

LE VIEILLISSEMENT DES POPULATIONS: LES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES EN PERSPECTIVE

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Rapport préparé par
Pierre-Joseph Ulysse
sous la direction de Frédéric Lesemann
INRS-Culture et Société
pour la Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce rapport, veuillez communiquer avec la:

Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada, Indice d'adresse 4203A
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél.: (613) 952-7606
Télec.: (613) 957-7627
E-mail: seniors@inet.hwc.ca
Internet: <http://www.hwc.ca/datahpsb/seniors/index.html>

This report is also available in English under the title *Population Aging: An Overview of the Past Thirty Years. Review of the Literature.*

Les opinions exprimées dans ce texte sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

RÉSUMÉ

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 surtout marquée par la création de toute une série de programmes sociaux destinés à améliorer les conditions de vie des personnes âgées.

L'objectif des mesures introduites consistait alors à répondre à une situation urgente de pauvreté matérielle, de santé déficiente et d'isolement social. 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, 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 situation financière, sanitaire et sociale des personnes âgées a toutefois considérablement évolué au cours des 30 dernières années. On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon qu'hier. Étant donné que l'âge chronologique est resté le pilier des politiques de la vieillesse, et compte tenu des changements advenus au cours de cette période, il est devenu légitime de questionner la viabilité de telles politiques et leur capacité de répondre adéquatement aux nouveaux besoins des personnes âgées. La représentation des personnes âgées qui se dégage de ces politiques est celle d'un groupe vulnérable; dans quelle mesure correspond-elle encore aux sexagénaires d'aujourd'hui? Les seuils d'âge, qui ont été fixés depuis le début des années 60, restent-ils encore valables? Dans quelle mesure reflètent-ils la réalité économique et sociale de la vieillesse d'aujourd'hui?

La revue de la littérature que propose cette étude vise à documenter cette problématique. Elle a pour principal centre d'intérêt le Canada, mais elle inclut dans la mesure du possible des informations et des références en provenance d'autres pays. Tout en tenant compte des dimensions démographiques, économiques et sociologiques du vieillissement, cette revue de la littérature insiste sur le fait que le vieillissement n'est pas un processus homogène et qu'il est au contraire différentiel selon le sexe, la classe de revenu et la scolarité, ainsi que le niveau d'insertion dans des réseaux familiaux, communautaires et sociaux.

Une première partie permet de distinguer divers modèles d'analyse du vieillissement qui ont prévalu depuis une trentaine d'années. Elle s'attarde en particulier à la perspective dite «du troisième âge». Apparue au cours des années 70, cette perspective témoigne des transformations qu'a connues la réalité du vieillissement depuis la création des grands systèmes

de protection de la vieillesse. Notons en particulier la transition d'une vision de cette population marquée par la pauvreté et la dépendance à une vision caractérisée par l'autonomie et l'initiative dans des conditions économiques nettement plus favorables.

La seconde partie de l'étude porte justement sur la situation économique des personnes âgées qui s'est considérablement améliorée au cours des 30 dernières années. Cette amélioration se manifeste dans l'accroissement du revenu moyen des personnes âgées et la diminution de la proportion de celles vivant sous le seuil de faible revenu, autant parmi celles faisant partie d'une famille que parmi celles qui vivent seules. Aujourd'hui plus qu'hier, un grand nombre de personnes âgées peuvent compter sur d'autres sources de revenu que la Sécurité de la vieillesse (SV) et le Supplément de revenu garanti (SRG). Il s'agit en fait des prestations tirées du Régime de pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec (RPC/RRQ), des systèmes de pension privés et des revenus de placements. Les revenus de transferts demeurent toutefois la principale source de revenu pour une bonne majorité, spécialement pour les femmes seules. Les personnes âgées, en termes de ressources financières et économiques disponibles, ne constituent pas un bloc homogène. Il existe entre elles des disparités selon le sexe et la classe de revenu. Alors que la majorité d'entre elles, environ 60%, disposent d'un revenu de moins de 15 000\$, 4,8% peuvent compter sur un revenu annuel dépassant 50 000\$, et 1% bénéficie d'un revenu annuel dépassant 100 000\$.

On sait aussi que la probabilité d'être pauvre est plus grande pour les femmes que pour les hommes, pour les personnes seules que pour celles vivant en couple ou en famille. Non seulement les hommes touchent des pensions privées dans des proportions plus importantes que les femmes, mais le montant moyen dans la composition de leur revenu provenant de ces pensions est aussi plus élevé. La majorité des femmes âgées comptent généralement sur les programmes de transferts de l'État. Certaines études ont montré que ces disparités relèvent des processus de différenciation auxquels les individus sont soumis au cours leur vie active. Ce sont les opportunités ou les contraintes rencontrées spécifiquement sur le marché de l'emploi qui déterminent la qualité de vie à la retraite, ainsi que le niveau de dépendance à l'égard des transferts gouvernementaux. De cette façon, l'analyse approfondie de l'incidence de la pauvreté à la retraite et des inégalités entre les personnes âgées renvoie nécessairement à la vie de travail, puisqu'il apparaît que la classe de revenu d'emploi constitue le principal déterminant de la possibilité d'épargner pour sa retraite et de devenir économiquement indépendant et autonome.

La troisième partie de l'étude met en évidence qu'aujourd'hui les personnes âgées jouissent d'une meilleure santé que celles qui les ont précédées. La majorité d'entre elles évaluent leur santé de façon positive. Ce niveau élevé de bien-être physique et psychologique est toutefois conditionnel à une bonne insertion sociale et à une absence relative de maladies chroniques. On constate encore que la prévalence des maladies infectieuses tend à diminuer, alors que des maladies dégénératives telles l'Alzheimer et les cancers persistent à représenter des menaces constantes pour l'autonomie des personnes âgées. En revanche, même si les maladies coronariennes continuent d'être la principale cause de mortalité et d'hospitalisation chez les personnes âgées, leur taux de prévalence a considérablement diminué au cours des dernières années. On constate également l'existence d'une relation significative entre le sexe, la classe de revenu, les «patterns» de maladie et la condition de santé. Même si leur espérance de vie est plus longue, les femmes connaissent beaucoup plus de problèmes de santé et souffrent beaucoup plus de maladies chroniques que les hommes.

Au plan des liens sociaux et des rapports intergénérationnels, on constate (quatrième partie) que malgré les profondes transformations survenues dans les structures familiales, les liens familiaux ne sont pas pour autant affaiblis. L'analyse du développement des rapports intergénérationnels laisse percevoir la famille comme un lieu où se construisent divers types de solidarités. Elle est non seulement présente dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais elle assure la majorité des soins qu'elles reçoivent. Toutefois, si les rapports intergénérationnels sont des rapports d'échange et de solidarité, ils varient en nature selon l'appartenance de classe, le sexe et l'état matrimonial. Disposant de peu de ressources économiques et jouissant parfois de conditions de santé précaires, les personnes âgées de la classe inférieure de revenu, surtout les femmes seules, sont généralement moins autonomes que celles de la classe moyenne. Les femmes d'âge moyen constituent aussi le pivot des solidarités intergénérationnelles familiales. Leur participation dans le maintien à domicile, leur présence sur le marché du travail, et les tâches ménagères les exposent souvent à une surcharge de travail qui les atteint physiquement et émotionnellement.

En cinquième partie, l'étude souligne l'importance pour les politiques sociales de tenir davantage compte des transformations identifiées si elles veulent continuer à répondre aux besoins réels d'une population vieillissante. Au plan des ressources économiques, il est inévitable, dans un but d'équité, que les transferts soient de plus en plus ciblés sur les personnes dont les revenus de travail ou de placements sont faibles ou inexistantes. À titre préventif pour les futures personnes âgées, il est aussi indispensable que les politiques gouvernementales

s'attaquent aux 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.

Au plan des soins et des services sociaux, le tournant qu'ont pris les politiques sociales vers la réduction de l'institutionnalisation et le développement des services de soutien à domicile doit s'accompagner des aides financières et professionnelles adéquates à destination des familles et particulièrement des femmes qui assument la plus grande partie du travail de soins. Deux logiques parallèles de soins, une logique familiale fondée sur la notion de devoir et de réciprocité, et une logique institutionnelle fondée sur la notion d'équité conjuguant à celle d'universalité, sont «condamnées» à interagir et à s'articuler. C'est là l'un des enjeux majeurs de l'évolution des services et des politiques destinés aux personnes âgées.

REMERCIEMENTS

Le directeur du projet, Frédéric Lesemann, tient à remercier la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada qui a appuyé financièrement ce projet ainsi que toutes les personnes qui ont collaboré au projet, notamment:

Pierre-Joseph Ulysse, qui a mené la recherche bibliographique, effectué la synthèse du matériel recueilli et rédigé la plus grande partie du rapport.

De la Division du vieillissement et des aînés:

Louise Plouffe, qui a agi à titre de personne-ressource;
Joan Lindsay, pour son apport au chapitre consacré à la santé;
Francine Leduc, pour sa collaboration à la gestion du projet.

De l'Institut universitaire de gérontologie sociale:

Yves Carrière, pour son appui au chapitre consacré au revenu.

De l'Institut national de la recherche scientifique, INRS-Culture et Société:

Thérèse Lespérance et Hélène Brien, qui ont assuré la mise en page du rapport.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
REMERCIEMENTS	v
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
PERSPECTIVES D'ANALYSE DU VIEILLISSEMENT	5
1.1 Le modèle du vieillissement chronologique	5
1.2 Le modèle du vieillissement social	6
1.3 La perspective du troisième âge	9
1.4 Le modèle politique du «pouvoir gris»	13
1.5 Le modèle du vieillissement différentiel	14
CHAPITRE 2	
LE REVENU	18
2.1 Les principales sources de revenu des personnes âgées de 65 ans et plus et leur évolution dans le temps	20
2.2 L'évolution de la situation économique des personnes âgées au cours des dernières décennies	20
2.3 L'importance des principales sources de revenu des personnes âgées	24
2.4 Une progression de revenu à deux vitesses	29
CHAPITRE 3	
LA SANTÉ	34
3.1 Deux façons d'aborder la problématique de la santé chez les personnes âgées	34
3.2 L'évolution des <i>patterns</i> de maladie, des causes de mortalité et de morbidité chez les personnes âgées	35
3.3 Les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées	39
3.4 L'évaluation de l'état de santé actuel des personnes âgées	41
CHAPITRE 4	
LES RAPPORTS INTERGÉNÉRATIONNELS	45
4.1 Les types de rapports intergénérationnels et les générations-pivots	45
4.2 La famille comme lieu privilégié des rapports intergénérationnels	48
4.3 Rapports intergénérationnels, classe sociale et rôle des femmes	51
CHAPITRE 5	
LEÇONS POUR LES POLITIQUES SOCIALES	54
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
TABLEAUX ET GRAPHIQUES	79

INTRODUCTION

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 surtout marquée par la création de toute une série de programmes sociaux destinés à améliorer les conditions de vie des personnes âgées. L'objectif des mesures introduites consistait alors à répondre à une situation urgente de pauvreté matérielle, de santé déficiente et d'isolement social. 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, 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 la fixation de ces seuils d'âge est dérivée de l'acception 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 le retrait du citoyen âgé de la vie sociale et économique. Les stéréotypes négatifs étroitement associés au fait de devenir «vieux» à 60 ou 65 ans, ont amené la mise en place, dans les années 80, d'une politique d'intégration visant à agir sur le niveau de revenu des personnes âgées et à favoriser leur indépendance aussi longtemps que possible. Étant donné que l'âge chronologique est resté le pilier des politiques de la vieillesse, et compte tenu des changements advenus au cours des 30 dernières années, il est devenu légitime de questionner la viabilité de telles politiques et leur capacité de répondre adéquatement aux nouveaux besoins des personnes âgées. La représentation des personnes âgées qui se dégage de ces politiques est celle d'un groupe vulnérable; dans quelle mesure correspond-elle encore aux sexagénaires d'aujourd'hui? Les seuils d'âge, qui ont été fixés depuis le début des années 60, restent-ils encore valables? Dans quelle mesure reflètent-ils la réalité économique et sociale de la vieillesse d'aujourd'hui?

Ces différents niveaux de questionnement qui sont au coeur même du processus de réorientation de l'État-providence font l'objet d'importants débats. Par exemple, Bourdelais (1993, 1994) formule l'hypothèse que, contrairement au vieillissement démographique qui tend à figer les réalités humaines et sociales de l'âge, la vieillesse a changé. Vu l'amélioration de l'état de santé et de la situation économique des personnes âgées, il existe une différence flagrante entre la réalité de l'âge et la notion du vieillissement de la population construite sur la fixité du seuil d'entrée dans la vieillesse. Non seulement «les nouveaux vieux» sont en «meilleure forme physique et morale», mais ils disposent des atouts économiques et sociaux qui rendent leur place centrale dans la société actuelle (*id.*, 1994).

Les politiques de la vieillesse ne reflètent souvent pas les mutations sociologiques qui ont caractérisé ces 30 dernières années; elles reposent en effet sur une immuabilité du seuil d'entrée dans la vieillesse qui ne favorise pas la distinction entre le vieillissement biologique et le vieillissement réel. Tenter de cerner le processus actuel du vieillissement nécessite donc une double distanciation: d'abord, par rapport aux modes de pensée construits à partir de grandes catégories statistiques, ensuite, par rapport aux notions prévalentes de dysfonctionnement, de dépendance et de dégradation statutaire causée par l'âge.

Si cette perspective sert de toile de fond à cette **revue de la littérature** dont le Canada constitue le principal centre d'intérêt¹, nous entendons y apporter toutefois une nuance importante. Car, tout en cherchant à tenir compte des dimensions démographiques, économiques et sociologiques du vieillissement, nous reconnaissons que le vieillissement n'est pas un processus uniforme. Il est différentiel selon le sexe, la classe de revenu et la scolarité, ainsi que le niveau d'insertion dans des réseaux familiaux, communautaires et sociaux. Dans cette perspective, nous avons donc cherché à établir une revue de la littérature qui permette d'identifier les grandes caractéristiques de l'évolution du vieillissement au cours des trois dernières décennies.

¹ Cela ne nous empêche pas toutefois de nous référer à d'autres pays chaque fois que des informations sont disponibles.

Nous nous sommes alors heurtés à une *difficulté majeure*. Contrairement aux études prospectives, le nombre d'études *rétrospectives* se révèle limité, pour ne pas dire quasi inexistant. Face à ce manque, qui mériterait évidemment d'être comblé, nous avons dû nous rabattre sur une littérature peu spécialisée et éparse. Il s'ensuit inévitablement une *relative hétérogénéité des sources*. La grande leçon de cette démarche de **revue de la littérature** est de laisser entrevoir l'intérêt d'un regard rétrospectif sur les vieillissements dans les sociétés industrialisées qui nous permettrait de mettre en perspective, et donc de mieux les comprendre, les problèmes de société auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui.

Cette revue est structurée autour de trois thèmes principaux: le revenu des personnes âgées, leurs conditions de santé et 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, nous présentons dans la première partie différentes perspectives d'analyse qui ont marqué la problématique du vieillissement. Cela nous permet de voir comment la perception de la vieillesse a évolué à travers le temps, et comment une approche comme celle du «troisième âge» a émergé au début des années 70, à partir d'un ensemble d'éléments conjoncturels favorables. Nos commentaires nous permettent d'esquisser les prémisses d'une approche différentielle du vieillissement. La deuxième partie concerne l'évolution des ressources économiques et financières des personnes âgées au cours des 30 dernières années. Disposant de diverses sources de revenu dont les principales sont les transferts gouvernementaux, les régimes d'assurance privés et les revenus de placements, les personnes âgées jouissent d'un niveau de vie plus élevé qu'hier. Si la troisième partie aborde la question de la santé, la quatrième se concentre sur les transformations des structures familiales, devenues multigénérationnelles. De telles transformations associées à l'allongement de l'espérance de vie, à une situation économique meilleure et à de bonnes conditions de santé, produisent de nouveaux types de rapports, d'échanges et de solidarités au sein de la famille. Enfin, la dernière partie est consacrée à une brève réflexion sur le rôle et la contribution des politiques sociales relatives au vieillissement dans un contexte de changement profond des réalités économiques, sociales et culturelles sur lesquelles elles visent à intervenir.

Nous tenons à remercier les généreux lecteurs et lectrices de versions antérieures de ce texte pour leurs commentaires et leurs suggestions. Nous avons essayé d'en tenir compte dans toute la mesure possible.

CHAPITRE 1

PERSPECTIVES D'ANALYSE DU VIEILLISSEMENT

1.1 Le modèle du vieillissement chronologique

Le vieillissement de la population est souvent abordé en termes d'accroissement démographique de la classe d'âge atteignant 65 ans, c'est-à-dire l'âge de la retraite. Cette approche quantitative du vieillissement est généralement associée aux préoccupations des pouvoirs publics qui considèrent les personnes âgées comme un fardeau mettant en péril l'avenir des programmes sociaux et la capacité des États de les financer adéquatement (voir OCDE, 1994a). De cette perspective transformant l'âge chronologique en indicateur de la dépendance découle une logique objectivante qui répond davantage à une nécessité statistique qu'elle ne permet de traduire les réalités actuelles de la vieillesse. Son utilité pratique pour la gestion institutionnelle conduit en même temps à une représentation sursimplifiée des réalités de la vie quotidienne des personnes âgées (Desjardins et Légaré, 1984).

De son côté, l'approche cognitive adoptée par 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 d'habitat, d'alimentation, et souffrant de graves déficiences physiques et mentales les rendant totalement ou partiellement 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 l'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 à 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).

1.2 Le modèle du vieillissement social

Se démarquant des deux perspectives précédentes, certains auteurs cherchent à atténuer l'importance de l'âge chronologique en présentant le vieillissement comme un processus à la fois biologique, psychologique et social (voir Lesemann et Martin, 1993; Lemieux, 1986). D'autres ont plutôt tendance 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 aînés soit la justification de la réduction des dépenses sociales. Le vieillissement social 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, 1989: 11). 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». De son côté, un auteur belge, Claude Javeau (1994), décrit 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'oeuvre 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 la mise en place de la retraite obligatoire, que Kohli (1989: 92) définit comme «une construction sociale liée directement à des éléments fondamentaux des sociétés capitalistes contemporaines». Cependant, cette idée relativement récente, dont l'institutionnalisation coïncide avec le passage d'une économie agraire et familiale à une économie industrielle (Kohli, 1989), tient sa forme actuelle des politiques publiques des sociétés modernes (Myles, 1989).

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 préretraite² qui conduit à l'exclusion de l'emploi des personnes non seulement toujours en âge de travailler mais encore aptes au travail. Parce qu'ils font partie d'une main-d'oeuvre vieillissante, ces travailleurs sont considérés comme peu flexibles, résistants aux changements technologiques, incapables de répondre à la compétitivité et comme ayant un niveau de productivité moindre que celui des jeunes. Sous prétexte de vouloir libérer de l'emploi pour les plus jeunes, la plupart des États encouragent le développement d'une politique de gestion de la main-d'oeuvre en procédant à diverses sortes d'«arrangements institutionnels» contribuant à assurer aux travailleurs licenciés un revenu, en attendant d'être éligibles à la pension de retraite (Guillemard, 1989). De cette façon, autant dans le cas de la retraite que dans celui de la préretraite, l'âge, tout comme la race et le sexe, est érigé en critère de catégorisation sociale et de ségrégation (Arber et Ginn, 1991): l'exclusion des travailleurs âgés du marché de l'emploi n'est pas opérée à partir de leur condition de santé ou de leurs aptitudes au travail, mais à partir d'un ensemble de stéréotypes reliés spécifiquement à l'âge chronologique.

² 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. Guillemard, 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.

Dans son rapport présenté deux ans après sa création, le Comité spécial du Sénat 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 (Canada, 1979: 5). 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 (Canada, 1979: 5). 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 chronologique³. Fry (1996: 118) soutient que: «l'âge est une dimension de la vie sociale qu'on utilise pour manipuler les gens et prendre des décisions à leur sujet. Il s'ensuit, ajoute-t-elle, que l'âge constitue un problème dans l'organisation de la société.»

De telles réflexions nous permettent donc d'affirmer que le concept de vieillissement transcende la réalité biopsychologique qu'il aide ordinairement à nommer. Dérivant de certaines valeurs en fonction desquelles nous pensons notre rapport au travail et à la société, ce concept sert à justifier l'application de certains choix stratégiques, en même temps qu'il atteste de la prégnance des modes d'inclusion et d'exclusion mis en place dans le cadre de cette société.

1.3 La perspective du troisième âge

³ 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 éclipe la réalité de l'âge. Par contre, dans les circonstances où l'accumulation matérielle est possible, l'âge devient un mécanisme de gestion sociale et politique, un outil permettant non seulement de gérer les populations mais aussi de contrôler leur accès aux ressources et à la connaissance. La recherche menée par Jacques St-Onge (1990) auprès de quatre *nations* autochtones du Québec précise qu'aujourd'hui encore, l'âge chronologique ne constitue pas un aspect du vieillissement chez les Amérindiens. Leur description des «vieux» repose essentiellement sur la présence combinée de deux facteurs: il faut que la personne soit en perte de ses capacités physiques, donc en perte d'autonomie, mais aussi qu'elle se trouve en retrait des activités de la communauté.

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.*

Cet énoncé, qui sous-tend la vision optimiste de Bourdelaïs (1993), contredit fondamentalement les évocations de précarité, de misère et d'isolement qui caractérisent l'image médiatique des personnes âgées ayant prévalu au cours des années 70. En effet, dans son livre *L'âge de la vieillesse*, cet auteur se propose de déconstruire le discours traditionnel sur la vieillesse et les représentations sociales dévalorisantes que celui-ci a engendrées. Se plaçant dans une perspective historico-culturelle, il constate que la réalité de la vieillesse a changé et que les personnes âgées d'aujourd'hui ressemblent peu à celles de l'entre-deux-guerres, et encore moins à celles du siècle passé. Non seulement elles sont en meilleure forme physique et morale, mais leur situation économique s'est considérablement améliorée (Bourdelaïs, 1993). Jouissant de bonnes conditions de santé et d'une espérance de vie plus longue, leur style de vie, leur place réelle dans la société et leur rôle dans la succession des générations ont évolué de façon significative. Ce discours nouveau constitue, d'une manière générale, la remise en cause de l'hypothèse selon laquelle 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 celles-ci animent tout un secteur de l'économie, mais les sexagénaires⁴ d'aujourd'hui sont loin d'être un groupe «vieilli et fatigué». Ils forment, au contraire, une génération intermédiaire et agissent comme le pivot d'une vie familiale à l'intérieur de laquelle des générations différentes se chevauchent (*id.*). 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 capables de répondre aux nouveaux besoins de cette population.

⁴ Il faut rappeler ici qu'en France, l'âge de la retraite est fixé à 60 ans.

Le modèle qui traduit le mieux cette transition dans la façon de percevoir les personnes âgées reste toutefois celui du «troisième âge». Apparu en France au début des années 70, ce modèle s'est développé au fur et à mesure que les ressources des personnes âgées s'amélioraient (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 non seulement de redéfinir les rôles sociaux des retraités par le biais du bénévolat, mais aussi de continuer à exercer leur citoyenneté. 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 (*id.*). Le bénévolat signifie, pour ces personnes âgées, beaucoup plus qu'exécuter un travail sans salaire. Il s'agit en fait de se rendre socialement utile en continuant de remplir ses obligations envers la société. Ces aînés font montre d'«utilité sociale» (*id.*). Cela ne force pas seulement à repenser les stéréotypes rattachés à l'âge mais vient contester aussi la passivité qu'on prône généralement aux personnes âgées. Cependant, si ce modèle innovateur, «essentiellement orienté vers la recherche de satisfactions individuelles» (*id.*: 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 (Canada, 1990). Dans un document produit en vue de détruire «les clichés, les affirmations gratuites et les idées préconçues» sur les personnes âgées, la Ministre d'État pour le troisième âge affirme que celles-ci ne représentent pas des «boulets aux pieds de l'État». Participant à plus de 15% dans le bénévolat, elles sont au contraire des «très 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 (*id.*). Ce mode de partage de «connaissances et 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. Pour décrire l'apport des «aînés», qu'ils qualifient d'ailleurs d'«inestimable» dans le contexte historique actuel, les auteurs soulignent le rôle des

personnes âgées dans la transmission quotidienne des valeurs et des qualités de dépassement de soi, ainsi que leur expérience historique (Grand'Maison, 1994). Les «aînés», soutiennent-ils, sont ceux qui médiatisent le renouement des solidarités intergénérationnelles, ceux dont la prise en compte de la mémoire permet de développer une dynamique d'intégration, de conscience historique, de développement durable (*id.*: 15).

C'est cette mémoire qui a toujours permis aux personnes âgées amérindiennes qualifiées d'«anciens» d'exercer auprès des membres de leur communauté un rôle à la fois symbolique et fonctionnel. Percevant l'âge avancé comme la récompense d'une vie exemplaire, la communauté leur voue un respect fondé sur l'expérience acquise, les exploits passés et leur connaissance de la tradition. Certains sont même considérés comme des «sages», c'est-à-dire comme des dépositaires des valeurs essentielles de la tradition. Un tel statut investit ces derniers d'un pouvoir surnaturel expliquant leur ascendant sur les jeunes générations. Souvent les anciens transmettaient aux jeunes générations les savoir-faire nécessaires à la survie et les connaissances traditionnelles (St-Onge, 1990; Labillois, 1994), dispensant autant les soins physiques que l'enseignement de la langue traditionnelle, de l'histoire et des coutumes ancestrales (Mussell, 1994). Si l'arrivée de la modernité dans les communautés autochtones a modifié le statut des personnes âgées autochtones transformant souvent les «anciens» en de simples «aînés» (Labillois, 1994), leur apport continue d'être considérable dans le développement des habiletés des jeunes générations et dans la transmission des réalités culturelles, des traditions sacrées et des *secrets* (National Indian Council on Aging, 1980; Vanderburgh, 1982).

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, d'exercer des rôles à travers lesquels elles peuvent continuer à s'accomplir personnellement et socialement (*Carnegie Inquiry into the Third Age*,

1993). Barthe, Clément et Drulhe (1990) estiment également que le modèle du «troisième âge» replace les personnes âgées au coeur de la modernité marquée par la recherche de l'autonomie individuelle, une culture de consommation et le développement du pouvoir d'achat. La création du modèle du troisième âge ayant coïncidé avec une période d'amélioration des conditions de vie matérielles, financières et physiques des personnes âgées, celui-ci correspond à une vision des personnes âgées qui les définit comme des consommatrices.

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 statistique 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? Nous ne saurions répondre à toutes ces questions ici. Toutefois, il faut reconnaître que, 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 distinction claire entre retraite, sénilité et invalidité. Elle entraîne une distanciation face aux attitudes âgéistes, et permet de concevoir la personne âgée comme un acteur social ayant encore des rôles à jouer. Elle facilite le passage de l'idéologie de la dépendance et de la détérioration biopsychologique à celle, actuellement dominante, de l'autonomie et de l'indépendance. C'est d'ailleurs dans cette même foulée de mutations 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.

1.4 Le modèle politique du «pouvoir gris»

La 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; Ginn, 1993; 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 âgées⁵, dont l'objectif consiste essentiellement à défendre les acquis tout en essayant de créer de nouvelles opportunités (Binstock et Day, 1996; Ginn, 1993; Pratt, 1993; Walker, 1983). 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), ceux-ci 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 les femmes participent de plus en plus dans les organisations de personnes âgées, celles-ci restent toujours aveugles aux inégalités structurelles liées au sexe, à la classe et à la race. Les gens qui y participent s'identifient davantage à leurs intérêts de classe qu'à ceux du groupe d'âge.

⁵ Selon les chiffres avancés par Binstock et Day (1996), il existerait aux États-Unis plus de 100 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.

1.5 Le modèle du vieillissement différentiel

Ces dernières remarques confortent le regard critique que nous projetons sur la thèse de la transmutation de la vieillesse. Nous savons en effet que le vieillissement n'est pas un processus uniforme pour tous, et que les personnes âgées ne forment pas un bloc homogène. Des éléments de divers ordres empêchent ces dernières de vieillir toutes de la même façon. On peut citer, entre autres, des facteurs comme le sexe (Arber et Ginn 1991, 1993; Statistique Canada, 1990), l'origine ethnique et(ou) sociale (Markides et Black, 1996). Les facteurs d'ordre structurel et sociétal sont majoritairement rattachés au marché du travail et aux structures macro-économiques. Interviennent aussi 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 (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 (McDonald et Warner, 1987). En revanche, il est peu probable qu'une personne oeuvrant dans le secteur périphérique tout en ayant une trajectoire de travail brisée, voire une carrière professionnelle en pointillé, puisse bénéficier d'avantages sociaux suffisants ou de ressources adéquates qui lui permettraient de jouir de son «droit au repos». En outre, les personnes connaissant des conditions de travail difficiles qui leur imposent de grands efforts physiques, vieillissent de façon plus rapide que celles qui auront 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 et de race. 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. 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. (Arber et Ginn, 1991).

Si le vieillissement peut être désigné comme un phénomène social total affectant toutes les grandes institutions de nos sociétés, il n'est toutefois appréhendable qu'à travers une analyse multidimensionnelle destinée à mettre en relief ses dimensions démographique, socio-économique, sociosanitaire et sociofamiliale. Pour cela, nous émettons l'hypothèse que la vieillesse est une expérience à multiples facettes qui se structure selon les ressources matérielles et financières disponibles, la qualité de l'état de santé, ainsi que le degré d'insertion dans les réseaux sociaux et familiaux. Le profil des personnes âgées et leurs réalités existentielles varient en fonction de leurs appartenances catégorielles⁶. Cette perspective d'analyse différentielle permet de se distancier de l'âgisme qui tend à priver les personnes âgées de leur individualité tout en laissant croire au caractère homogène de leur groupe d'âge. Elle aide au contraire à présenter le vieillissement de la population comme un processus pluriel où interagissent des facteurs d'ordre individuel et sociétal. Dans cet ordre d'idées, l'âge ne saurait, sans sa mise en rapport avec les conditions objectives et subjectives de vie, se définir comme un indicateur suffisant pour permettre de jauger les capacités fonctionnelles individuelles.

⁶ Entendons par appartenances catégorielles la classe sociale, le sexe, l'origine ethnique et le statut socio-professionnel et les facteurs associés.

LA POPULATION ÂGÉE AU CANADA

Au cours des trois dernières décennies, la population âgée au Canada s'est accrue de façon considérable. Le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi passé de 7,6% en 1961 à 8,1% en 1971, puis 9,7% en 1981, et enfin 11,6% en 1991. Cette différence de 4 points de pourcentage traduit une double réalité. Elle exprime, d'une part, une augmentation importante du nombre de personnes âgées: cette population estimée à 1,4 million en 1961 s'élevait à 3,2 millions en 1991. Elle indique aussi que la population des personnes âgées de 65 ans et plus connaît un taux d'accroissement beaucoup plus rapide que celui de la population en général, respectivement 128% par rapport à 50%. Toutefois, malgré cette augmentation considérable, la proportion de personnes âgées au Canada reste faible comparativement à certains pays européens comme la Suède (18%), la Norvège (16%), l'Allemagne de l'Ouest, le Danemark et la Grande-Bretagne (15%). Quant aux États-Unis, elle était, en 1991, de 12%.

En 1991, 60% de la population canadienne âgée avait entre 65 et 74 ans, dont 58% étaient des femmes. On comptait 723 hommes de 65 ans et plus pour 1000 femmes du même groupe d'âge, différence qui s'accroît mesure que le niveau d'âge augmente. En 1991, les femmes constituaient 70% des personnes âgées de 85 ans et plus, et le rapport de masculinité s'établissait à 423 hommes pour 1000 femmes de cette tranche d'âge, attribuable aux taux de mortalité différentiels selon le sexe. Entre 1985 et 1991, les taux de mortalité des hommes âgés de 65 à 74 ans ont été de deux fois supérieurs à ceux des femmes du même âge (Statistique Canada, 1994).

Le tableau 1 révèle toutefois que les provinces canadiennes ne connaissent pas toutes le même rythme de progression dans le vieillissement de leur population. En 1986, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan, avec un taux de 12,2%, ont été les provinces ayant le plus haut pourcentage de personnes âgées du Canada. Elles étaient suivies par le Manitoba (12,6%) et la Colombie-Britannique (12,1%). Avec un pourcentage de 10,0%, le Québec occupait le huitième rang. Cependant, selon les données du recensement de 1991, non seulement la proportion des personnes âgées a considérablement augmenté mais le *pattern* de 1986 a été profondément bouleversé. L'Île-du-Prince-Édouard s'est retrouvée en troisième position avec un pourcentage de 13,2%. Elle a été surclassée par la Saskatchewan (14,1%) et le Manitoba (13,4%). Si le Québec a conservé la huitième position, le pourcentage de sa population âgée a évolué de 10,0% à 11,2%. Avec un pourcentage de personnes âgées de 9,1%, l'Alberta est restée la province la plus jeune, suivie des Territoires du Yukon (4,0%) et du Nord-Ouest (2,8%). En 1991, 75% de toutes les personnes âgées de 65 ans et plus vivaient en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique.

S'appuyant sur les données du recensement de 1991, Statistique Canada (1994) établit que la majorité des personnes âgées au Canada (2,9 millions) vivent dans des ménages privés âgés, c'est-à-dire des ménages ayant en leur sein au moins une personne âgée. Seulement 4% des hommes âgés de 65 ans et plus et 8% des femmes du même âge résident dans des établissements de soins spécialisés. En 1991, les femmes âgées représentaient 72% de toutes les personnes âgées vivant en institution.

CHAPITRE 2

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 considérablement améliorée entre 1971 et aujourd'hui. Les réalités économiques du vieillissement varient selon le sexe, la classe sociale de revenu et de scolarité et le type d'unité familiale.

2.1 Les principales sources de revenu des personnes âgées de 65 ans et plus et leur évolution dans le temps

Les sources publiques de revenu des personnes âgées de 65 ans et plus comprennent plusieurs composantes. La sécurité de la vieillesse (SV) d'abord. Institué en 1952, ce programme prévoit la mise en place d'un régime de pension public qui, se voulant universel, cherche à garantir un revenu minimum fixe à toutes les personnes âgées retraitées, c'est-à-dire aux personnes qui, ayant atteint un âge déterminé ne sont plus en emploi. La loi de la sécurité de la vieillesse a subi au cours des ans d'importantes modifications. Dès 1966, l'âge donnant accès à la pension de vieillesse a été graduellement réduit de 70 à 65 ans. En 1973, pour répondre à la situation économique précaire dans laquelle évoluaient les personnes âgées, le gouvernement fédéral a indexé le montant des prestations selon l'indice des prix à la consommation. En 1983, l'indexation a été plafonnée à 6% du montant total. En 1985, un processus de désindexation complète a été amorcé, mais la mobilisation des personnes âgées y a fait échec. En 1989, l'administration fédérale a tout de même réussi à récupérer sous forme d'impôt une partie, voire la totalité, des prestations chez les personnes dont le revenu dépasse 50 000\$, en sorte que depuis 1994, le montant de la prestation de base n'est entièrement retenu que par les prestataires dont le revenu annuel net est inférieur ou égal à 53 215\$. Ceux dont le revenu franchit ce seuil sont réimposés à raison de 15% pour la tranche excédentaire, de telle façon que la personne âgée ayant un revenu annuel égal ou supérieur à 84 195\$ rembourse les prestations dans leur totalité.

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, dont l'origine date de 1967, est destiné à fournir un revenu additionnel à toutes les personnes âgées ne disposant d'autres sources de revenu que la SV. Institué en 1975, l'AC est accordé aux conjoints des prestataires de la SV, aux veufs et aux veuves âgés de 60 à 64 ans ayant un faible revenu. Ajoutons que les prestations provenant de ces deux programmes sont aussi indexées selon l'indice des prix à la consommation. Cependant, tout en venant compléter la SV, ceux-ci s'en distinguent par leur caractère non universel ou sélectif. Ayant été conçus dans le but de combler le déficit de revenu, ils accordent des prestations dont le montant varie selon les caractéristiques socio-économiques individuelles.

La plus récente proposition de réforme vise à ce 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 esquissée dans le discours du budget fédéral de 1996 envisage une réduction progressive des bénéfices en fonction du niveau de revenu jusqu'à suppression complète pour un revenu dépassant 52 000\$ pour une personne seule ou 78 000\$ pour un couple. Les personnes seules ou les couples dont le revenu combiné ne dépasse pas 40 000\$ pourront en revanche recevoir des prestations plus élevées que celles auxquelles ils ont droit aujourd'hui (Canada, 1996b). Les personnes seules ou les couples dont les revenus se situent entre 40 000\$ et 45 000\$ jouiront de prestations établies en fonction de leur situation fiscale dans le système actuel. La nouvelle réglementation reconnaît par ailleurs aux personnes de 60 ans ou plus au 31 décembre 1995 le droit de choisir si elles veulent être traitées selon le système actuel ou le nouveau système.

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 ciblant les prestations auprès des seules 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.

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 pension est obligatoire pour toute personne en emploi, âgée de 18 à 70 ans. La contribution est proportionnelle au revenu et est partagée à part égale 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)⁷ et les régimes de participation différée aux bénéfices (RPDB). Toutefois, contrairement au RPC/RRQ, certains régimes de pension 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 des revenus de placements ou de régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) auxquels ils ont contribué durant leur vie active.

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

la fin des années 70, la précarité de la situation économique des personnes âgées inquiétait autant l'opinion publique que les hommes politiques. Les grands journaux québécois de l'époque (voir encadré) y font écho. Dans son rapport intitulé *Retraite sans douleur* (1979), le Comité

⁷ Les prestations des REP ne sont versées qu'aux retraités ayant travaillé un nombre suffisant d'années pour accumuler des droits à la retraite. En 1993, les employés du secteur public qui ne comptaient que pour le quart de la main-d'oeuvre rémunérée formaient près de la moitié des cotisants des REP.

spécial du Sénat, créé en 1977, soutenait que les allocations provenant des systèmes autant publics que privés étaient insuffisantes⁸ 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).

la fin des années 70 et au début des années 80, plusieurs grands journaux du Québec ont poussé un cri d'alarme relativement à la précarité de la situation des personnes âgées. Dans *Le Commerce* du mois d'avril 1977, Gaude soutient que l'inflation entraîne des conséquences économiques néfastes pour les personnes âgées. Étant donné la stabilité de leur revenu composé en majeure partie de pensions de retraite, leur pouvoir d'achat diminue à mesure que l'inflation augmente. *Le Québec industriel* reprend en 1979 ce même thème, soutenant que l'inflation est en train non seulement d'amenuiser la valeur réelle des rentes de retraites mais aussi de miner le pouvoir d'achat des personnes âgées. En 1979, Patricia Poirier publie dans *Le Devoir* un article signalant que, malgré l'existence des politiques sociales de vieillesse, plus de 1,1 million de personnes âgées au Canada vivent dans l'indigence. La situation des femmes est pire que celle des hommes (Poirier, 1979). Un an plus tard, *La Presse* décrit la retraite comme «un drame économique qui exige des redressements»; 63% des personnes âgées québécoises ayant comme principale source de revenu les rentes publiques vivent sous le seuil de la pauvreté. En 1982, *Le Soleil* évalue à 62% la proportion des personnes âgées québécoises vivant en dessous ou autour du seuil de la pauvreté. En 1984, un article paru dans *Le Devoir* soutient que le Québec occupe le premier rang des statistiques de la pauvreté des personnes âgées. Soixante-dix pour cent d'entre elles vivent sous le seuil de la pauvreté, comparativement à 50% pour le Nouveau-Brunswick.

Cependant, aujourd'hui, il est généralement admis que la situation économique des personnes âgées s'est considérablement améliorée. Selon le graphique 1, en 1969, 41,6% des familles dirigées par une personne âgée étaient pauvres. Cette proportion a été ramenée à 19,2% en 1980, à 10,1% en 1989, puis à 7,1% en 1994. La proportion de personnes âgées à faible revenu a en effet connu au

cours de la dernière décennie une baisse de presque la moitié: de 34% en 1980, elle s'est fixée à 19,3% en 1989. De 1980 à 1993, la proportion des femmes âgées à faible revenu est passée de 72% à 56%. 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

⁸ En 1979, les prestations mensuelles fédérales et provinciales conjuguées oscillaient entre 300\$ et 400\$ pour les personnes seules, et entre 600\$ et 700\$ par mois pour les couples mariés. S'appuyant sur des chiffres publiés par Statistique Canada, le comité souligne que 48% des femmes âgées seules sont pauvres et disposent d'un revenu annuel inférieur à 3000\$.

population, passant de 2876\$ à 12 829\$⁹. Constatée autant chez les hommes que chez les femmes, cette progression recèle toutefois de grands écarts entre les deux sexes. En 1980, le revenu moyen déclaré des personnes âgées était de 11 500\$ pour les hommes et de 7000\$ pour les femmes.

Selon l'étude présentée par Norland (1994), le revenu moyen de tous les hommes de 65 ans et plus totalisait 24 500\$ en 1991, alors que celui des femmes du même âge n'était que de 15 300\$¹⁰.

Le revenu moyen varie également selon le groupe d'âge. En 1991, il se chiffrait à 27 500\$ pour les hommes de 65 à 69 ans, à 22 100\$ pour ceux de 75 à 79 ans, et enfin à 18 700\$ pour les hommes de 85 ans et plus. Ces variations selon le groupe d'âge apparaissent toutefois peu significatives chez les femmes. De 14 800\$ pour les femmes de 65 à 69 ans, le revenu moyen s'élevait à 15 600\$ pour celles de 75 à 79 ans et à 15 300\$ 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.

Comme l'indique le tableau 2, les écarts entre les hommes et les femmes ont persisté au long de cette période. Entre 1980 et 1994, dans le cas des personnes seules, le revenu moyen des hommes est passé de 18 617\$ à 23 782\$, alors que celui des femmes a augmenté de 14 854\$ à 17 106\$. Mais, entre 1990 et 1994, tandis que le revenu moyen des hommes seuls a augmenté de 2033\$, celui des femmes a subi une baisse de 985\$. En ce qui concerne les familles dont le chef est âgé de 65 ans ou plus, Statistique Canada (1994) présente certaines données rendant compte de l'évolution, en dollars constants de 1994, de leur situation pour la période 1980-1994. Le revenu moyen des familles économiques dont le chef est une personne

⁹ Exprimée en dollars constants de 1971, cette augmentation équivaut à 4234\$.

¹⁰ 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% moindre que celui de l'ensemble de la population masculine, alors que celui des femmes âgées était de 13 % inférieur à celui de la population féminine disposant d'un revenu moyen total déjà considéré faible.

âgée a augmenté de 37 521\$ à 40 183\$, alors que celui des personnes seules est passé de 15 891\$ à 18 780\$.

Les données de Statistique Canada (1994) permettent donc d'observer une baisse considérable dans la proportion des personnes âgées à faible revenu. Mais cette diminution se révèle différentielle selon le sexe et le type d'unité familiale. Entre 1980 et 1994, la proportion des personnes âgées ayant un faible revenu et vivant en famille a passé de 17,8% à 6,1%, tandis que celle des personnes âgées à faible revenu et seules a chuté de 68,6% à 47,6%. La proportion des hommes avec un faible revenu a décliné de 26,6% à 10,7%, celle des femmes de 39,8% à 25,8%. Alors que les personnes âgées représentaient 19,2% de toutes les personnes à faible revenu en 1980, elles n'en constituaient plus, en dépit de leur forte croissance démographique, que 12,8% en 1994. Cette baisse apparaît toutefois beaucoup plus marquée dans le cas des personnes âgées vivant en famille que dans celui des personnes vivant seules (tableau 3). 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. Le tableau 4 indique que la diminution est plus significative dans le cas des personnes âgées vivant seules et des hommes.

Cependant, s'il apparaît indéniable que la situation économique des aînés a favorablement évolué au cours de la période considérée, les tableaux 5 et 6 montrent aussi que 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 chez les cohortes de personnes âgées moins avancées en âge¹¹ 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

¹¹ Alors que plus de trois quarts (76%) des personnes de 85 ans et plus ne possèdent aucun diplôme, les pourcentages sont de 70% chez les personnes de 75 à 79 ans et de 63% chez celles ayant de 65 à 69 ans.

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). Toutefois, 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 général¹². Autant les données des recensements de 1971 et de 1981 que celles de 1991 confirment cette dernière tendance, 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 conséquences bénéfiques des systèmes de transferts gouvernementaux et à un accès plus étendu aux prestations provenant des régimes de pension privés (Oja et Love, 1988).

2.3 L'importance des principales sources de revenu des personnes âgées

Si les paiements sous forme de transferts gouvernementaux 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 SV a connu une croissance considérable relative au processus de vieillissement démographique accéléré. Il est passé de 1,7 million à 3,4 millions, soit exactement le double. Quant au nombre de personnes recevant le SRG, il est passé de 932 000 en 1971 à 1,3 million au milieu des années 80, puis il est resté stable d'année en année. En 1971, 74% des femmes ayant 65 ans ou plus et 59% des hommes de cette même catégorie d'âge tiraient leur revenu de la SV et du SRG (graphique 2), alors que les prestations provenant de la SV et du SRG formaient respectivement 61% et 29% du revenu total des femmes et des hommes âgés. Ces proportions se sont fixées à 45% et 26% en 1985, puis à 42% et 24% en 1993 (Oderkirk, 1996a).

¹² En 1991, les taux d'activité s'élevaient à 14,4% pour les hommes âgés et à 5,6% pour les femmes âgées. Les taux correspondants pour l'ensemble de la population adulte étaient de 76,4% pour les hommes et de 59,9% pour les femmes.

Cependant, après leur augmentation au début des années 70, les prestations de la SV ont connu une stabilité qui les a maintenues entre 370\$ et 387\$ (en dollars de 1994). La tendance à la hausse des prestations maximales du SRG s'est par contre poursuivie, passant de 203\$ en 1971, à 337\$ en 1980, puis à 460\$ en 1994 (toujours en dollars de 1994) (*id.*).

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 ou plus. En 1971, les paiements de transferts constituaient la seule source de revenu pour 40% des personnes âgées seules et pour 16% 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%. En 1971, les 65 ans ou plus ont consommé 77% de l'ensemble des transferts versés aux personnes seules; en 1989, la proportion a diminué de 8 points pour s'établir à 69%.

L'Enquête révèle encore qu'en 1993, 59% des personnes seules et des familles à faible revenu touchant des allocations de la SV peuvent compter sur un revenu équivalent à au moins 80% du montant des seuils de faible revenu (*id.*). En 1994, les prestations maximales de la SV s'établissaient à 387\$. Combinées au SRG, elles rapportaient 847\$ pour une personne seule et 1374\$ pour un couple. Toutefois, n'était pas admissible au SRG la personne seule qui disposait d'un revenu annuel équivalent ou égal à 11 064\$ et le couple dont ce revenu atteignait 14 448\$.

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%. Elles représentaient par contre 65% des prestataires du SRG. La proportion des bénéficiaires de sexe féminin de la SV et celle du SRG varient selon la tranche d'âge considérée. La première passe de 53% pour les 65-69 ans à 75% pour les femmes âgées de 90 ans ou plus. La seconde augmente de 57% pour les 65-69 ans à 63% pour les 70-74 ans, puis à 78% pour les plus de 90 ans. En 1993, 42% du revenu total des femmes âgées provenaient de la SV et du SRG, comparativement à 24% pour les hommes (*id.*).

Ces variations observées dans le temps doivent être mises en rapport avec les développements qu'a connus le RPC/RRQ depuis son instauration en 1966. Les prestations versées par ces régimes ne représentaient que 2% du revenu total de la population âgée en 1971. Cette proportion a toutefois augmenté au fil des années pour s'établir à 11% en 1983, 13% en 1985 et 17% en 1993 (graphique 3). Encore une fois, la réalité masculine diffère de celle des femmes. En 1985, 85% des hommes et 40% des femmes du même âge ont retiré des prestations du RCP/RRQ. Un écart de 1470\$ existe dans la moyenne des prestations maximales annuelles versées aux hommes et aux femmes, soit 4770\$ contre 3300\$. Les prestations mensuelles maximales qui étaient de 218,06\$ en 1979 s'élèvent, en 1996, à 727,08\$, pour un total annuel de 8728\$.

Le nombre de personnes ayant droit aux prestations du RPC/RRQ n'a cessé d'augmenter depuis sa mise en place. Le nombre a passé de 241 000 personnes en 1971, à 1,6 million en 1986, puis à 2,9 millions en 1994. En 1996, plus de 3,3 millions de Canadiens et de Québécois touchent le RPC/RRQ (Canada, 1996a). Alors que moins de 75% des personnes âgées pouvaient bénéficier des allocations du RPC/RRQ en 1983, plus de 82% en ont reçu en 1993. En 1994, les personnes en âge de prendre une retraite y étaient admissibles dans une proportion de 61%, comparativement à 44% en 1980 et à moins de 20% en 1970. De 1983 à 1993, la proportion des femmes ayant cotisé au RPC/RRQ a grimpé de 41% à 45%. Si l'écart existant entre les sexes – en termes d'accessibilité et de nombre de personnes ayant droit aux bénéficiaires – reste toujours étendu, il s'est tout de même amenuisé au cours de cette période. En 1977, le pourcentage d'hommes recevant des prestations du RPC/RRQ était de deux fois supérieur à celui des femmes, alors qu'en 1988, 79% des hommes âgés de 75 ans ou plus ont touché des prestations, en regard de 47,8% de femmes ayant le même âge. En 1993, 92% des hommes ont bénéficié des RPC/RRQ, comparativement à 73% des femmes. L'écart entre les sexes s'est donc rétréci à 19 points entre 1983 et 1993. Tout comme le nombre des bénéficiaires, la moyenne des prestations mensuelles auxquelles donnent droit ces régimes de pension publics ne cesse de s'améliorer (Oderkirk, 1996b). Pour le RPC, elle a évolué de 104\$ en 1971, à 254\$ en 1981, puis à 376\$ en 1994. Celle du RRQ a suivi la même tendance, passant de 113\$ en 1971, à 260\$ en 1981, et enfin à 348\$ en 1994.

Le fait que, par ce développement, le RPC/RRQ se soit converti en une source de revenu pour un nombre de plus en plus important de personnes âgées a également contribué à limiter de façon significative le recours au SRG. Les impacts exercés sont directs et non-marginaux puisque tant la proportion des personnes âgées ayant reçu les pleins bénéficiaires du SRG que la proportion de celles ayant reçu des bénéficiaires partiels sont, en 1993, en décroissance. Entre 1983 et 1993, le pourcentage des personnes âgées recevant à la fois la SV et le SRG a chuté de 50% à 40%.

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 1990, le plein montant des prestations du SRG a été distribué à 18% des femmes âgées de 85 ans à 89 ans et à 26% de celles ayant 90 ans ou plus. En 1993, la SV représentait 23% du revenu total des femmes, comparativement à 15% de celui des hommes. En 1994, plus de 50% de toutes les femmes âgées de 65 ans ou plus n'avaient que la SV comme source de revenu. Si celles-ci représentaient 61% des personnes recevant à la fois les prestations de la SV et du SRG en 1981, ce pourcentage a grimpé à 65% en 1994. De cette façon, on peut dire que la situation économique des femmes âgées reste à ce niveau toujours précaire.

Le pourcentage des personnes âgées disposant d'un régime de pension privé s'est également accru, passant de 20% à 33,2% entre 1971 et 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%. 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% à 23,0% entre 1971 et 1985. En 1988, des hausses importantes ont été observées chez les hommes âgés de 65 ans à 69 ans et de 70 ans à 74 ans. Dans le cas du premier groupe, la proportion a passé de 38,5% à 57,4% entre 1977 et 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%. En 1988, le pourcentage de femmes de 65 ans à 69 ans touchant des prestations d'un régime de pension privé au cours de cette année-là n'était que de 26,7% (Oja et Love, 1988)

En 1991, les prestations des régimes de pension privés occupent le troisième rang dans la composition du revenu des personnes âgées. Procurant à ces dernières un revenu moyen de 3200\$, elles correspondaient à 17% de leur revenu total. L'importance de ce type de revenu varie cependant selon le groupe d'âge et le sexe. Alors qu'en 1991, les prestations annuelles moyennes des régimes de pension privés ont totalisé 5200\$ chez les hommes, soit 21% de leur revenu total, elles n'ont été que de 1740\$ pour les femmes, soit 11%. 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 se situant dans le même groupe d'âge, soit respectivement 46,9% et 21,5%. 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.

Les revenus de placements constituent la deuxième source de revenu en importance pour l'ensemble des personnes âgées. L'importance des revenus de placements dans la composition du revenu total des personnes âgées diffère aussi selon le sexe. Ceux-ci représentent la deuxième source de revenu pour les femmes, mais la troisième pour les hommes. Entre 1971 et 1985, la part du revenu généré par les placements s'est accrue, passant de 20% à 24,3%. Si, au cours de cette même période, plus de 25% du revenu total des femmes âgées de 65 ans ou plus provenaient du revenu de placements, près de 62% de femmes âgées vivant seules ont déclaré de tels revenus. Le graphique 4 permet de voir comment la proportion des déclarants fiscaux ayant un revenu de placements augmente avec l'âge. En 1990, les personnes âgées de 75 ans et plus ont déclaré des revenus de placements dans une proportion de 81%. Avec un revenu de placements médian de 4 450\$, elles ont surclassé tous les autres groupes d'âge. Alors qu'en 1990, les déclarants âgés de 65 ans et plus n'ont représenté que 9% des contribuables déclarant des revenus de placements, ils ont touché 20% du total de ces revenus. Toutefois, de 1983 à 1993, le pourcentage de personnes âgées recevant un revenu de placements a diminué plutôt qu'augmenté, passant de 88% à 70%.

En conséquence, la part du revenu générée par les placements a chuté de 27% à 23% entre 1983 et 1993.

Bien que le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant un emploi ait considérablement diminué depuis 1971 (tableau 7), cela n'empêche pas que le travail constitue aujourd'hui encore l'une des principales sources de revenu pour les personnes âgées. Lors du recensement de 1981, plus de 25% des hommes âgés de 65 ans ou plus et environ 10% des femmes de cette catégorie d'âge faisaient encore partie de la population active. Entre 1981 et 1991, le taux d'activité des personnes âgées de 65 à 69 ans est passé de 22% à 17% chez les hommes et de 8% à 7% chez les femmes. Le pourcentage d'hommes de 65 ans ou plus faisant partie de la population active est passé quant à lui de 48% à 29% entre 1971 et 1991. Les taux d'activité des personnes âgées diminuent à mesure qu'elles avancent en âge. En 1991, le taux d'activité des hommes de 70 ans qui était de 15% est tombé à 10% pour les hommes de 75-79 ans et à 7% pour ceux de 80 ans (Norland, 1994). Le même phénomène a été constaté chez les femmes dont le taux de participation à la population active est passé de 14% chez celles ayant de 65 ans à 69 ans, à 6% chez les 70 à 74 ans, puis à 3% chez les 75 ans ou plus. Ces tendances font qu'entre 1971 et 1986, l'importance du revenu d'emploi a considérablement diminué dans la composition du revenu total des personnes âgées, passant de 22% à 10%.

2.4 Une progression de revenu à deux vitesses

Comme on a pu le remarquer tout au long de ce chapitre, en termes de 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 comme 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\$) était presque trois fois plus élevé que le revenu moyen des personnes âgées de la classe inférieure (7474\$) (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. En 1991, alors que la majorité des personnes âgées (58,7%) ne gagnait pas 15 000\$ annuellement, 4,8% ont accumulé des revenus dépassant 50 000\$ et 0,9% des revenus de plus de 100 000\$ (tableau 8).

Ces disparités dans la distribution du revenu chez les personnes âgées semblent d'abord s'enraciner dans les réalités d'un marché du travail segmenté qui a offert à certains, plutôt qu'à d'autres, la possibilité d'épargner pour leur retraite. Une étude de Statistique Canada (1996) indique qu'entre 1991 et 1993, seulement 20% de personnes ayant un revenu annuel de moins de 10 000\$ ont cotisé, en vue de leur retraite, à un REP ou un REER. Ce pourcentage est passé à 56% pour les travailleurs dont les salaires se situent entre 10 000\$ et 19 999\$, puis à 90% pour ceux dont les salaires variaient de 30 000 à 39 999\$. Le pourcentage atteint presque le maximum pour ceux dépassant le seuil de 40 000\$. En 1993, les personnes se classant dans ce dernier groupe détiennent les deux tiers du montant épargné par le moyen des REER et des REP, alors qu'elles comptent pour moins du quart des individus les ayant déclarés. Statistique Canada (1996) révèle encore que la proportion de femmes (53%) ayant épargné au moins une fois au cours des trois années précédentes, en vue de leur retraite, est nettement moindre que celle des hommes (66%). Les données présentées par Frenken et Maser (1992) viennent en quelque sorte 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%) ou ayant un emploi syndiqué (plus de 75%) participent davantage à des REP que les personnes travaillant à temps partiel (24%) ou dans des emplois non-syndiqués (30%). En 1989, le taux de participation s'élevait à 82% pour les travailleurs ayant un revenu d'emploi de 40 000\$ à 59 999\$, et à 73% pour ceux gagnant 60 000\$ ou plus. Les travailleurs disposant de moins de 20 000\$ – parmi lesquels 62% sont de sexe féminin – y ont participé seulement dans une proportion de 27%. Globalement, plus d'hommes

(54%) que de femmes (42%) contribuent aux REP¹³. 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.

C'est en comparant la distribution et la composition du revenu des personnes âgées que ces données générales sur l'ensemble des travailleurs deviennent pertinentes pour notre étude. Par exemple, toujours selon les chiffres avancés par Statistique Canada (1996) en 1993, une forte proportion des déclarants âgés de 65 ans ou plus dont le revenu total était inférieur à 20 000\$ dépendait en grande partie de la SV, du SRG et des RPC/RRQ; ils en tiraient près de 75% de leur revenu. Les prestations des REP constituaient la grosse partie du revenu des personnes âgées accumulant un revenu variant de 30 000\$ à 59 999\$. Seulement 5% du revenu de celles accumulant 60 000\$ ou plus annuellement provenaient des programmes gouvernementaux; le RPC/RRQ constituait la majeure partie de ces 5%.

Ce qu'on observe au Canada s'applique aussi à d'autres pays comme la Grande-Bretagne et les États-Unis. Falkingham et Johnson (1992) soutiennent qu'en Angleterre, entre 1970 et 1980, le revenu des personnes âgées a augmenté davantage que celui des gens qui occupent un emploi. Toutefois, cette amélioration s'est faite de façon inégale. Bien que bénéficiant d'importantes pensions de travail provenant des systèmes d'assurance sociale, une minorité de personnes âgées peut compter sur des revenus d'épargne et de placements, alors qu'une grande proportion reste dépendante des prestations publiques. Cette dualité implique que les personnes âgées de sexe féminin sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que celles de sexe masculin (Arber et Ginn, 1991). En plus de la division sexuelle du travail et de la discrimination systémique en emploi, la discontinuité des carrières professionnelles des femmes réduit considérablement le

¹³ Le pourcentage d'hommes et de femmes participant aux REP varie selon que l'on considère le secteur public ou le secteur privé. Si, en 1989, le taux de participation atteignait 81% chez les hommes et 66% chez les femmes travaillant dans le secteur public, le taux correspondant pour le secteur privé n'était que de 47% et 30% (Frenken et Maser, 1992).

nombre d'années de contributions leur permettant d'avoir accès à des prestations suffisantes dans les systèmes de pension privés. En outre, les règles gouvernant l'accessibilité aux pensions publiques ne sont conçues qu'en fonction des profils d'emploi et de rémunération des hommes de la classe moyenne (Arber et Ginn, 1991).

Aux États-Unis, on constate également 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% des personnes âgées ainsi que 40% des ménages dirigés par une personne âgée peuvent être considérés comme faisant partie de la classe favorisée. Ces dernières 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% des familles de personnes âgées et 26,9% des personnes âgées vivant seules se trouvent en-dessous de 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. Selon les chiffres proposés par Laing (1990), la moyenne des prestations de la sécurité sociale était de 655\$ pour les hommes et de 426\$ pour les femmes en 1988. De surcroît, 40% de femmes et moins de 10% d'hommes recevaient des prestations inférieures à 350\$. À la lumière de ces constats, Crystal et Shea (1990) maintiennent que les programmes de sécurité sociale produisent plus d'inégalités que le marché du travail et renforcent les inégalités accumulées au cours de la vie active. Opérant une distribution par quintile, ces auteurs trouvent que les 20% de la population âgée les plus défavorisés – composés majoritairement de femmes âgées, de personnes issues des minorités ethniques et de personnes ayant un handicap physique – ne consomment que 5,5% des ressources allouées, alors que les 20% les plus privilégiés s'approprient à eux seuls 46% du revenu total. Finalement, aux âges avancés, la vulnérabilité économique de certaines catégories de femmes aurait augmenté plutôt que diminué (Holden and Smeeding, 1990). Cette vulnérabilité est due à un ensemble de facteurs tels que la race, la classe, les occupations professionnelles antérieures et le sexe. Les taux de rémunération horaire peu élevés ainsi que la piètre qualité des emplois qu'ont occupés les femmes au cours de leur vie active sont responsables du fait qu'une bonne partie d'entre elles arrivent au

seuil de la vieillesse sans avoir pu contribuer à des régimes de pensions. Cela explique pourquoi les prestations publiques qui constituent leur seule source de revenu ne réussissent pas à les placer au-dessus du seuil de pauvreté.

De retour au Canada, on pourra se référer à l'enquête de Statistique Canada sur le vieillissement et l'autonomie (1991) et aux analyses qu'en a faites L. McDonald (1994) pour mettre en évidence, une fois encore, les déterminants que sont le sexe, l'état matrimonial et l'activité professionnelle dans les comportements de prise de retraite. Il apparaît en effet que les variables associées à une décision de retraite précoce pour les hommes sont, entre autres, le fait d'être marié, d'avoir une profession prestigieuse, de bénéficier d'un haut niveau de scolarité, d'un emploi dans les secteurs de pointe de l'économie, d'un régime de pension lié à l'emploi, de posséder une maison et de jouir d'un revenu de retraite confortable. Une décision de retraite tardive pour les hommes est, elle, associée à l'absence d'un régime de pension lié à l'emploi, à des mesures de retraite obligatoires, au taux de chômage et au fait de posséder une maison modeste. Les variables associées sont les mêmes pour les femmes, à la différence qu'elles sont associées, en plus, au fait d'être mariées et d'avoir des enfants, de fournir des soins à des membres de la famille ou d'être sujettes à des problèmes chroniques de santé dans le cas des retraites précoces ou, au contraire, dans le cas des retraites tardives, de ne pas être mariées, d'être peu scolarisées et de connaître une situation financière difficile.

CHAPITRE 3

LA SANTÉ

Les personnes âgées sont aujourd'hui en meilleure santé qu'il y a un quart de siècle. Leur condition de santé évolue de façon différentielle, en fonction du sexe, de la classe de revenu et de l'état matrimonial. Cette section examine des *patterns* de maladie, de prévalence de la morbidité et de causes de décès et d'hospitalisation.

3.1 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 seront 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 de preuves montrant 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 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 cardiovasculaires sont aujourd'hui maîtrisées dans leurs effets, il en va autrement pour les maladies non-

mortelles susceptibles de provoquer handicaps 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) renchérit 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.

3.2 L'évolution des *patterns* de maladie, des causes de mortalité et de morbidité chez les personnes âgées¹⁴

Au cours de ces dernières décennies, les *patterns* 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 maladies, 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 de Santé Québec 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). Dans le contexte plus large du Canada, des tendances similaires ont été observées par Baker (1988) et par le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). En effet, dans une série de vignettes sur le vieillissement, le CCNTA (1993) indique qu'en 1985, 55% des Canadiens âgés souffraient d'arthrite et de rhumatisme, alors que 39% mentionnaient l'hypertension et 24% des problèmes respiratoires.

L'étude de Stokes et Lindsay (1996) présente un tableau assez complet des tendances qui se sont dessinées dans l'évolution des causes principales de la mortalité et de l'hospitalisation des

¹⁴ Les données proviennent des articles: *Major Causes of Death and Hospitalization in Seniors* de J. Stokes et de J. Lindsay, *Maladies chroniques au Canada*, 17,2 (1996): 63-73, et *Mortalité et morbidité dans la population âgée du Canada: Rétrospective* de Kathryn Wilkins, Susan Morris et Rachel Lane (1988) et *L'ostéoporose dans une population vieillissante* de Nancy Kreiger (1988).

personnes âgées au Canada. Les auteures ont souligné que, depuis les 30 dernières années, la diminution moyenne du taux de mortalité a varié annuellement entre 0,5% et 2%. Entre 1984 et 1993, les maladies coronariennes ont représenté la première cause de mortalité chez les deux sexes, suivies du cancer du poumon dont le taux de prévalence a augmenté de 237% entre 1964 et 1993. Si les accidents cérébro-vasculaires se trouvent en troisième position, les bronchites chroniques, l'emphysème et l'asthme occupent la quatrième position. Entre 1964 et 1993, le taux de mortalité due à ces trois dernières maladies a augmenté de 225% chez les hommes et de 444% chez les femmes. Toutefois, le cancer colorectal, en hausse depuis 1964, a connu, à partir de 1983, une décroissance dont la moyenne annuelle s'est établie à 1% chez les hommes et entre 1% et 2% chez les femmes. Le taux de prévalence du cancer du sein, qui représente la cinquième cause de mortalité chez les femmes, n'a pas évolué depuis 30 ans. Cette stabilité qui apparaît autant dans les causes de mortalité que dans les causes d'hospitalisation est en partie attribuable aux programmes de détection précoce dont les grandes bénéficiaires demeurent les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Les maladies coronariennes restent les premières causes d'hospitalisation pour les deux sexes, entre 1983 et 1992. La proportion d'hommes âgés qui en sont atteints dépasse de plus de la moitié le pourcentage des femmes se trouvant dans la même situation (voir tableaux 9 à 10.1). Les autres principales causes d'hospitalisation, par ordre d'importance, sont les accidents cérébro-vasculaires, les maladies symptomatiques, les bronchites chroniques, l'emphysème, l'asthme, la pneumonie et le cancer du poumon chez les hommes âgés. Les femmes souffrent davantage de chutes accidentelles, de fractures du fémur, de maladies intestinales et de diabète. Représentant la troisième cause d'hospitalisation chez les deux sexes, les maladies symptomatiques ont connu une augmentation de 5% entre 1973 et 1983, avant d'entamer une décroissance constante jusqu'en 1992.

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% chez les hommes et de 35% 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 – qui constituait la deuxième cause de mortalité chez les femmes de 65 ans ou plus, et la troisième chez les hommes du même âge – ont aussi connu un déclin de 43% pour les deux sexes. Wilkins (1995) soutient qu'entre 1950 et 1993, les taux de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire ont reculé de 64% chez les femmes et de 52% 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% chez les hommes et de 20% 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% 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 de trois fois supérieur à celui des personnes âgées de 65 à 74 ans (Wilkins, 1988). L'usage du tabac serait responsable de 80% des cas de cancer de poumon chez les hommes et de 40% chez les femmes.

Une grande proportion de personnes âgées souffrent également d'ostéoporose. En Amérique du Nord, cette maladie qui provoque une dégénérescence de la structure osseuse des personnes âgées entraînant des fractures particulièrement au poignet, à la colonne vertébrale et à la hanche (Kreiger, 1988) touche 25% de femmes ayant atteint l'âge de la ménopause. En 1981, il y a eu 18 000 cas de fracture de la hanche au Canada dont la prise en charge a coûté 166,6\$ millions au système de santé. En 1989-1990, le nombre a augmenté à 25 000, et la facture s'est élevée à 400\$ millions. Les fractures de la hanche dues à l'ostéoporose sont une cause de décès dans 12% à 20% des cas; 75% des personnes qui y survivent ne recouvrent pas leur statut fonctionnel préalable. Au cours d'une première année de maladie, la fracture de la hanche due à l'ostéoporose cause le décès de 20% de femmes et 34% d'hommes.

Plus de femmes que d'hommes âgés sont affectées par l'ostéoporose. En 1982-1983, 66% des cas d'hospitalisation enregistrés au Canada pour des causes reliées aux fractures ostéoporotiques étaient des femmes. Entre 1979 et 1983, la fracture de la hanche se situait entre le douzième et le vingtième rang parmi toutes les causes d'hospitalisation et se plaçait au cinquième et sixième rang chez les femmes âgées. L'incidence de l'ostéoporose varie en fonction du sexe, de l'âge, de la race et du statut hormonal endogène (Krieger, 1988). En 1986, 93% des hommes et 98% de femmes ayant subi une fracture du col du fémur étaient âgés d'au moins 70 ans. Se basant sur les statistiques de fin d'hospitalisation, Kreiger (1988) maintient encore que les taux d'incidence au Canada sont de 8 par 1000 pour les hommes âgés, et de 18 par 1000 pour les femmes. Elle indique que les données du *U.S. National Hospital Discharge Survey* permettent de relever aux États-Unis des taux similaires, soit 7,4 sur 1000 pour les hommes de race blanche âgés de 80 ans à 85 ans et 17,3 sur 1000 pour les femmes âgées ayant les mêmes caractéristiques.

Une étude des auteurs français Dargent-Molina et Bréart (1995) fait également ressortir le rôle de l'ostéoporose dans l'incidence des chutes accidentelles que Wilkins (1995) décrit comme la cause «extérieure» de mortalité la plus courante chez les personnes âgées au Canada, en particulier chez les femmes. Tenant compte de plusieurs enquêtes menées aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande et en Suède, cette étude-synthèse prétend qu'à peu près un tiers de la population âgée tombe au moins une fois au cours d'une même année, et que la proportion des femmes qui font des chutes est deux fois plus élevée que celle des hommes. Le pourcentage de chutes résultant en des fractures peut être évalué à 5%. Un autre 5% à 10% laisse des traumatismes graves comme les plaies, les entorses ou la fracture du col du fémur. Pour les auteurs, les causes de ces chutes sont multiples et variées. Celles-ci résultent «de l'action combinée du vieillissement, de diverses pathologies affectant la fonction d'équilibre, de la prise de certains médicaments et de facteurs environnementaux et comportementaux» (Dargent-Molina et Bréart, 1995: 76).

3.3 Les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées

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 que chez les femmes, est en croissance continue depuis 1978. Entre 1977 et 1986, le taux de suicide chez les Canadiens âgés est passé de 10% à 13% de l'ensemble des suicides. En 1993, le taux enregistré chez les hommes âgés de 65 ans et plus était de 24 décès pour 100 000 hommes (Wilkins, 1995). 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 (Huang et Lindsay, 1996). En Amérique du Nord et en Europe, cette maladie constitue la cause de démence la plus commune, comptant pour 50 à 60% de tous les cas de démence rencontrés chez les personnes âgées (Ebly, Parhad, Hogan et Fung, 1994). En 1988, Hill rapporte qu'il est difficile de procéder à un diagnostic spécifique de la maladie d'Alzheimer. En effet, parce qu'elles portent sur la démence en général, les estimations des grandes enquêtes épidémiologiques ne permettent pas d'établir avec exactitude le taux de prévalence de cette maladie ou le nombre de décès qu'elle cause (Hill, 1988). L'auteur part de la convergence de deux études américaines et de deux études scandinaves, basées sur des petits nombres et conçues à partir de critères différents, pour estimer le taux d'incidence. Il est à peu près de 1 pour 1000 à 60 ans et de 1 pour 10 à 95 ans. Se référant à d'autres études américaines¹⁵, il soutient encore que, oscillant entre cinq et huit ans, la durée moyenne de survie des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer est supérieure à celle des «malades déments institutionnalisés». Leur taux de mortalité n'est pas très différent de celui des personnes non-atteintes appartenant au même groupe d'âge. Depuis lors, cependant, la connaissance et les capacités de diagnostic de la maladie

¹⁵ Il s'agit ici de deux études longitudinales: l'une réalisée au Minnesota et l'autre à Baltimore. Dans le premier cas, la durée de survie des personnes atteintes a été comparée à celle de la population en général. Dans le deuxième, la comparaison a été établie entre personnes de mêmes cohortes.

d'Alzheimer ont progressé. Les critères de diagnostic «NINCDS-ADRDA» sont maintenant utilisés presque universellement et ils permettent d'atteindre un degré de fiabilité de plus de 85% dans le diagnostic des différentes formes de démence.

Les résultats partiels de l'enquête nationale sur la prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer conduite par l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada (ESVC) éclairent les conséquences de l'Alzheimer, et de la démence en général. Selon l'ESVC (1994), les diverses formes de démence comptent parmi les maladies les plus troublantes et les plus exigeantes; elles comportent des risques autant pour la personne âgée qui en souffre que pour les personnes qui lui procurent des soins. En plus de ses nombreuses conséquences sociales, médicales et économiques, la démence constitue une cause majeure de maladie et de mortalité parmi les personnes âgées de 85 ans ou plus (Ebly *et al.*, 1994). Les résultats¹⁶ de cette enquête évaluent à 8% la proportion des Canadiens âgés de 65 ans et plus atteints d'une forme quelconque de démence, pour un total de 252 600 personnes âgées. 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. En ce qui concerne la démence en général, le taux varie de 2,4% pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, à 34,5% pour celles de 85 ans et plus.

La maladie d'Alzheimer frappe 5,1% de toute la population âgée vivant au Canada. Elle représente 64% de tous les cas de démence rencontrés, et 75,3% des cas diagnostiqués chez les personnes de 85 ans et plus. Son taux de prévalence varie de 1,0 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans à 26,0% chez les 85 ans ou plus. Elle est suivie de loin par la démence vasculaire qui atteint 1,5% de toutes les personnes âgées, avec un taux de prévalence allant de 0,6% chez les 65-74 ans à 4,8% chez les personnes de 85 ans ou plus. La démence vasculaire constitue 19% de tous les cas de démence rencontrés, avec un ratio équilibré entre les deux sexes. Les principaux

¹⁶ Ces résultats semblent faire autorité dans le domaine. Dans un article publié dans le *Canadian Journal of Psychiatry*, Rockwood et Stadnyk (1994) soutiennent que, menée auprès d'un large échantillon de personnes âgées vivant aussi bien au sein de la communauté qu'en institution, cette étude longitudinale fournit la meilleure estimation de la démence en général et de la maladie d'Alzheimer en particulier.

facteurs de risques pour la maladie d'Alzheimer sont l'âge, les antécédents familiaux et les traumatismes crâniens. Selon les nouvelles découvertes, il est possible que l'exposition continue aux solvants, aux pesticides et aux fertilisants en soit aussi un facteur. Enfin, on note une corrélation entre la vulnérabilité à cette maladie et un faible taux de scolarité (CSHA, 1994).

Comme l'indique le tableau 11, le taux de prévalence de la démence augmente avec l'âge. Quant au rythme de progression, les positions sont divergentes. Plusieurs auteurs disent qu'après 65 ans, le taux de prévalence de la démence double tous les cinq ans au sein d'une même cohorte, et qu'après 84 ans, l'augmentation semble ne pas être assez significative pour être prise en considération au plan statistique. Eby *et al.* (1994), au contraire, soutiennent que la démence continue de s'étendre à mesure que l'âge augmente. Le taux de 28,5% rencontré parmi le groupe des 85 ans ou plus est deux fois plus élevé que celui de la cohorte de 75 à 84 ans. Alors que la proportion de personnes touchées chez les 84 à 89 ans atteint 23%, elle est de 40% chez les 90-94 ans et de 58% chez les 95 ans ou plus. Le modèle exponentiel que Jorm *et al.* (1987:472) appliquent dans leur méta-analyse établit que, jusqu'aux environs de 95 ans, le taux de prévalence de la démence double approximativement à tous les cinq ans. Ces auteurs concèdent toutefois qu'il n'y a pas de réponse unique à ce problème. Non seulement le taux de progression varie selon le type de démence considéré, mais le taux de prévalence constaté peut être influencé par un certain nombre de facteurs tels le modèle de recherche, la composition de l'échantillon, les mesures utilisées et, enfin, la façon dont on définit la démence.

3.4 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 65^e anniversaire, un homme a une espérance de vie moyenne de 15,4 années et une femme, de 19,6 années (Norland, 1994). De 1951 à nos jours, l'espérance de vie a respectivement augmenté de 2,1 et de 4,6 années. Entre 1951 et 1981, le taux de mortalité due aux affections cardio-vasculaires

a diminué de 50%. Celui dû à la grippe, à la bronchite et à la pneumonie a régressé de 70% chez les hommes et de 90% chez les femmes.

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% (Santé Québec, 1987). 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% des Canadiens âgés de 65 ans et plus ont évalué leur santé comme «excellente», «très bonne» ou «bonne». Seuls 28 % l'ont considérée comme moyenne ou mauvaise. Le niveau de satisfaction personnelle et sociale atteint 94%. Si 46% des personnes âgées souffrent d'une incapacité quelconque, seulement 20% 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 les moins scolarisées sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé que celles qui peuvent compter sur de grandes ressources économiques et éducationnelles (Baker, 1988). Les premières vivent moins longtemps et souffrent davantage de maladies cardiovasculaires, 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%. 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. D'une part, les professionnels des deux sexes, qui ont l'opportunité de choisir leur domaine de travail, jouissent d'une meilleure santé à la retraite. D'autre part, 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 au plan objectif que dans la perception subjective. 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. L'étude de Frideres (1994) associe l'état de santé précaire des Autochtones ainsi que leur durée de vie moindre à la place marginale que ceux-ci occupent dans la société canadienne, à leur niveau d'éducation faible et à leur taux de chômage et de pauvreté très élevé.

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 jouissent d'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 expérimentent des durées et des taux de limites 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. Les maladies cardiaques représentent la première cause de mortalité chez les deux sexes. La fréquence des problèmes de santé et d'invalidité est aussi plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Verbrugge (1989) conclut que si les femmes vivent beaucoup plus longtemps, elles souffrent beaucoup 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 permettraient 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 (Arber et Ginn, 1991).

CHAPITRE 4

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).

4.1 Les types de rapports intergénérationnels et les générations-pivots

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). Ces échanges peuvent être de type instrumental, fonctionnel, pratique, émotionnel, affectif et associationnel (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 par le biais de l'aide au logement ou à son aménagement, l'aide à l'installation de jeunes couples, les services et les soins personnels, ou par le biais d'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).

Les enquêtes internationales que nous avons repérées insistent sur la place que tiennent les quinquagénaires dans le développement et la recomposition des solidarités intrafamiliales (Attias-Donfut, 1995; Schaber 1995). Leur rôle de pivot au sein des nouvelles structures familiales amène à penser qu'on ne peut analyser les flux d'échanges entourant un individu sans prendre en compte sa position dans le cycle de vie familial et son inscription dans des générations qui coexistent (Attias-Donfut, 1995). Cette remarque est d'autant plus pertinente que les générations sont «des constructions sociales, se situant en réalité dans un continuum dont les changements sont progressifs et les seuils impossibles à déterminer» (*id.*: 44). Outre les diverses lectures disciplinaires qu'elles inspirent en théorie, les identités générationnelles se modifient, en pratique, à mesure que la position de l'individu dans le cycle familial évolue. L'étude comparative entre le Luxembourg et les États-Unis présentée par Schaber (1995) met aussi en évidence cet aspect dynamique et construit des rapports intergénérationnels. Schaber maintient l'idée que les contributions respectives des générations changent avec le temps et que la nature de l'apport aux solidarités intrafamiliales dépend de la phase dans laquelle les générations se situent. Plus élevées au début chez les adultes, les contributions changent d'orientation et de sens quand les adultes deviennent à leur tour âgés ou très âgés.

Les différences caractérisant la conception de ces deux enquêtes¹⁷ n'empêchent pas pour autant les auteurs d'aboutir à plusieurs conclusions identiques. D'abord, dans les familles trigénérationnelles, les membres de la génération pivot sont les plus grands dispensateurs de services; les jeunes, davantage interpellés en cas de besoin de soutien affectif, en bénéficient plus que les personnes âgées qui, par contre, se placent au-dessus de la moyenne. En deuxième lieu, les deux études concluent que les échanges monétaires suivent généralement l'axe descendant allant des aînés aux pivots, des pivots aux plus jeunes et des aînés aux plus jeunes, le sens inverse ou inversé étant de l'ordre de l'exception. Les deux études montrent en outre qu'en dehors de l'argent et du temps

¹⁷ L'étude d'Attias-Donfut est conçue à partir d'un échantillon aléatoire tiré des données du recensement français de 1990, alors que celle de Schaber se pourvoit d'une dimension comparative enracinée dans l'utilisation de données provenant d'un panel américain (*Panel Study of Income Dynamics, PSID*) et d'un panel luxembourgeois (*Vivre au Luxembourg*). La dynamique de revenu constitue l'un des centres d'intérêt de cette deuxième recherche.

(services), la cohabitation entre générations constitue un des aspects importants des solidarités intergénérationnelles ou intrafamiliales, permettant, par exemple, au Luxembourg, aux jeunes cohabitant chez leurs parents âgés de réaliser des bénéfices pouvant atteindre jusqu'à 75% de leur frais de logement, de charges et de nourriture, et ceci, sans compter la garde des enfants et les travaux ménagers. La recherche française d'Attias-Donfut doit aussi son originalité au fait de vouloir intégrer les rapports intergénérationnels dans une dynamique temporelle et historique faisant remonter aux années 60-70 l'explication des orientations actuelles des solidarités intrafamiliales et du flux des échanges autour desquelles elles se structurent (Attias-Donfut, 1995). Ce moment charnière où s'est produite une discontinuité dans la suite des générations est caractérisé par deux grands repères historiques. D'abord, les *pivots* encore jeunes avaient introduit de nouveaux modèles familiaux qui les portent à être plus durs avec les parents qu'avec les enfants. Ensuite, l'intervention massive de l'État-Providence dans le système de protection sociale a donné naissance à ce que l'auteure appelle elle-même «la génération de la solidarité publique».

Prise sous un autre angle, cette dimension historique représente le support analytique d'une étude longitudinale¹⁸ réalisée aux États-Unis par Bengtson et Giarusso (1995). L'enjeu principal étant la continuité et le changement dans les rapports au sein d'une même famille, ces auteurs ont proposé une analyse temporelle démontrant qu'après 20 ans, et malgré la maturation de la génération du milieu et le vieillissement de leurs 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 parent/enfant; 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 (Bengtson et Giarusso, 1995: 95).

¹⁸ Cette étude a été réalisée par l'Université de la Californie du Sud auprès de 300 familles. Elle a duré de 1971 à 1991, années au cours desquelles les répondants ont été interviewés à quatre reprises.

4.2 La famille comme lieu privilégié des rapports intergénérationnels

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 Harroten, 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 en 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. 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 le conjoint, et surtout la conjointe, représente 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% des parents âgés contactés habitent à moins d'un kilomètre de chez un de leurs enfants, et que 90% se trouvent à moins de 50 kilomètres.

Les observations de Garant et Bolduc (1990), dans le cadre de leur revue de la littérature¹⁹ 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

¹⁹ Cette revue de la littérature porte particulièrement sur les littératures québécoise, canadienne et américaine.

assure les soins nécessaires dans une proportion qui, selon le pays, peut aller jusqu'à 80% (Brody, 1985). D'autres études, canadiennes et américaines, (Day, 1993; Chappell, 1989; Gerald, 1993; Lesemann et Martin, 1993; Monk et Cox, 1993) ont indiqué des 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 est en train de relayer l'État dans un contexte de rareté de ressources (Maheu et Guberman, 1992). L'aide qu'elle apporte est plus qu'importante; elle est centrale, conclut Gerald (1993).

De leur côté, Lesemann et Martin (1992, 1993) approfondissent la réflexion en mettant en interface l'aspect instrumental de la prise en charge des personnes âgées et les significations attribuées à la famille en tant que lieu d'entraide, de solidarités et de construction identitaire. Parce que la famille fonctionne selon ses règles d'échanges symboliques et matériels, ses pratiques domestiques où se tissent les relations affectives, les soins qu'elle apporte dans le cadre de la vie familiale dépassent en intensité la logique fonctionnelle, voire utilitaire, des services formels. En réalité, conçu à partir «du lien social, de l'échange, du don, de la dette symbolique», le soutien familial «prévient et retarde l'hébergement. Il comble, supplée les carences des services publics. Il les régule en s'adaptant aux contraintes budgétaires, organisationnelles, contribuant donc ainsi à l'efficacité institutionnelle» (Lesemann et Martin, 1993: 212). Cette centralité de l'espace domestique dans la prise en charge quotidienne des personnes âgées dépendantes (Strauss et Corbin, 1988) repose autant sur les liens psychologiques qui unissent les membres d'une même famille que sur les normes sociales qui les responsabilisent, voire les culpabilisent s'ils refusent d'acquitter leur dette envers les parents âgés (Garant et Bolduc, 1990). Rosenthal et Gladstone (1994) insistent aussi sur ce caractère ascendant des rapports intergénérationnels. Les enfants procurent de l'aide aux parents âgés dépendants, quels que soient leurs sentiments à l'égard de ces derniers. La société accorde tellement d'importance au fait d'aider ses propres parents que les enfants n'osent pas se dérober à cette obligation sans courir le risque d'être socialement sanctionnés. Cette thèse de la sanction sociale se trouve renforcée chez les auteurs américains Wagner et Hunt (1994) qui, dans leur étude portant sur un programme de prise en charge en

milieu du travail, tendent à associer l'échec d'un tel programme aux valeurs et aux significations que les membres rattachent au travail de soin²⁰.

Le soutien entre les parents et les enfants est habituellement exercé dans une relation d'échange (Dowd, 1980, cité par Connidis, 1989) s'établissant selon les normes fondamentales du principe de réciprocité (Bengtson, Marti et Roberts, 1991). Certains types d'échanges peuvent s'effectuer selon l'ordre ascendant, d'autres selon l'ordre descendant. Par exemple, les personnes âgées et les adultes apportent aux jeunes générations plus d'aide financière qu'ils n'en reçoivent. Par contre, les enfants fournissent plus d'aides pratiques comme les services et soins personnels, la réparation de la maison, l'exécution des tâches quotidiennes et ménagères (Rosenthal, 1987). Si les personnes âgées utilisent parfois l'aide financière qu'elles fournissent pour accroître leur position de pouvoir face aux enfants, les besoins en soins de santé les placent souvent dans une position de relative faiblesse (Connidis, 1989). Cette logique d'interdépendance et de solidarités multiples, qui constitue le fondement du lien social familial, devient donc la précondition pour la matérialisation des différents aspects des relations intergénérationnelles.

4.3 Rapports intergénérationnels, classe sociale et rôle des femmes

La nature et l'orientation des solidarités intergénérationnelles varient toutefois en fonction d'un certain nombre d'éléments tels la classe sociale, le sexe et le 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 les 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

²⁰ Selon les auteurs, les employés de cette entreprise auraient majoritairement refusé ce programme mis en place dans leur lieu de travail parce qu'ils considéraient le travail de soin comme comportant un double aspect, c'est-à-dire une assistance instrumentale doublée du soutien affectif et émotionnel.

contacts avec les petits-enfants davantage au moyen de 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 en assurant autant 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). Cette conciliation provoque également une réorganisation spatio-temporelle qui modifie en profondeur les modes de convivialité de la famille nucléaire (Facchini, 1992). Ainsi, à cause de cette complexité, de la fragmentation et du nombre de tâches qu'elles effectuent, certains auteurs les présentent soit comme «la génération prise», soit comme «les femmes du milieu», soit comme «la génération-sandwich» (voir Rosenthal, 1987). Bourdelais (1994) utilise l'expression de «génération-pivot de la vie familiale» pour désigner d'une manière générale la place centrale et active qu'occupent les jeunes retraités de 60 ans dans la société d'aujourd'hui. 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 sont en train de concilier travail et soins aux personnes âgées doit être relativement bas. La possibilité réelle d'être prise en sandwich se trouve ainsi limitée.

Cependant, quelle que soit la manière d'évaluer le rôle des femmes soignantes dans la construction des rapports intergénérationnels à travers la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il apparaît évident que leur apport est fondamental. Non seulement elles sont plus concernées par les soins à fournir aux parents âgés que les hommes, mais la présence des filles, dans les cas de besoin d'aide, se manifeste trois fois sur quatre (Renaut et Rozenkier, 1995). Les fils n'interviennent

qu'après de 29% des parents âgés. Cette prépondérance se vérifie surtout dans les familles à composition mixte, familles au sein desquelles les filles assurent 64% des soins procurés aux parents âgés dépendants (*id.*).

Hagestad (1995) corrobore ces conclusions. Dans sa recherche sur la santé des personnes du quatrième âge, réalisée en Norvège, l'auteure soutient que l'aide et les soins sont prodigués par une fille dans la moitié des cas et par une bru dans le tiers, alors que dans le dixième des cas seulement ils le sont par un fils. Dans les structures multigénérationnelles, les femmes restent celles qui s'occupent le plus souvent des négociations pour l'obtention d'une aide publique, celles qui doivent bien orchestrer l'aide publique institutionnelle et l'aide privée familiale afin de maintenir la personne dépendante dans son milieu de vie habituel. Alors que l'apport de l'homme semble en majeure partie se limiter aux aspects matériel, économique et financier de l'aide, les responsabilités de la femme varient de la satisfaction de besoins matériels et concrets au bien-être psychologique (Jutras et Renaud, 1987).

Plusieurs auteurs ont avancé différents points de vue pour expliquer cette «sexualisation» sociale du travail de soins qui, selon Hagestad, est reproduite, entretenue et encouragée par les différents systèmes de politique sociale. La revue de la 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. Facchini (1992) conclut que c'est le système culturel dominant qui attribue aux femmes la responsabilité et l'exclusivité du travail de soin.

CHAPITRE 5

LEÇONS POUR LES POLITIQUES SOCIALES

Cette revue de la littérature a cherché à documenter les transformations du processus de vieillissement au cours des dernières décennies. Les politiques sociales ne les ignorent pas, mais elles devraient sans doute en tenir compte davantage si elles veulent continuer à répondre aux besoins réels de la population âgée.

partir de 1970, le gouvernement fédéral canadien et les provinces ont considérablement amélioré les systèmes de pension ainsi que les services sociaux et de santé. Les transferts gouvernementaux ont substantiellement contribué au bien- tre des personnes âgées en leur procurant une relative sécurité financière. M me si ces interventions gouvernementales ont accru leur dépendance face à l'État (Walker, 1983), les nouvelles générations de personnes âgées ont pu connaître, comparativement aux générations précédentes, de meilleures conditions de vie. La situation économique des personnes âgées n'a cessé de s'améliorer. Toutefois, des inégalités profondes de revenus persistent (Myles, 1989). Il importe que soient resserrées les mailles du filet de sécurité qui leur est destiné afin de chercher à réduire ces inégalités. Dans cette perspective, il s'agit de savoir dans quelle mesure des programmes dont les bénéficiaires sont fondés sur l'âge chronologique restent encore légitimes et efficaces (Neysmith, 1987). Dans quelle mesure peuvent-ils encore, dans un contexte de crise économique aiguë, 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- tre d'une société.

S'il reste vrai que 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 les objectifs sociétaux poursuivis,

surtout s'ils restent spécifiquement axés sur la notion d'âge. 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 prouvé que les programmes gouvernementaux de la SV, du SRG et de l'AC 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 par leur contribution aux RPC/RRQ et au REP. 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 ghetto sation professionnelle des femmes, les inégalités d'accès à l'emploi et les disparités salariales.

Il est vrai que les politiques sociales de la vieillesse se sont en partie adaptées aux réalités changeantes du vieillissement. Depuis sa création en 1952, le système de retraite a constamment évolué pour mieux répondre à de nombreuses réalités nouvelles, passant de l'allocation des prestations fixes à des personnes âgées à l'implantation du SRG en 1966, puis à la mise sur pied de l'AC en 1975, de l'indexation en 1974 à la récupération totale ou partielle en 1989 par le biais de l'impôt. La proposition de ne verser que des prestations partielles aux personnes âgées dont le revenu annuel dépasse 53 215\$, à partir de juillet 1996, ou même aucune prestation à celles dont le revenu atteint 84 195\$ constitue aussi une réorientation fondamentale, puisque le système de sécurité de la vieillesse abandonne son caractère universel au profit d'une politique sélective. Le Gouvernement a choisi entre des programmes axés sur l'âge et des programmes basés sur le revenu et les besoins.

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 de cette revue de la littérature 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 mènent à penser que les coûts exorbitants des systèmes de santé ont beaucoup plus à voir avec la surmédication et la surmédicalisation 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 70, 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 la réinsertion 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 services. 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).

De très nombreux auteurs, dans tous les pays industrialisés, ont souligné le rôle accru des femmes dans l'exercice du maintien à domicile et le travail de soin. Des études canadiennes (Guberman, Maheu et Maillé, 1991; Chappell, 1992; Lesemann et Nahmiash, 1993; Martin Matthews et Rosenthal, 1993; Chappell et Prince, 1994; Martin Matthews et Campbell, 1995) ont, parmi beaucoup d'autres aussi, mis en évidence la diversité et la complexité des tâches, l'isolement social auquel les femmes sont sujettes, aussi bien que le caractère astreignant et très inégalement réparti entre les sexes du travail de soin. Les recherches de Gerald (1993) et de Paquet (1990, 1996) établissent encore que la surcharge de travail qu'occasionne le maintien à domicile a un impact négatif tant sur la vie personnelle de la personne-soutien que sur la qualité de l'aide apportée aux personnes âgées. Les effets les plus connus sont le stress et la fatigue générés par le manque de temps de repos ou de vacances, l'absence de socialisation et les abus physiques à l'endroit des personnes âgées. Ce travail astreignant est d'autant plus difficile qu'il exige une conciliation de tâches multiples (Guberman et Maheu, 1992; Facchini, 1992). Le fardeau est encore plus lourd lorsque l'aidante principale cohabite avec la personne dépendante et ne travaille pas à l'extérieur du foyer (Jutras, Veilleux et Renaud 1989). Il lui revient, d'une part, de coordonner et d'organiser la prise en charge, d'autre part, d'assurer la médiation entre les ressources formelles et informelles, communautaires et institutionnelles.

La difficulté des personnes-soutien ne réside pas seulement dans la complexité et l'ampleur des tâches à accomplir. L'insuffisance des ressources allouées, le manque de services disponibles et la précarité du soutien public apporté aux aidantes naturelles contribuent également à alourdir ces tâches (Roy *et al.*, 1990) et à rendre fragile le partenariat État-famille (Paquet, 1996). Si des pays comme la Suède et la Grande-Bretagne ont adopté le principe d'une forme de rémunération des

soignantes afin de remédier à cette situation de risques, une étude comparative²¹ réalisée pour le compte du système de sécurité sociale britannique (Glendenning et McLaughlin, 1993) met toutefois en garde contre la tentation d'utiliser ce système de paiement afin de recruter des soignantes au lieu de le percevoir comme un moyen d'aider les personnes-soutien à donner les soins pour une durée plus longue, et d'ainsi retarder l'institutionnalisation. Sans nier l'efficacité de l'approche des compensations financières et la nécessité d'attribuer plus de ressources aux personnes-soutien, Gerald (1993) juge ces mesures insuffisantes, puisqu'elles ne permettent pas d'intervenir sur l'aspect le plus crucial du maintien à domicile: l'épuisement physique et émotionnel des personnes-soutien. Paquet abonde également dans ce sens et insiste sur la nécessité d'une politique préventive destinée non seulement aux personnes âgées mais aussi à celles qui en prennent soin (Paquet, 1996: 49). La question de la rémunération des personnes aidantes (Payment for Care) est également débattue et expérimentée au Canada (Canada, 1982; Chappell, 1989), en particulier en Nouvelle-Écosse (Keefe, s.d.), au Québec (Bolduc, 1993, 1993a), aux États-Unis (Linsk *et al.*, 1988; Keigher et Murphy, 1992; Stone et Keigher, 1994), en Grande-Bretagne (Johnson, 1987) et en Suède (Sundstrom, 1986; Johansson et Thorslund, 1993) o prédomine toutefois une forte tendance à «professionnaliser» les personnes aidantes. Elle a également fait l'objet d'une vaste étude comparative en Europe sous l'égide de l'European Center for Social Research de Vienne (1995).

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 de mesures nationales d'aide 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-soutien tombe dans le domaine des soins communautaires et diffère d'une province à l'autre. moins d'une

²¹ Cette étude commandée par le *United Kingdom Social Security* porte sur six pays européens, dont l'Irlande, l'Italie, la France, l'Allemagne, la Finlande et la Suède. Ce projet de recherche avait un triple objectif: systématiser les différentes mesures; documenter la nature des mesures introduites et les services proposés; et analyser les causes qui ont mené à l'introduction de ces mesures, ainsi que leurs conséquences.

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 coeur 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'influence des cultures professionnelles, de l'emploi et de la revalorisation des rôles de la famille et de la sphère domestique.

Il ne suffit plus aujourd'hui de reconnaître la famille comme un partenaire formel. Les politiques sociales doivent accorder à celle-ci un statut réel fondé sur la reconnaissance de besoins non statistiquement standardisés, mais évalués de façon socio-anthropologique. On ne peut dynamiser la solidarité intergénérationnelle et la tâche de prise en charge qu'en facilitant la nécessaire interpénétration de deux logiques parallèles mais condamnées à vivre ensemble (Paquet, 1996): la logique familiale construite autour de la notion de devoir, de don, d'affect, de réciprocité et de solidarité et la logique institutionnelle bâtie autour de la notion d'équité conjuguée à celle d'universalité. Une meilleure articulation des solidarités communautaires et familiales et des offres de soutien institutionnelles est au coeur des réflexions contemporaines des politiques sociales destinées aux personnes âgées.

CONCLUSION

Le vieillissement démographique des populations a subi au cours des 30 dernières années diverses transformations qui sont venues questionner les systèmes de politiques sociales et de transferts sociaux, leur viabilité ainsi que leur capacité de répondre aux besoins nouveaux engendrés par un processus qui va en s'accroissant. D'abord, les marqueurs du vieillissement – soit la vulnérabilité économique, l'isolement social, le déclin des forces physiques et la perte des aptitudes cognitives – qui ont présidé à l'élaboration de ces systèmes et mené à l'institutionnalisation de la retraite obligatoire ont tous évolué. Le mythe misérabiliste qui a longtemps servi à caractériser les générations antérieures et à légitimer leur exclusion des différentes sphères d'activités sociales est devenu obsolète. Il ne sied plus aux personnes âgées d'aujourd'hui qui, grâce à une bonne articulation des ressources publiques et privées, jouissent, en majorité, d'une situation économique sensiblement plus favorable, d'un état de santé amélioré et d'une espérance de vie accrue. En outre, les effets sociaux de leur participation sociale et de leur capacité de s'organiser conduisent à une modification positive de leur rôle et de leur image, tant au niveau de la société et des communautés qu'au niveau des structures familiales devenues de plus en plus multigénérationnelles.

Cette revue de la littérature amène à contester l'idée que les personnes âgées actuelles sont abandonnées par les membres plus jeunes de leur famille. Il apparaît au contraire que, malgré le développement des réseaux de soins publics et institutionnels, la famille continue d'assurer les soins aux personnes âgées dépendantes dans une proportion variant de 80% à 90%. Les femmes d'âge moyen sont particulièrement touchées. La famille reste donc l'un des principaux lieux où des générations différentes se rencontrent, se confrontent et se façonnent à travers leurs interactions constantes (Attias-Donfut, 1995b: 41). Elle représente l'un des «circuits», sinon le principal, à travers lequel se construisent les solidarités intergénérationnelles structurées autour d'un ensemble de dons et d'échanges (biens, temps, services, argent) circulant aussi bien sur l'axe descendant que sur l'axe ascendant.

Enfin, il est essentiel de souligner que les transformations du vieillissement n'ont pas des significations identiques pour l'ensemble des personnes âgées. Celles-ci sont loin de constituer un groupe homogène, défini par le seul critère de l'âge chronologique. La réalité quotidienne de chacun et de chacune est plutôt fonction d'un certain nombre de facteurs tels le sexe, le niveau de scolarité, le degré d'insertion dans un réseau familial et communautaire, l'occupation professionnelle antérieure et le revenu. C'est justement dans cette optique que la pertinence de la perspective historique et comparative privilégiée dans le cadre de cette revue de littérature se justifie. Elle a permis d'appréhender le vieillissement et ses transformations à travers plusieurs de ses multiples facettes; de révéler l'aspect construit du processus; d'identifier différents groupes d'acteurs agissant dans la construction du vieillissement et l'orientation des transformations qu'il a connues; d'ancrer les enjeux de l'étude sur le vieillissement dans la réalité quotidienne concrète; et de saisir dans leur historicité les rapports de force, les distinctions inter- et intrasociétales contribuant à donner forme, sens et significations au processus du vieillissement démographique.

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*, London, Jessica Kingsley Publishers, p. 149-168.

ARBER, Sara et Jay GINN (1991), *Gender and Later Life: A Sociological Analysis of Resources and Constraints*, London 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, p. 5-24 (coll. «Essais et Recherches»).

ATTIAS-DONFUT, Claudine (1995b), «Le double circuit des transmissions», dans Claudine ATTIAS-DONFUT (dir.), *Les solidarités entre générations: vieillesse, famille, État*, Paris, Nathan, p. 41-82 (coll. «Essais et Recherches»).

ATTIAS-DONFUT, Claudine (dir.) (1995), *Les solidarités entre générations: vieillesse, famille, État*, Paris, Nathan.

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, p. 35-46.

BÉLAND, François (1982), *La famille et les adultes âgés de 65 ans et plus: un mode de cohabitation et les situations d'aide*, Québec, Ministère des Affaires sociales.

BELGRAVE, Linda Liska et Julia E. BRADSHER (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, p. 83-96 (coll. «Essais et Recherches»).

BENGTSON, Vern L., Waner SCHAEI 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.

BENGTSON, Vern L. et Robert A. HARROTAN (1994b), «Generational Linkages and Public Policy», dans Vern L. BENGTSON et Robert A. HARROTAN (dir.), *Intergenerational Linkages: Hidden Connections in American Society*, New York, Springer Publishing Company, p. 210-233.

BENGTSON, Vern L., G. MARTI et R.E.L. ROBERTS (1991), «Age-Group Relationships: Generational Equity and Inequity», dans K. PILLEMER et K. McCARTNEY (dir.), *Parent-Child Relations Throughout Life*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, p. 253-278.

BENGTSON, Vern L. (1983), *L'adaptation au changement et le rôle de la famille pour les personnes âgées*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, (coll. «Écrits en gérontologie»).

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, p. 362-387.

BOLDUC, M. (1993a), *Proposition d'un devis préliminaire d'une étude portant sur la formule de «l'allocation directe»*, Document de travail, 8 p.

BOLDUC, M. (1993b), *Le financement personnalisé: résumé de l'expérience québécoise*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 9 p.

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, p. 19-29.

BRODY, E.M. (1981), «Women in the Middle and Family Help to Old People», *Gerontologist*, 33.

BRODY, J.A. et O. COHEN (1989), «Epidemiologic Aspects of Alzheimer's Disease», *Journal of Aging and Health*, 1 (2), May.

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, p. 15-19.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1986), *Les personnes âgées au Québec*, Québec, les Publications du Québec.

CANADA (1996a), *Document d'information pour les consultations sur le Régime de Pensions du Canada*, Ottawa, Ministère des Finances.

CANADA (1996b), *La Prestation aux aîné (es): assurer l'avenir*, Ottawa.

CANADA (1990), *Mise au point: Les aîné(e)s au Canada, une vie active et engagée*, Ottawa, Ministre d'État pour le Troisième Âge.

CANADA (1989), *Les personnes âgées au Canada*, Statistique Canada, n° de cat. 11-519 F.

CANADA (1986), *Longévité et tables de mortalité chronologiques*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, n° de cat. 89-506.

CANADA (1982), *Canadian Governmental Report on Aging*, Ottawa, Minister of Supply and Services.

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, p. 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), p. 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, Fife.

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, de 1971-1989», *Perspectives*, Statistique Canada.

CONNIDIS, Arnet Ingrid (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, p. 195-205.

CONNIDIS, Arnet Ingrid (1989), *Family Ties and Aging*. Toronto and Vancouver, Butterworths.

CONNIDIS, Arnet Ingrid (1986), «The Relationship of Work History to Self-Definition of Employment Status among Older Women», *Work and Occupations*, 13 (3), August, p. 348-358.

CONNIDIS, Arnet Ingrid (1985), «The Service Needs of Older People: Implications for Public Policy», *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 4, (1), March, p. 3-10.

CONNIDIS, Arnet Ingrid et Julie-Ann McMULLIN (1992), «Getting Out of the House: The Effect of Childlessness on Social Participation and Companionship in Later Life», *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 11 (4), Winter, p. 370-386.

CONNIDIS, Arnet Ingrid et Judith REMPEL (1983), «The Living Arrangement of Older Residents: The Role of Gender, Marital Status, Age, and Family Size», *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 2 (3), p. 91-105.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (1989), *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés: Rapport n° 1*, Ottawa.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (1993), *Vignette Vieillesse n° 6*, Ottawa.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (1991), *Les conditions socio-économiques des aîné-e-s au Canada: un précis*, Ottawa.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (1984), *Aux prises avec la maladie d'Alzheimer: le défi et l'aide*, Ottawa.

CONSEIL DU BIEN- TRE DE L'ONTARIO (s.d.), *Pensions and Alternatives: Here are the Facts*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME DE L'ONTARIO (1981), *Women and Aging*, Toronto.

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), p. 17-23.

COOPMANS, Marianne, Anne HARROP et Marijke HERMANS-HUISKES (1989), *La situation sociale et économique des femmes âgées en Europe: Rapport de synthèse de deux études*, Luxembourg, Commission des communautés européennes.

CORIN, E. (1984), «Manières de vivre, manières de dire: réseau social et sociabilité des personnes âgées au Québec», *Troisième âge et culture*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture (coll. «Questions de culture»).

CORIN, Ellen (1982), «De la structure à la signification des réseaux sociaux de personnes âgées dans la région de Québec», *Cahiers de l'ACFAS*, 11, Québec, Université Laval, p. 147-191.

CORIN, E., J. TREMBLAY, T. SHERRIF et L. BERGERON (1984), «Entre les services professionnels et les réseaux sociaux, les stratégies d'existence des personnes âgées», *Sociologie et Sociétés*, 16 (2), p. 89-104.

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), p. 89-128.

CROWN, William H. *et al.* (1993), «Networth and the Economic Diversity of the Elderly», *Journal of Aging and Social Policy*, 5 (4), p. 99-118.

CRYSTAL, S. et D. SHEA (1990), «Cumulative Advantage, Cumulative Disadvantage, and Inequality among Older People», *Gerontologist*, 30 (4), August, p. 437-443.

DARGENT-MOLINA, P. et G. BRÉART (1995), «Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43, p. 72-83.

DAVID, Hélène et Michel BIGAOUETTE (1986), «Le poids de l'inaptitude au travail dans les prises de retraite d'une grande municipalité», *Sociologie et Sociétés*, 18 (2), octobre, p. 47-60.

DAVIDSON, J.L. (1979), «Elder Abuse», dans M.R. BLOCK et J.D. SINNOTT (dir.), *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*, Center on Aging, University of Maryland.

DAY, Peter (1993), *Perspectives on Later Life*, London, 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.

DÉCARIE, Suzanne (1994), «Coincées entre deux générations, les femmes sandwich!» *Coup de pouce*, 11 (1), mars, p. 88-97.

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), Summer, p. 75-98.

DENTON, Frank et Byron SPENCER (1978), «On the Prospect of a Labour Shortage», *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 4 (1), Winter, p. 101-118.

DESJARDINS, Bertrand et Jean DUMAS (1993), *Vieillesse de la population et personnes âgées: la conjoncture démographique*, Ottawa, Division de la démographie, Statistique Canada.

DESJARDINS, Bertrand et Jacques LÉGARÉ (1984), «Le seuil de la vieillesse: quelques réflexions de démographes», *Sociologie et Sociétés*, 16 (2), octobre, p. 37-48.

LE DEVOIR (1984), «La pauvreté chez les personnes âgées: le Québec vient en t te», *Le Devoir*, 1984-02-11, p. 10, col. 1, art. 3.

DULUDE, Louise (1985), *Vieillir au féminin 2*, Ottawa, Conseil consultatif sur la situation de la femme.

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, p. 1593-1600.

ÉMOND, Aline (1988), *Et la santé, ça va: rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Publications du Québec.

ESTES, C.L. et L.A. BINNEY (1989), «The Bio-Medicalization of Aging», *The Gerontologist*, 29, p. 587-596.

FACCHINI, Carla (1992), «Devenir une mère pour sa mère», *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 28/68, p. 63-69.

-
- FALKINGHAM, Jane et Paul JOHNSON (1992), «Income and the Elderly», *Review in Clinical Gerontology*, 2 (4), November, p. 343-351.
- FEINSTEIN, J.S. (1993), «The Relation between Socioeconomic Status and Health», *Milbank Quarterly*, 71, p. 279-322.
- FOOT, David et Rosemary VENNE (1990), «Population, Pyramids and Promotional Prospects», *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 16 (4), December, p. 387-398.
- FRENKEN, Hubert et Karen MASER (1992), «Le régime de pensions d'employeur – qui y participe?» *Perspectives*, 4 (4), hiver, Statistique Canada, n° de cat. 75-001F, p. 30-38.
- FRIDERES, James (1994), «L'avenir de notre passé: Les Autochtones âgés dans la société canadienne», dans Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Questions touchant les aînés-e-s autochtones*, (coll. «Écrits en gérontologie» (15)), Ottawa.
- FRIES, James (1983), «The Compression of Morbidity», *Milbank Quarterly*, 61 (3), p. 397-419.
- FRIES, James (1980), «Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity», *New England Journal of Medicine*, 303, p. 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, p. 117-136.
- GARANT, Louise et Mario BOLDUC (1990), *L'aide aux personnes âgées: mythes et réalités*, Québec, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GAUDE, M. (1977), «Les pensions à l'index», *Commerce*, vol. 79, avril, p. 46-48.
- GAULLIER, Xavier (1992), «Le risque vieillesse, impossible paradigme», *Sociétés contemporaines*, 10, juin, p. 23-45.
- GAULLIER, Xavier (1989), «Quel avenir pour les salariés âgés?», *Futuribles*, 136, octobre, p. 45-62.
- GAULLIER, Xavier (1982), «Economic Crisis and Old Age: Old Age Policies in France», *Ageing and Society*, 2 (2), July, p. 165-182.

GEE, Ellen (1990), «Demographic Change and Intergenerational Relations in Canadian Families: Findings and Social Policy Implications», *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 16 (2), June, p. 191-199.

GEE, Ellen et Susan McDANIEL (1991), «Pension Politics and Challenges: Retirement Policy Implications», *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 17 (4), December, p. 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), p. 73-89.

GIBSON, Rose et Cheryl BURNS (1991), «The Health, Labor Force and Retirement Experiences of Aging Minorities», *Generations*, 15 (4), Fall-Winter, p. 31-35.

GINN, Jay (1993), «Grey Power: Age-Based Organisations' Response to Structured Inequalities», *Critical Social Policy*, 13 (2), p. 23-47.

GLADSTONE, James W. (1989), «Grandmother-Grandchild Contact: The Mediating Influence of the Middle Generation Following Marriage, Breakdown and Remarriage», *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 8 (4).

GLENDENNING, Caroline et Eithne Mc LAUGHLIN (1993), *Paying for Care: Lessons from Europe*, London, Her Majesty's Stationery Office.

GRAND'MAISON, Jacques (1994), «Un nouveau pacte intergénérationnel», dans Jacques Grand'Maison et Solange LEFEBVRE (dir.), *La part des aînés*, Fides, p. 335-356.

GRANGER, Denise (1991), *Revue de littérature sur les modèles et les stratégies des prestations des services communautaires offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle et mentale et à leurs aidants naturels*, Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

GRUEMBERG, E.M. (1977), «The Failure of Success», *Milbank Quarterly/ Health and Society*, 55, p. 3-24.

GUBERMAN, Nancy et Pierre MAHEU (1994), «Au-delà des soins, un travail de conciliation», *Service social*, 43 (1), p. 87-104.

GUBERMAN, Nancy, P. MAHEU et C. MAILLE (1991). *Et si l'amour ne suffisait pas: femmes, familles et adultes dépendants*, Montréal, Remue-Ménage.

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, p. 43-67.

GUILLEMARD, Anne-Marie (1994), «Attitudes et opinions des entreprises à l'égard des salariés âgés et du vieillissement de la main-d'oeuvre», *Gérontologie et Société*, 70, octobre, p. 154-169.

GUILLEMARD, Anne-Marie (1989), « tre vieux ou vieille, une question de jugement social», *Actes du colloque sur le vieillissement au travail, une question de jugement*, Montréal, p. 11-13.

GUILLEMARD, Anne-Marie et Martin REIN (1993), «Comparative Patterns in Retirement: Recent Trends in Developed Societies», *Annual Review of Sociology*, vol. 19, p. 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, p. 157-168 (coll. «Essais et Recherches»).

HARDY, Melissa et Lawrence E. HAZELRIGG (1993), «The Gender of Poverty in an Aging Population», *Research on Aging*, 15 (3), September, p. 243-278.

HAREVEN, Tamara K. (1994), «Aging and Generational Relations: A Historical and Life Course Perspectives», *Annual Review of Sociology*, 20, p. 437-461.

HILL, Gerry (1988), «Maladie d'Alzheimer», *Maladies chroniques au Canada*, 9 (5), septembre, p. 93-94.

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/La Revue canadienne du vieillissement*, 5 (3), p. 189-204.

-
- HOLDEN, K.C. et T.M. SMEEDING (1990), «The Poor, the Rich, and the Insecure Caught In-Between», *Milbank Quarterly*, 68 (2), p. 191-219.
- HOUSE, James *et al.* (1990), «Age, Socioeconomic Status, and Health», *Milbank Quarterly*, 68 (3), p. 383-411.
- JACOBS, Klaus, Martin KOHLI et Martin REIN (1991), «Testing the Industry Mix of Early Exit», dans Martin KOHLI *et al.* (dir.), *Time for Retirement: Comparative Studies on Early Exit from the Labor Force*, Cambridge University Press, p. 67-96.
- JAVEAU, Claude (1994), «Les enjeux d'une société vieillissante», *Gérontologie* (3), p. 17-22.
- JOHANSSON, Lennarth et Mats THORSLUND (1993), «Importance et limites des ressources formelles», dans F. LESEMANN et C. MARTIN (dir.), *Les personnes âgées: dépendance, soins et solidarités familiales: Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation française, p. 115-215.
- JOHNSON, Norman (1987), *The Welfare State in Transition*, Brighton, Wheatsheaf Books.
- JORM *et al.* (1987), «The Prevalence of Dementia: Quantitative Integration of the Literature», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 176, p. 465-479.
- JUTRAS, Sylvie, France VEILLEUX et Marc RENAUD (1989), *Des partenaires méconnus: les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie*, Montréal, Université de Montréal.
- 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), December, p. 745-749.
- KEEFE, J. (s.d.), *Shared Care: The Organization of Home Care and Family Caregiving*, Centre on Aging, Halifax, Mount Saint Vincent University.
- KEIGHER, S.M. et C. MURPHY (1992), «A Consumer View of Family Care Compensation Programs for the Elderly», *Social Service Review*, 66 (2).
- KILTY, K.M. (1990), «Social Security, Private Resources, and the Economic Security of Older Americans», *Journal of Aging Studies*, 4 (1), Spring, p. 97-109.

KOHLI, Martin (1989), «Réorganiser le processus de retraite: les entreprises, les syndicats et l'État», *Actes du colloque sur le vieillissement au travail, une question de jugement*, Montréal, p. 92-97.

KOHLI, Martin et Martin REIN (1991), «The Changing Balance of Work and Retirement», dans Martin KOHLI *et al.* (dir.), *Time for Retirement: Comparative Studies on Early Exit from the Labor Force*, Cambridge University Press, p. 1-35.

KOHLI, Martin *et al.* (1991), *Time for Retirement: Comparative Studies on Early Exit from the Labor Force*, Cambridge University Press, p. 67-96.

KRAMER, M. (1981), *The Increasing Prevalence of Mental Disorders: Implications for the Future*, Paper presented at the National Conference on the Elderly Desinstitutionalized Patient in the Community, Arlington, Virginia.

KREIGER, Nancy (1988), «L'ostéoporose dans une population vieillissante», *Maladies chroniques au Canada*, 9 (5), p. 91-93.

KULIS, Stephen (1992), «Social Class and the Locus of Reciprocity in Relationships with Adult Children», *Journal of Family Issues*, 13 (4), p. 482-504.

LABILLOIS, Margaret (1994), «Le logement chez les Autochtones, perspective personnelle», dans Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Questions touchant les aîné-e-s autochtones*, (coll. «Écrits en gérontologie» (15)), Ottawa, p. 13-17.

LAING, B.A. (1990), «Women Beneficiaries Age 62 or Older, 1960-1988», *Social Security Bulletin*, 53 (7), juillet, p. 2-12.

LEMIEUX, R. (1990), «Vieillir: une question de sens?», *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 23/63, p. 25-33.

LESEMANN, Frédéric (1990), «Pauvreté et classes d'âge: les ménages plus âgés améliorent nettement leur situation relative», *Le Devoir*, 1^{er} mai, p. 7.

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, p. 155-170.

LESEMANN, Frédéric et Claude MARTIN (1992), «Prendre soin: liens sociaux et médiations institutionnelles», *Revue internationale d'action communautaire (RIAC)*, 28/68.

LINSK, N.L., S.M. KEIGHER et S.E. OSTERBUSCH (1988), «States' Policies Regarding Paid Family Caregiving», *The Gerontologist*, 28, p. 204-212.

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, p. 51-62.

MAHEU, Louis et Hélène DAVID (1989), «Pourquoi se préoccuper du vieillissement au travail», *Actes du colloque sur le vieillissement au travail, une question de jugement*, Montréal, p. 9-10.

MANCINI, Jay A. (1992), «Intergenerational Relationships», *Journal of Family Issues*, 13 (4), p. 429-431.

MANTON, K.G. (1982), «Changing Concepts of Mortality and Morbidity in the Elderly Population», *Milbank Quarterly*, 60, p. 183-244.

MARCIL-GRATTON, Nicole et Jacques LÉGARÉ (1987), «Vieillesse d'aujourd'hui et de demain: un m me âge, une autre réalité», *Futuribles*, 110, mai, p. 3-21.

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, p. 153-170.

MARSHALL, Victor et Barry McPHERSON (dir.) (1994), *Aging: Canadian Perspectives*, Broadview Press/Journal of Canadian Studies.

MARSHALL, Victor, Carolyn ROSENTHAL et Joanne DACIUK (1987), «Older Parents' Expectation for Filial Support», *Social Justice Research*, 1 (4), December, p. 405-424.

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, Département de démographie, Université de Montréal.

MARTIN MATTHEWS, Ann et C.J. ROSENTHAL (1993), «Balancing Work and Family in an Aging Society: The Canadian Experience», dans MADDOX, G.L. et M.P. LAWTON (Eds), *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 ARBER, S. et J. GINN (Eds), *Connecting Gender and Ageing: Sociological Approaches to Gender Relations in Later Life*, London, Open University Press.

MASSÉ, Jacqueline et Marie-Marthe T. BRAULT (1984), «Sociétés, vieillissement et stratification des âges», *Sociologie et Sociétés*, 16 (2), p. 3-14.

McDANIEL, Susan (1993), «Soutien affectif et contacts familiaux chez les Canadiens âgés», *Tendances sociales canadiennes*, 28, p. 30-33.

McDONALD, Lynn (1994), *Transitions into Retirement*, Toronto, Faculty of Social Work, University of Toronto (ronéo).

McDONALD, Lynn (1989), «Les travailleuses et travailleurs âgés et l'économie duale», *Actes du colloque sur le vieillissement au travail, une question de jugement*, Montréal, p. 55-62.

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* (2^e éd.), Fitzhenry & Whiteside, p. 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, p. 171-195.

MUSSELL, W.J. (1994), «Les Anciens des Premières Nations, personnes-ressources et éducateurs», dans Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Questions touchant les aîné-e-s autochtones*, (coll. «Écrits en gérontologie» (15)), Ottawa, p. 53-62.

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 sur le vieillissement au travail, une question de jugement*, Montréal, p. 14-24.

NATIONAL INDIAN COUNCIL ON AGING (1980), *May the Circle Be Unbroken: A New Decade. Final Report on the Third National Indian Conference on Aging*, Albuquerque, New Mexico.

NELSON, Martha (1993), «Race, Gender and the Effect of Social Support on the Use of Health Services by Elderly Individuals», *International Journal of Aging and Human Development*, 37 (3), p. 227-246.

NEYSMITH, Sheila (1987), «Social Policy Implications of an Aging Society», dans Victor MARSHALL (dir.), *Aging in Canada. Social Perspectives* (2^e éd.), Fitzhenry & Whiteside, p. 586-597.

NEYSMITH, Sheila (1982), «Aging in Canada: The Making of a Social Problem», *Question de développement social*, 6 (1), p. 27-40.

NG, Edward (1992), «Les enfants et les personnes âgées: le partage des ressources de l'État», *Tendances sociales canadiennes*, été, Statistique Canada.

NORLAND, J.A. (1994), *Profil des personnes âgées au Canada*, Statistique Canada, n° de cat. 96-312F.

NORTHCOTT, Herbert (1992), *Aging in Alberta: Rhetoric and Reality*, Detselig Enterprises Ltd., Alberta, ISBN 1-55059-049-9.

NOVAK, Mark (1988), *Aging and Society: A Canadian Perspective*, Scarborough, Ontario, Nelson Canada.

ODERKIRK, Julian (1996a), «Programmes gouvernementaux de sécurité du revenu à l'intention des personnes âgées: Sécurité de la vieillesse», *Tendances sociales canadiennes*, 40, printemps, p. 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, p. 9-17.

OJA, G. et R. LOVE (1988), *Pensions et revenus des personnes âgées au Canada, 1971-1985*, Statistique Canada, n° de cat. 13-588, n° 2, juin.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (1994a), «Les nouvelles orientations de la politique sociale», *Études de politiques sociales*, n° 12, Paris, OCDE.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (1994b), «Protéger les personnes âgées dépendantes», *Études de politiques sociales*, n° 14, Paris, OCDE.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (1988), *Le vieillissement démographique: conséquences pour les politiques sociales*, Paris, OCDE.

PAQUET, Mario (1996), «La prévention auprès des personnes-soutien de personnes âgées dépendantes», *Canadian Social Work Review*, (à paraître).

PAQUET, Mario (1990), «Les conséquences de la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie: une recherche exploratoire», *Intervention*, 85, mars, p. 101-109.

PHILLIPSON, Chris (1989), «Towards a Sociology of Retirement», *Reviewing Sociology (New Series)*, 6 (2), p. 3-10.

POIRIER, Patricia (1979), «Venir en aide aux personnes âgées sans qu'il en coûte un cent: un rapport du Sénat», *Le Devoir*, 20 décembre, p. 4, col. 4, art. 1.

PRATT, Henry J. (1993), *Gray Agenda: Interest Groups and Public Pensions in Canada, Britain, and the United States*, Ann Arbor, University of Michigan Press.

LA PRESSE (1980), «La retraite. Un drame économique qui mérite des redressements», *La Presse*, 14 avril, D1, col. 2, art. 1.

QUÉBEC (1995), *Le Québec Statistique* (60^e éd.), Bureau de la Statistique du Québec, Les Publications du Québec, ISBN 2-551-16086.

QUÉBEC (1991), *Vers un nouvel équilibre des âges: Rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

RENAUT, Sylvie et Alain ROZENKIER (1995), «Les familles à l'épreuve de la dépendance», dans Claudine ATTIAS-DONFUT (dir.), *Les solidarités entre générations: vieillesse, famille, État*, Paris, Nathan, p. 181-208 (coll. «Essais et Recherches»).

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, n° de cat. 82-003.

ROCKWOOD, Kenneth et Karen STADNYK (1994), «The Prevalence of Dementia in the Elderly: A Review», *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, p. 253-257.

ROSENTHAL, Carolyn (1987), Aging and Intergenerational Relations in Canada, dans Victor MARSHALL (dir.), *Aging in Canada: Social Perspectives* (2^e éd.), Fitzhenry & Whiteside, p. 311-342.

ROSENTHAL, Carolyn (1986), «The Differentiation of Multigenerational Households», *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 5 (1), p. 27-42.

ROSENTHAL, Carolyn (1982), «Family Responsibilities and Concerns: A Perspective on the Lives of Middle-Aged Women», *Documentation sur la recherche féministe*, 4 (3), p. 211-212.

ROSENTHAL, Carolyn et James GLADSTONE (1994), «Family Relations and Support in Later Life», dans Victor MARSHALL et Barry McPHERSON (dir.), *Aging: Canadian Perspectives*, Broadview Press/Journal of Canadian Studies, p. 158-174.

ROSENTHAL, Carolyn, Sara MATHEWS et Victor MARSHALL (1989), «Is Parent Care Normative? The Experience of a Sample of Middle-Aged Women», *Research on Aging*, 11 (2), p. 244-260.

ROY, Jacques (1994a), «Les personnes âgées: dépendance, soins et solidarités familiales: Comparaisons internationales», *Service social*, 43 (1), p. 154-158.

ROY, Jacques (1994b), «L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État», *Service social*, 43 (1), p. 7-32.

ROY, Jacques, R. LÉPINE et L. ROBERT (1990). *État et famille: des politiques sociales en mutation. Document de réflexion soumis au Conseil de la famille*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

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, p. 97-113 (coll. «Essais et Recherches»).

SCHNEIDER, E.L. et J.A. BRODY (1983), «Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: Another View», *New England Journal of Medicine*, 309, p. 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* (2^e éd.), Fitzhenry & Whiteside, p. 399-423.

SIROONIAN, Jason (1993), «Le revenu de placements des Canadiens», *Perspectives*, Statistique Canada, 75-001F, été, p. 59-65.

LE SOLEIL (1982), «Des revenus trop bas», *Le Soleil*, 17 août, cahier A, p. 5, col. 3, art. 2.

ST-ONGE, Jacques (1990), *Personnes âgées amérindiennes et modernisation*, Groupe de recherche et d'intervention régionale (GRIR), Université du Québec à Chicoutimi.

STATISTIQUE CANADA (1996), *Programmes de revenu de retraite au Canada: un aperçu statistique*, Statistique Canada, n° de cat. 74-507-XPB.

STATISTIQUE CANADA (1994), *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu*, Ottawa, n° de cat. 13-207.

STATISTIQUE CANADA (1990), *Un portrait des aînés au Canada: projet des groupes cibles*, Ottawa, n° de cat. 89-519.

STOKES, Julie et Joan LINDSAY (1996), «Major Causes of Death and Hospitalization in Seniors», *Maladies chroniques au Canada* (version dactylographiée).

STONE, Leroy et Hubert FRENKEN (1986), *Les personnes âgées au Canada. Recensement de 1986. Le Canada à l'étude*, Ottawa, Division des études démographiques, Statistique Canada.

STONE, Leroy et Susan FLETCHER (1980), *A Profile of Canada's Older Population*, Montréal, Institut de recherche politique.

STONE, R. et S. KEIGHER (1994), «Toward an Equitable, Universal Caregiver Policy: The Potential of Financial Supports for Family Caregivers», *Journal of Aging and Social Policy*, 6 (1/2), p. 57-75.

STRAUSS, A. et J.M. CORBIN (1988), *Shaping a New Health Care System*, San Francisco, Jossey-Bass Inc. Publishers.

SUNDSTROM, G. (1986), «Family and State: Recent Trends in the Care of the Aged in Sweden», *Aging and Society*, 6, p. 169-196.

TENNSTEDT, Sharon, Sybil CRAWFORD et John McKINLAY (1993), «Is Family Care on the Decline? A Longitudinal Investigation of the Substitution of Formal Long-Term Care Services for Informal Care», *Milbank Quarterly*, 71 (4), p. 601-624.

TROYANSKI, David (1994), «The New Age of Old Age», *Ageing and Society*, 14 (3), September, p. 429-436.

VANDEBURGH, Rosamon (1982), «When Legends Fall Silent Our Ways are Lost: Some Dimensions of the Study of Aging among Native Canadians», *Culture*, II (1), p. 21-28.

VAN-GUNSTEREN, Hermann et Martin REIN (1985), «The Dialectic of Public and Private Pensions», *Journal of Social Policy*, 14 (2), April, p. 129-149.

VERBRUGGE, L.M. (1989), «Gender, Aging and Health», dans K. MARKIDES (dir.), *Aging and Health: Perspectives on Gender, Race, Ethnicity and Class* (p. 23-78), Newbury Park, CA, Sage Publications.

WAGNER, D.L. et G.G. HUNT (1994), «The Use of Workplace Eldercare Programs by Employed Caregivers», *Research on Aging*, 16 (1), p. 69-83.

WALKER, A. (1983), «The Origins and Maintenance of Interest Groups in America», *American Political Science Review*, 77, p. 390-406.

WILKINS, Kathryn (1995), «Causes de décès: différences entre les sexes», *Rapports sur la santé*, 7 (2), Statistique Canada, n° de cat. 82-003, p. 39-50.

WILKINS, Kathryn, Susan MORRIS et Rachel LANE (1988), «Mortalité et morbidité dans la population âgée du Canada: Rétrospective», *Maladies chroniques au Canada*, p. 85-90.

WYKLE, L. May et Marie R. HAUG (1993), «Multicultural and Social Aspects of Self-Care», *Generations*, 17 (3), Fall, p. 25-28.

YEE, K. Barbara et Gayle D. WEAVER (1994), «Ethnic Minorities and Health Promotion: Developing a 'Culturally Competent' Agenda», *Generations*, 18 (1), Spring, p. 39-43.

TABLEAU 1
**Pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus
 par province au Canada, 1971, 1981, 1986, 1991**

PROVINCE	POURCENTAGE DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS			
	1971	1981	1986	1991
Terre-Neuve	6,2	7,7	8,8	9,7
Île-du-Prince-Édouard	11,0	12,2	12,7	13,2
Nouvelle-Écosse	9,2	10,9	11,9	12,6
Nouveau-Brunswick	8,6	10,1	11,1	12,2
Québec	6,9	8,8	10,0	11,2
Ontario	8,4	10,1	10,9	11,7
Manitoba	9,6	11,9	12,6	13,4
Saskatchewan	10,2	12,0	12,7	14,1
Alberta	7,3	7,3	8,1	9,1
Colombie-Britannique	9,4	10,9	12,1	12,9
Territoires du Yukon	2,8	3,2	3,7	4,0
Territoires du Nord-Ouest	2,2	2,9	2,8	2,8
Canada	8,1	9,7	10,7	11,6

Source: Statistique Canada, cat. 93-310.

TABLEAU 2
Revenu moyen en dollars constants (1994)
des personnes âgées seules selon le sexe
Canada, 1980-1994

ANNÉE	HOMMES	FEMMES
1980	18 617	14 854
1985	20 394	16 394
1990	21 749	18 175
1994	23 782	17 106

Source: Statistique Canada, cat. 13-207

TABLEAU 3
Distribution des personnes âgées à faible revenu, selon l'état matrimonial
Canada, 1980-1994

ANNÉE	PERSONNES EN FAMILLE	PERSONNES SEULES	TOTAL EN POURCENTAGE
1980	6,8	12,4	19,2
1985	5,3	10,3	15,6
1990	3,3	11,6	15,0
1994	2,8	10,1	12,8

Source: Statistique Canada, cat. 13-207.

TABLEAU 4
Évolution du revenu déficitaire moyen en dollars constants (1994)
pour les personnes âgées à faible revenu
Canada, 1980-1994

	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994
selon le statut marital								
Vivant en famille	4 147	3 794	4 121	3 487	3 781	3 343	3 154	2 972
Vivant seules	4 651	4 164	3 924	3 493	3 338	3 199	2 968	2 755
selon le sexe								
Hommes	4 698	3 864	3 548	3 170	3 174	2 860	2 714	2 549
Femmes	4 635	4 236	4 020	3 571	3 371	3 283	3 022	2 796

Source: Statistique Canada, cat. 13-207.

TABLEAU 5
Tableau comparatif de l'évolution du revenu moyen des familles économiques âgées
et de celui de l'ensemble des familles économiques, en dollars constants (1994)
Canada, 1984-1994

ANNÉE	ENSEMBLE DES FAMILLES ÉCONOMIQUES	FAMILLES ÉCONOMIQUES ÂGÉES
1980	53 877	37 521
1985	52 323	38 148
1990	55 905	41 943
1994	54 153	40 183

Source: Statistique Canada, cat. 13-207.

TABLEAU 6
**Tableau comparatif de l'évolution du revenu moyen des personnes âgées vivant seules
et de celui de l'ensemble de la population des personnes seules, en dollars constants (1994)
Canada, 1980-1994**

ANNÉE	ENSEMBLE DES PERSONNES SEULES	PERSONNES ÂGÉES SEULES
1980	22 523	15 891
1985	23 139	17 327
1990	24 909	19 049
1994	23 746	18 780

Source: Statistique Canada, cat. 13-207.

TABLEAU 7
Évolution en pourcentage du taux de participation au marché du travail
des hommes et des femmes âgés de 55 ans et plus
au Canada, 1966-1990

ANNÉE	HOMMES	FEMMES
1966	56,7	18,0
1975	50,5	17,6
1980	46,5	18,3
1985	42,1	17,9
1990	37,4	17,4

Sources: Schellenberg Grant, 1994; Historical Labour Force Statistics, 1992.

TABLEAU 8
Répartition des personnes âgées selon la tranche de revenu en 1990

TRANCHE DE REVENU	POURCENTAGE	POURCENTAGES CUMULÉS
Aucun revenu	0,8	0,8
Inférieur à 5 000	4,6	5,4
5 000- 14 999	54,1	59,5
15 000- 24 999	20,5	80,0
25 000- 49 999	15,2	95,2
50 000-100 000	3,9	99,1
100 000 ou plus	0,9	100

Source: Statistique Canada, cat. 96-312F, p. 46.

TABLEAU 9
Les 10 premières causes d'hospitalisation chez les hommes âgés
au Canada, 1973-1992 (sur 100 000)

CAUSES D'HOSPITALISATION	RANG AU CANADA	TSMA	CHANGEMENT MOYEN EN POURCENTAGE	
			1983- 1992	1973- 1982
Maladies coronariennes	1	3825,66	0,08	-2,34
Accidents cérébro-vasculaires	2	2061,63	-1,97	-0,02
Maladies symptomatiques	3	2042,37	0,68	4,87
Bronchite chronique, emphysème et asthme	4	1965,10	-1,19	4,79
Chutes accidentelles	5	1457,52	0,58	N/A
Pneumonie	6	1436,88	0,60	-0,97
Hernie	7	1292,01	-1,15	0,06
Cancer de la prostate	8	1122,90	0,41	1,39
Cancer du poumon	9	960,06	-0,95	3,28
Maladies intestinales	10	884,18	-0,17	0,71

Source: Julie Huang et Joan Lindsay, 1996.

TABLEAU 9.1
Les 10 premières causes d'hospitalisation chez les femmes âgées
au Canada, 1973-1992 (sur 100 000)

CAUSES D'HOSPITALISATION	RANG AU CANADA	TSMA	CHANGEMENT MOYEN EN POURCENTAGE	
			1983- 1992	1973- 1982
Maladies coronariennes	1	2352,37	-1,30	-3,14
Chutes accidentelles	2	2183,11	-0,47	N/A
Maladies symptomatiques	3	1619,22	-0,29	5,48
Accidents cérébro-vasculaires	4	1472,70	-1,97	-0,93
Fractures de la colonne	5	1129,06	-0,52	-1,26
Bronchite chronique, emphysème et asthme	6	950,36	1,90	5,08
Maladies intestinales	7	944,97	-0,59	-0,45
Pneumonie	8	744,31	1,29	-1,70
Maladie du foie	9	723,22	-1,21	-5,70
Diabète	10	630,14	-6,53	-3,17

Source: Julie Huang et Joan Lindsay, 1996.

TABLEAU 10
Principales causes de décès chez les hommes âgés de 65 ans et plus
1971, 1981, 1986 (en ordre décroissant pour 1986) (sur 100 000)

CAUSES DE DÉCÈS	RANG 1971	TSMA	RANG 1981	TSMA	RANG 1986	TSMA	ÉCART (%)
Maladies cardio-vasculaires	1	2606,44	1	2092,43	1	1814,38	-30,4
Cancer du poumon	3	327,30	3	428,12	2	478,09	+46,1
Accidents cérébro-vasculaires	2	819,17	2	588,23	3	466,07	-43,1
Bronchite chronique, emphysème, asthme	4	268,30	4	332,15	4	385,84	+43,8
Pneumonie	5	24,40	5	221,60	5	258,59	-2,2
Cancer de la prostate	7	202,48	6	209,66	6	225,48	+11,4
Cancer colorectal	6	102,85	7	295,03	7	204,28	+0,7
Diabète	9	123,22	9	97,82	8	116,02	-5,8
Anévrisme de l'aorte	11	89,60	10	93,59	9	93,76	+15,1
Cancer des voies urinaires	10	97,35	11	90,18	10	86,62	-11,0
Cancer de l'estomac	8	141,51	8	99,72	11	84,49	-40,3
Maladies du rein	12	78,54	13	77,38	12	84,08	+7,1
Cancer du pancréas	13	78,13	12	79,32	13	79,11	+1,3
Cancer du tissu lymphoïde	16	50,24	14	64,43	14	74,67	+48,6
Chutes accidentelles	14	74,21	15	62,62	15	64,06	-13,7

Source: Kathryn Wilkins, Susan Morris et Rachel Lane (1988). Adapté à partir des données de Statistique Canada

TABLEAU 10.1
**Les principales causes de décès chez les femmes âgées de 65 ans et plus
 1971, 1981, 1986 (en ordre décroissant pour 1986) (sur 100 000)**

CAUSES DE DÉCÈS	RANG 1971	TSMA	RANG 1981	TSMA	RANG 1986	TSMA	ÉCART (%)
Maladies cardio-vasculaires	1	1601,45	1	1186,75	1	1044,33	-34,8
Accident vasculaire cérébral	2	707,08	2	483,24	2	406,20	-42,6
Cancer colorectal	3	163,87	3	151,01	3	148,19	-9,6
Pneumonie	4	155,38	5	114,35	4	147,55	-5,0
Cancer du sein	6	121,95	4	128,17	5	138,30	+13,4
Cancer du poumon	12	39,21	7	82,37	6	120,68	+207,8
Bronchite chronique, emphysème, asthme	11	45,54	8	67,83	7	106,43	+133,7
Diabète	10	133,00	6	96,54	8	199,22	-24,6
Cancer du pancréas	8	47,32	9	52,65	9	55,20	+16,7
Chutes accidentelles	9	70,16	10	49,61	10	51,90	-26,0
Maladies du rein	14	47,74	12	46,26	11	50,54	+5,9
Cancer du tissu lymphoïde	13	35,23	13	42,38	12	47,73	+35,5
Cancer des ovaires, des tubes de Fallope, de l'utérus	7	38,22	14	39,40	13	40,16	+5,1
Cancer de l'estomac	15	70,97	11	48,56	14	38,09	-46,3
Fièvre rhumatismale et rhumatisme cardiaque chronique	14	34,86	15	33,58	15	33,49	-3,9

Source: Kathryn Wilkins, Susan Morris et Rachel Lane (1988). Adapté à partir des données de Statistique Canada.

TABLEAU 11
**Prévalence de la démence parmi les personnes âgées de 65 ans et plus
selon le sexe et le groupe d'âge
Canada, 1991**

GROUPE D'ÂGE	NOMBRE DE CAS		TOTAL
	HOMME	FEMME	
65-74 ans	62	78	140
75-84 ans	176	297	473
85 ans ou plus	111	401	512
Total	349	776	1125

Source: Canadian Medical Association Journal, 1994:906.