

Fragilité et dépendance parmi les retraités suisses : effet du sexe, de l'âge et du statut social

THOLOMIER Aude*

■ Résumé

Avec l'allongement de l'espérance de vie et des changements dans la structure par âge, de plus en plus de personnes sont confrontées au processus de vieillissement. Et si, le passage à la retraite constitue aujourd'hui une nouvelle étape du parcours de vie, bien loin de la vieillesse, les individus doivent faire face inexorablement au vieillissement de leur organisme et aux changements que cela implique dans leur mode de vie. Sans associer toutefois, la vieillesse à la dépendance un 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 a une visibilité évidente, au contraire de la fragilité qui peut aisément passer inaperçue. Elle est délicate à définir et dès lors à mesurer, car c'est un état intermédiaire, relevant ni de l'indépendance, ni de sa perte complète (Oris, Nicolet 2013). Cette communication entend porter sur le dépassement de la dichotomie « vieillesse-dépendance », et mettre en lien cet entre-deux de la grande vieillesse et du processus de fragilisation. Après une discussion théorique sur la genèse du mot et la formation du concept de fragilité, nous nous appuyons sur son opérationnalisation à partir des données originales de l'étude Vivre Leben Vivere (VLV) – Démocratisation de la vieillesse ? Progrès et inégalités en Suisse conduite en 2011-2012 dans cinq régions de Suisse (Genève, Valais central, Berne, Bâle ville-campagne, Tessin) auprès d'un échantillon aléatoire stratifié par âge et par sexe englobant au total un peu plus de 3 700 individus âgés de 65 ans et plus. L'application de l'indice de fragilité à ces données va nous permettre de dessiner un portrait de la fragilité au sein de la population suisse la plus âgée.

Introduction

Dans le cadre de cette communication, nous allons nous intéresser aux conditions de vie de la population âgée de 80 ans et plus en Suisse, et plus particulièrement à leurs conditions de santé. Avec l'avancée en âge, conserver son autonomie et sa santé sont des préoccupations majeures des personnes âgées. Dès lors, la grande vieillesse est souvent considérée comme l'ultime étape du parcours de vie où les individus doivent faire face à une possible perte d'autonomie. Cependant, considérer la dépendance comme le seul destin du grand âge reviendrait à ignorer toutes les singularités de situation des personnes qui en font l'expérience.

* Doctorante, Centre interfacultaire de gérontologie et d'étude des vulnérabilités, Université de Genève.

Définir la fragilité et la dépendance

Les concepts de dépendance et de fragilité appliqués au vieillissement tirent leur origine du milieu médical. À 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 B., 2003). Le terme de dépendance entre dans le vocabulaire des gériatres à partir des années 1950, notamment chez le médecin 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 B., 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 P., Rolland Y. et Vellas B., 2009), M-P. Fortin, P. Krolak-Salmon et M. 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. 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 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 demie. Les chercheurs proposent une revue étendue de la littérature à propos de la fragilité et proposent un modèle opératoire. La fragilité est selon eux un « *phénomène multidimensionnel impliquant les systèmes sensoriels, neuro-locomoteur, énergétique et cognitif, et influencé par les morbidités qui peuvent*

affecter les personnes » (Lalivé d'Épinay, Spini et al. 2008, p. 121). Ces mêmes auteurs suivent J-P Michel 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* » (Lalivé 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* » (Lalivé d'Épinay, Spini et al., 2008, p. 110).

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 la définition d'état de fragilité et de processus de fragilisation proposé par Jean-Pierre Michel et collaborateurs et par Christian Lalivé d'Épinay, Dario Spini et leur équipe.

Mesurer la fragilité et la dépendance

Mesurer la dépendance et la fragilité implique de prendre en compte des variables diverses et multi-dimensionnelles. À l'origine adaptée pour le domaine médical, la mesure la plus fréquemment utilisée pour évaluer la dépendance est l'échelle élaborée par le médecin Sydney Katz et son équipe que nous avons mentionnée auparavant. Cette échelle est souvent complétée par une deuxième évaluant les activités instrumentales de la vie quotidienne, qui inclut cuisiner, faire les courses, faire la lessive ou le ménage (AIVQ, ou en anglais, Instrumental Activities of Daily Living – IADL), mais qui est critiquée car elle tend à mélanger les handicaps physiologiques et les savoir-faire issus d'usages culturels. L'échelle des activités de la vie quotidienne élaborée par les médecins comprend six gestes quotidiens de base : les soins corporels (se laver), l'habillement, l'utilisation des toilettes, 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 utilisés par des professionnels de la santé, aptes à juger de l'autonomie physiologique d'une personne.

Cependant, des variantes de cette échelle existent, notamment celle que nous allons utiliser 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 : indépendance versus dépendance. Pour cela, nous avons à notre disposition quatre des activités de l'indice de Katz, à savoir, les transferts, l'habillement, l'alimentation et les soins corporels, activités auxquelles sont ajoutées une cinquième qui sont les déplacements 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 apporte une nuance à la simple réponse oui ou non. Avec l'échelle que nous utilisons, trois possibilités de réponses sont proposées à la personne qui répond : la personne est capable de faire l'activité seule, la personne peut réaliser l'activité seule mais avec difficulté, 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 lorsque-elle ne peut réaliser seule aucune des huit activités, lorsqu'elle est handicapée dans sa vie quotidienne. Ainsi, bien qu'ayant des ressemblances avec l'indice des AVQ de Katz, l'évaluation de la santé fonctionnelle 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.

À la suite de leur travail théorique sur le concept de fragilité et sur la base d'autres travaux scientifiques (Fried, 2001, Cohen, 2000 cité *in* Lalive d'Épinay, Spini et al, 2008), ces chercheurs ont mis au point un outil de définition empirique (Lalive d'Épinay, 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 liées à plusieurs aspects relatifs à la vie quotidienne des personnes âgées et définissent un seuil d'atteinte spécifique à cet outil. Cet outil est présenté en détail dans le tableau ci-dessous.

Le groupe de Lalive d'Épinay retiennent cinq dimensions relatives à l'évaluation de la fragilité. Elles portent sur les troubles physiques, les capacités sensitives et sensorielles, la mobilité et l'énergie. Les auteurs se sont basés sur les recherches de Strawbridge et ses collaborateurs (1998). À cet indicateur est ajoutée l'échelle qui mesure la santé fonctionnelle et détermine le degré de dépendance d'une personne. Cela permet ainsi de classer les personnes selon trois catégories : autonome, qui indique que la personne n'a aucune atteinte dans sa santé fonctionnelle et au maximum une atteinte sur une des cinq dimensions susmentionnées ; fragile, regroupe les personnes n'ayant aucune atteinte dans la santé fonctionnelle mais qui ont des atteintes sur au moins deux dimensions sur les cinq de la fragilité ; dépendant, regroupe les individus atteints sur au moins un des items de la santé fonctionnelle, qui ne peuvent donc plus mener leur vie quotidienne sans aide.

Dimensions de la fragilité	Questions	Seuil d'atteinte
Capacités sensorielles	« Pouvez-vous ... » 1. lire un texte dans un journal ? 2. suivre une conversation à deux ? 3. suivre une conversation à plusieurs ?	Oui, mais avec difficulté Non Sur au moins un des trois items
Mobilité	« Pouvez-vous, seul(e) ... » 1. monter et descendre un escalier ? 2. vous déplacer à l'extérieur du logement ? 3. Parcourir 200 m à pied ?	Oui, mais avec difficulté Non Sur au moins un des trois items
Énergie	1. « Je me sens fatigué » 2. « Je manque d'appétit »	Souvent Toujours Sur au moins un des deux items
Capacités cognitives	« Votre mémoire vous joue-t-elle des tours ? »	Souvent Toujours
Troubles physiques	« Au cours des quatre dernières semaines, souffrez-vous de ... » 1. douleurs aux membres inférieurs ? 2. douleurs aux membres supérieurs ? 3. maux de tête ? 4. mal de dos ? 5. irrégularités cardiaques ? 6. difficultés respiratoires ? 7. maux d'estomacs ? 8. maux aux organes génitaux ? 9. douleurs de poitrine ? 10. fièvre ?	Oui, beaucoup Sur au moins un des dix items

L'étude VLV

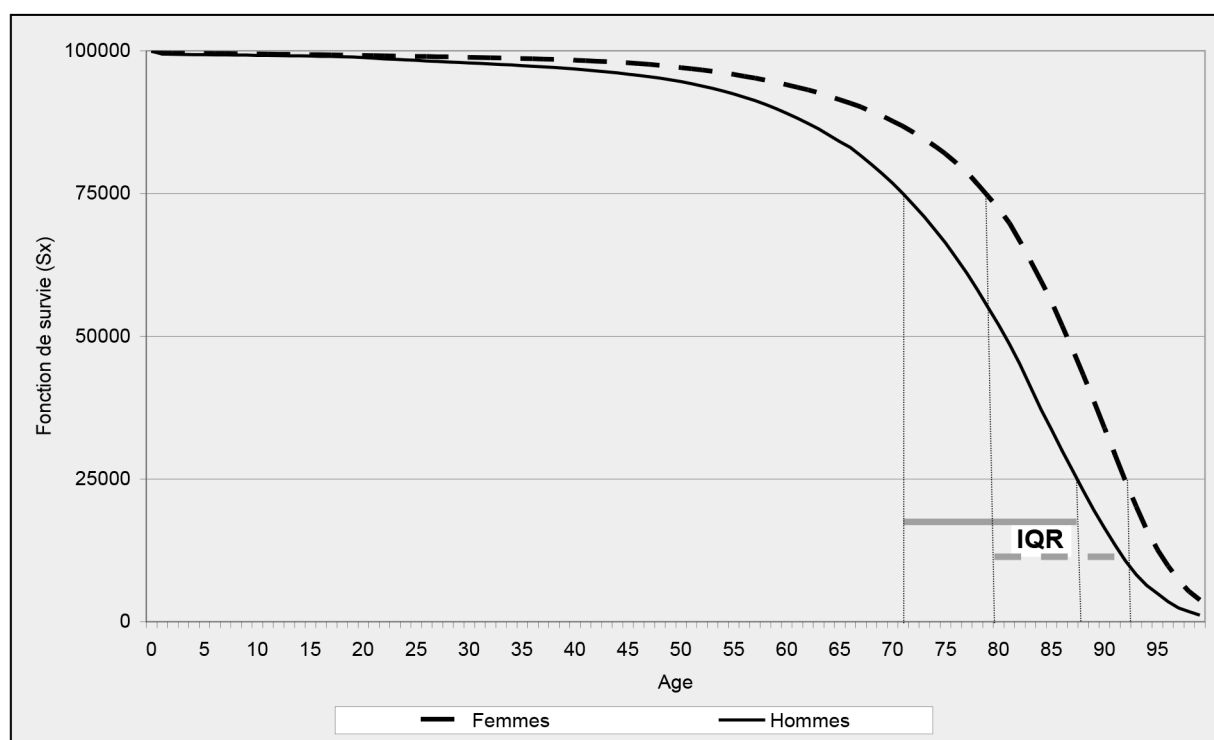
L'étude *Vivre Leben Vivere (VLV) – Démocratisation de la vieillesse ? Progrès et inégalités en Suisse* est centrée sur une enquête qui a été conduite en 2011-2012 sous la direction du professeur Michel Oris par une équipe de recherche interdisciplinaire dans cinq régions de Suisse (Genève, Valais central, Berne, Bâle ville-campagne, Tessin) auprès d'un échantillon aléatoire stratifié par âge et par sexe englobant au total un peu plus de 3 700 individus âgés de 65 ans et plus (Ludwig, Cavalli, Oris, 2011). Pour deux des cinq régions (Genève et Valais central), cette étude s'inscrit dans la lignée de deux enquêtes menées précédemment, respectivement en 1979 et en 1994, dont la comparaison a fait l'objet de l'ouvrage « *Vieillesse au fil du temps* » (Lalive d'Épinay et al., 2000). Les objectifs de cette recherche sont d'étudier les conditions de vie et de santé actuelles des personnes âgées en Suisse, ainsi que de pouvoir et mesurer des évolutions sur une période de plus de trente ans, de 1979 à 2011. La construction des statuts de santé et la mesure de la fragilité sont donc reprises de l'étude Swilsoo (Lalive d'Épinay, Spini et al., 2008). Nous avons gardé le même seuil d'insuffisance pour établir l'état de fragilité d'une personne, à savoir le fait d'avoir au minimum deux dimensions atteintes sur les cinq qui composent l'indice. Avec l'étude VLV, nous pouvons appliquer cet indice de fragilité à un échantillon de personnes plus large incluant 3 cantons supplémentaires et à des personnes âgées de moins de 80 ans. Le calcul des statuts de santé prend également en compte les personnes non aptes qui ont répondu au questionnaire par le biais d'un proche ou du personnel soignant (Nicolet, Oris, 2013).

La base de données dont nous disposons pour ce papier est composée de 3080 individus qui ont répondu au questionnaire principal et de 555 proxy. En sélectionnant ceux âgés de 80 ans et plus, nous obtenons un panel de 1836 personnes dont 504 proxy. La sélection des personnes âgées de 80 ans et plus a été faite à la fois selon l'année de naissance mais aussi en tenant compte de l'âge de l'individu lorsqu'il a répondu au questionnaire. Ce choix résulte du fait que la passation des questionnaires s'est échelonnée sur les années 2011 et 2012.

Analyses et résultats

Avant de débiter l'analyse des données de l'enquête, on constate à partir des courbes de survie selon le sexe pour la région lémanique suisse (région autour du Lac Léman) (figure 1) que l'écart hommes et femmes s'accroît avec l'âge, et aussi et surtout la très forte mortalité chez les 80 ans et plus. En ce sens, chez les octogénaires et plus encore les nonagénaires, les hommes très âgés plus encore que les femmes, sont des survivants hautement sélectionnés sur leur résistance à la mort (Johnson et Barer, 1997). Mais à cet effet de sélection s'oppose celui, inexorable, du vieillissement. Ce dernier terme est compris ici dans son sens gérontologique plutôt que démographique, comme le processus d'affaiblissement des fonctions physiologiques au cours du temps. Nos résultats portant sur une enquête transversale trouvent leurs origines dans l'équilibre ou le déséquilibre entre ces deux effets, sans qu'en l'absence de données longitudinales il soit complètement possible de les dissocier.

Figure 1. Courbes de survie selon le sexe. Région lémanique, 2000-2005



N.B. : IQR = intervalle interquartile.

Figure 2. Statut de santé selon l'âge
 Femmes 2011-2012

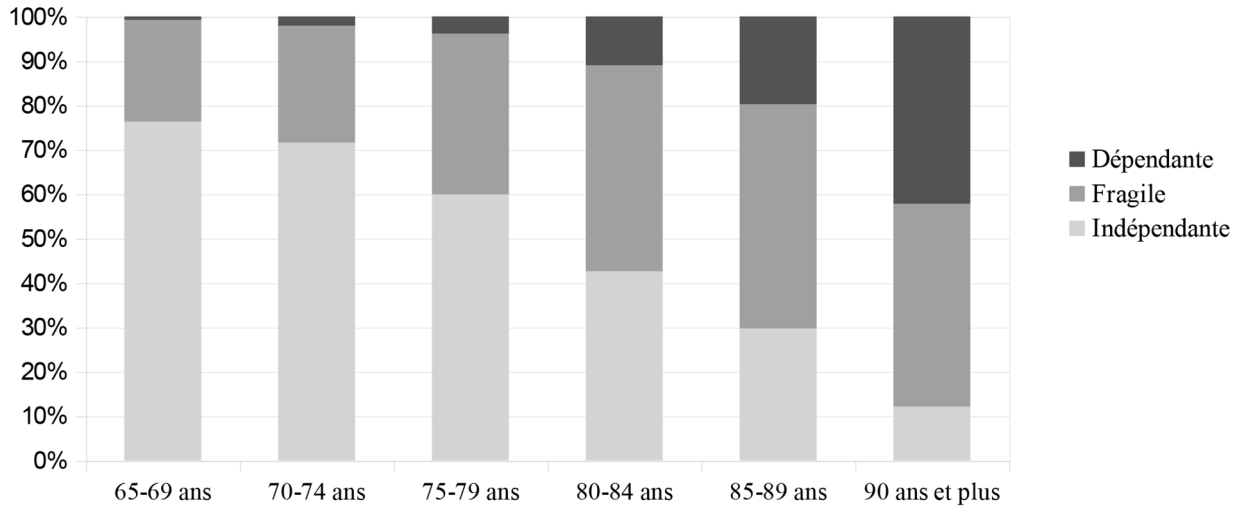
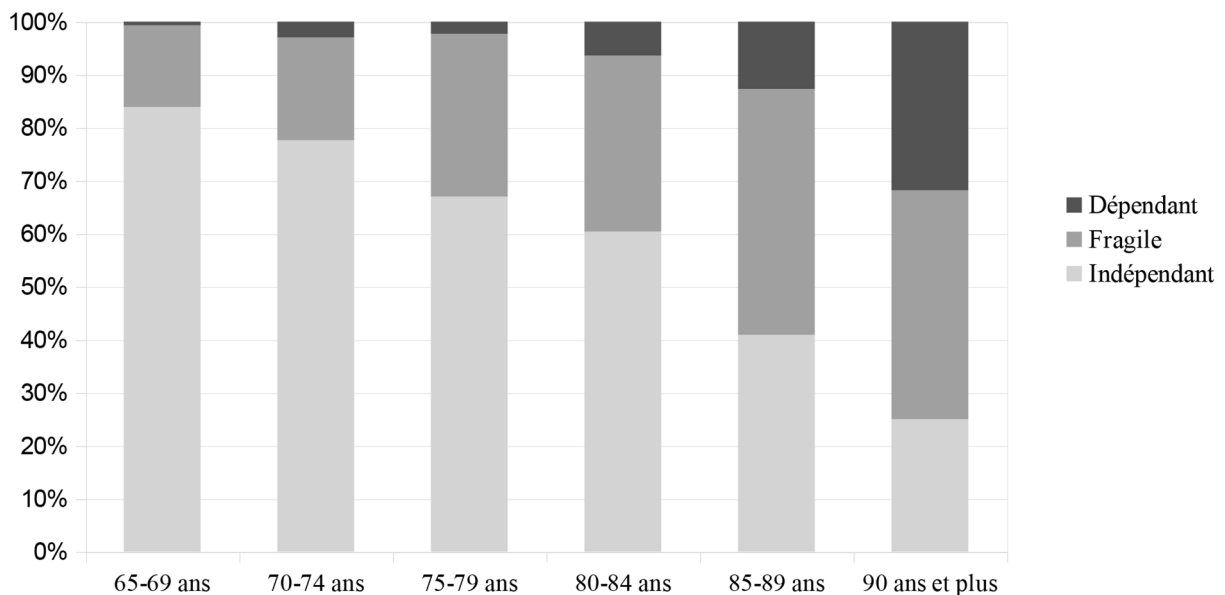


Figure 3. Statut de santé selon l'âge
 Hommes 2011-2012



La répartition de la distribution par statuts de santé selon l'âge et le sexe est présentée sur les figures 2 et 3. La comparaison de ces deux graphiques indique une répartition d'ensemble assez similaire. Quel que soit le sexe, on observe un déclin de l'indépendance avec l'âge tandis que la fragilité et la dépendance progressent. La fragilité est sans surprise peu présente dans les classes d'âges les plus jeunes et opère un saut à 80-84 ans pour devenir encore plus importante ensuite. La proportion d'individus dépendants, augmente fortement à partir de 85-89 ans.

Les femmes sont sans conteste plus sévèrement touchées par la fragilité et la dépendance. Par exemple, à âge égal, les différences entre sexes sont frappantes, à 80-84 ans, 46 % des femmes sont fragiles et 11 % sont dépendantes, pour les hommes les pourcentages sont respectivement de 33 % et 6 %. Ces premiers graphiques confirment l'existence de forts écarts de santé entre hommes et femmes, et ce au détriment de ces dernières. Elles sont affectées plus jeunes et à des niveaux plus importants par la dépendance et surtout par la fragilité. Pour affiner ce premier résultat, les analyses qui suivent portent sur le cumul des troubles sur la fragilité.

Figure 4 : Cumul des troubles sur l'indice de fragilité avec l'avancée en âge des femmes en pourcentages

âge	Fragilité - Nombre de dimensions atteintes – Femmes						Total
	0	1	2	3	4	5	
65-69 ans	48,5	28,4	12,6	5,6	4,2	0,8	100
70-74 ans	44,7	27,4	13,9	10,3	2,8	1,1	100
75-79 ans	33,2	27,8	18,6	11,6	6,7	2,1	100
80-84 ans	21,8	22,2	20,9	17,8	13,2	4	100
85-89 ans	13,1	18,2	18,2	22,4	21	7	100
90 ans et plus	2,6	10,3	18,1	30,2	25,9	12,9	100

Figure 5 : Cumul des troubles sur l'indice de fragilité avec l'avancée en âge des hommes en pourcentages

âge	Fragilité - Nombre de dimensions atteintes – Hommes						Total
	0	1	2	3	4	5	
65-69 ans	58,1	26,1	10,3	3,3	1,8	0,4	100
70-74 ans	44,8	33,3	13,8	5,9	1,2	1	100
75-79 ans	38,4	29,2	17,7	8,5	4,3	2	100
80-84 ans	25,7	35,1	17,3	11,4	6,4	4	100
85-89 ans	16,1	25,9	21,4	18,8	11,6	6,3	100
90 ans et plus	6,7	20	24,4	20	17,8	11,1	100

Une personne est considérée comme fragile lorsqu'elle est atteinte sur au moins deux dimensions sur les cinq prises en compte. Avec l'avancée en âge, le nombre de dimensions atteintes dans la fragilité augmente nettement. Une gradation générale dans l'atteinte au cours du temps ressort, mettant en évidence l'avancée insidieuse du processus de fragilisation. Le détail du nombre de dimensions atteintes de la fragilité selon le sexe et la classe d'âge confirme que la situation est nettement différenciée entre hommes et femmes. Ces dernières cumulent plus de problèmes. Elles sont plus atteintes par les effets du vieillissement et l'apparition de morbidités multiples. Sur les figures 4 et 5, sans doute parce qu'elles sont moins sélectionnées par la mort, à 70-74 ans déjà, 10 % des femmes cumulent trois dimensions de la fragilité atteintes alors qu'au même âge 6 % des hommes sont dans la même situation. Et l'écart entre les sexes se creuse encore dans les catégories les plus âgées où les femmes cumulent beaucoup plus d'atteintes que les hommes, si bien qu'à 90 ans et plus 30 % d'entre elles sont touchées sur deux dimensions et 25 % sur trois dimensions tandis que les hommes au même âge sont touchés respectivement à 20 % sur deux dimensions et à 18 % sur trois.

Tableau 1. Facteurs liés au statut de santé indépendant, fragile, dépendant

Modalité de référence : INDEPENDANT					
Variables	Constante	FRAGILE		DEPENDANT	
		Exp (B)	Signif.	Exp (B)	Signif.
Sexe (ref. Hommes)	Femmes	1.521	***	1.408	-
Classe d'âge (ref. 90+)	65-69 ans	0.105	***	0.006	***
	70-74 ans	0.131	***	0.032	***
	75-79 ans	0.226	***	0.04	***
	80-84 ans	0.347	***	0.113	***
	85-89 ans	0.571	*	0.301	***
État-civil (ref. Marié)	Célibataire	1.188	-	1.778	*
	Veuf	0.936	-	0.843	-
	Divorcé	1.169	-	0.891	-
Religion (ref. Protestant)	Sans confession	1.395	**	0.124	***
	Catholique	0.943	-	0.276	***
	Autres	2.366	***	4.453	***
Revenus (ref. Sécurité) ¹	Pauvre	1.637	***	4.9	***
	Précaire	1.418	***	3.311	***
Niveau de formation (ref. Bas) ¹	Moyen	2.035	***	5.431	***
	Haut	1.388	***	2.528	***
Dernière profession (ref. Profession supérieure) ¹	Indépendant paysan	0.914	-	2.076	-
	Profession intermédiaire	0.922	-	0.95	-
	Non manuel qualifié	1.324	**	1.851	***
	Manuel qualifié	1.453	**	3.975	***
	Non qualifié	2.108	***	7.693	***
	Non actif	1.541	**	5.32	***

¹ Les variables de revenus, niveau de formation et dernière profession ont été testées dans des modèles distincts

Les facteurs associés au fait de rester indépendant ou au contraire de devenir fragile et/ou dépendant font l'objet d'une analyse par régression logistique (tableau 1). 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 vrai aussi. 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 et Vilpert, 2011).

Mais il faut surtout noter l'influence du statut social sur la santé que cette analyse met en lumière. En ajoutant séparément les variables indépendantes portant sur le niveau de revenus, le niveau d'éducation et la dernière profession exercée afin d'éviter des effets de colinéarité à notre analyse, tout en contrôlant toujours les autres variables de sexe, classe d'âge et de religion, nous obtenons des résultats concordants. Ainsi, être détenteur d'un niveau de revenu considéré comme pauvre ou précaire augmente considérablement la probabilité de présenter un état de fragilité ou de dépendance par rapport à quelqu'un ayant un niveau de revenu sécurisant. Le niveau de formation montre que le gradient socio-éducatif, est également très net. Avoir un niveau de formation bas ou moyen (c'est-à-dire

quelqu'un n'ayant pas continué la scolarité au-delà du primaire ou du secondaire obligatoire) engendre également un plus fort risque d'avoir un statut de santé fragile et ce risque est encore plus fort concernant la dépendance. La troisième variable approchant le statut social est la dernière profession exercée qui influence également le statut de santé. Hormis les professions agricoles et indépendantes, l'analyse montre que plus le dernier emploi était peu qualifié, plus grand est le risque d'être fragile ou dépendant.

Conclusion

La destinée du grand âge ne se lit pas forcément et simplement à travers la dichotomie entre autonomie et dépendance. Les analyses de l'état de santé produites ici montrent qu'il existe une variété de situations. Fluctuant selon le sexe, l'âge et le statut social, la fragilité complète le portrait du grand âge qui met à jour différents états de santé cumulant plus ou moins de limitations. L'influence du sexe est confirmée. Bien que les femmes soient plus nombreuses à survivre que les hommes à 80 ans et plus, elles sont comparativement en moins bonne santé. Mais il est intéressant de noter que l'impact du statut social subsiste. Les inégalités de conditions de vie ne s'effacent pas au seuil de la mort.

Bibliographie

- Buchner D., Wagner M., Edward H. 1992. Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8, p. 1-17.
- Chassagne P., Rolland Y., Vellas B. 2009. *La personne âgée fragile*, Paris, Springer, 195 p.
- Ennuyer B. 2003. *Les malentendus de la dépendance*, Paris, Dunod, 330 p.
- Fried L P., Storer D. J., King D. E., Lodder F. 1991. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *Journal of American Geriatric Society*, 39, p. 117-123.
- Johnson C. L., Barer B. M. 1997. *Life beyond 85 years. The Aura of Survivorship*. New-York, Springer, 267p.
- 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. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 185, n° 12, p. 914-919.
- Lalivé D'épinay C., Bickel J.-F., Maystre C., Vollenwyder N. 2000. *Vieillesse au fil du temps, une révolution tranquille*. Lausanne, Réalités sociales, 433 p.
- Lalivé D'épinay C., Spini D. 2008. *Les années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingts ans*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 347 p.
- Lalivé D'épinay C., Cavalli S., 2013. *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 144 p. (Le Savoir Suisse).
- Ludwig C., Cavalli S., Oris M. 2011. *Aging in Switzerland: Progress and inequalities*. Paper distributed at the 10th European Sociological Association Conference.
- Michel J.-P., Guilley E., Armi F., Robine J.-M. 2005. Les multiples dimensions de la fragilité. *Traité Psychogériatrie*. Paris, Med-Line Editions, p. 230-239.
- Nicolet M., Oris M. 2013. Mesures et captures de la vulnérabilité dans une enquête sur les conditions de vie et de santé 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, Aix-en-Provence, 28-31 mai 2013.

Schumacher R., Vilpert S. 2011. Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005). *Demographic Research*, 25, p. 285-310.

Strawbridge W. J. Shema S. J., Balfour J. L., Higby H. R., Kaplan G. A. 1998. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53, p. 9-16.

Suzman R. M., Riley M. 1985. *The Oldest Old, Milbank Memorial Fund Quaterly Health and Society*, 63(2), p. 177-186.

Verbrugge L.M., Lepkowsky J.M., Konkol L.L., 1991. *Levels of disability among U.S. Adults with arthritis, Journal of Gerontology*. (46), p. 71-83.