

# On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon People no Longer Age in the Same Way as Before Hoy no se envejece como ayer

Pierre-Joseph Ulysse and Frédéric Lesemann

Number 38, Fall 1997

Les jeunes visages du vieillissement

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/005243ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/005243ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Ulysse, P.-J. & Lesemann, F. (1997). On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon. *Lien social et Politiques*, (38), 31–49. <https://doi.org/10.7202/005243ar>

Article abstract

The establishment of the welfare state was marked by the launching of a range of social programs to improve the living conditions of the elderly. These major developments sanctioned the institutionalization of aging by leading to a formal association between age 60 or 65 and the onset of old age. But the financial, health and social situation of the elderly has changed significantly over the past thirty years. Today, people no longer age in the same way as before. So one can justifiably question the viability of policies on aging and their ability to appropriately meet the new needs of the elderly. This article summarizes a review of the literature on this topic that primarily focusses on Canada but also includes other countries.

# On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon qu'hier

Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann

L'institution de l'État providence, au Canada comme dans la plupart des sociétés industrialisées au cours de la période d'après-guerre, a été marquée par la création de toute une série de programmes sociaux universels destinés à améliorer les conditions de vie des personnes âgées. L'objectif des mesures introduites consistait alors à répondre à une situation urgente de précarité matérielle, d'isolement et de mauvais état de santé. Toutefois, ces développements majeurs ont, par le fait même, consacré l'institutionnalisation du vieillissement en amenant les gouvernements des pays industrialisés à établir l'âge de la retraite, c'est-à-dire l'âge qui donne droit aux prestations de vieillesse et dans

certains cas aux soins de santé, à 60 ou 65 ans, induisant ainsi un mode de gestion construit sur une association formelle entre l'entrée dans la vieillesse et cet âge chronologique déterminé.

La vision dominante qui a présidé à l'établissement de ces seuils d'âge dérive d'une conception traditionnelle du vieillissement qui tend à associer la vieillesse à la décrépitude physique, à la dépendance, à l'usure du corps et à un état de santé déficitaire. Conçu à partir de ce diagnostic de manque, de perte et d'inadaptation, l'édifice de la prise en charge institutionnelle du vieillissement consacre la mise à l'écart de la personne âgée tant au plan économique qu'au plan social.

Les politiques de la vieillesse reflètent généralement peu les mutations sociologiques qui sont survenues au cours des trente ou

quarante dernières années; elles reposent en effet sur une stabilité du seuil universel d'âge d'entrée dans la vieillesse qui ne favorise pas la distinction entre vieillissement chronologique, vieillissement biologique et vieillissement social. Tenter de cerner le processus actuel du vieillissement nécessite donc une prise de distance par rapport aux modes de pensée construits à partir de grandes catégories statistiques autant que par rapport aux notions prévalentes de dysfonctionnement, de dépendance et de dégradation statutaire causée par l'âge.

Cet article synthétise une *revue de littérature*<sup>1</sup> sur ce sujet dont le Canada constitue le principal centre d'intérêt. Orientée vers une identification des changements démographiques, économiques et sociologiques survenus au cours des dernières décennies dans les processus et les conditions du

## Perspectives d'analyse du vieillissement

### *Le modèle institutionnel du vieillissement chronologique*

Le vieillissement de la population est le plus souvent défini par les institutions de la protection sociale par l'accroissement démographique de la classe d'âge atteignant 65 ans, c'est-à-dire l'âge de la retraite. Cette définition est généralement associée aux préoccupations actuarielles des pouvoirs publics qui considèrent que la proportion croissante des personnes âgées exerce une pression sur les systèmes de sécurité sociale qui risquent de les mettre en péril (voir OCDE, 1994a). Le financement des systèmes de santé fait aussi l'objet de sérieuses préoccupations puisque les personnes âgées les sollicitent intensivement dans leurs toutes dernières années de vie. Cette perspective associant âge chronologique et dépendance accrue à l'égard des transferts et des services traduit mal les réalités actuelles du vieillissement. Son utilité pratique pour la gestion institutionnelle induit une représentation simplifiée et sélective des réalités de la vie quotidienne des personnes âgées (Desjardins et Légaré, 1984).

De son côté, l'approche cognitive adoptée par les professionnels de la recherche et de l'intervention dans le domaine de la gérontologie sociale se concentre surtout sur la problématique de l'inadaptation, et parfois même de la survie, chez les personnes âgées. Les travaux effectués portent souvent sur des aspects tels que la maladie, l'isolement social et la misère matérielle. Les personnes âgées sont généralement présentées comme une catégorie vivant dans des conditions socio-économiques précaires, connaissant des problèmes de logement et d'alimentation, et souffrant de graves déficiences physiques et mentales les rendant totalement ou partielle-

ment dépendantes. Non seulement leur quotidien se trouve défini en termes de déclin, de restriction et de perte (voir Lesemann et Martin, 1993), mais ces « discours de misère » et « ces images de pauvreté » génèrent des stéréotypes faisant apparaître les personnes âgées comme des êtres pauvres, isolés et incompetents. Engendrés par une idéologie de la dépendance, ces stéréotypes s'appuient sur la notion de perte : affaiblissement des facultés cognitives, diminution des capacités physiques fonctionnelles, manque d'habileté à prendre soin de soi-même ou de répondre adéquatement à des rôles sociaux. Une telle représentation des personnes âgées établit donc un lien « naturel » entre le vieillissement, la pauvreté, la maladie et le déclin physiologique. Tant au Canada qu'aux États-Unis, elle explique le développement, depuis une trentaine d'années, de la tendance à médicaliser la vieillesse (Fry, 1996), tendance qui vient non seulement renforcer ces mêmes stéréotypes négatifs associés à l'âge chronologique mais aussi justifier l'exclusion des personnes âgées des différentes sphères d'activité (Estes et Binney, 1989).

### *Le modèle du vieillissement social*

Se démarquant des perspectives précédentes, certains auteurs relativisent l'importance de l'âge chronologique pour analyser plutôt le vieillissement comme un processus à la fois biologique, psychologique et surtout social, inscrit dans les rapports intergénérationnels. Le vieillissement devient donc « le produit de rapports de force entre les générations et la société, [...] entre les groupes d'âges, [...] entre les classes sociales. Et tout cet ensemble de rapports de force se trouve solidifié en quelque sorte, dans des politiques, des décisions et des institutions » (Guillemard,

vieillissement, cette revue de littérature met en évidence que le vieillissement n'est pas un processus uniforme. Il diffère selon le sexe, la classe de revenu et la scolarité, ainsi que selon le niveau d'insertion dans des réseaux familiaux, communautaires et sociaux.

Si le nombre d'études prospectives sur ce que sera le vieillissement d'ici vingt ou trente ans est élevé, le nombre d'études *rétrospectives* se révèle par contre très limité, laissant du même coup entrevoir l'intérêt d'un regard rétrospectif sur les vieillissements dans les sociétés industrialisées permettant de mettre en perspective, et donc de mieux les comprendre, les problèmes auxquels sont confrontées aujourd'hui les sociétés industrialisées.

Cette synthèse est structurée autour de trois thèmes principaux : l'évolution du revenu des personnes âgées, celle de leurs conditions de santé et celle de leur insertion dans des réseaux de liens sociaux et familiaux. Partant du constat que les personnes âgées d'aujourd'hui sont peu comparables à celles d'hier, une première partie présente différentes perspectives d'analyse qui ont marqué la problématique du vieillissement, alors qu'en conclusion sont discutés brièvement le rôle et la contribution des politiques sociales relatives au vieillissement dans le contexte des changements évoqués.

1989: 11). D'autres vont jusqu'à analyser le vieillissement comme un problème social construit par des groupes aux intérêts parfois divergents (Myles, 1989; Myles et Teichroev, 1989), cherchant soit l'expansion des soins et des services destinés aux personnes âgées soit la justification de la réduction des dépenses sociales. Maheu et David (1989: 19) pensent également que « le vieillissement n'est pas qu'une phase de déclin physiologique naturel à laquelle personne n'échappe. Les difficultés personnelles à vivre cette vie sont aussi en grande partie générées par des décisions sociales, politiques et économiques sur lesquelles les personnes vieillissantes ont peu de prise ». Javeau (1994) décrit, quant à lui, le vieillissement comme un ensemble d'enjeux sociaux, économiques, politiques et culturels. Les enjeux d'une société vieillissante consistent autant à savoir comment défrayer les coûts sociaux occasionnés par l'augmentation du nombre des personnes âgées qu'à trouver le moyen de maintenir en activité une part croissante de la population ayant encore toutes ses capacités physiques et ses facultés mentales, toutefois rendue inactive par l'institutionnalisation de la retraite obligatoire.

« Inventée » au tout début de l'industrialisation (Guillemard, 1989), la notion de « travailleurs âgés » répond à une double préoccupation des employeurs. Elle leur permet, d'abord, de rationaliser le travail, ensuite, de gérer la main-d'œuvre en excluant de la force de travail les individus qui, à cause de leur âge, ont présumément une rapidité d'exécution moindre. De telles pratiques sont légitimées par l'institutionnalisation de la retraite obligatoire qui, selon Kohli (1989: 92), coïncide avec le passage d'une économie agraire et familiale à une économie industrielle et est « une construction sociale liée directe-

ment à des éléments fondamentaux des sociétés capitalistes contemporaines ».

Les contradictions entre le discours méritoire sur la retraite et les finalités structurelles recherchées à travers l'action de mise à la retraite se manifestent de façon plus évidente dans le modèle de la préretraite<sup>2</sup> qui conduit à l'exclusion de l'emploi des personnes encore parfaitement aptes au travail. Parce qu'ils font partie d'une main-d'œuvre vieillissante, ces travailleurs sont considérés comme peu flexibles, résistants aux changements technologiques, incapables de répondre à l'exigence de compétitivité et d'un niveau de productivité moindre que celui des jeunes. En vue de créer de l'emploi pour les plus jeunes, la plupart des États encouragent le développement d'une politique de gestion de la main-d'œuvre en procédant à divers « arrangements institutionnels » contribuant à assurer aux travailleurs licenciés un revenu, en attendant qu'ils soient éligibles à la pension de retraite (Guillemard, 1989). Une analyse récente d'Esping-Andersen (1997: 442-443) montre pour sa part que l'élimination des travailleurs âgés du marché du travail, autant que la difficulté des jeunes d'y accéder, est directement reliée, dans les pays européens tels que la France et l'Allemagne, à la rigidité du marché de l'emploi, elle-même intriquée dans les systèmes d'assurance sociale qui sont à la base des États providences de ces pays. Plutôt que d'agir sur une flexibilisation et une déréglementation du marché du travail comme l'ont fait les États-Unis ou la Grande-Bretagne, ces pays ont choisi de réduire l'offre de main-d'œuvre. Dans ce sens, le vieillissement de la main-d'œuvre n'est pas un problème en soi, mais bien un sous-produit de la réduction de l'offre induite par les politiques publiques.

Autant dans le cas de la retraite que dans celui de la préretraite, l'âge est, tout comme la race et le sexe, érigé en critère de catégorisation sociale et de ségrégation (Arber et Ginn, 1991): l'exclusion des travailleurs âgés du marché de l'emploi est opérée non à partir de leur condition objective de santé ou de leurs aptitudes au travail, mais à partir d'un ensemble de stéréotypes reliés spécifiquement à l'âge.

Dans son rapport, le Comité spécial du Sénat canadien établi en 1977 en vue d'étudier le problème de la retraite aboutit à des conclusions similaires. Il soutient que la retraite obligatoire fondée uniquement sur l'âge est discriminatoire et constitue une violation des droits de la personne. Il propose donc de rendre la retraite facultative en laissant la décision de se retirer à la discrétion des individus, tout en respectant certaines règles élémentaires en matière de compétence et de condition physique. En outre, le comité recommande que la totalité de la législation sur les droits de la personne soit révisée afin d'éliminer toute échappatoire permettant d'exercer une discrimination fondée sur l'âge (Canada, 1979: 5-6). Toutefois, une telle démarche n'a été entreprise que par les États-Unis qui, en 1986, ont établi des lois prohibant la discrimination en emploi axée sur l'âge et préconisant la substitution de « l'âge fonctionnel » à l'âge chronologique<sup>3</sup>.

### *Le modèle du troisième âge*

Les études récentes, qu'elles soient canadiennes, américaines, britanniques ou françaises, soulignent le caractère inédit du processus actuel de vieillissement (Bourdelaïs, 1994; Lemieux, 1990; Conseil économique et social, 1993). *On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon qu'hier.*



34

Cet énoncé, qui sous-tend la vision optimiste de Bourdelais (1993), contredit fondamentalement les évocations de précarité, de misère et d'isolement qui caractérisent l'image médiatique des personnes âgées ayant prévalu depuis les années 1970. Non seulement elles sont en meilleure forme physique et morale, mais leur situation économique s'est considérablement améliorée. Jouissant de bonnes conditions de santé et d'une espérance de vie accrue, leur style de vie, leur place réelle dans la société et leur rôle dans la succession des générations ont significativement évolué. Ce discours nouveau remet en cause l'hypothèse que le vieillissement de la population entraînera de grandes difficultés sociales et économiques. L'auteur défend l'idée que la place des personnes âgées dans la société actuelle s'avère centrale et active. Non seulement elles animent tout un secteur de l'économie, mais les sexagénaires<sup>4</sup> d'aujourd'hui sont loin d'être un groupe «vieilli et fatigué». Au contraire, ils forment une génération intermédiaire et agissent comme le pivot d'une vie familiale à l'intérieur de laquelle des générations différentes se chevauchent. Dans ces circonstances, le fait que le seuil d'entrée dans la vieillesse soit resté immuable ne tient compte ni des profondes mutations qu'a subies le processus de vieillissement ni des réalités

changeantes de la vieillesse. Les politiques sociales qui continuent à s'intéresser à la problématique du manque chez les personnes âgées apparaissent dépassées et peu adéquates pour répondre aux nouveaux besoins de cette population.

Le modèle qui traduit le mieux cette transition dans la façon de percevoir les personnes âgées est principalement celui du «troisième âge». Apparu en France au début des années 1970, ce modèle s'est développé au fur et à mesure que les ressources des personnes âgées s'amélioreraient (Conseil économique et social, 1993). Centré sur les pratiques de consommation et les valeurs de la société de loisirs, il se situe aux frontières de l'activité et des loisirs, du social et de l'économique. Certaines personnes âgées essaient à travers leur implication dans le bénévolat non seulement de redéfinir les rôles sociaux des retraités mais aussi de continuer à exercer leurs responsabilités civiques. Par exemple, en France, elles investissent les sphères sociale, économique, éducative et culturelle. Tout en aidant d'autres personnes âgées atteintes de maladies invalidantes, elles interviennent dans la lutte contre le chômage et l'exclusion des jeunes. Barthe, Clément et Drulhe (1990) estiment également que le modèle du «troisième âge» replace les per-

sonnes âgées au cœur de la modernité marquée par la recherche de l'autonomie individuelle, une culture de consommation et le développement du pouvoir d'achat. Sa création ayant coïncidé avec une période d'amélioration des conditions de vie matérielles, financières et physiques des personnes âgées, le modèle du troisième âge correspond à une vision des personnes âgées qui les définit comme des consommatrices. Toutefois, si ce modèle innovateur, «essentiellement orienté vers la recherche de satisfactions individuelles» (Conseil économique et social, 1993 : 17), marque la transition entre la retraite inactive et la retraite active, il concerne surtout des gens relativement aisés et instruits.

Le «rôle utile, voire même essentiel», que jouent les personnes âgées dans le bon fonctionnement de la société est également souligné au Canada (Canada, 1990). Dans un document produit en vue de détruire «les clichés, les affirmations gratuites et les idées préconçues» sur les personnes âgées, le ministère d'État pour le troisième âge affirme que celles-ci ne représentent pas des «boulets aux pieds de l'État». Impliquées à plus de 15 pour cent dans le bénévolat, elles sont au contraire des «êtres engagés et productifs» qui essaient de répondre à des besoins sociaux qui vont de l'aide à d'autres personnes âgées non autonomes à l'aide à l'intégration des nouveaux immigrants (*ibid.*). Ce mode de partage de «connaissances et d'expériences de toute une vie» leur permet de contribuer à la consolidation du tissu social. Les conclusions du livre *La Part des aînés* (Grand'Maison et al., 1994) confortent cette vision du vieillissement. Les auteurs soulignent le rôle des personnes âgées dans la transmission quotidienne des valeurs et le renouement des solidarités intergénérationnelles.

Elles sont celles dont la prise en compte de la mémoire permet de développer une dynamique d'intégration, de conscience historique, de développement durable (*ibid.* : 15).

L'enquête réalisée en Grande-Bretagne par la *Carnegie Inquiry into the Third Age* (1993) traduit une prise de conscience des réalités changeantes de la vieillesse. Structurée autour de la nécessité de mieux théoriser et conceptualiser le « troisième âge », elle constitue une tentative de proposer une nouvelle terminologie plus positive. Concrètement, elle suggère la modification des orientations de politiques sociales dans le but de permettre aux personnes âgées en bonne santé physique et mentale de mener une vie normale et d'exercer des rôles à travers lesquels elles peuvent continuer à s'accomplir personnellement et socialement.

Le nouveau découpage du cours de la vie en quatre phases que propose l'étude de la *Carnegie Foundation* soulève toutefois des questions d'ordre pratique et éthique. Étant donné que cette perspective donne corrélativement naissance à un « quatrième âge » (75 ans et plus), davantage associé à la dépendance, à la décrépitude et à la mort, on peut se demander dans quelle mesure l'approche du troisième âge n'est pas en train de reproduire la logique des seuils d'âge qu'elle entend à première vue déconstruire. Ses tenants ne cherchent-ils pas surtout à repousser les effets de la marginalisation basée sur l'âge à la fin plutôt qu'au début de la retraite? La logique du « troisième âge » ne représente-t-elle pas surtout une tentative de reculer de quelques années l'application de stéréotypes toujours négatifs? Enfin, la revalorisation de cette catégorie de personnes âgées qu'elle prône ne se fait-elle pas aux dépens de celles qui sont considérées comme les plus âgées et les plus vulnérables dans la société?

Malgré leur légitimité, ces questions ne remettent aucunement en cause la valeur opérationnelle de la notion de « troisième âge ». Celle-ci aide à établir une dissociation entre retraite, sénilité et invalidité. Elle permet de concevoir la personne âgée comme un acteur social ayant des rôles à jouer. Elle facilite le passage de l'idéologie de la dépendance et de la détérioration biopsychologique à celle de l'autonomie et de l'indépendance. C'est d'ailleurs dans la foulée de ces changements idéologiques que Desjardins et Légaré (1984) proposent de mesurer l'âge non en termes d'années déjà écoulées, mais en termes d'années qui restent encore à vivre.

#### *Le modèle politique du « pouvoir gris »*

Une nouvelle perception de la vieillesse s'enracine dans la capacité des personnes âgées elles-mêmes de s'organiser et de se mobiliser afin de défendre leurs droits et leurs intérêts (Binstock et Day, 1996; Pratt, 1994). Durant les dernières décennies, le Canada, les États-Unis et la Grande-Bretagne ont connu une prolifération de groupes de pression de personnes âgées<sup>5</sup> dont l'objectif consiste essentiellement à défendre les acquis de la protection sociale autant qu'à les étendre. Il importe de souligner que le développement de ces groupes est davantage réactif que proactif. Selon plusieurs auteurs (Pratt, 1993; Walker, 1983; Binstock et Day, 1996), ces groupes n'ont contribué ni à l'établissement des grands programmes gouvernementaux destinés aux personnes âgées ni à l'institution des pensions universelles de retraite. Ils ont plutôt émergé comme une réponse démocratique au processus d'érosion de ce que Myles (1989) appelle l'État providence des personnes âgées, et à la volonté de l'État de réduire les dépenses

sociales afin de faire face aux déficits budgétaires (Binstock et Day, 1996). Pourtant, vu leur poids démographique, les personnes âgées ont acquis la capacité d'influencer les politiques publiques (Walker, 1983) et de se positionner comme une force politique empêchant les différents gouvernements de réduire les montants des pensions de retraite comme ils le voudraient (Pratt, 1993).

La protection sociale que la constitution de cette force de pression a contribué à maintenir ne profite pas pour autant à toutes les personnes âgées de la même façon. Binstock et Day (1996) observent qu'aux États-Unis, malgré leur importance politique, ces groupes développent peu de sensibilité envers les besoins des aînés les plus démunis. Les mêmes constats s'appliquent à la Grande-Bretagne, où Ginn (1993) soutient que, même si elles s'impliquent de plus en plus dans les organisations de personnes âgées, les femmes restent toujours aveugles aux inégalités structurelles liées au sexe, à la classe et à la race. Elles s'identifient davantage à leurs intérêts de classe qu'à ceux du groupe d'âge.

#### *Le modèle du vieillissement différentiel*

Ces dernières remarques mettent en évidence le fait que le vieillissement n'est pas un processus uniforme pour tous, et que les personnes âgées ne forment pas un bloc homogène. Elles ne vieillissent pas toutes de la même façon. Le sexe (Arber et Ginn, 1991, 1993; Statistique Canada, 1990), l'origine ethnique et (ou) sociale (Markides et Black, 1996), des éléments d'ordre structurel et sociétal majoritairement rattachés à l'histoire conjugale, au marché du travail et aux structures macro-économiques, le statut socioprofessionnel, le type d'entreprise dans lequel la personne a évolué durant

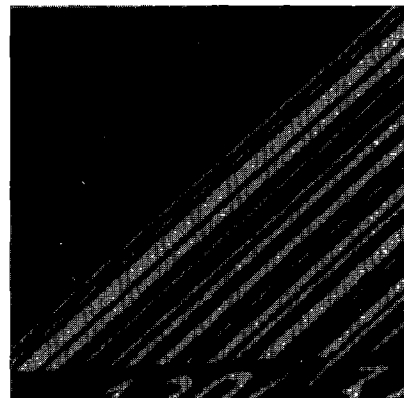
sa vie de travail ainsi que la diversité des types de trajectoires de travail qu'elle a connues constituent autant de facteurs de différenciation du processus de vieillissement (McDonald et Warner, 1987). Les personnes qui se trouvent dans le secteur central de l'économie, autant hommes que femmes, s'en tirent mieux. Elles sont plus susceptibles, à la retraite, de disposer d'un régime de pension privé et d'avoir des sources de revenu autres que les transferts gouvernementaux (*ibid.*). En revanche, il est peu probable qu'une personne œuvrant dans le secteur périphérique et connaissant une carrière professionnelle en pointillés puisse bénéficier d'avantages sociaux suffisants ou de ressources adéquates qui lui permettraient de jouir de son « droit au repos ». En outre, les personnes confrontées à des conditions de travail difficiles qui leur imposent de grands efforts physiques vieillissent de façon plus rapide que celles qui ont bénéficié de meilleures conditions (Maheu et David, 1989).

Une étude comparative portant sur la Grande-Bretagne et les États-Unis (Arber et Ginn, 1991) montre qu'il existe une continuité entre la vie de travail et la vie de retraite. Une personne pouvant disposer de ressources matérielles importantes a une plus grande chance d'être en santé (Arber et Ginn, 1991); les membres de sa famille ou elle-

même disposent d'une plus grande latitude pour veiller à la qualité des soins reçus ainsi que pour négocier les services de soutien (Arber et Ginn, 1993). Sachant que les conditions de vie antérieures à la retraite sont déterminantes pour la période de postretraite (Guillemard, 1989; Maheu et David, 1989; Marshall et McPherson, 1994), les femmes sont généralement désavantagées par rapport aux hommes (Gee et Kimball, 1987; Gee et McDaniel, 1991). Il en est de même pour la classe ouvrière par rapport à la classe moyenne, ou encore pour les personnes seules par rapport aux personnes vivant en couple (Arber et Ginn, 1993). La vieillesse n'évacue aucunement les inégalités accumulées au cours de la vie active, que celles-ci soient de classe, de sexe ou de race. Tout au contraire, l'intégration des conditions antérieures de travail dans l'analyse du vieillissement de la population inscrit celui-ci dans une dynamique qui le transforme en un référent universel dont la portée et les significations dépendent des effets — positifs ou négatifs — des trajectoires de vie singulières. Pour Arber et Ginn (1991), les situations des personnes âgées doivent être abordées à la lumière de la conciliation de trois types de ressources : les ressources matérielles et financières, les ressources corporelles (capacités physiques et habiletés fonctionnelles), le niveau d'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux de soutien. Nous y ajouterons celles qui constituent le capital relationnel de chaque individu : liens conjugaux, familiaux, amicaux, communautaires, associatifs, etc.

### Le revenu

Grâce à la complémentarité des sources de revenu publiques et privées, la situation financière et économique des personnes âgées au Canada s'est substantiellement



améliorée à partir de 1971, tout en variant considérablement selon le sexe, la classe de revenu, la scolarité et le type d'unité familiale.

### *L'évolution de la situation économique des personnes âgées au cours des dernières décennies*

À la fin des années 1970, la précarité de la situation économique des personnes âgées inquiétait autant l'opinion publique que les hommes politiques. Dans son rapport intitulé *Retraite sans douleur* (1979), le Comité spécial du Sénat canadien, créé en 1977, soutenait que les allocations provenant des systèmes autant publics que privés étaient insuffisantes pour permettre aux personnes âgées d'échapper à la pauvreté. Puisque « l'inflation menace constamment les retraités à revenu fixe [...], la non-indexation des pensions de retraite versées par les caisses privées constitue un sérieux handicap en période inflationniste » (Canada, 1979 : 10-11).

Cependant, aujourd'hui, il est admis que la situation économique des personnes âgées s'est substantiellement améliorée. Si, en 1969, 41,6 pour cent des familles dirigées par une personne âgée étaient pauvres, cette proportion a été ramenée à 19,2 pour cent en 1980, à 10,1 pour cent en 1989, puis à 7,1 pour cent en 1994. La proportion de per-

sonnes âgées pauvres a connu au cours de la dernière décennie une baisse de près de la moitié : de 34 pour cent en 1980, elle s'est fixée à 19,3 pour cent en 1989. Une étude d'Oja et Love (1988) a révélé qu'entre 1971 et 1985, le revenu moyen des personnes âgées a augmenté plus rapidement que celui de toutes les autres catégories de la population, passant de 2876 dollars à 12 829 dollars<sup>6</sup>. Constatée autant chez les hommes que chez les femmes, cette progression recèle toutefois de grands écarts entre les sexes. Selon l'étude de Norland (1994), le revenu moyen de tous les hommes de 65 ans et plus totalisait 24 500 dollars en 1991, alors que celui des femmes du même âge n'était que de 15 300 dollars<sup>7</sup>.

Le revenu moyen varie également selon le groupe d'âge parmi les personnes âgées. En 1991, il se chiffrait à 27 500 dollars pour les hommes de 65 à 69 ans, à 22 100 dollars pour ceux de 75 à 79 ans, et enfin à 18 700 dollars pour les hommes de 85 ans et plus. Les variations selon le groupe d'âge apparaissent toutefois peu significatives chez les femmes. De 14 800 dollars pour les femmes de 65 à 69 ans, le revenu moyen s'élevait à 15 600 dollars pour celles de 75 à 79 ans et à 15 300 dollars pour les femmes de 85 ans et plus. Norland établit une corrélation entre la faible variabilité du revenu des femmes âgées selon le groupe d'âge et le fait que celles-ci soient, beaucoup plus que les hommes, dépendantes des transferts gouvernementaux.

Alors que les personnes âgées représentaient 19,2 pour cent de toutes les personnes à faible revenu en 1980, elles n'en constituaient plus, en dépit de leur forte croissance démographique, que 12,8 pour cent en 1994. Cette baisse apparaît toutefois beaucoup plus marquée dans le cas des personnes âgées vivant en famille (passant de

6,8 à 2,8 pour cent) que dans celui des personnes vivant seules (de 12,4 à 10,1 pour cent). Le revenu déficitaire moyen — c'est-à-dire le montant à accumuler pour atteindre le seuil officiel de la pauvreté — a aussi diminué, autant pour les personnes âgées vivant en famille que pour les personnes âgées vivant seules.

Cependant, s'il apparaît indéniable que la situation économique des personnes âgées a favorablement évolué au cours de la période considérée, leur revenu moyen reste nettement inférieur au revenu moyen de l'ensemble de la population. L'analyse de Norland (1994) évoque les différences existant dans le niveau de scolarité et dans le taux de participation au marché du travail pour expliquer cette double réalité. Pour l'auteur, il ne fait pas de doute que l'accroissement du niveau de scolarité dans les cohortes de personnes âgées moins avancées en âge<sup>8</sup> constitue un facteur déterminant de l'amélioration de leur situation économique. Il prédit même « qu'à mesure que le niveau de scolarité des futures personnes âgées du Canada augmentera par rapport à ce qu'il est aujourd'hui, l'écart entre leur revenu et le revenu de la population s'amenuisera et leur dépendance envers les transferts gouvernementaux diminuera » (Norland, 1994 : 43). Mais, d'un autre côté, l'absence du marché du travail implique une perte de revenu pour les personnes âgées. Leur taux d'activité est excessivement bas par rapport à celui de la population en général<sup>9</sup>. Les données des recensements de 1971, 1981 et 1991 confirment cette dernière tendance susceptible d'affecter négativement le revenu moyen des personnes âgées. Par contre, d'autres analystes attribuent l'amélioration de la situation économique des personnes âgées à une participation plus active des femmes au marché

du travail (Statistique Canada, 1996), aux impacts bénéfiques des systèmes de transferts gouvernementaux et à un accès plus étendu aux prestations provenant des régimes de pensions privés (Oja et Love, 1988).

### *L'importance des principales sources de revenu des personnes âgées*

Si les paiements sous forme de transferts gouvernementaux<sup>10</sup> représentent la première source de revenu pour les personnes âgées, l'âge et le sexe restent des indicateurs importants dans l'analyse de leur évolution et de leur importance dans la composition du revenu total de ces dernières. De 1971 à 1994, le nombre de bénéficiaires de la sécurité de la vieillesse (SV) a connu une croissance considérable relative au processus de vieillissement démographique accéléré. Il a doublé, passant de 1,7 million à 3,4 millions. Quant au nombre de personnes recevant le supplément de revenu garanti (SRG), il est passé de 932 000 en 1971 à 1,3 million au milieu des années 1980, puis il est resté stable d'année en année. En 1971, 74 pour cent des femmes ayant 65 ans et plus et 59 pour cent des hommes de la même catégorie d'âge tiraient leur revenu de la sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti alors que les prestations provenant de la SV et du SRG formaient respectivement 61 pour cent et 29 pour cent du revenu total des femmes et des hommes âgés. Ces proportions s'établissaient à 42 pour cent et à 24 pour cent en 1993 (Oderkirk, 1996a).

S'appuyant sur les données de l'*Enquête sur les finances des consommateurs* publiées en 1972 et en 1990, Chawin (1991) soutient que les paiements de transferts jouent un rôle clé dans la protection du bien-être des personnes âgées seules et des familles dont le chef



est une personne âgée de 65 ans et plus. En 1971, les paiements de transferts constituaient la seule source de revenu pour 40 pour cent des personnes âgées seules et pour 16 pour cent des familles dont le chef avait 65 ans ou plus. Dix-huit ans plus tard, soit en 1989, ces proportions étaient respectivement tombées à 31 et 10 pour cent. Le sexe et l'âge restent des indicateurs importants dans l'analyse de l'évolution des transferts gouvernementaux et de leur importance pour les personnes âgées. En 1994, le nombre des femmes parmi les bénéficiaires de la SV était proportionnel à leur poids démographique dans la population âgée; elles y comptaient pour 58 pour cent. Elles représentaient par contre 65 pour cent des prestataires du SRG. Les proportions de bénéficiaires de sexe féminin de la SV et du SRG varient selon la tranche d'âge considérée. La première proportion passe de 53 pour cent pour les 65-69 ans à 75 pour cent pour les femmes âgées de 90 ans et plus. La seconde augmente de 57 pour cent pour les 65-69 ans à 63 pour cent pour les 70-74 ans, puis à 78 pour cent pour les plus de 90 ans.

Entre 1983 et 1993, le pourcentage des personnes âgées recevant à la fois la SV et le SRG a chuté de 50 à 40 pour cent. Malgré le rôle que la présence des femmes sur le marché du travail salarié a pu jouer dans cette baisse, qui peut être

interprétée comme le signe que le revenu des personnes âgées devient de plus en plus adéquat, la situation économique des femmes âgées reste beaucoup plus précaire que celle des hommes. En 1993, la SV représentait 23 pour cent du revenu total des femmes, comparativement à 15 pour cent de celui des hommes. En 1994, plus de 50 pour cent de toutes les femmes âgées de 65 ans et plus ne pouvaient compter que sur la SV comme source de revenu. Si ces femmes représentaient 61 pour cent des personnes recevant à la fois les prestations de la SV et du SRG en 1981, ce pourcentage a grimpé à 65 en 1994. On constate donc que la situation économique des femmes âgées reste toujours précaire.

Le pourcentage des personnes âgées disposant d'un régime de pension privé s'est également accru, passant de 20 pour cent en 1971 à 33,2 pour cent en 1985. Pendant cette même période, le nombre de personnes ne bénéficiant ni d'allocations provenant d'un régime de pension privé ni de revenus de placements a chuté de 49,2 à 33,7 pour cent. Le groupe ayant le revenu moyen le plus élevé, c'est-à-dire celui qui a la capacité de combiner les transferts gouvernementaux, les revenus de placements et les pensions privées, a augmenté de 13,5 pour cent en 1971 à 23,0 pour cent en 1985. En 1988, des hausses importantes ont été observées chez les hommes âgés de 65 à 69 ans et de 70 à 74 ans. Dans le cas du premier groupe, la proportion est passée de 38,5 pour cent en 1977 à 57,4 pour cent en 1988. Au cours de cette période, cette proportion a aussi augmenté de 20 points pour le deuxième groupe, passant de 33,2 à 53,3 pour cent. En 1988, le pourcentage de femmes de 65 à 69 ans touchant des prestations d'un régime de pension privé au cours de cette année-là

n'était que de 26,7 pour cent (Oja et Love, 1988)

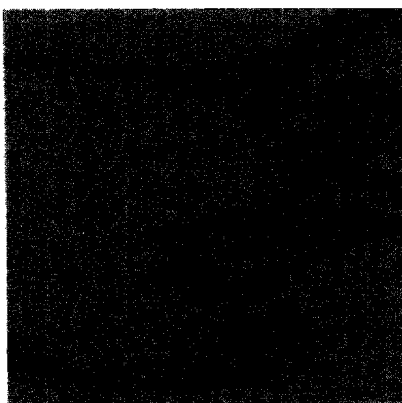
En 1991, les prestations des régimes de pension privés occupaient le troisième rang dans la composition du revenu des personnes âgées, correspondant à 17 pour cent de leur revenu total. L'importance de ce type de revenu varie cependant selon le revenu d'âge et le sexe. Alors qu'en 1991, les prestations annuelles moyennes des régimes de pension privés ont totalisé 5200 dollars chez les hommes, soit 21 pour cent de leur revenu total, elles n'ont été que de 1740 dollars pour les femmes, soit 11 pour cent. En outre, le pourcentage d'hommes de 75 ans et plus touchant une pension de retraite privée a été plus que deux fois plus élevé que celui des femmes du même groupe d'âge, soit respectivement 46,9 et 21,5 pour cent. En réalité, la part de revenu provenant des régimes de pension privés constituait la deuxième source de revenu en importance pour les hommes âgés, mais la troisième pour les femmes. De tels écarts ne peuvent s'expliquer qu'en référence à la vie active antérieure (Norland, 1994), c'est-à-dire en référence aux dynamiques internes du marché du travail, aux différences sur le plan de l'activité professionnelle et du revenu.

#### *Une progression de revenu à deux vitesses*

Du point de vue de leurs ressources financières, les personnes âgées ne forment pas un bloc homogène défini par l'âge. Leur statut socio-économique varie selon un ensemble de facteurs qui incluent le sexe, l'état matrimonial et l'activité professionnelle. En 1985, le revenu moyen des personnes âgées de la classe de revenu supérieure (21 048 dollars) était presque trois fois plus élevé que le revenu moyen des personnes âgées de la classe inférieure (7474 dol-

lars) (Oja et Love, 1988). Ceux et celles qui n'ont pas de pensions privées et qui ne touchent pas de revenu de placements, en majorité des femmes et des personnes seules, ont non seulement le plus faible niveau de revenu moyen mais se révèlent beaucoup plus dépendants des transferts gouvernementaux.

Les données présentées par Frenken et Maser (1992) viennent conforter les conclusions concernant la relation positive entre la capacité d'épargner pour la retraite, le fait d'être un homme et l'appartenance à une classe de revenu élevée. Une étude de ces auteurs montre que les personnes travaillant à temps plein (53 pour cent) ou ayant un emploi syndiqué (plus de 75 pour cent) participent davantage à des régimes enregistrés de pensions (REP) que les personnes travaillant à temps partiel (24 pour cent) ou dans des emplois non syndiqués (30 pour cent). En 1989, le taux de participation s'élevait à 82 pour cent pour les travailleurs ayant un revenu d'emploi de 40 000 à 59 999 dollars, et à 73 pour cent pour ceux gagnant 60 000 dollars ou plus. Les travailleurs disposant de moins de 20 000 dollars — parmi lesquels 62 pour cent sont de sexe féminin — y ont participé seulement dans une proportion de 27 pour cent. Globalement, plus d'hommes (54 pour cent) que de femmes (42 pour cent) contribuent aux REP. Frenken et Maser (1992) expliquent cette différence en évoquant la surreprésentation des femmes parmi les travailleurs à temps partiel et leur surconcentration dans le secteur économique des services, secteur où les emplois sont non seulement précaires mais mal rémunérés et peu stables. Ce qu'on observe au Canada s'applique aussi à la Grande-Bretagne et aux États-Unis (Falkingham et Johnson, 1992).



Ainsi, aux États-Unis, on constate que la situation économique des personnes âgées s'est améliorée au cours des dernières années grâce à la sécurité sociale et aux systèmes de pension privés (Crown, 1989; Kilty, 1990). Kart et al. (1989) rapportent que 50 pour cent des personnes âgées ainsi que 40 pour cent des ménages dirigés par une personne âgée peuvent être considérés comme faisant partie de la classe favorisée. Ils disposent de multiples sources de revenu leur procurant un revenu moyen dépassant du double le seuil officiel de la pauvreté. Selon le dernier recensement, seulement 7,6 pour cent des familles de personnes âgées et 26,9 pour cent des personnes âgées vivant seules se trouvent sous ce seuil. Toutefois, tout comme au Canada et en Grande-Bretagne, Hardy et Hazelrigg (1993) constatent l'existence d'un processus de féminisation de la pauvreté chez les personnes âgées.

### La santé

L'espérance de vie des personnes âgées s'est accrue considérablement. Elles sont aujourd'hui en meilleure santé qu'il y a un quart de siècle. Leur condition de santé évolue dans ce domaine aussi, de façon différentielle, en fonction du sexe, de la classe de revenu et du statut matrimonial. Cette section

examine des *patterns* de maladie, de prévalence de la morbidité et de causes de décès et d'hospitalisation.

### *Deux façons d'aborder la problématique de la santé chez les personnes âgées*

Les besoins de la population âgée en matière de soins médicaux et de santé sont abordés selon deux grands modèles. Le premier, celui de la compression de la morbidité, soutient que les progrès réalisés par la technologie et la médecine ont réussi à repousser les symptômes des maladies chroniques jusqu'au dernier moment de la vie (Fries, 1983). Selon cette perspective, à mesure que s'étend l'espérance de vie, les problèmes de santé sont confinés aux toutes dernières années de la vie. Le contrôle du rythme de la progression des maladies chroniques permet de réduire grandement les risques d'invalidité. Puisque les handicaps et la dégradation de la qualité de vie des personnes très âgées sont plus associés à l'éventualité de la mort qu'aux maladies chroniques en soi, les besoins en soins médicaux et de santé auront tendance à diminuer plutôt qu'à augmenter (Fries, 1980). Toutefois, Kramer (1981) et Gruemberg (1977) prétendent au contraire que la prévalence des maladies chroniques et des handicaps à long terme augmente à mesure que l'espérance de vie des personnes âgées s'allonge. Ce phénomène n'implique ni la réduction de la progression des maladies chroniques, ni l'affaiblissement de leur taux d'incidence. Il signifie tout simplement que les effets mortels de ces maladies sont maintenant contrôlés, et que les personnes âgées les supportent plus longtemps (Schneider et Brody, 1983). Compte tenu qu'il existe peu d'évidences démontrant que les maladies chroniques sont confinées à la dernière étape de la vie (Manton,

1982), on doit s'attendre à une expansion des demandes de soins de santé et à une multiplication des services. Partant de certaines études canadiennes et américaines, Simmons-Tropea et Osborn (1987) concluent aussi que, si les maladies mortelles comme les maladies cardio-vasculaires sont aujourd'hui maîtrisées dans leurs effets, il en va tout autrement pour les maladies non mortelles susceptibles de provoquer handicap et invalidité. Généralement, à l'exception des maladies cardiaques, des maladies cérébro-vasculaires et des diabètes, les maladies qui mettent fin à la vie ne sont pas nécessairement celles qui en affectent la qualité. Northcott (1992) ajoute qu'aujourd'hui, les personnes âgées sont plus susceptibles de mourir d'une maladie chronique et dégénérative que d'une maladie infectieuse. La mort est le plus souvent causée par le cancer, les maladies cardiaques et les accidents cérébro-vasculaires.

*L'évolution des types de maladie et des causes de mortalité et de morbidité chez les personnes âgées*

Au cours de ces dernières décennies, les types de maladie dont souffraient les personnes âgées ont évolué. Celles-ci souffrent de moins en moins d'accidents cérébro-vasculaires, et de plus en plus de maladies chroniques et dégénératives. Ces mala-

dies, dont la progression s'accompagne toujours de la destruction lente mais graduelle des capacités cognitives et fonctionnelles, entraînent souvent la perte d'autonomie, la dépendance et un accroissement des demandes en soins et services de santé (Québec, 1991). Une étude effectuée à partir de l'enquête Santé Québec de 1987 identifie l'arthrite, le rhumatisme, l'hypertension et les troubles mentaux comme les problèmes de santé les plus répandus chez les personnes âgées (Émond, 1988). À l'échelle canadienne, des tendances similaires ont été observées par Baker (1988) et par le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA, 1993).

L'étude de Stokes et Lindsay (1996) présente un tableau assez complet des tendances qui se sont dessinées, au cours des dernières décennies, dans l'évolution des causes principales de la mortalité et de l'hospitalisation des personnes âgées au Canada. Les auteures ont souligné que, au cours des trente dernières années, la diminution moyenne du taux de mortalité a varié annuellement entre 0,5 et 2 pour cent. Entre 1984 et 1993, les maladies coronariennes ont représenté la première cause de mortalité chez les deux sexes. La proportion d'hommes âgés qui en sont atteints dépasse de plus de la moitié celle des femmes âgées. Par ordre d'importance, les autres causes principales d'hospitalisation des hommes âgés sont les accidents cérébro-vasculaires, les maladies symptomatiques, les bronchites chroniques, l'emphysème, l'asthme, la pneumonie et le cancer du poumon. Les femmes souffrent davantage de chutes accidentelles, de fractures du fémur (reliées à l'ostéoporose), de maladies intestinales et de diabètes.

Malgré le fait que les maladies coronariennes continuent d'occuper le premier rang parmi les causes de

mortalité et les motifs d'hospitalisation, elles ont connu entre 1971 et 1986 une régression de 30 pour cent chez les hommes et de 35 pour cent chez les femmes (Wilkins, Morris et Lane, 1988). Cette baisse est surtout rattachée au progrès technologique et à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions environnementales. Durant cette même période, les *taux standardisés de mortalité selon l'âge* (TSMA) par accident cérébro-vasculaire — deuxième cause de mortalité pour les femmes et troisième pour les hommes chez les 65 ans et plus — ont aussi connu un déclin de 43 pour cent pour les deux sexes. Selon Wilkins (1995), entre 1950 et 1993, les taux de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire ont reculé de 64 pour cent chez les femmes et de 52 pour cent chez les hommes.

D'autres TSMA ont, par contre, connu des augmentations significatives. Entre 1971 et 1986, les TSMA par cancer du poumon ont augmenté de 46 pour cent chez les hommes et de 20 pour cent chez les femmes. Les TSMA par les maladies respiratoires chroniques comme la bronchite, l'emphysème et l'asthme ont connu des augmentations comparables. En 1986, le cancer du poumon et les maladies respiratoires chroniques ont causé 10 pour cent de tous les décès des personnes âgées de 65 ans et plus survenus au Canada (Wilkins et al., 1988). Comme cause de mortalité, l'importance des maladies respiratoires chroniques croît aussi avec l'âge. Entre 1969 et 1986, le taux de mortalité des personnes âgées de 85 ans et plus attribuable à ces maladies a été presque trois fois supérieur à celui des personnes âgées de 65 à 74 ans (Wilkins, 1988). L'usage du tabac serait responsable de 80 pour cent des cas de cancer de poumon chez les hommes et de 40 pour cent chez les femmes.

La dépression et le suicide constituent deux problèmes de santé mentale majeurs chez les personnes âgées. Le taux de suicide, plus élevé chez les hommes âgés que chez les femmes âgées, est en croissance continue depuis 1978. Le groupe d'experts qui s'est penché sur le problème au Québec identifie plusieurs facteurs explicatifs, dont les plus importants sont le veuvage, le fait de vivre seul, l'isolement social, la maladie physique, l'alcoolisme et le sentiment d'être rejeté (Québec, 1991). La maladie d'Alzheimer, incluant la démence présénile, représente actuellement la dixième cause de mortalité au Canada. En Amérique du Nord et en Europe, cette maladie constitue la cause de démence la plus commune, comptant pour 50 à 60 pour cent de tous les cas de démence rencontrés chez les personnes âgées (Ebly, Parhad, Hogan et Fung, 1994). Les femmes en souffrent deux fois plus que les hommes, un ratio qui atteint 2,9 femmes pour un homme dans le groupe d'âge le plus avancé. Son taux de prévalence varie de 1,0 pour cent chez les personnes âgées de 65 à 74 ans à 26,0 pour cent chez les 85 ans ou plus. On note une corrélation entre la vulnérabilité à cette maladie et un faible taux de scolarité (CSHA, 1994).

#### *L'évaluation de l'état de santé actuel des personnes âgées*

Les personnes âgées sont aujourd'hui en meilleure santé que ne l'étaient les générations précédentes. Leur espérance de vie est plus longue que jamais auparavant : après son 65e anniversaire, un homme a une espérance de vie moyenne de 15,4 années et une femme, de 19,6 années (Norland, 1994). Depuis 1951, l'espérance de vie a respectivement augmenté de 2,1 et 4,6 années.

Évaluant subjectivement leur état de santé, les Québécois âgés se

disent en « bonne » ou en « très bonne » santé physique et mentale dans une proportion de 68,9 pour cent (Santé Québec, 1988). Ils avouent, en association à leur bonne condition de santé, jouir d'un niveau élevé de bien-être et de satisfaction personnelle. Selon les données de l'enquête sociale générale (ESG) de 1991, le pourcentage est encore plus élevé au niveau canadien (voir Norland, 1994). Une majorité de 72 pour cent des Canadiens âgés de 65 ans et plus ont évalué leur santé comme « excellente », « très bonne » ou « bonne ». Seulement 28 pour cent l'ont considérée comme moyenne ou mauvaise. Le niveau de satisfaction personnelle et sociale atteint 94 pour cent. Si 46 pour cent des personnes âgées souffrent d'une incapacité quelconque, seulement 20 pour cent des personnes âgées semblent nécessiter de l'aide pour leurs activités quotidiennes à cause des limitations fonctionnelles dont elles souffrent.

La littérature consultée laisse cependant penser qu'il existe une étroite association entre la classe de revenu, le sexe et la condition de santé, puisque les personnes âgées à bas revenu connaissent plus de problèmes de santé physique et mentale que les personnes aisées (Hirdes et al., 1986), et les femmes plus que les hommes (Gee et Kimball, 1987; Verbrugge, 1989). Les personnes pauvres, non blanches et peu scolarisées sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé que celles qui peuvent compter sur d'importantes ressources économiques et une longue scolarité (Baker, 1988). Les premières vivent moins longtemps et souffrent davantage de maladies cardio-vasculaires, du diabète, du cancer, et de l'hypertension (Feinstein, 1993). La proportion des hommes âgés de la classe supérieure de revenu qui disent avoir une bonne santé dépasse celle de la classe ouvrière non qualifiée

de 20 pour cent. Même à 80 ans, les femmes de la classe supérieure de revenu sont plus susceptibles de se trouver en meilleure santé que les femmes de 70 ans semi-qualifiées ou non qualifiées (Arber et Ginn, 1991).

Les effets des conditions antérieures de travail sur la santé des personnes âgées sont bien connus. Les professionnels des deux sexes, qui ont la possibilité de choisir leur domaine de travail, jouissent d'une meilleure santé à la retraite, alors que les taux de mortalité à la retraite des « cols bleus » et des travailleurs non qualifiés sont plus élevés que ceux du groupe des professionnels. En maintenant une relation positive entre l'état de santé, la longévité et le statut socio-économique, la recherche menée en Ontario par Roberge, Berthelot et Wolfson (1995) corrobore ces conclusions. La classe de revenu, le niveau d'instruction et la profession exercée affectent l'état de santé tant objectivement que subjectivement. Ce sont ces éléments qui, tout en déterminant la prévalence des problèmes de santé et les types d'incapacités, conditionnent la façon dont la personne âgée se perçoit.

Des auteurs américains établissent aussi une relation de causalité entre le statut socio-économique précaire et les mauvaises conditions de santé à la retraite, qu'ils observent spécialement chez les personnes âgées appartenant aux minorités noires, hispanophones ou amérindiennes des États-Unis (Markides et Black, 1996; Yee et Weaver, 1994). Ces minorités âgées connaissent une espérance de vie réduite. Elles souffrent beaucoup plus d'hypertension, de diabète, d'hépatite, d'arrêt cardiaque, et sont plus souvent victimes d'accidents. Les personnes âgées pauvres, noires et de sexe féminin présentent des durées et des taux de limitations fonctionnelles ou de dépendance supérieurs à ceux de

leurs contemporains de race blanche, même quand ces derniers sont plus âgés (Belgrave et Bradsher, 1994; Yee et Weaver, 1994). Ces deux dernières auteures ne laissent aucun doute sur le lien existant entre l'appartenance à une classe sociale donnée, les facteurs socio-économiques et la prévalence de certains types de maladie. Elles soutiennent que la fréquence du cancer chez les personnes âgées augmente à mesure que l'on s'élève dans les strates sociales, alors que les accidents cérébro-vasculaires dominent chez les personnes appartenant aux couches sociales inférieures.

La prévalence des maladies est aussi différentielle selon le sexe. Les maladies les plus courantes chez les femmes de tous âges sont les maladies cardiaques, l'ostéoporose et le cancer de la gorge. Les femmes souffrent deux fois plus de dépression et d'Alzheimer que les hommes, qui, par contre, ont une fréquence plus élevée de maladies cardiaques, d'asthme et de bronchites. Alors que les maladies moins mortelles comme l'arthrite, le rhumatisme, l'hypertension et les troubles mentaux se rencontrent plus souvent chez les femmes, les handicaps graves, l'emphysème et les types de cancer violents prédominent chez les hommes. Verbrugge (1989) conclut que, si les femmes vivent plus longtemps, elles souffrent plus de maladies

chroniques invalidantes. Cependant, les indicateurs de sexe et de statut socio-économique qu'on essaie de dissocier au niveau de la recherche sur l'état de santé des personnes âgées s'imbriquent très souvent dans la pratique, compte tenu du fait que les femmes constituent la majorité des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté. Celles-ci sont pauvres non parce qu'elles sont âgées, mais parce qu'elles sont victimes des inégalités structurelles rattachées au fait d'être femmes, maintiennent Arber et Ginn (1991). Discriminées sur le marché du travail au cours de leur vie active, elles n'ont pu accumuler les ressources matérielles et financières qui leur auraient permis, à la retraite, de jouir d'une bonne santé, d'avoir un accès égal aux services spécialisés de soins et de santé, ou même d'aménager des espaces personnels de sociabilité et de bien-être (*ibid.*).

### Les rapports intergénérationnels

Le vieillissement démographique, l'extension de l'espérance de vie, la baisse de la natalité, les mutations dans les structures familiales et l'intervention de l'État dans le développement des systèmes de protection sociale entraînent de profondes transformations dans les rapports entre les groupes d'âge, contribuant à la formation de nouvelles configurations dans les structures familiales (Attias-Donfut, 1995; Bourdelais, 1993, 1994; Bengtson et Giarusso, 1995).

#### *La famille comme lieu privilégié des rapports intergénérationnels*

Aujourd'hui plus qu'hier, quatre générations, parfois même cinq, peuvent faire partie d'une même famille. Ces changements dans les structures entraînent des types de rapports différents, de nouveaux genres d'interactions entre les générations, de nouvelles

façons d'exprimer les solidarités intrafamiliales se mobilisant autour d'un ensemble d'aides et de services multiformes (Buisson et Bloch, 1992), dont « les flux sont différemment orientés selon les personnes qui en bénéficient » (Conseil économique et social, 1994; Rosenthal, 1987). Ils peuvent prendre la forme d'aide financière, d'aide pratique dans les tâches quotidiennes, de garde des enfants, ou de prise en charge de parents âgés dépendants. Ils peuvent encore se matérialiser à travers l'aide au logement ou à l'aménagement du logement, l'aide à l'installation de jeunes couples, les services et les soins personnels, ou à travers une présence réconfortante au moment de périodes de crises. En d'autres mots, ces relations d'entraide, sur lesquelles se construisent les rapports intergénérationnels, recèlent des valeurs à la fois matérielles et symboliques. Elles mettent en interaction plusieurs types de solidarités qui font apparaître la famille comme une « micro-société », une organisation au sein de laquelle descendants et ascendants assument des responsabilités et accomplissent des tâches spécifiques afin de donner sens et signification à leur place dans la lignée (Bengtson et Giarusso, 1995).

Prenant appui sur une étude longitudinale réalisée aux États-Unis entre 1971 et 1991, Bengtson et Giarusso (1995) démontrent qu'après vingt ans, et malgré la maturation de la génération du milieu et le vieillissement de ses parents, la façon dont les différentes générations perçoivent la solidarité affective évolue peu. Autant en 1971 qu'en 1991, les parents s'investissent davantage que les enfants dans la relation parents-enfants; ceux-là misent beaucoup sur la solidarité affective et la vivent avec une plus grande intensité. Ainsi, en dépit des

profondes mutations dans les structures familiales et le développement des systèmes publics de protection sociale, les liens parents-enfants maintiennent à travers le temps toute leur force et leurs significations. La solidarité affective familiale intergénérationnelle est encore valorisée et demeure toujours une priorité importante dans la société contemporaine.

Le mythe de l'abandon des personnes âgées par les membres plus jeunes de leur famille ne résiste pas aux preuves empiriques offertes dans la littérature (Rosenthal, 1982, 1987; Bengtson et Harrotan, 1994). Malgré les transformations structurelles qu'elle connaît, la famille ne cesse d'être une source d'interactions et de soutien pour une large proportion de la population canadienne (Connidis, 1989). Elle assure une présence de qualité auprès de ses membres les plus âgés et leur apporte du soutien émotionnel, social et pratique. Chappell et Prince (1994) dégagent du traitement comparé des Enquêtes sociales générales de 1985 et de 1990 de Statistique Canada, ainsi que de l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de Statistique Canada de 1991, que la vaste majorité des personnes âgées au Canada font partie d'une famille (épouse-époux ou enfant) et d'un large réseau social. Elles ne sont donc pas isolées socialement. Elles reçoivent de l'aide de leur réseau informel tout au long de leur vieillesse et cette aide ne va pas en diminuant.

Dans une recherche menée par Connidis (1989) à Hamilton, Ontario, la majorité des personnes âgées déclarent être en contact avec un enfant vers lequel elles peuvent se tourner en cas de besoin, mais un conjoint, et surtout une conjointe, représentent la ressource la plus importante dont elles bénéficient. Il apparaît que, dans la plupart des cas, l'enfant soutien vit dans

l'entourage immédiat de la personne âgée interviewée. L'enquête française d'Attias-Donfut (1995) arrive à des conclusions similaires quant à l'importance de la proximité spatiale dans la structuration des rapports intergénérationnels. Elle indique que 49 pour cent des parents âgés contactés habitent à moins d'un kilomètre de chez un de leurs enfants, et que 90 pour cent se trouvent à moins de 50 kilomètres.

Les observations de Garant et Bolduc (1990), dans le cadre de leur revue de littérature<sup>11</sup> sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes et l'apport des services formels et informels, viennent encore corroborer le fait que la famille continue de représenter la plus importante source d'aide pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Elle est non seulement présente mais elle assure les soins nécessaires dans une proportion qui, selon le pays, peut aller jusqu'à 80 pour cent (Brody, 1985). D'autres études, canadiennes et américaines (Day, 1993; Chappell, 1989; Gerald, 1993; Lesemann et Martin, 1993; Monk et Cox, 1993), font mention de taux similaires. Cet apport, qui se veut à la fois matériel et affectif, persiste même quand l'institutionnalisation s'avère inévitable (Hagestad, 1995; Paquet, 1990, 1996). La famille n'est donc pas seulement une alternative aux soins institutionnels, elle joue un rôle central dans un contexte de rareté croissante des ressources publiques (Maheu et Guberman, 1992). L'aide qu'elle apporte est plus qu'importante; elle est centrale, conclut Gerald (1993).

#### *Rapports intergénérationnels, classe sociale et rôle des femmes*

La nature et l'orientation des solidarités intergénérationnelles varient toutefois en fonction de la classe sociale, du sexe et du type d'unité familiale. Par exemple, les parents de classe ouvrière reçoivent

plus d'aide de la part de leurs enfants que les parents de classe moyenne. Alors que les échanges entre les premiers se font à travers des services, les personnes de classe moyenne optent davantage pour les dons en argent et des cadeaux. Les femmes âgées de classe ouvrière sont plus susceptibles d'aller vivre chez leurs enfants, en échange des services qu'elles rendent. Les femmes âgées de classe moyenne maintiennent les contacts avec les petits enfants davantage par téléphone et par lettres. La réciprocité dans les services est courante pour la classe ouvrière, alors que les échanges occasionnels des plus vieux vers les plus jeunes restent typiques de la classe moyenne.

Les femmes d'âge moyen constituent le pivot des rapports intergénérationnels. Elles répondent à des exigences multiples autant en assurant les services instrumentaux qu'en servant d'agents de liaison entre les membres de la lignée et de sources de soutien affectif et moral pour les membres de la famille élargie. Devant parfois concilier le travail salarié, la vie familiale et les soins à donner à un proche dépendant, elles assurent une triple présence exigeant souvent une organisation complexe du quotidien qui les amène à vivre des conditions particulières (voir Maheu et Guberman, 1992; Martin-Matthews et Rosenthal, 1993; Martin-Matthews et Campbell, 1995). Toutefois, Connidis (1994) juge cette façon d'aborder la problématique de la surcharge de travail réservée aux femmes d'âge moyen un peu excessive. Elle prétend que, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé général des personnes âgées, le pourcentage de femmes qui doivent concilier travail et soins aux personnes âgées est relativement bas. La possibilité réelle d'être prises « en sandwich » se trouve ainsi limitée.

Plusieurs auteurs ont avancé différents points de vue pour expliquer cette « sexualisation » sociale du travail de soins qui, selon Hagestad (1995), est reproduite, entretenue et encouragée par les différents systèmes de politique sociale. La revue de littérature de Jutras et Renaud (1987) semble, entre autres, retenir le fait qu'historiquement, les femmes ne travaillaient pas à l'extérieur, et que leur était ainsi dévolue la responsabilité de veiller à la santé de la famille. Lesemann et Martin (1993) ajoutent qu'après les transformations opérées dans les rôles traditionnels, le travail de soin constitue l'un des indicateurs les plus fiables des dynamiques sociétales actuelles. S'il met en jeu les relations affectives inscrites tant dans « l'élan de l'amour désintéressé » que dans les relations d'obligation qui marquent les liens et les échanges familiaux, il permet également d'observer les rapports inégalitaires de sexe dans leur matérialité.

### Conclusion : les politiques sociales

Les politiques sociales ont indéniablement contribué à l'avènement des transformations des processus de vieillissement que la littérature met en évidence. Ainsi, la situation économique des personnes âgées n'a cessé de s'améliorer. Toutefois,

des inégalités profondes de revenus persistent. S'il importe que soient resserrées les mailles du filet de sécurité afin de réduire ces inégalités, il faut par contre se demander dans quelle mesure des programmes dont les prestations sont fondées sur l'âge chronologique restent encore légitimes et efficaces (Neysmith, 1987) et s'ils peuvent encore, dans un contexte de crise financière des systèmes publics de protection, répondre aux besoins d'une population âgée dont le nombre et l'espérance de vie vont en augmentant. Comme le dit Bourdelais, à 60 ans ou 65 ans, les personnes âgées d'aujourd'hui ne sont pas nécessairement vieilles ou fatiguées. Dans ces circonstances, la retraite associée à un âge précis apparaît comme une mise à l'écart de personnes encore aptes au travail et aptes à contribuer au bien-être d'une société.

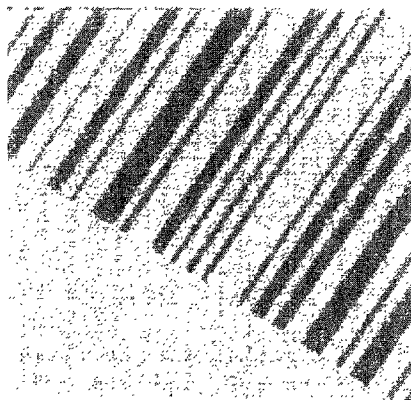
Si beaucoup de personnes âgées connaissent toujours des situations économiques difficiles, une bonne proportion d'entre elles peut toutefois disposer d'un revenu annuel satisfaisant. Aussi faut-il se demander comment les mécanismes universels de redistribution que représentent jusqu'ici les politiques sociales peuvent atteindre des objectifs d'équité s'ils restent d'abord axés sur la notion d'âge plutôt que sur une prise en compte des revenus et des besoins. Sachant que les situations socio-économiques des personnes âgées varient selon un ensemble de facteurs, le développement d'une perspective différentielle de soutien financier au processus de vieillissement s'impose car l'équité prônée par les politiques sociales ne saurait être atteinte, spécialement dans le cas des femmes, sans la prise en considération d'éléments comme les trajectoires de vie, les expériences de travail, l'accessibilité aux systèmes de pension publics et privés. Il est acquis que les programmes gouver-

nementaux continueront de constituer une source de revenu vitale pour ceux qui n'ont pas l'occasion d'épargner ou qui n'ont pas pu suffisamment travailler pour accumuler des droits à prestations. De ce point de vue, l'objectif d'améliorer la situation économique des futures personnes âgées est indissociable de la lutte à mener contre les causes de la pauvreté et de la dépendance à la retraite que sont la dualisation du marché du travail, la ghettoïsation professionnelle des femmes, les inégalités d'accès à l'emploi et les disparités salariales.

L'état de santé des personnes âgées s'est également amélioré au cours des trois dernières décennies, grâce sans doute à l'ensemble des mesures d'hygiène, de prévention, de modification des comportements nuisibles qui ont résulté des initiatives de santé publique, mais également grâce à l'accès aux soins de santé qu'a permis l'établissement d'un système universel de santé. On sait toutefois que diverses barrières culturelles et sociales continuent à limiter l'accès de certaines catégories de la population vieillissante à des comportements sains et à des soins adéquats. Il ressort qu'une majorité de personnes âgées évaluent positivement leur état de santé physique et mentale et qu'elles jouissent objectivement de bonnes conditions de santé. Partant de là, plusieurs études conduisent à penser que les coûts exorbitants des systèmes de santé ont beaucoup plus à voir avec la surmédicalisation et la surmédication de la vieillesse qu'avec le vieillissement démographique comme tel. Il faut toutefois reconnaître, encore une fois, que l'état de santé varie selon le sexe et le revenu.

Dans le domaine des soins et services sociaux, les politiques sociales ont aussi opéré un déplacement significatif vers les ressources familiales et communautaires en entamant, à la fin des années 1970,

un processus de limitation de l'institutionnalisation des personnes âgées et en facilitant en même temps le développement des services de soutien à domicile (Chappell et Prince, 1994). Ce déplacement résulte à la fois de la volonté des gouvernements de réduire les coûts des soins et services et du désir des personnes âgées de continuer à participer à la vie sociale en maintenant le plus possible leur indépendance. Le soutien à domicile est ainsi devenu le fer de lance d'une nouvelle politique sociosanitaire qui entend articuler les impératifs économiques et fiscaux aux besoins d'autonomie et d'indépendance des personnes âgées. Consistant en une réorientation des services vers le niveau local et les communautés, où prévalent en principe des rapports d'entraide et de solidarité (Lesemann et Nahmiash, 1993; Chappell et Prince, 1994), il s'inscrit dans une philosophie nouvelle qui entend mettre en relief la composante sociale de la santé, tout en accordant la priorité à la prévention. L'accent est donc porté sur les facteurs environnementaux comme l'isolement social, la pauvreté, les conditions précaires de logement et l'insécurité matérielle. Les objectifs recherchés étant l'intégration sociale, l'indépendance, l'autonomie et le respect de la vie privée, différents types de soutien informel et communautaire sont mis à la disposition des personnes âgées, « les services cherchant à compléter l'action de la famille, à mobiliser les ressources disponibles dans la communauté et surtout à coordonner l'ensemble de ces aides » (Lesemann et Nahmiash, 1993: 158). Cette évolution des politiques vers le soutien des ressources familiales a contribué à alimenter un débat relatif à un hypothétique effet de substitution des services publics aux aides familiales produit par cette offre de ser-



vices. Les études menées à ce sujet confirment de façon concordante que les services accordés aux familles ne contribuent nullement à les « déresponsabiliser » de leur rôle à l'égard de leurs proches (Chappell, 1989).

Les modalités de l'organisation du système de soins au Canada ont d'importantes conséquences sur le financement des services de soutien à domicile qui ne font pas l'objet des mesures nationales d'assistance financière. Le système a en effet été historiquement dominé, et il le demeure encore largement aujourd'hui, par la profession médicale et la logique hospitalière, en fonction des soins d'urgence et des maladies aiguës. L'organisation de l'aide aux personnes-soutiens tombe dans le domaine des soins communautaires et diffère d'une province à l'autre. À moins d'une réorientation majeure des systèmes de santé en fonction des besoins d'une population vieillissante, d'une transformation de la culture professionnelle des médecins qui demeurent les gardiens du système, des politiques vigoureuses de soutien à domicile ne pourront se développer (Chappell, 1989; Lesemann et Nahmiash, 1993).

Ces questions sont au cœur d'importantes réflexions sur le rôle des politiques sociales dans le soutien à domicile des personnes âgées

dépendantes et ouvrent des perspectives intéressantes sur les interrelations qui caractérisent les phénomènes du vieillissement, de la crise des finances publiques, de l'impact des cultures professionnelles, de l'emploi et de la prise en compte des rôles de la famille et de la sphère domestique.

Pierre-Joseph Ulysse  
Université de Montréal

Frédéric Lesemann  
INRS-Culture et société

45

## Notes

- <sup>1</sup> Pierre-Joseph Ulysse (sous la direction de Frédéric Lesemann), *Le Vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective*. Revue de la littérature, Ottawa. Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 1997, 89 p. La version synthétique présentée ici a été préparée par F. Lesemann. Le titre de l'article est emprunté à Patrice Bourdelais, qui utilise cette formule dans *L'Âge de la vieillesse* (1993).
- <sup>2</sup> Tant en Europe qu'en Amérique, cette problématique, qui se développe avec la restructuration du marché du travail et la technologisation des entreprises, est largement documentée. Parmi les principaux auteurs, on trouve H. David, A.-M. Guillemond, X. Gaullier, M. Kohli, J. Myles, V. Marshall, M. Rein, J. Quadagno. Le vieillissement au travail débute actuellement plus tôt dans la vie. Il affecte particulièrement les travailleurs âgés de 55 ans et plus. Au Québec, une recherche triennale (1995-1998) est en cours sous la direction de F. Lesemann, M.-A. Deniger et E. Shrage.
- <sup>3</sup> Fry (1996) soutient que les significations rattachées à l'âge sont fortement corrélées au modèle de société dans lequel l'individu évolue. Là où les conditions de subsistance s'avèrent précaires et les ressources rares, la tendance à faciliter des relations sociales égalitaires éclipsé la réalité de l'âge. Par contre, dans les circonstances où l'accumulation matérielle est possible, l'âge devient un mécanisme de gestion social et politique, un outil permettant non seulement de gérer les populations mais aussi de contrôler leur accès aux ressources et à la connaissance.
- <sup>4</sup> Il faut rappeler ici qu'en France, l'âge de la retraite est fixé à 60 ans.



On ne vieillit plus aujourd'hui  
de la même façon qu'hier

46

<sup>5</sup> Selon les chiffres avancés par Binstock et Day (1996), il existerait aux États-Unis plus de cent organisations nationales ayant des ramifications et des affiliations dans presque tous les États. Le nombre total des membres s'élèverait à plusieurs dizaines de millions.

<sup>6</sup> Exprimée en dollars constants de 1971, cette augmentation équivalait à 4234 dollars.

<sup>7</sup> Il est important de souligner que, malgré cette augmentation, le revenu moyen des personnes âgées reste inférieur à celui de l'ensemble de la population. Le revenu des hommes âgés était de 19 pour cent moindre que celui de l'ensemble de la population masculine, alors que celui des femmes âgées était de 13 pour cent inférieur à celui de la population féminine disposant d'un revenu moyen total déjà jugé faible.

<sup>8</sup> Alors que plus des trois quarts (76 pour cent) des personnes de 85 ans et plus ne possèdent aucun diplôme, les pourcentages sont de 70 pour cent chez les personnes de 75 à 79 ans et de 63 pour cent chez les 65-69 ans.

<sup>9</sup> En 1991, les taux d'activité s'élevaient à 14,4 pour cent pour les hommes âgés et à 5,6 pour cent pour les femmes âgées. Les taux correspondants pour l'ensemble de la population adulte étaient de 76,4 pour cent pour les hommes et de 59,9 pour cent pour les femmes.

<sup>10</sup> Les sources publiques de revenu des personnes âgées de 65 ans et plus comprennent plusieurs composantes. La sécurité de la vieillesse (SV), instituée en 1952, prévoit la mise en place d'un régime de pensions public universel garantissant un revenu minimum fixe à toutes les personnes âgées retraitées. La loi sur la sécurité de la vieillesse a subi au cours des ans d'importantes modifications. L'administration fédérale a entrepris, en 1989, de récupérer sous forme d'impôt tout ou partie des prestations chez les personnes dont le revenu dépasse 50 000 dollars, en sorte que, depuis 1994, le montant de la prestation de base n'est partiellement ou entièrement retenu que par les prestataires dont le revenu

annuel net est inférieur ou égal à 53 215 dollars.

Dans le but de remédier à la précarité économique des personnes âgées, deux autres programmes ont été ajoutés à la SV : le supplément de revenu garanti (SRG) et l'allocation au conjoint (AC). Le premier, qui date de 1967, est destiné à fournir un revenu additionnel à toutes les personnes âgées n'ayant pas d'autres sources de revenu que la SV. Instituée en 1975, l'AC est accordée aux conjoints des prestataires de la SV et aux veufs et aux veuves âgés de 60 à 64 ans ayant un faible revenu. Tout en venant compléter la SV, ces programmes s'en distinguent par leur caractère non universel ou sélectif.

La plus récente proposition de réforme vise à faire en sorte qu'à partir de 2001 soit mis en place un système unique, *La Prestation aux aîné(e)s*, combinant les allocations provenant de la SV et celles du SRG. Cette proposition envisage une réduction progressive des bénéfices en fonction du niveau de revenu jusqu'à suppression complète pour un revenu dépassant 52 000 dollars pour une personne seule ou 78 000 dollars pour un couple. Les personnes seules ou les couples dont le revenu combiné ne dépasse pas 40 000 dollars pourront en revanche recevoir des prestations plus élevées que celles auxquelles ils ont droit aujourd'hui (Canada, 1996b).

Cette transformation du système de sécurité de la vieillesse marque un tournant majeur dans la philosophie politique et sociale qui a présidé jusqu'ici à l'institution du régime public de pensions. Le gouvernement fédéral croit raisonnable de sacrifier l'universalité en vue de promouvoir l'équité, la solidarité et la responsabilisation des individus. En réservant les prestations aux personnes à revenus faibles ou moyens, il pense pouvoir assurer la viabilité du système public de retraite et freiner la croissance à long terme des pensions qui sont financées au moyen des recettes générales du Gouvernement (Canada, 1996b) tout en instaurant un système de retraite plus équitable.

À la sécurité de la vieillesse (SV) s'ajoute, pour toute personne ayant occupé un emploi, le régime de pensions du Canada (RPC) ou son équivalent au Québec. Les prestations de la Régie des rentes du Québec (RRQ). La participation à ces systèmes de pensions est obligatoire pour toute personne en emploi âgée de 18 à 70 ans. La contribution, proportionnelle au revenu, est partagée à parts égales entre l'employé et l'employeur. Le RPC-RRQ garantit des prestations réduites au conjoint en cas de décès du prestataire.

Les régimes de pension privés, en majorité parrainés par l'employeur, englobent les régimes enregistrés de pensions (REP) et les régimes de participation différée aux bénéfices (RPDB). Toutefois, contrairement

au RPC-RRQ, certains régimes de pensions privés ne contiennent pas de clause obligeant à verser des prestations au conjoint du cotisant en cas de décès du principal bénéficiaire. Rares sont aussi ceux qui intègrent une clause d'indexation à l'indice des prix à la consommation.

Un certain nombre de personnes âgées bénéficient enfin de revenus de placements ou de régimes enregistrés d'épargne-retraite (REÉR) auxquels ils ont contribué durant leur vie active.

<sup>11</sup> Cette revue de littérature porte particulièrement sur les littératures québécoise, canadienne et américaine.

## Bibliographie

ARBER, Sara, et Jay GINN. 1993. « Class, Caring and Life Course », dans Sara ARBER et Maria EVANDROU, dir. *Ageing, Independence and the Life Course*. Londres, Jessica Kingsley Publishers : 149-168.

ARBER, Sara, et Jay GINN. 1991. *Gender and Later Life : A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. Londres et Newbury Park, CA, Sage Publications.

ATTIAS-DONFUT, Claudine. 1995a. « Transferts publics et transferts privés entre générations », dans Claudine ATTIAS-DONFUT, dir. *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, Famille, État*. Paris, Nathan, coll. « Essais et recherches » : 5-24.

ATTIAS-DONFUT, Claudine. 1995b. « Le double circuit des transmissions », dans Claudine ATTIAS-DONFUT, dir. *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, Famille, État*. Paris, Nathan, coll. « Essais et recherches » : 41-82.

ATTIAS-DONFUT, Claudine, dir. 1995. *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, Famille, État*. Paris, Nathan, coll. « Essais et recherches ».

BAKER, Maureen. 1988. *Aging in Canadian Society : A Survey*. McGraw-Hill Ryerson Limited, Library of Parliament, ISBN 0-07-549173-7.

BARTHE, J. F., S. CLÉMENT et M. DRULHE. 1990. « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 23/63 : 35-46.

BELGRAVE, Linda LISKA, et Julia E. BRADSHAW. 1994. « Health as a Factor in Institutionalization : Disparities between African Americans and Whites », *Research on Aging*, 16, 2 : 115-141.

- BENGTSON, Vern, et Roseann GIARUSSO. 1995. « Effets à long terme du lien filial. Une enquête longitudinale de l'Université de Californie du Sud », dans Claudine ATTIAS-DONFUT, dir. *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, Famille, État*. Paris, Nathan, coll. « Essais et Recherches » : 83-96.
- BENGTSON, Vern L., Waner SCHAIE et Linda M. BURTON. 1995. *Adult Intergenerational Relations: Effects of Societal Change*. New York, Springer Publishing Company.
- BENGTSON, Vern L., et Robert A. HARROTAN, dir. 1994a. *Intergenerational Linkages: Hidden Connections in American Society*. New York, Springer Publishing Company.
- BINSTOCK, Robert H., et Christine L. DAY. 1996. « Aging and Politics », dans Robert H. BINSTOCK et Linda K. GEORGE, dir. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Academic Press : 362-387.
- BOURDELAIS, Patrice. 1994. « Le vieillissement de la population : question d'actualité ou notion obsolète ? », *Débat*, 82, novembre-décembre.
- BOURDELAIS, Patrice. 1993. *L'Âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement*. Paris, Odile Jacob.
- BRODY, E. M. 1985. « Parent Care as Normative Family Stress », *The Gerontologist*, 25 : 19-29.
- BUISSON, Monique, et Françoise BLOCH. 1992. « Prendre soin de ses petits-enfants, c'est donner, recevoir et rendre », *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 28/68 : 15-19.
- CANADA. 1996a. *Document d'information pour les consultations sur les régimes de pensions du Canada*. Ottawa, Ministère des Finances.
- CANADA. 1996b. *La Prestation aux aîné(e)s : assurer l'avenir*. Ottawa.
- CANADA. 1990. *Mise au point. Les aînés(e)s au Canada, une vie active et engagée*. Ottawa, Ministère d'État pour le Troisième Âge.
- CANADA. 1979. *La Retraite : politiques, pensions, propositions. Points saillants du Rapport du Comité spécial du Sénat sur les politiques relatives à l'âge de la retraite intitulé « Retraite sans douleur »*. Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING. 1994. « The Canadian Study of Health and Aging : Risk Factors for Alzheimer's Disease in Canada », *Neurology*, 44 : 2073-2080.
- CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP. 1994. « Canadian Study of Health and Aging : Study Methods and Prevalence of Dementia », *Canadian Medical Association Journal*, 150, 6 : 899-913.
- CARNEGIE INQUIRY INTO THE THIRD AGE. 1993. *Life, Work and Livelihood in the Third Age. Final Report of the Inquiry*. Carnegie United Kingdom Trust, Dunfermline, Fifé.
- CHAPPELL, Neena L. 1992. *Social Support and Aging*. Toronto, Butterworths.
- CHAPPELL, Neena L. 1989. *Formal Programs for Informal Caregivers to Elders*. Winnipeg, University of Manitoba, Centre on Aging.
- CHAPPELL, Neena L., et M. J. PRINCE. 1994. *Social Support Among Today's Seniors*. Final Report. Victoria, B. C., University of Victoria, Centre on Aging.
- CHAWIN, K. Raj. 1991. « Dépendance à l'égard des paiements de transferts, 1971-1989 », *Perspectives*. Statistique Canada, Canada.
- CONNIDIS, Ingrid ARNET. 1994. « Growing Up and Old Together: Some Observations on Families in Later Life », dans Victor MARSHALL et Barry MCPHERSON, dir. *Aging : Canadian Perspectives*. Broadview Press/Journal of Canadian Studies : 195-205.
- CONNIDIS, Ingrid ARNET. 1989. *Family Ties and Aging*. Toronto et Vancouver, Butterworths.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. 1993. *Vignette Vieillesse no 6*. Ottawa.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. 1991. *Les Conditions socio-économiques des aîné(e)s au Canada : un précis*. Ottawa.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL. 1993. « Les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées : Rapport du conseil économique et social », *Gérontologie*, 88, 4 : 17-23.
- CROWN, William H. 1989. « Trends in the Economic Status of the Aged, and the Implications for State Policy », *Journal of Aging and Social Policy*, 1, 3-4 : 89-128.
- CROWN, William H., et al. 1993. « Networth and the Economic Diversity of the Elderly », *Journal of Aging and Social Policy*, 5, 4 : 99-118.
- CRYSTAL, S., et D. SHEA. 1990. « Cumulative Advantage, Cumulative Disadvantage, and Inequality among Older People », *Gerontologist*, 30, 4 (août) : 437-443.
- DAY, Peter. 1993. *Perspectives on Later Life*. Londres, Whiting and Birch.
- DEATON, R. L. 1989. *The Political Economy of Pensions : Power, Politics and Social Change in Canada, Britain, and the United States*. Vancouver, University of British Columbia.
- DENTON, Frank, Christine FEAVER et Byron SPENCER. 1986. « Prospective Aging of the Population and its Implications for the Labour Force and Government Expenditures », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 5, 2 (été) : 75-98.
- DESJARDINS, Bertrand, et Jacques LÉGARÉ. 1984. « Le seuil de la vieillesse : quelques réflexions de démographes », *Sociologie et sociétés*, 16, 2 (octobre) : 37-48.
- EBLY, E., I. M. PARHAD, D. B. HOGAN et T. S. FUNG. 1994. « Prevalence and Type of Dementia in the Very Old : Results from the Canadian Study of Health and Aging », *Neurology*, 44 : 1593-1600.
- ÉMOND, Aline. 1988. *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*. Publications du Québec.
- ESPING-ANDERSEN, Gösta. 1997. « L'État social sans travail », dans MIRE. *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*. Paris, MIRE.
- ESTES, C. L., et L. A. BINNEY. 1989. « The Bio-Medicalization of Aging », *The Gerontologist*, 29 : 587-596.
- FALKINGHAM, Jane, et Paul JOHNSON. 1992. « Income and the Elderly », *Review in Clinical Gerontology*, 2, 4 (novembre) : 343-351.
- FEINSTEIN, J. S. 1993. « The Relation between Socioeconomic Status and Health », *Milbank Quarterly*, 71 : 279-322.
- FRENKEN, Hubert, et Karen MASER. 1992. « Le régime de pensions d'employeur. Qui y participe ? » *Perspectives*, 4, 4 (hiver) : 30-38. Statistique Canada, 75-001F.
- FRIES, James. 1983. « The Compression of Morbidity », *Milbank Quarterly*, 61, 3 : 397-419.
- FRIES, James. 1980. « Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity », *New England Journal of Medicine*, 303 : 130-135.
- FRY, Christine L. 1996. « Age, Aging, and Culture », dans Robert H. BINSTOCK et Linda K. GEORGE, dir. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Academic Press : 117-136.
- GARANT, Louise, et Mario BOLDUC. 1990. *L'Aide aux personnes âgées : mythes et réalités*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation.
- GEE, Ellen, et Susan MCDANIEL. 1991. « Pension Politics and Challenges : Retirement Policy Implications », *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 17, 4 (décembre) : 456-472.
- GEE, Ellen M., et Meredith M. KIMBALL. 1987. *Women and Aging*. Toronto et Vancouver, Butterworths.

- GERALD, L. B. 1993. « Paid Family Caregiving : A Review of Progress and Policies », *Journal of Aging and Social Policy*, 5, 1-2 : 73-89.
- GINN, Jay. 1993. « Grey Power : Age-Based Organisations' Response to Structured Inequalities », *Critical Social Policy*, 13, 2 : 23-47.
- GRAND'MAISON, Jacques. 1994. « Un nouveau pacte intergénérationnel », dans Jacques GRAND'MAISON et Solange LEFEBVRE, dir. *La Part des aînés*. Montréal, Fides : 335-356.
- GRUEMBERG, E. M. 1977. « The Failure of Success », *Milbank Quarterly/Health and Society*, 55 : 3-24.
- GUILLEMARD, Anne-Marie. 1995. « Emploi, protection sociale et cycle de vie. Résultats d'une comparaison internationale des dispositifs de sortie anticipée d'activité », dans Anne-Marie GUILLEMARD, Jacques LÉGARÉ et Pierre ANSART, dir. *Entre travail, retraite et vieillesse. Le grand écart*. Paris, L'Harmattan : 43-67.
- GUILLEMARD, Anne-Marie. 1989. « Être vieux ou vieille, une question de jugement social », *Actes du colloque sur le vieillissement au travail, une question de jugement*. Montréal : 11-13.
- GUILLEMARD, Anne-Marie, et Martin REIN. 1993. « Comparative Patterns in Retirement : Recent Trends in Developed Societies », *Annual Review of Sociology*, 19 : 469-503.
- GUILLEMARD, Anne-Marie, et Hermann Van GUNSTEREN. 1991. « Pathways and their Prospects : A Comparative Interpretation of the Meanings of Early Exit », dans Martin KOHLI et al., dir. *Time for Retirement : Comparative Studies on Early Exit from the Labor Force*. Cambridge University Press.
- HAGESTAD, Gunhild. 1995. « La négociation de l'aide : jeux croisés entre familles, sexes et politiques sociales », dans Claudine ATTIAS-DONFUT, dir. *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, Famille, État*. Paris, Nathan, coll. « Essais et Recherches » : 157-168.
- HARDY, Melissa, et Lawrence E. HAZELRIGG. 1993. « The Gender of Poverty in an Aging Population », *Research on Aging*, 15, 3 (septembre) : 243-278.
- HIRDES, John P., et al. 1986. « The Association between Self-reported Income and Perceived Health Based on the Ontario Longitudinal Study of Aging », *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 5, 3 : 189-204.
- JAVEAU, Claude. 1994. « Les enjeux d'une société vieillissante », *Gérontologie*, 3 : 17-22.
- JUTRAS, Sylvie, et Marc RENAUD. 1987. *Personnes âgées et aidants naturels. Éléments pour une réflexion sur la prévention dans le plan d'ensemble « La santé pour tous »*. Santé et Bien-être social Canada.
- KART, C. S., et al. 1989. « Comparing the Economically Disadvantaged and the Pension Elite : 1980 Census Politics », *Gerontologist*, 29, 6 (décembre) : 745-749.
- KILTY, K. M. 1990. « Social Security, Private Resources, and the Economic Security of Older Americans », *Journal of Aging Studies*, 4, 1 (printemps) : 97-109.
- KOHLI, Martin. 1989. « Réorganiser le processus de retraite : les entreprises, les syndicats et l'État », *Actes du colloque « Le vieillissement au travail, une question de jugement »*. Montréal : 92-97.
- KOHLI, Martin, et al. 1991. *Time for Retirement : Comparative Studies on Early Exit from the Labor Force*. Cambridge University Press : 67-96.
- KRAMER, M. 1981. *The Increasing Prevalence of Mental Disorders : Implications for the Future*. Communication présentée à la National Conference on the Elderly Desinstitutionalized Patient in the Community, Arlington, Virginie.
- LEMIEUX, R. 1990. « Vieillir : une question de sens ? », *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 23/63 : 25-33.
- LESEMANN, Frédéric, et Claude MARTIN. 1993. *Les Personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris, La Documentation française.
- LESEMANN, Frédéric, et Daphne NAHMIASH. 1993. « Canada : logiques hospitalières et pratiques familiales de soins au Québec », dans F. LESEMANN et C. MARTIN, dir. *Les Personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris, La Documentation française : 155-170.
- LESEMANN, Frédéric, et Claude MARTIN. 1992. « Prendre soin : liens sociaux et médiations institutionnelles », *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 28/68.
- MAHEU, Pierre, et Nancy GUBERMAN. 1992. « Familles, personnes adultes dépendantes et aide naturelle : entre le mythe et la réalité », *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 28/68 : 51-62.
- MAHEU, Louis, et Hélène DAVID. 1989. « Pourquoi se préoccuper du vieillissement au travail », *Actes du colloque « Le vieillissement au travail. une question de jugement »*. Montréal : 9-10.
- MANTON, K. G. 1982. « Changing Concepts of Mortality and Morbidity in the Elderly Population », *Milbank Quarterly*, 60 : 183-244.
- MARKIDES, Kyriakos, et Sandra BLACK. 1996. « Race, Ethnicity, and Aging : The Impact of Inequality », dans Robert H. BINSTOCK et Linda K. GEORGE, dir. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Academic Press : 153-170.
- MARSHALL, Victor, et Barry MCPHERSON, dir. 1994. *Aging : Canadian Perspectives*. Broadview Press/ Journal of Canadian Studies.
- MARTEL, Laurent. 1994. *Passage de la vie active à la vie de retraite. Vers une plus grande autonomie des personnes âgées ? Synthèse des travaux existants*. Montréal, Université de Montréal, Département de démographie.
- MARTIN-MATTHEWS, Ann, et C. J. ROSENTHAL. 1993. « Balancing Work and Family in an Aging Society : The Canadian Experience », dans G. L. MADDOX et M. P. LAWTON, éd. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics : Focus on Kinship, Aging and Social Change*. New York : Springer Publishing Company.
- MARTIN-MATTHEWS, Ann, et L. D. CAMPBELL. 1995. « Gender Roles, Employment and Informal Care », dans S. ARBER et J. GINN, éd. *Connecting Gender and Ageing : Sociological Approaches to Gender Relations in Later Life*. Londres, Open University Press.
- MCDONALD, Lynn, et Richard A. WARNER. 1987. « Retirement in a Dual Economy : The Canadian Case », dans Victor W. MARSHALL, dir. *Aging in Canada : Social Perspectives*. Fitzhenry & Whiteside, 2e édition : 245-261.
- MONK, Abraham, et Carole COX. 1993. « États-Unis. Un système fragmenté : professionnalisme et contribution », dans F. LESEMANN et C. MARTIN, dir. *Les Personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris, La Documentation française : 171-195.
- MYLES, John. 1989. *Old Age in the Welfare State : The Political Economy of Public*

- Pensions*. Lawrence, KS, University of Kansas Press.
- MYLES, John, et Les TEICHROEV. 1989. « Une politique dualiste : la politique de la vieillesse au Canada », *Actes du colloque « Le vieillissement au travail, une question de jugement »*, Montréal : 14-24.
- NEYSMITH, Sheila. 1987. « Social Policy Implications of an Aging Society », dans Victor MARSHALL, dir., *Aging in Canada. Social Perspectives*. Fitzhenry et Whiteside, 2e édition : 586-597.
- NORLAND, J. A. 1994. *Profil des personnes âgées au Canada*. Statistique Canada, no 96-312F.
- NORTHCOTT, Herbert. 1992. *Aging in Alberta : Rhetoric and Reality*. Alberta. Detselig Enterprises Ltd., ISBN 1-55059-049-9.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 1994a. « Les nouvelles orientations de la politique sociale », *Études de politiques sociales*, 12. Paris, OCDE.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 1994b. « Protéger les personnes âgées dépendantes », *Études de politiques sociales*, 14. Paris, OCDE..
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 1988. *Le Vieillissement démographique : conséquences pour les politiques sociales*. Paris, OCDE.
- ODERKIRK, Julian. 1996a. « Programmes gouvernementaux de sécurité du revenu à l'intention des personnes âgées : Sécurité de la vieillesse », *Tendances sociales canadiennes*, 40 (printemps) : 3-8.
- ODERKIRK, Julian. 1996b. « Programmes gouvernementaux de sécurité du revenu à l'intention des personnes âgées : Régime de pensions du Canada (RPC) et Régime de rentes du Québec (RRQ) », *Tendances sociales canadiennes*, 40 (printemps) : 9-17.
- OJA, G., et R. LOVE. 1988. *Pensions et revenus des personnes âgées au Canada. 1971-1985*. Statistique Canada, no 13-588, 2 (juin).
- PAQUET, Mario. 1996. « La prévention auprès des personnes-soutien de personnes âgées dépendantes », *Canadian Social Work Review*.
- PAQUET, Mario. 1990. « Les conséquences de la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie : une recherche exploratoire », *Intervention*, 85, mars : 101-109.
- PRATT, Henry J. 1993. *Gray Agenda : Interest Groups and Public Pensions in Canada, Britain, and the United States*. Ann Arbor, University of Michigan Press.
- QUÉBEC. Bureau de la statistique du Québec. 1995. *Le Québec statistique* (60e éd.). Les Publications du Québec, ISBN 2-551-16086.
- QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1991. *Vers un nouvel équilibre des âges. Rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées*. Québec.
- ROBERGE, Roger, Jean-Marie BERTHELOT et Michael WOLFSON. 1995. « Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socio-économique », *Rapports sur la santé*, 7, 2. Statistique Canada, no 82-003.
- ROSENTHAL, Carolyn. 1987. « Aging and Intergenerational Relations in Canada », dans Victor MARSHALL, dir. *Aging in Canada : Social Perspectives*. Fitzhenry & Whiteside, 2e édition : 311-342.
- ROSENTHAL, Carolyn. 1982. « Family Responsibilities and Concerns : A Perspective on the Lives of Middle-Aged Women », *Documentation sur la recherche féministe*, 4, 3 : 211-212.
- SANTÉ QUÉBEC. 1988. *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*. Les Publications du Québec.
- SCHABER, Gaston. 1995. « Don de temps, don d'argent, don d'espace. Les flux intergénérationnels aux États-Unis et au Luxembourg », dans Claudine ATTIAS-DONFUT, dir. *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, Famille, État*. Paris, Nathan, coll. « Essais et recherches » : 97-113.
- SCHNEIDER, E. L., et J. A. BRODY. 1983. « Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity : Another View », *New England Journal of Medicine*, 309 : 854-856.
- SIMMONS-TROPEA, Daryl, et Richard OSBORN. 1987. « Disease, Survival and Death : The Health Status of Canada's Elderly », dans Victor W. MARSHALL, dir. *Aging in Canada : Social Perspectives*. Fitzhenry & Whiteside, 2e édition : 399-423.
- STATISTIQUE CANADA. 1996. *Programmes de revenu de retraite au Canada : un aperçu statistique*. Statistique Canada, no 74-507-XPB.
- STATISTIQUE CANADA. 1994. *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu*. Statistique Canada, no 13-207.
- STATISTIQUE CANADA. 1990. *A Portrait of Seniors in Canada : Target Group Project*. Statistique Canada, no 89-519.
- STOKES, Julie, et Joan LINDSAY. 1996. « Major Causes of Death and Hospitalization in Seniors », *Maladies chroniques au Canada* (version dactylographiée).
- VERBRUGGE, L. M. 1989. « Gender, Aging and Health », dans K. MARKIDES, dir. *Aging and Health : Perspectives on Gender, Race, Ethnicity and Class*. Newbury Park, CA. Sage Publications : 23-78.
- WALKER, A. 1983. « The Origins and Maintenance of Interest Groups in America », *American Political Science Review*, 77 : 390-406.
- WILKINS, Kathryn, Susan MORRIS et Rachel LANE. 1988. « Mortalité et morbidité dans la population âgée du Canada. Rétrospective », *Maladies chroniques au Canada* : 85-90.
- WILKINS, Kathryn. 1995. « Causes de décès : différences entre les sexes », *Rapports sur la santé*, 7, 2. Statistique Canada, no 82-003 : 39-50.
- YEE, K. Barbara, et Gayle D. WEAVER. 1994. « Ethnic Minorities and Health Promotion : Developing a "Culturally Competent" Agenda », *Generations*, 18, 1 (printemps) : 39-43.