0,12	0,00
Travailleurs non qualifiés	N	191	249	440	
	%	0,11	0,14	0,12	0,03
Non actifs	N	83	212	295	
	%	0,05	0,12	0,08	0,07
Total	N	1766	1774	3540	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,12</b>

**Indice de dissimilarité de la santé fonctionnelle**

Annexe n°9 : Indice de dissimilarité de la santé fonctionnelle selon le sexe et la classe d'âge

Homme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	V-J
Indépendant	N	817	489	1306	
	%	0,90	0,54	0,72	-0,37
En difficulté	N	61	208	269	
	%	0,07	0,23	0,15	0,16
Dépendant	N	25	213	238	
	%	0,03	0,23	0,13	0,21
Total	N	903	910	1813	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,36</b>

Femme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	V-J
Indépendant	N	747	352	1099	
	%	0,86	0,40	0,63	-0,46
En difficulté	N	88	200	288	
	%	0,10	0,23	0,17	0,13
Dépendant	N	34	323	357	
	%	0,04	0,37	0,20	0,33
Total	N	869	875	1744	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,46</b>

Annexe n°10 : Indice de dissimilarité de la santé fonctionnelle selon le sexe à 80 ans et plus

Santé fonctionnelle		Homme	Femme	Total	F-H
Indépendant	N	489	352	841	
	%	0,54	0,4	0,47	-0,14
En difficulté	N	208	200	408	
	%	0,23	0,23	0,23	0
Dépendant	N	213	323	536	
	%	0,23	0,37	0,3	0,14
Total	N	910	875	1785	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,14</b>

### Indice de dissimilarité de la santé psychique

Annexe n°11 : Indice de dissimilarité de la santé psychique selon le sexe et la classe d'âge

Homme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	V-J
Bonne santé	N	628	445	1073	
	%	0,69	0,51	0,61	-0,18
Santé moyenne	N	195	227	422	
	%	0,22	0,26	0,24	0,05
Mauvaise santé	N	83	195	278	
	%	0,09	0,22	0,16	0,13
Total	N	906	867	1773	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,18</b>

Femme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	V-J
Bonne santé	N	515	329	844	
	%	0,59	0,39	0,50	-0,20
Santé moyenne	N	212	252	464	
	%	0,24	0,30	0,27	0,06
Mauvaise santé	N	140	256	396	
	%	0,16	0,31	0,23	0,14
Total	N	867	837	1704	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,20</b>

Annexe n°12 : Indice de dissimilarité de la santé psychique selon le sexe à 80 ans et plus

Santé psychique		Homme	Femme	Total	F-H
Bonne santé	N	445	329	774	
	%	0,51	0,4	0,45	-0,11
Santé moyenne	N	227	252	479	
	%	0,26	0,3	0,28	0,04
Mauvaise santé	N	195	256	451	
	%	0,22	0,3	0,26	0,08
Total	N	867	837	1704	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,12</b>

### Indice de dissimilarité de la fragilité

Annexe n°13 : Indice de dissimilarité de la fragilité selon le sexe et la classe d'âge

Homme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	V-J
Indépendant	N	688	380	1068	
	%	0,76	0,42	0,59	-0,34
Fragile	N	199	378	577	
	%	0,22	0,41	0,32	0,19
Dépendant	N	18	155	173	
	%	0,02	0,17	0,10	0,15
Total	N	905	913	1818	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,34</b>

Femme		65-79 ans	80 ans et plus	Total	V-J
Indépendant	N	602	246	848	
	%	0,69	0,28	0,48	-0,42
Fragile	N	246	421	667	
	%	0,28	0,48	0,38	0,19
Dépendant	N	19	218	237	
	%	0,02	0,25	0,14	0,22
Total	N	867	885	1752	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,42</b>

Annexe n°14 : Indice de dissimilarité de la fragilité selon le sexe à 80 ans et plus

Indice de fragilité		Homme	Femme	Total	F-H
Indépendant	N	380	246	626	
	%	0,42	0,28	0,35	-0,14
Fragile	N	378	421	799	
	%	0,41	0,47	0,44	0,06
Dépendant	N	155	218	373	
	%	0,17	0,25	0,21	0,08
Total	N	913	885	1798	
	%	1	1	1	
Indice de dissimilarité					<b>0,14</b>

### Mobilité professionnelle

Annexe n°15 : Mobilité professionnelle femmes

Classe d'âge	Premier emploi CSP-CH	Dernier emploi CSP-CH											Total				
		Dirigeants	Professions libérales	Autres indépendants	Professions intellectuelles et d'encadrement	Professions intermédiaires	Non manuels qualifiés employés	Manuels qualifiés ouvriers	Travailleurs non qualifiés	Non actifs							
65-79 ans	Dirigeants	N	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		%	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
	Professions libérales	N	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
		%	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
	Autres indépendants	N	0	1	14	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	0	21
		%	0,0	6,7	27,5	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	2,4	0,8	0,8	3,7	2,4	0,0	24
	Professions intellectuelles et d'encadrement	N	2	4	2	38	5	0	0	0	0	0	1	2	0	54	
		%	15,4	26,7	3,9	48,1	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	2,5	6,3	0,0	96
	Professions intermédiaires	N	3	2	2	10	65	8	0	0	0	0	3	3	0	96	
		%	23,1	13,3	3,9	12,7	56,5	2,4	0,0	0,0	2,3	3,7	3,7	11,2	0,0	415	
	Non manuels qualifiés employés	N	4	4	4	25	27	263	6	0	6	33	32	0	0	415	
		%	30,8	26,7	41,2	31,6	23,5	79,0	14,3	25,2	39,5	48,3	0,0	0,0	0,0	80	
	Manuels qualifiés ouvriers	N	0	0	0	3	10	13	32	7	0	0	0	0	0	80	
	%	0,0	0,0	0,0	11,8	3,8	8,7	3,9	5,3	11,1	9,3	0,0	0,0	0,0	155		
Travailleurs non qualifiés	N	1	0	6	2	4	44	3	84	11	0	0	0	155			
	%	7,7	0,0	11,8	2,5	3,5	13,2	7,1	64,1	13,6	18,0	0,0	0,0	0,0	33		
Non actifs	N	1	1	0	1	3	4	0	2	21	0	0	0	33			
	%	7,7	6,7	0,0	1,3	2,6	1,2	0,0	1,5	25,9	3,8	0,0	0,0	0,0	860		
Total	N	13	15	51	79	115	333	42	131	81	0	0	0	860			
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
80 ans et plus	Dirigeants	N	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
		%	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		
	Professions libérales	N	0	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7		
		%	0,0	50,0	0,0	2,1	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8		
	Autres indépendants	N	0	0	18	0	0	3	0	2	5	3	2	5	28		
		%	0,0	0,0	31,0	0,0	0,0	1,3	0,0	1,2	2,4	3,3	2,4	5,5	35		
	Professions intellectuelles et d'encadrement	N	0	1	1	26	0	2	0	0	0	5	0	5	35		
		%	0,0	10,0	1,7	55,3	0,0	0,9	0,0	0,0	2,4	4,1	0,0	4,1	77		
	Professions intermédiaires	N	2	1	6	5	45	3	0	0	3	12	3	12	77		
		%	25,0	10,0	10,3	10,6	62,5	1,3	0,0	1,8	5,9	9,0	0,0	9,0	286		
	Non manuels qualifiés employés	N	4	2	14	8	13	178	6	13	48	0	0	0	286		
		%	50,0	20,0	24,1	17,0	18,1	77,1	10,5	7,6	23,4	33,3	0,0	0,0	97		
	Manuels qualifiés ouvriers	N	0	0	5	3	5	12	38	10	24	0	0	0	97		
	%	0,0	0,0	8,6	6,4	6,9	5,2	6,7	5,9	11,7	11,3	0,0	0,0	268			
Travailleurs non qualifiés	N	1	1	14	4	5	31	13	138	61	0	0	0	268			
	%	12,5	10,0	24,1	8,5	6,9	13,4	22,8	81,2	29,8	31,2	0,0	0,0	59			
Non actifs	N	0	0	0	0	3	2	0	4	50	0	0	0	59			
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,9	0,0	2,4	24,4	6,9	0,0	0,0	858			
Total	N	8	10	58	47	72	231	57	170	205	0	0	0	858			
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100				
Total	Dirigeants	N	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3			
		%	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2			
	Professions libérales	N	0	8	0	1	1	1	0	0	0	0	0	11			
		%	0,0	32,0	0,0	0,8	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6			
	Autres indépendants	N	0	1	32	0	1	3	1	3	8	3	1	49			
		%	0,0	4,0	29,4	0,0	0,5	1,0	1,0	2,8	2,9	0,0	0,0	2,9			
	Professions intellectuelles et d'encadrement	N	2	5	3	64	5	2	0	1	7	1	0	89			
		%	9,5	20,0	2,8	50,8	2,7	0,4	0,0	0,3	2,4	5,2	0,0	173			
	Professions intermédiaires	N	5	3	8	15	110	11	0	6	15	0	0	173			
		%	23,8	12,0	7,3	11,9	58,8	2,0	0,0	2,0	5,2	10,1	0,0	701			
	Non manuels qualifiés employés	N	8	6	35	33	40	441	12	46	80	0	0	701			
		%	38,1	24,0	32,1	26,2	21,4	78,2	12,1	15,3	28,0	40,8	0,0	177			
	Manuels qualifiés ouvriers	N	0	0	11	6	15	25	70	17	33	0	0	177			
	%	0,0	0,0	10,1	4,8	8,0	4,4	7,7	5,6	11,5	10,3	0,0	423				
Travailleurs non qualifiés	N	2	1	20	6	9	75	16	222	72	0	0	423				
	%	9,5	4,0	18,3	4,8	4,8	13,3	16,2	73,8	25,2	24,6	0,0	92				
Non actifs	N	1	1	0	1	6	6	0	6	71	0	0	92				
	%	4,8	4,0	0,0	0,8	3,2	1,1	0,0	2,0	24,8	5,4	0,0	1718				
Total	N	21	25	109	126	187	564	99	301	286	0	0	1718				
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100				

Annexe n°16 : mobilité professionnelle hommes

Classe d'âge	Premier emploi CSP-CH	Dernier emploi CSP-CH										Total	
		Dirigeants	Professions libérales	Autres indépendants	Professions intellectuelles et d'encadrement	Professions intermédiaires	Non manuels qualifiés employés	Manuels qualifiés ouvriers	Travailleurs non qualifiés	Non actifs			
65-79 ans	Dirigeants	N 6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8
		% 5,2	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
	Professions libérales	N 5	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	26
		% 4,3	43,2	1,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
	Autres indépendants	N 0	17	10	0	1	3	3	3	3	0	0	27
		% 0,0	0,0	17,5	0,0	1,0	2,4	1,7	5,1	0,0	0,0	0,0	3,0
	Professions intellectuelles et d'encadrement	N 23	11	10	85	2	0	0	0	0	0	0	131
		% 19,8	25,0	10,3	48,6	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,6
	Professions intermédiaires	N 16	5	9	27	32	4	1	1	1	0	0	95
		% 13,8	11,4	9,3	15,4	31,4	3,2	0,6	1,7	0,0	0,0	0,0	10,6
	Non manuels qualifiés employés	N 39	7	10	32	18	82	3	3	3	0	0	194
	% 33,6	15,9	10,3	18,3	17,6	65,1	1,7	5,1	0,0	0,0	0,0	21,6	
Manuels qualifiés ouvriers	N 23	2	44	27	40	28	148	20	0	0	0	332	
	% 19,8	4,5	45,4	15,4	39,2	22,2	84,1	33,9	0,0	0,0	0,0	37,0	
Travailleurs non qualifiés	N 4	0	5	3	8	8	21	30	1	1	1	80	
	% 3,4	0,0	5,2	1,7	7,8	6,3	11,9	50,8	50,0	0,0	0,0	8,9	
Non actifs	N 0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	4	
	% 0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	3,4	50,0	0,4	0,4	0,4	
Total	N 116	44	97	175	102	126	176	59	2	2	2	897	
	% 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
80 ans et plus	Dirigeants	N 16	0	2	0	0	0	0	0	0	0	18	
		% 14,4	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	
	Professions libérales	N 1	23	0	2	0	0	1	0	0	0	27	
		% 0,9	60,5	0,0	1,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	3,0	
	Autres indépendants	N 3	0	35	3	3	4	3	7	1	1	59	
		% 2,7	0,0	29,4	1,7	3,4	3,1	1,9	9,3	25,0	6,6	6,6	
	Professions intellectuelles et d'encadrement	N 29	9	11	77	1	2	0	2	0	0	131	
		% 26,1	23,7	9,2	43,8	1,1	1,6	0,0	2,7	0,0	0,0	14,7	
	Professions intermédiaires	N 8	0	7	19	35	2	0	0	0	1	72	
		% 7,2	0,0	5,9	10,8	40,2	1,6	0,0	0,0	25,0	8,1	8,1	
	Non manuels qualifiés employés	N 29	4	19	32	11	76	2	4	0	0	177	
	% 26,1	10,5	16,0	18,2	12,6	59,8	1,3	5,3	0,0	0,0	19,8		
Manuels qualifiés ouvriers	N 21	2	30	33	33	24	129	11	0	0	283		
	% 18,9	5,3	25,2	18,8	37,9	18,9	83,2	14,7	0,0	0,0	31,7		
Travailleurs non qualifiés	N 4	0	15	10	4	19	19	51	1	1	123		
	% 3,6	0,0	12,6	5,7	4,6	15,0	12,3	68,0	25,0	13,8	13,8		
Non actifs	N 0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2		
	% 0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	25,0	0,2	0,2	0,2		
Total	N 111	38	119	176	87	127	155	75	4	4	892		
	% 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
Total	Dirigeants	N 22	0	3	0	1	0	0	0	0	0	26	
		% 9,7	0,0	1,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	
	Professions libérales	N 6	42	1	3	0	0	1	0	0	0	53	
		% 2,6	51,2	0,5	0,9	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	3,0	
	Autres indépendants	N 3	0	52	3	4	7	6	10	1	1	86	
		% 1,3	0,0	24,1	0,9	2,1	2,8	1,8	7,5	16,7	4,8	4,8	
	Professions intellectuelles et d'encadrement	N 52	20	21	162	3	2	0	2	0	0	262	
		% 22,9	24,4	9,7	46,2	1,6	0,8	0,0	1,5	0,0	0,0	14,6	
	Professions intermédiaires	N 24	5	16	46	67	6	1	1	1	1	167	
		% 10,6	6,1	7,4	13,1	35,4	2,4	0,3	0,7	16,7	9,3	9,3	
	Non manuels qualifiés employés	N 68	11	29	64	29	158	5	7	0	0	371	
	% 30,0	13,4	13,4	18,2	15,3	62,5	1,5	5,2	0,0	0,0	20,7		
Manuels qualifiés ouvriers	N 44	4	74	60	73	52	277	31	0	0	615		
	% 19,4	4,9	34,3	17,1	38,6	20,6	83,7	23,1	0,0	0,0	34,4		
Travailleurs non qualifiés	N 8	0	20	13	12	27	40	81	2	2	203		
	% 3,5	0,0	9,3	3,7	6,3	10,7	12,1	60,4	33,3	11,3	11,3		
Non actifs	N 0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	6		
	% 0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3	1,5	33,3	0,3	0,3		
Total	N 227	82	216	351	189	253	331	134	6	6	1789		
	% 100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		