

Parcours de vie et vieillesseⁱ

Christian LALIVE D'EPINAY

*Centre interfacultaire de gérontologie, Université de Genève
Département de sociologie, Université de Genève*

Stefano CAVALLI

*Centre interfacultaire de gérontologie, Université de Genève
Département de sociologie, Université de Genève*

Edith GUILLEY

Centre interfacultaire de gérontologie, Université de Genève

Introduction

L'un des objectifs de la sociologie du parcours de vie consiste à analyser la manière par laquelle une société donnée organise le déroulement des vies humaines à l'aide de modèles institués ; modèles qui, dans une société dynamique comme la nôtre, évoluent et font l'objet d'un travail de déconstruction et reconstruction permanentⁱⁱ. Ce chapitre est consacré à l'analyse du parcours de vie tel qu'il se dessine dès la retraite dans les sociétés industrielles avancées. Nous partirons de la généralisation de la retraite à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, pour observer ensuite la dissociation croissante entre le moment de la sortie du marché du travail comme phénomène socioéconomique et celui de la sénescence comme processus ontogénétique ; dissociation dont la prise de conscience se reflète dans le sens commun par la distinction sémantique entre un troisième et un quatrième âge. Dans la perspective du paradigme du parcours de vie, nous nous interrogerons alors sur le fait de savoir si le troisième et le quatrième âge peuvent, de nos jours, être conceptualisés comme des étapes spécifiques du parcours de vie.

Précisons que pour pouvoir parler d'étape du parcours de vie, il faut que celle-ci réponde à des critères d'ordre formel et qu'elle soit associée à des possibilités et des enjeux spécifiques, des contraintes, ainsi que des rôles et statuts d'âge. En ce qui concerne les critères d'ordre formel, le premier et principal est celui de sa *normalité*ⁱⁱⁱ, c'est-à-dire la forte probabilité pour les individus situés dans l'étape antérieure d'atteindre un jour la suivante. Le second critère renvoie à l'idée que cette étape intervient selon un certain ordre ou une *séquence* prééta-

blie. Le troisième réside dans le fait que l'insertion dans une étape a une certaine *durée* (cela ne signifie pas que la notion d'étape du parcours de vie soit synonyme d'état stable ou statique : des dynamiques et des évolutions s'inscrivent dans chacune des étapes de la vie). Enfin, la transition d'une étape à l'autre se doit d'être quasi *irréversible* : le retour dans l'étape précédente, sans être exclu, reste exceptionnel (sur ces notions, cf. Elder, 1998). Par ailleurs, une étape du parcours de vie est conceptualisée comme l'organisation sociale générale d'une période de la vie, proposée à l'ensemble des individus qui y accèdent. En ce sens, l'installation dans une étape du parcours de vie implique une réorganisation en profondeur de la vie.

Après nous être interrogés sur la définition substantielle qu'il convient d'associer aux expressions métaphoriques de troisième et de quatrième âge, nous discuterons plus particulièrement de la réalité du quatrième âge. A ce propos, nous examinerons et récuserons deux critères de classification de la population âgée fréquemment utilisés – faisant appel l'un à l'âge chronologique, l'autre à la notion de dépendance –, pour finalement discuter et tester la pertinence du recours à la notion complexe de fragilité.

1.- De la fondation de la retraite à la distinction entre le troisième et le quatrième âge

Comme toute société, la société industrielle avait ses vieillards, mais elle rechignait à faire de la vieillesse un âge socialement défini, assorti de droits et de devoirs spécifiques. Le débat social sur la retraite est lancé dès la fin du 19^{ème} siècle.

A cette époque, selon l'idéologie libérale largement dominante, faire face aux aléas de la vie relevait de la responsabilité individuelle, l'épargne était érigée au rang de vertu cardinale. C'était, bien entendu, tenir pour négligeable le fait que cette manifestation de la responsabilité restait hors de portée des membres des classes laborieuses dont le salaire maigre et incertain était englouti par les exigences de la survie quotidienne. Dès lors, malheur au travailleur qui vit assez longtemps et que la vieillesse prive de sa force de travail. Vieillesse signifiait indigence, charge pour la famille et recours à la charité publique.

Ce n'est pas le lieu ici de retracer la généalogie de la retraite, ni le débat idéologique, autour de l'axe responsabilité individuelle *versus* solidarité, qui l'a accompagné (cf. Köhler et Zacher, 1982 ; Markides et Cooper, 1987). Contentons-nous de rappeler qu'il trouve un dénouement provisoire à la sortie de la Seconde Guerre mondiale. La forte conscience des dangers et du coût pour la collectivité des troubles sociaux, sans oublier « le spectre du communisme » qui hante

l'Europe, conduit à l'installation de gouvernements d'unité nationale dont la mission est de faire la preuve que les Etats socialistes n'ont pas le monopole du social. Au cours des années 1945-1948 sont adoptées à travers l'Europe occidentale les grandes chartes sociales, expression d'une nouvelle doctrine de la solidarité, qui font de l'Etat le garant et le gestionnaire responsable de cette solidarité. La mesure la plus spectaculaire est alors l'instauration de la retraite comme droit universel, associée à la garantie d'un revenu et fixée en principe à 65 ans (âge qui coïncidait plus ou moins à l'espérance de vie des hommes).

Dès lors, la vieillesse est instituée en tant qu'âge social. Les personnes franchissant l'âge de la retraite et entrant dans l'« hiver de la vie » sont mises au bénéfice de la solidarité. C'est le travail accompli qui fonde le droit légitime au repos dans la dignité, avant que l'épuisement ne s'installe et que la déchéance ne menace. Voilà ce qu'illustre l'abondant recours à l'image du banc des vieux (cf. Lalive d'Epinau, 1990, chap. 2).

Mais voici que, dès les années cinquante, se produit ce que la société industrielle annonçait depuis toujours, mais que personne n'attendait plus vraiment : l'abondance et les lendemains qui chantent ! Quand on parle des « Trente Glorieuses » (Fourastié, 1979) en France, du miracle allemand de l'autre côté du Rhin, de la nouvelle renaissance en Italie ou des « *Golden Sixties* » aux Etats-Unis et au Canada, on désigne les modalités nationales d'un phénomène qui se fait sentir ici plus rapidement, là plus tardivement, mais qui exerce ses effets transformateurs sur la totalité des pays industriels à économie de marché. Croissance économique soutenue, augmentation constante du pouvoir d'achat (en termes réels) des salariés et plein emploi, associés à l'apparition et à la diffusion de produits technologiques nouveaux (automobile, téléviseur, électroménager, pilule anticonceptionnelle, matière plastique), engendrent dès les années soixante une révolution des mœurs. Les membres des sociétés industrielles avancées découvrent le temps libre et se découvrent avec leurs aspirations et rêves qui tout à coup intègrent le champ du possible.

Au cours de la même période, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter et, du fait des meilleures conditions de vie dont elles ont bénéficié, les nouvelles cohortes qui atteignent l'âge de la retraite sont en meilleure santé que celles qui les ont précédées. Progressivement, s'opère la dissociation entre l'âge du passage à la retraite et celui de la sénescence, dont l'horizon est repoussé plus loin dans la vie. Emerge alors une nouvelle période de la vie où l'on est libéré de l'obligation de travailler sans toutefois être vraiment vieux.

C'est dans les années soixante-dix que, pour exprimer l'expérience vécue, sont introduites les distinctions sémantiques entre le troisième et le quatrième âge en France, et entre les « *young-old* » (composition paradoxale qui exprime bien le sentiment d'être encore « jeune » tout en étant « âgé ») et les « *old-old* » (les « véritables vieux » en quelque sorte) en Amérique du Nord. Mais qu'on ne s'y trompe pas ; quand bien même ce langage suggère avec raison l'ajout d'un

nouvel âge au parcours de vie, maintenant structuré de manière quadripartite, l'étape radicalement nouvelle qui émerge est le troisième âge, et non le quatrième. Telle était bien l'intention de Neugarten (1974) quand elle introduit dans le champ scientifique nord-américain la distinction entre « *young-old* » et « *old-old* », à savoir souligner l'incroyable nouveauté d'une période de vie où l'individu se trouve libéré des contraintes du travail tout en jouissant d'une relative bonne santé. C'est toujours à la description de cette tranche de vie que l'historien anglais Laslett (1989) a consacré son ouvrage au titre suggestif « *A fresh map of life* ».

Peu à peu, la retraite est investie par l'imaginaire collectif. Véritable « temps de vivre », on attend qu'elle offre à chacun de nouvelles chances de réaliser des projets qui hier encore n'étaient que des rêves, qu'elle permette de participer à la grande quête contemporaine de l'épanouissement personnel et du bonheur (cf. Lalive d'Epinau et Bickel, 1996).

Depuis les années quatre-vingts cependant, la retraite comme transition instituée, inscrite depuis longtemps dans l'agenda de la vie du travailleur, se voit menacée par les forces dérégulatrices de la mondialisation économique. Pour beaucoup, la sortie du monde de travail ne passe pas par le porche de la retraite légale, mais se fait via des retraites anticipées, qui souvent – contrairement à leur qualification – surviennent brutalement et ne sont pas anticipées par celles et ceux à qui elles sont imposées (Guillemard et Rein, 1993 ; Kohli, Rein, Guillemard et Van Gunsteren, 1991).

Si, aujourd'hui, la transition vers le troisième âge s'opère à partir de cet événement social qu'est l'arrêt de l'activité professionnelle, qu'en est-il de la frontière qui sépare le troisième du quatrième âge ? Tel est l'objet des sections suivantes.

2.- A la recherche d'une définition du quatrième âge : examen critique de deux définitions courantes.

Dans leur genèse, les modèles de parcours de vie sont établis en réponse aux représentations qu'une société se fait du développement des individus. L'examen du modèle principal en vigueur dans les sociétés industrielles avancées montre que sa construction n'entretient plus qu'un rapport distant avec les exigences du développement bio-physiologique des individus. Au milieu du 20^{ème} siècle, la mise en place de la retraite était conçue comme une réponse adéquate à la sénescence ; moins d'un demi-siècle plus tard, l'âge officiel retenu pour cette transition relève de la stricte – et précaire – convention sociale (ou, pour les sorties prématurées du marché de l'emploi, de l'arbitraire des acteurs

économiques). De même, l'entrée officielle dans l'âge adulte n'a plus rien à voir avec la puberté, et pas grand chose avec la notion de maturité psychologique. Des âges chronologiques distincts fixent les paliers de la maturité juridique, sexuelle, civique, financière ; la maturité économique étant associée à l'insertion dans le marché du travail qui, selon les cas, s'étale sur plus d'une décennie.

Enfin, en ce début de 21^{ème} siècle, la délimitation entre le troisième et le quatrième âge reste floue, et le passage de l'un à l'autre n'est pas institué socialement. La conscience qu'une modification qualitative intervient aujourd'hui à un âge avancé de l'ontogenèse humaine, avec des implications importantes sur le mode de vie de la personne, et que cette modification s'exprime dans un affaiblissement sensible des facultés physiques et psychiques : c'est là ce que le sens commun appelle la vieillesse et qu'il associe souvent à l'idée de fragilisation ou de fragilité. De leur côté, les milieux politiques et les groupes professionnels sont à la recherche de critères permettant de circonscrire cette population, en vue d'élaborer une politique sociale du grand âge et de définir des modalités d'interventions. Dès lors, ils se tournent vers la communauté scientifique en quête de « savoir ». Cette dernière leur apporte une réponse plurielle. On peut notamment distinguer deux principaux types d'approche de la question : celle qui recourt à l'âge chronologique et celle qui se centre sur le développement individuel et en recherche les marqueurs.

3.- Le recours à l'âge chronologique

Le recours à l'âge chronologique dans la construction des modèles du parcours de vie et dans la juridiction afférente s'est effectuée de manière de plus en plus fréquente au cours du siècle passé, au point que Kohli (1986) a parlé d'une *chronologisation* du parcours de vie. Ce recours a l'avantage de la commodité et de la simplicité. Il renvoie à un étalon de mesure universel. La donnée sur laquelle il s'appuie est bien attestée, du moins dans nos sociétés ; elle appartient au domaine public et figure dans tous les documents officiels ; elle s'offre ainsi de manière privilégiée à l'analyse démographique basée sur des registres de population, et plus généralement à toute recherche reposant sur des enquêtes.

L'âge retenu pour délimiter le troisième et le quatrième âge varie selon les cas. En Amérique du Nord, on retient aujourd'hui le plus souvent la frontière des 85 ans (Denton et Spencer, 2002 ; Suzman, Willis et Manton, 1992) ; en Europe occidentale, celle de 80 ans. Certains s'efforcent de le coupler avec une formule démographique classique, celle de l'espérance de vie à la naissance par exemple ou des variantes, comme l'âge auquel la moitié d'une cohorte donnée est décé-

dée. Le résultat de ces diverses formules se situe aujourd'hui entre 75 et 85 ans (cf. Baltes et Smith, 2003).

Quel que soit le critère retenu, la question reste de savoir dans quelle mesure le recours à l'âge chronologique contribue à la connaissance scientifique. Dans la problématique développée ici, peut-il être utilisé comme un marqueur satisfaisant de la frontière *a quo* du quatrième âge ?

On a vu plus haut que le sens commun associe l'entrée dans le quatrième âge à une dégradation de la santé de la personne vieillissante. Sur la base d'une enquête menée en 1994 auprès de la population âgée dans deux régions de Suisse, nous avons examiné la distribution des individus selon trois mesures de santé (cf. Lalive d'Épinay, Bickel, Maystre et Vollenwyder, 2000). Afin d'observer si 80 ans constitue un tournant dans le bilan de santé d'une population âgée, les personnes ont été regroupées selon deux classes d'âge : 65-79 ans ; 80-94 ans.

Les personnes de 80 ans et plus présentent un profil de santé nettement plus négatif sur les trois mesures retenues (tableau 1). Le choix de l'âge de 80 ans comme frontière du passage vers le quatrième âge semble au premier abord judicieux. Néanmoins, quelle que soit la dimension de la santé retenue, la moitié de ces personnes ne présentent pas d'atteinte. Si on considère ensemble les trois aspects de la santé, c'est encore près de quatre vieillards sur dix qui bénéficient d'un bon état de santé et qui ne sont atteints sur aucune des trois dimensions. En d'autres termes, si l'âge de 80 ans trace la frontière d'une population où le risque pour les individus de souffrir d'une santé altérée est nettement supérieur à celui qu'encourent les personnes des classes d'âge inférieures, cette population ne constitue pas pour autant un ensemble homogène du point de vue de la santé. Les personnes de 80 ans et plus sont loin d'avoir pour dénominateur commun la maladie et la dépendance ; elles n'en ont pas plus le monopole. En effet, si l'on raisonne en nombre absolu, il y a autant d'individus affectés dans leur santé parmi les personnes âgées de 65 à 79 ans que parmi celles de 80 à 94 ans.

Ces résultats montrent donc que, si commode soit-il, le recours à un seuil chronologique est peu pertinent pour définir le quatrième âge. Une telle catégorisation est pernicieuse, conduit à assimiler faussement l'ensemble des personnes très âgées à des personnes en mauvaise santé, et par là à coller des étiquettes abusives sur la population âgée.

C'est pour éviter ces écueils que, au Centre interfacultaire de gérontologie, depuis quelques années nous cherchons des critères de définition du quatrième âge au niveau de la personne elle-même et de son ontogenèse. Dans un premier temps, nous avons fait appel à la notion de santé fonctionnelle pour définir les étapes de la vie après la retraite (cf. Lalive d'Épinay, Bickel, Hagmann, Maystre, Michel, 1999) ; actuellement nous nous tournons vers la notion multidimensionnelle de fragilité.

Tableau 1 – Santé physique, psychique et fonctionnelle, selon la classe d'âge (% en colonne ; données de l'étude « Autonomie » du Centre interfacultaire de gérontologie ; Suisse, 1994, personnes à domicile ; n=1583)

| Mesures de santé | 65-79 ans | 80-94 ans | Chi2 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Santé physique⁽¹⁾ | | | 129.05*** |
| aucun trouble | 75 | 53 | |
| 1 trouble | 12 | 24 | |
| 2 troubles ou plus | 13 | 23 | |
| Total | 100 | 100 | |
| Santé psychique⁽²⁾ | | | 46.41*** |
| aucun ou 1 symptôme | 66 | 47 | |
| 2 ou 3 symptômes | 23 | 30 | |
| 4 symptômes ou plus | 11 | 23 | |
| Total | 100 | 100 | |
| Santé fonctionnelle⁽³⁾ | | | 55.12*** |
| indépendants | 93 | 69 | |
| en difficulté | 5 | 15 | |
| dépendants | 2 | 16 | |
| Total | 100 | 100 | |

Seuil de significativité : *** $p \leq 0.001$.

- (1) Recensement des troubles dont souffre la personne, selon leur localisation dans le corps (11 items : membres supérieurs, inférieurs, dos, etc.).
- (2) Index de symptômes dépressifs (10 items : se sentir fatigué, triste, anxieux, etc.). Adaptation de la *Self-Assessing Depression Scale* (Wang, Treul et Alverno, 1975).
- (3) Mesure qui renvoie à l'aptitude de l'individu à accomplir seul une série d'Activités de la Vie Quotidienne : faire une toilette complète, manger et couper ses aliments, s'habiller et se déshabiller, se coucher et se lever, se déplacer à l'intérieur du logement (cf. Katz, Ford, Moskowitz, Jackson et Jaffe, 1963). On considère comme *dépendantes* les personnes qui ne peuvent pas accomplir seules au moins une de ces activités, comme *en difficulté* celles qui déclarent avoir de la peine pour accomplir sans aide au moins l'un des gestes recensés, et comme *indépendants* les individus qui ne présentent ni incapacité, ni difficulté. Pour une présentation détaillée de ces indicateurs, cf. Lalive d'Epinay et al., 2000, chap. 4.

4.- Le critère de la dépendance

Plusieurs auteurs (dont, par exemple, Manton, Stallard et Liu, 1993) associent la notion de quatrième âge – ou son équivalent anglophone « *oldest-old* » – à l'ensemble des vieillards dits dépendants, c'est-à-dire présentant des incapacités fonctionnelles lourdes. Gruenberg (1977), par exemple, a défendu la thèse dite de la « pandémie des maladies et des handicaps », selon laquelle le prix d'une longévité élevée se trouvait dans la concentration de morbidités multiples aux dernières années de vie.

Après avoir retenu et exploré l'hypothèse d'un âge de la dépendance (Lalive d'Épinay et al., 1999), nous sommes parvenus à la conclusion que, dans la perspective du paradigme du parcours de vie, les incapacités fonctionnelles ne pouvaient être érigées en critère définitionnel du quatrième âge. Il convient que nous nous expliquions sur ce point.

La dépendance est définie empiriquement par l'incapacité à réaliser sans aide un ou plusieurs gestes essentiels de la vie quotidienne que, dans notre société, il est considéré comme « normal » de pouvoir accomplir soi-même (cf. note VI). La santé dite fonctionnelle (donc l'état de santé mesurée à partir du fonctionnement du sujet) exprime dans cette perspective l'autonomie^{iv} de la personne. Que cette dernière ne puisse accomplir une de ces activités jugées vitales, la voilà donc en perte d'autonomie, dépendante dans sa vie quotidienne d'une aide spécifique.

Revenons aux résultats de notre étude transversale de 1994. La dernière partie du tableau 1 se rapporte à la santé fonctionnelle et signale que parmi les vieillards âgés de 80 à 94 ans, un sur six environ entre dans la catégorie des personnes dépendantes, une proportion huit fois plus forte que parmi les personnes âgées de 65 à 79 ans. Que la prévalence des personnes souffrant d'incapacités lourdes augmente fortement dans le grand âge n'est pas discutable. Mais doit-on en conclure qu'aujourd'hui, la vie des personnes ayant atteint ou dépassé le troisième âge s'achèvera par des années de dépendance qui constituerait alors la condition partagée caractéristique du quatrième âge ? Selon cette conception, en soi assez effroyable, le gain de vie qui caractérise l'évolution séculaire de nos sociétés aurait pour prix la concentration à son terme d'années de vie « en incapacité » (sur ces questions, voir par exemple : Dupâquier, 1997). La dépendance serait alors la dernière étape de la vie en même temps que l'antichambre de la mort.

Considérons les critères principaux de définition d'une étape du parcours de vie, ceux de *durée* et de *normalité*. Le premier conditionne la réponse au second, puisque pour parler de normalité il faut établir la proportion de vieillards qui, avant de décéder, ont vécu en situation de dépendance pendant une certaine durée ; en dessous de ce seuil, la dépendance caractériserait non pas une étape,

mais une transition vers la mort. La littérature gérontologique retient le plus souvent une durée de 12 mois au minimum pour parler de dépendance chronique (e.g., Manton et al., 1993). Cette durée nous paraît courte en ce qui concerne la temporalité minimale d'une étape. En effet, la durée d'un an est souvent utilisée en référence au temps nécessaire à la régulation d'événements critiques comme, par exemple, le passage à la retraite, le deuil ou un déménagement important. Si un intervalle de 12 mois peut paraître adéquat pour cadrer la durée d'une transition et de sa régulation, une étape, par définition, s'inscrit dans une temporalité plus longue. C'est pourquoi nous proposons ici de placer le seuil, en principe, à 24 mois.

Nous puisons ici dans les données réunies dans le cadre de l'étude SWILSO-O (*Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old*) menée au Centre interfacultaire de gérontologie de l'Université de Genève. Ces données concernent une cohorte de personnes âgées de 80 à 84 ans au départ de l'étude, suivie sur 5 années (de 1994 à 1999)^v.

Au départ de l'étude, 12% des octogénaires vivent dans une situation de dépendance ; cinq ans plus tard, c'est le cas de 27% des survivants (âgés alors de 85 à 89 ans). Même dans le grand âge, la grande majorité des vieillards ne sont donc pas atteints par des incapacités fonctionnelles lourdes. Tourmons-nous maintenant du côté des personnes décédées au cours des cinq années de l'étude (32% de la population de départ). Parmi eux, 44% étaient dépendants lors de la dernière visite d'un enquêteur, 32% l'étaient déjà lors du passage antérieur. Il semble donc qu'aujourd'hui, parmi les octogénaires, la plupart de celles et ceux qui décèdent ne transitent pas par une installation de longue durée dans la dépendance^{vi}.

Sans prétendre généraliser à partir d'une étude limitée, celle-ci nous paraît apporter des informations importantes. Le risque est aujourd'hui élevé de devoir affronter une période de vie dans la dépendance, mais, contre la vision pessimiste qui annonçait que tel serait le prix à payer d'une longue vie, la dépendance comme étape finale de la vie ne semble pas être un destin inéluctable. Aujourd'hui, la vie en incapacité fonctionnelle lourde ne peut pas être conceptualisée comme une étape du parcours de vie.

5.- Le quatrième âge ou l'étape de la fragilité

Pour le sens commun, la frontière entre le troisième et le quatrième âge est moins nette, plus subtile que la survenue de handicaps fonctionnels, et pourtant associée à une série de changements marquants tant pour le vieillard que pour son entourage.

Partons de ce dialogue.

- « Comment va ta mère ? »

- « Oh, elle va vraiment bien, merci ! Elle vit chez elle, seule, elle est très indépendante et active. Mais, tu sais, on se fait du souci ; malgré tout, elle est de plus en plus fragile, elle a 83 ans, tu sais ! »

Voilà un dialogue bien typique de quinquagénaires d'aujourd'hui. Certains de leurs parents vivent encore, mais ont atteint un âge avancé dont les enfants observent les signes : ils deviennent de plus en plus « fragiles ». A quatre-vingts ans passés, n'est-ce pas normal ? Peut-être, mais de cette supposée normalité du grand âge sourd une inquiétude : ma mère peut-elle encore faire face à la vie quotidienne et à ses obligations ? En affronter les pièges et embûches sans trop de risques ? De son côté, le vieillard, même quand il s'en défend, ressent lui aussi le poids des ans dans l'accomplissement quotidien des gestes et des tâches à accomplir. Pour l'acteur principal de cette période de vie comme pour ses proches, la fragilité qui s'installe est une évidence qui se vit et qui s'observe, qui entraîne des réaménagements en profondeur de la vie quotidienne. C'est en ce sens qu'elle introduit une rupture avec le troisième âge.

Dans quelle mesure, dès lors, la notion de fragilité peut-elle servir à une définition du quatrième âge et ainsi de marqueur d'une étape du parcours de vie ?

Nous examinerons le travail d'élaboration théorique de la notion de fragilité. Ensuite, après en avoir proposé une opérationnalisation, nous reprendrons la question de savoir si la fragilité peut être aujourd'hui comprise comme une étape avancée du parcours de vie.

5.1.- La reprise scientifique de la notion de fragilité : définition et opérationnalisation

Les témoignages de sens commun, tout comme la perception de soi que partagent un grand nombre de vieillards, attestent la prégnance et la pertinence de la notion de fragilité pour désigner un « état » avancé dans l'ontogenèse humaine. Cet « état de fragilité » est cependant difficile à définir du fait de sa variété de manifestations, de ses symptômes multiples et souvent différents selon les individus. Malgré la multiplication de travaux sur la question, il n'existe pas, à ce jour, de définition consensuelle de la fragilité. Essentiellement associée au grand âge, la fragilité correspondrait à une forme de vulnérabilité (Strawbridge, Shema, Balfour, Higby et Kaplan, 1998), à une perte de résilience qui altère la capacité de l'individu à préserver un équilibre donné avec son environnement – « équilibre précaire facilement rompu » (Rockwood, 1997) – mais aussi de rétablir cet équilibre quand il est affecté. Hamerman (1999) parle d'homéostasie qui s'altère suite à des stress multiples. La fragilité apparaît comme une perte pro-

gressive des réserves de l'individu, comme un processus endogène, lent et silencieux, pouvant se révéler brutalement à l'occasion d'une agression interne ou externe (Michel, 2002). La fragilité ne réside donc pas (nécessairement) dans tel ou tel manque, déficience ou incapacité ; elle est un état complexe qui correspond à une situation où le risque de souffrir d'incapacités et de déficiences s'est fortement accru, comme celui de devoir affronter des formes de dépendance ignorées jusque-là.

La fragilité est-elle, selon le langage gérontologique et médical, un état « normal » associé à la grande vieillesse (ce qui la rapprocherait de notre notion d'étape de parcours de vie) ou un état pathologique ? La littérature scientifique ne fait que commencer à se poser cette question. Certains la présentent comme associée à une pathologie ; un syndrome résultant vraisemblablement de la conjonction de diverses morbidités (Bortz, 2002 ; Strawbridge et al., 1998). Pour Baltes et Smith (1999 ; 2003), la fragilité est l'expression du vieillissement normal, qui va affecter dans le grand âge celles et ceux que des morbidités fatales ont jusqu'ici épargnés. Selon d'autres auteurs, la fragilité apparaît à un moment donné du processus de vieillissement, lorsque les réserves physiologiques et sensori-motrices sont inférieures à un seuil donné, ce manque de réserves pouvant être précipité par le développement de maladies (Fried et al., 2001). Dans ces derniers exemples, la fragilité répondrait au critère de *normalité* ; resterait à voir dans quelle mesure les autres critères, en particulier ceux de *durée* et d'*irréversibilité*, le sont aussi pour conclure qu'on a bien affaire à une étape structurelle du parcours de vie dans les sociétés industrielles avancées.

A ce stade, nous définissons la fragilité comme une perte des réserves physiologiques et sensori-motrices de la personne qui affecte sa capacité à préserver un équilibre avec son environnement matériel et social ou à le rétablir suite à des événements perturbateurs.

La fragilité correspond à un phénomène multidimensionnel (Hamerman, 1999 ; Rockwood, Hogan et MacKnight, 2000) et son opérationnalisation devra tenir compte des atteintes qui affectent le sujet dans diverses dimensions de la santé. L'examen de la littérature conduit à en retenir les suivantes : la dimension *cognitive*, le système *neuro-locomoteur*, le métabolisme *énergétique* (qui comprend la capacité cardio-pulmonaire et l'état nutritionnel) (Fried et al., 2001 ; Lebel et al., 1999), ainsi que les aptitudes *sensorielles* (Strawbridge et al., 1998).

Sur cette base, dans le cadre de notre recherche SWILSO-O, nous avons opérationnalisé la notion de la fragilité à partir de 19 variables renvoyant aux quatre dimensions signalées, complétées par une mesure de l'état de santé physique, évalué par un recensement des troubles dont déclare souffrir le vieillard^{vii}. La fragilité étant, par définition, multidimensionnelle, nous estimons que cet état apparaît dès lors qu'un individu présente des atteintes sur au moins deux de ces cinq dimensions.

5.2.- Fragilité et grand âge

Examinons notre cohorte d'octogénaires. La condition « fragile » caractérise déjà la majorité (62%) d'entre eux au départ de l'étude, une majorité qui s'amplifie graduellement au fil des ans (73% parmi les survivants après cinq ans). Dans le tableau 2, nous distinguons les vieillards fragiles mais non-dépendants, de celles et ceux qui sont dépendants. En effet, l'analyse a montré qu'à de très rares exceptions (4 cas au total), les vieillards dépendants sont tous également fragiles : en plus de ne pouvoir accomplir au moins une des activités de la vie quotidienne, ils présentent des atteintes dans au moins deux des dimensions retenues dans la définition de la fragilité. Dès lors, la dépendance fonctionnelle apparaît comme une forme aggravée, exacerbée de la fragilité.

Tableau 2 – Prévalence de la fragilité au départ de l'enquête (n=340) et cinq ans après (n=172) (% en colonnes ; données de l'étude SWILSO-O du Centre interfacultaire de gérontologie ; Suisse, personnes à domicile ; 1994-1999)

| | 80-84 ans (1994) | 85-89 ans (1999) |
|---------------------|------------------|------------------|
| Indépendants | 38 | 27 |
| Fragiles | | |
| Total | 62 | 73 |
| Non dépendants | 50 | 46 |
| Dépendants | 12 | 27 |

La distribution en pourcentage des indépendants, fragiles non dépendants et fragiles dépendants est significativement différente pour les deux classes d'âge ($\chi^2 = 19.37$; $p \leq 0.001$).

Le tableau 2 suggère deux remarques supplémentaires. Tout d'abord, il enseigne que dans le grand âge coexiste, en ce qui concerne la santé, une diversité de conditions de vie. La situation majoritaire est celle des vieillards fragiles, mais qui demeurent non-dépendants. Ensuite, au fil de l'avancée en âge, le groupe des vieillards dépendants croît au détriment des indépendants, bien que ceux-ci continuent à constituer une minorité non négligeable à l'approche des quatre-vingt-dix ans !

La notion de fragilité décrit bien une situation de vie de plus en plus majoritaire avec l'avance dans le grand âge. Dans quelle mesure peut-on la qualifier aujourd'hui d'étape du parcours de vie ? Examinons les trajectoires qui conduisent au décès. Sur le total des défunts, 86% d'entre eux étaient dans une condition « fragile » (non dépendante ou dépendante) déjà lors du pénultième passage, donc en moyenne plus de deux ans avant le décès. Les critères de *normalité* et de

durée semblent donc satisfaits : il est ainsi hautement probable pour un octogénaire d'entrer dans une étape de la vie, durable, dans laquelle il doit affronter les implications de sa fragilité. Qu'en est-il du critère d'*irréversibilité* ? Aucun des vieillards installés dans la dépendance (c'est-à-dire classés « dépendants » lors de deux visites successives) n'est redevenu indépendant. Dans 15% des cas cependant, on observe un retour à l'état de « fragile non-dépendant », mais cette amélioration s'avère souvent n'être qu'une rémission, dans la mesure où au passage suivant beaucoup sont redevenus dépendants. Et il en va de même pour cette petite minorité (12% de vieillards fragiles) qui retrouvent leur statut d'indépendance. Sans être totalement exclue, une réversibilité durable reste donc, au grand âge, l'exception.

Nous avons circonscrit la fragilité comme une étape du parcours de vie, et la dépendance comme une forme exacerbée, possible mais non fatale, de la fragilité. Cherchons à préciser leur lien. Dans quelle mesure la dépendance résulte-t-elle de la fragilité ? Cela n'est assurément pas le cas tout au long du parcours de vie, il suffit ici de mentionner les personnes souffrant d'incapacités fonctionnelles à la suite d'accidents d'ordres divers. Mais qu'en est-il dans le grand âge ? De l'ensemble des vieillards devenus dépendants durant le cours de l'étude SWILSO-O, 85% avaient été classés « fragiles non-dépendants » au passage précédent, 15% seulement étant alors indépendants. L'apparition d'incapacités fonctionnelles lourdes frappe donc presque exclusivement des vieillards fragiles, mais en même temps, la fragilité ne débouche sur une période de vie dépendante que pour une minorité de vieillards.

5.3.- Fragilité et réorganisation de la vie quotidienne

Le parcours de vie individuel est composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins liées entre elles et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence (Elder, 1998). Les événements et transitions qui ponctuent une trajectoire spécifique ont généralement des effets sur les autres trajectoires. Dans notre tentative de définition de la grande vieillesse nous nous sommes centrés sur les trajectoires de santé. Or, si la fragilité, telle qu'on l'a définie, constitue une étape du parcours de vie, elle doit être associée à des transformations dans d'autres sphères de la vie. Autrement dit, elle doit entraîner des changements importants dans l'organisation de la vie quotidienne.

Nous avons étudié ceci en considérant les domaines de la vie relationnelle et des activités. A ce propos, nous avons avancé deux hypothèses : la fragilité entraîne un réaménagement de la vie sociale, affectant tout particulièrement la réciprocité des relations avec les proches et engendrant une situation d'échanges asymétriques (Strawbridge et al., 1998) ; la fragilité implique une reconsidéra-

tion des activités, obligeant le vieillard à se désengager d'investissements devenus trop lourds. Ce désengagement serait alors l'expression d'un processus adaptatif.

Les comparaisons que proposent les tableaux suivants sont basées sur les données récoltées au départ de l'enquête SWILSO-O ; nous distinguons les vieillards fragiles non-dépendants de leurs contemporains fragiles et dépendants, et prenons en référence les vieillards indépendants. La dépendance fonctionnelle, par définition, bouleverse la vie quotidienne. L'hypothèse que nous voulons tester est que la fragilité, même sans s'accompagner d'incapacités fonctionnelles, transforme le quotidien de la personne âgée.

Tableau 3 – Visites et services échangés avec les réseaux familial et amical selon le statut de santé (analyses de régressions : fragiles non-dépendants *versus* indépendants ; données de l'étude SWILSO-O du Centre interfacultaire de gérontologie ; Suisse, 1994-1999 ; 80-84 ans, n=295)

| | | Coefficients | |
|------------------------|-----------------------------------|--------------|----|
| Réseau familial | Visites régulières | | ** |
| | rendues ⁽¹⁾ | - 0.92 | |
| | reçues ⁽²⁾ | - 0.06 | |
| | Nombre de services ⁽³⁾ | | ** |
| | rendus | - 2.84 | |
| | reçus | 1.77 | |
| Réseau amical | Visites régulières | | |
| | rendues | - 0.25 | |
| | reçues | 0.05 | |
| | Nombre de services | | ** |
| | rendus | - 2.74 | |
| | reçus | 0.23 | |

(1) Visites régulières rendues : « a/ allez-vous régulièrement (au moins une fois par semaine) chez des membres de votre famille, b/ chez des amis, des connaissances ? ».

(2) Visites régulières reçues : « a/ recevez-vous, chez vous et régulièrement (au moins une fois par semaine) des membres de votre famille, b/ des amis, des connaissances ? ».

(3) Ménage, repas, bricolage, garde des enfants, faire les courses, etc.

Les régressions linéaires (nombre de services) et logistiques (visites régulières) ont été contrôlées par des variables statutaires (genre, région, âge, niveau socio-économique) et par la composition du réseau familial.

Seuil de significativité : ** p<0.01.

Exemple de lecture : les personnes fragiles non-dépendantes rendent significativement moins de services ($\beta = -2.84$ **) que les personnes indépendantes.

5.3.1.- *La vie relationnelle*

A l'intérieur de deux réseaux distincts, familial et amical, sont scrutées deux formes d'échanges : les visites et les services.

La fragilité déséquilibre le système des échanges, en affectant la capacité du vieillard à rendre des visites et des services. Elle affecte la capacité à la réciprocité du vieillard, qui tend à devenir le débiteur de son entourage. Mais contrairement aux vieillards dépendants (cf. Cavalli, Bickel et Lalive d'Épinay, 2002), les fragiles ne semblent pas bénéficier d'une mobilisation significativement accrue de la part de l'entourage.

5.3.2.- *Les activités*

Lors de l'étude SWILSO-O, les personnes âgées ont également été interviewées sur leur participation à divers types d'activités. Certaines se distinguent par leur pratique à l'extérieur du domicile comme, par exemple, la fréquentation des cafés et restaurants, la participation à des fêtes. D'autres exigent un certain effort physique comme la promenade, le jardinage, etc. D'autres encore renvoient à l'évasion comme les voyages ou les excursions. Nous considérons aussi des activités se caractérisant par leur pratique plus douce (moins physique) et davantage repliée au sein du domicile comme les jeux solitaires, l'écoute de la radio ou la lecture. Enfin, on s'est intéressé à la pratique religieuse, évaluée à la fois par la prière et le déplacement à l'office religieux. Sur la base de 16 activités ou ensembles d'activités, nous avons procédé à un regroupement pour aboutir aux huit catégories présentes dans le tableau 4.

La fragilité est associée à une restriction du spectre des activités auxquelles s'adonnent les personnes du grand âge. Contrairement à leurs contemporains indépendants, les vieillards fragiles pratiquent beaucoup moins d'activités mobilisant l'énergie corporelle, renoncent au voyage et participent moins à la messe ou au culte. La fragilité affecte également la pratique de certains loisirs domestiques, tels les jeux de patience et le fait de regarder la télévision. Une analyse différentielle pourrait peut-être mettre en évidence divers modes de réorganisation du système des activités, mais cette approche agrégée suggère avant tout une diminution générale de l'activité, quel qu'en soit le domaine d'application.

Une transformation des relations familiales et sociales sous l'effet d'une asymétrie croissante des échanges et une diminution générale des activités, avec tout particulièrement une réduction drastique de l'espace dans lequel se déploient les activités. Voici donc certaines des caractéristiques de la transformation de la vie quotidienne de la personne entrée dans l'étape de la vie fragile, quand bien même lui est épargnée la dépendance qu'engendre toute forme d'incapacité fonctionnelle lourde.

Tableau 4 – Activités selon le statut de santé (analyses de régressions : fragiles non-dépendants *versus* indépendants ; données de l'étude SWILSO-O du Centre interculturel de gérontologie ; Suisse, 1994-1999 ; 80-84 ans, n=295).

| | Coefficients | |
|--|--------------|-----|
| Activités physiques ⁽¹⁾ | - 3.599 | *** |
| Activités extérieures au domicile ⁽²⁾ | - 1.424 | |
| Excursions et voyages | - 3.590 | *** |
| Lecture et écoute radio ⁽³⁾ | - 1.015 | |
| Jeux solitaires | - 2.147 | * |
| Regarder la télévision | - 1.947 | * |
| Prier | 0.883 | |
| Aller à l'office religieux | - 2.836 | ** |

(1) 4 items : exercices physiques, promenade, jardinage, travaux manuels.

(2) 4 items : fréquentation des cafés et restaurants, fréquentation des cinémas et spectacles, jeux de société, participation aux fêtes et manifestations locales.

(3) 3 items : lecture du journal, lecture de livres et revues, écoute de la radio.

Précisons que l'on a standardisé l'ensemble de ces activités – mesurées par des échelles différentes (4, 5 et 7 points) – afin de les rendre comparables. Les régressions linéaires ont été contrôlées par des variables statutaires (genre, canton, âge, niveau socio-économique) et par la composition du réseau familial.

Seuils de significativité : * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

Conclusion

Dans des sociétés dynamiques, comme le sont les sociétés industrielles avancées, la production des cadres régulateurs du déroulement des vies humaines se manifeste comme un chantier permanent, qui fait une large place à l'innovation sociale, puisqu'il est appelé à résoudre des questions nouvelles. Certaines d'entre elles découlent de l'accroissement massif de la population âgée et en particulier des grands vieillards. Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressés au travail sociétal d'organisation de la vie dès la sortie du marché de l'emploi.

La retraite comme mécanisme général répondait, dans les années 1940-50, à une logique de solidarité sociale – permettre au travailleur de vivre sa vieillesse dans la décence – tout en régulant la circulation des générations dans le système économique. Elle se présentait comme la réponse d'une société aux valeurs humanistes à une étape de l'ontogenèse humaine caractérisée par la sénescence.

A peine quelques décennies après sa fondation, le lien entre le développement biologique de l'individu et le mécanisme social régulateur s'est largement distendu. Aujourd'hui, pour le plus grand nombre des individus, la retraite n'est pas le seuil de la vieillesse biologique, quand bien même celle-ci se dessine à l'horizon.

La prise de conscience de ce phénomène produit l'émergence d'une terminologie nouvelle, avec les expressions de « troisième âge » et de « quatrième âge ». Mais comment conceptualiser la distinction entre troisième et quatrième âges ? Et encore, dans quelle mesure ces nouvelles étapes de la vie font l'objet d'un travail de construction sociale ?

Le repérage démographique recourt à l'âge chronologique conventionnel de 80 ans, seuil au-delà duquel le profil de santé de la population se péjore notablement. Pourtant, comme on l'a vu, quelle que soit la mesure retenue, une moitié environ des vieillards de 80 à 94 ans ne présentent pas d'atteintes de santé. Faut-il alors retenir le critère d'incapacité fonctionnelle lourde, qui plonge le vieillard dans une situation de dépendance puisque sans l'aide d'autrui, il ne peut plus assurer les activités nécessaires à sa propre survie ? Un tel critère répond à l'idée qu'aujourd'hui la vie aurait pour dernière étape une situation de dépendance de longue durée ; une angoisse qui trouve un relais scientifique dans la thèse dite de la « pandémie des morbidités ». Mais nous avons établi qu'une telle fin de vie constitue un risque individuel fort, mais non un destin général. Dès lors, nous avons exploré dans quelle mesure la fragilité cerne adéquatement la réalité du quatrième âge. La fragilité désigne une perte des réserves physiologiques de la personne qui affecte sa capacité à préserver un équilibre avec son environnement et, *a fortiori*, à le rétablir suite à des perturbations. Nous avons constaté d'une part que plus l'on devient âgé, plus la fragilité devient inexorable et générale, et d'autre part qu'elle définit un contexte de vie caractérisé par des contraintes spécifiques (asymétrie dans les échanges, accès limité ou interdit à une gamme d'activités) qui exigent une réorganisation en profondeur du mode de vie, cela même quand la fragilité ne s'accompagne pas d'incapacités fonctionnelles majeures.

Ainsi, nous avons pu conclure que la fragilité exprime la réalité du quatrième âge et répond aux critères théoriques de définition d'une étape du parcours de vie : une étape aujourd'hui normale et durable, sauf exception sans retour en arrière possible, qui s'inscrit comme la dernière des étapes du parcours de vie et qui constitue en soi un cadre de vie *sui generis*.

Il reste à signaler une spécificité de cette étape et à s'interroger sur l'une de ses conséquences pratiques. A la différence des autres transitions du parcours de vie, principalement accrochées à un âge chronologique, la fragilité se manifeste selon des formes, des rythmes et à des âges très variés selon les individus. L'enquête transversale sur la population âgée réalisée par le Centre interculturel de gérontologie en 1994 montre que, dans la tranche d'âge 60-64, déjà

24% des personnes sont fragiles et que, parmi les vieillards de 90 à 94 ans, 15% ne le sont pas encore ! A ce stade de l'histoire contemporaine, c'est l'ontogénèse, non la société, qui dicte à l'individu son entrée dans l'âge de la fragilité. La société n'institue pas cet âge, mais s'efforce d'anticiper ses exigences par la mise en place d'un ensemble de dispositifs : services d'aides et de soins à domicile, habitats adaptés, hôpitaux de jour, établissements médicalisés, etc.

Certains signes cependant attestent d'une ébauche d'institutionnalisation sociétale de cet âge, ou tout au moins d'une interrogation sur sa nécessité, telle l'idée, par exemple, d'une assurance du quatrième âge, distincte de l'assurance maladie, qui dès un âge chronologique donné (80 ans ? 85 ans ?) en prendrait le relais en couvrant tout particulièrement le risque d'un placement institutionnel et les frais afférents.

La fragilité définit aujourd'hui une étape de la vie normale ; en revanche, souffrir d'une forme de dépendance chronique n'est pas un destin inéluctable. Dans la mesure où le paradigme du parcours de vie reconnaît l'individu en tant que sujet et acteur de sa vie et s'intéresse par conséquent aux possibilités autant qu'aux contraintes proposées (ou imposées) par la nature humaine comme par la société, une question cruciale se pose : de quelle marge de négociation et d'action dispose encore le vieillard sur sa propre vie quant au choix du chemin qui, inexorablement, conduit à la mort ?

Bibliographie

- ARMI, Franca et Edith GUILLEY, 2004, « La fragilité dans le grand âge : définition et impact sur les échanges de services », *Gérontologie et Société*, 109, 47-61.
- BALTES, Paul B. et Jacqui SMITH, 1999, « Multilevel and systemic analyses of old age : Theoretical and empirical evidence for a fourth age », in Vern L. BENGSTON et K. Warner SCHAIE (Eds.), *Handbook of theories of aging*, New York, Springer, 153-173.
- BALTES, Paul B. et Jacqui SMITH J., 2003, « New frontiers in the future of aging : From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age », *Gerontology*, 49, 123-135.
- BORTZ, Walter M., 2002, « A conceptual framework of frailty : A review », *Journal of Gerontology : Medical sciences*, 57A (5), M283-M288.
- CAVALLI, Stefano, Jean-François BICKEL et Christian LALIVE D'EPINAY, 2002, « Les événements marquants du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion ? Une analyse longitudinale », *Gérontologie et Société*, 102, 137-151.
- DENTON, Frank T. et Byron G. SPENCER, 2002, « Some demographic consequences of revising the definition of "old age" to reflect future changes in life table probabilities », *Canadian Journal on Aging*, 21 (3), 349-356.

DUPAQUIER, Jacques (Ed.), 1997, *L'espérance de vie sans incapacités. Faits et tendances, premières tentatives d'explication*, Paris, PUF.

ELDER, Glen H., 1998, « The life course and human development », in Richard M. LERNER (Ed.), *Handbook of child psychology. Volume 1 : Theoretical models of human development*, New York, Wiley & Sons, 939-991.

FOURASTIÉ, Jean, 1979, *Les Trente Glorieuses*, Paris, Fayard.

FRIED, Linda P., Catherine M. TANGEN, Jeremy D. WALSTON, Anne B. NEWMAN, Calvin HIRSCH, John GOTTDIENER, Teresa E. SEEMAN, Russell TRACY, Willem J. KOP, Gregory BURKE et Mary Ann MCBURNIE, 2001, « Frailty in older adults : Evidence for a phenotype », *Journal of Gerontology : Medical sciences*, 56A (3), M146-M156.

FUCHS, Eric, Christian LALIVE D'EPINAY, Jean-Pierre MICHEL, Klaus SCHERER et Martin STETTLER, 1997, « La notion d'autonomie : une reformulation interdisciplinaire », *Cahiers médico-sociaux*, 41 (2), 161-180.

GRUENBERG, Ernest M., 1977, « The failures of success », *Milbank Memorial Foundation Q Health Soc*, 55, 3-24.

GUILLEMARD, Anne-Marie et Martin REIN, 1993, « Comparative patterns of retirement : Recent trends in development societies », *Annual Review of Sociology*, 19, 469-503.

HAMERMAN, David, 1999, « Toward an understanding of frailty », *Annals of Internal Medicine*, 130 (11), 945-950.

KATZ, Sidney, Amasa B. FORD, Roland W. MOSKOWITZ, Beverly A. JACKSON et Marjorie W. JAFFE, 1963, « Studies of illness in the aged. The index of ADL : A standardized measure of biological and psychological function », *JAMA*, 185 (12), 914-919.

KÖHLER, Peter A. et Hans A. ZACHER (Eds.), 1982, *Un siècle de sécurité sociale 1881-1981. L'évolution en Allemagne, France, Grande-Bretagne, Autriche et Suisse*, Lausanne, Réalités sociales.

KOHLI, Martin, 1986, « The world we forgot : A historical review of the life course », in Victor W. MARSHALL (Ed.), *Later life : The social psychology of aging*, London, Sage, 271-303.

KOHLI, Martin, Martin REIN, Anne-Marie GUILLEMARD et Herman VAN GUNSTEREN (Eds), 1991, *Time for retirement. Comparative studies of early exit from the labor force*, Cambridge, Cambridge University Press.

LALIVE D'EPINAY, Christian, 1990, *Les Suisses et le travail. Des certitudes du passé aux interrogations de l'avenir*, Lausanne, Réalités sociales.

LALIVE D'EPINAY, Christian et Jean-François BICKEL, 1996, « La retraite, voyage vers Cythère ou rejet dans les limbes ? », in Danièle CHAUVIN (sous la direction de), *L'imaginaire des âges de la vie*, Grenoble, Ellug, 281-303.

LALIVE D'EPINAY, Christian, Jean-François BICKEL, Herman-Michel HAGMANN, Carole MAYSTRE et Jean-Pierre MICHEL, 1999, « Comment définir la grande vieillesse ? Du recours à l'âge chronologique ou à l'âge socio-fonctionnel », *L'Année Gérontologique*, 13, 64-83.

LALIVE D'EPINAY, Christian, Jean-François BICKEL, Carole MAYSTRE et Nathalie VOLLENWYDER, 2000, *Vieillesse au fil du temps : 1979-1994. Une révolution tranquille*, Lausanne, Réalités sociales.

LALIVE D'EPINAY, Christian, Stéphanie PIN et Dario SPINI, 2001, « Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale suisse sur le grand âge », *L'Année Gériatrique*, 15, 78-96.

LASLETT, Peter, 1989, *A fresh map of life : The emergence of the third age*, London, Weidenfeld and Nicolson.

LEBEL, Paule, Nicole LEDUC, Marie-Jeanne KERGOAT, Judith LATOUR, Chantal LECLERC, François BÉLAND et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, 1999, « Un modèle dynamique de la fragilité ». *L'Année gériatrique*, 13, 84-94.

MANTON, Kenneth G., STALLARD E. et Korbin LIU, 1993, « Forecasts of active life expectancy : Policy and fiscal implications », *Journal of Gerontology*, 48 (Special Issue), 11-26.

MARKIDES, Kyriados S. et Cary L. COOPER (Eds), 1987, *Retirement in industrialized societies*, New York, John Wiley & Sons.

MICHEL, Jean-Pierre, 2002, « La fragilité est-elle inéluctable avec l'avance en âge ? », in *Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ?*, Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 57-64.

NEUGARTEN, Bernice L., 1974, « Age groups in American society and the rise of the young-old », *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415, 187-198.

ROCKWOOD, Kenneth, 1997, « Medical management of frailty : Confessions of a gnostic », *CMAJ*, 157, 1081-1084.

ROCKWOOD, Kenneth, David B. HOGAN et Chris MACKNIGHT, 2000, « Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people », *Drugs and Aging*, 14, 295-302.

STRAWBRIDGE, William J., Sarah J. SHEMA, Jennifer L. BALFOUR, Helen R. HIGBY et George A. KAPLAN, 1998, « Antecedents of frailty over three decades in an older cohort », *Journal of Gerontology : Social sciences*, 53B (1), S9-S16.

SUZMAN, Richard M., David P. WILLIS et Kenneth G. MANTON (Eds), 1992, *The oldest old*, Oxford, Oxford University Press.

WANG, Richard I., TREUL Sharon R. et Luca ALVERNO, 1975, « A brief self-assessing depression scale », *The Journal of Clinical Pharmacology*, 15, 163-167.

ⁱ Les auteurs tiennent à remercier Franca Armi et Myriam Girardin qui ont participé aux analyses des données présentées dans ce chapitre.

ⁱⁱ Pour un approfondissement de ces questions, le lecteur pourra se reporter au texte « *Le parcours de vie : émergence et structure d'un paradigme interdisciplinaire* ».

ⁱⁱⁱ On utilise en anglais la notion de *normativity*, qui renvoie à deux réalités différentes : d'un côté la *normalité*, c'est-à-dire la très forte probabilité pour un individu de traverser cette période ; de

l'autre, le fait que l'âge en question soit *normé* par la société, donc en quelque sorte institutionnalisé. Pour l'analyse sociologique, il importe de distinguer ces deux aspects, qui correspondent à deux moments distincts de la construction sociale d'une étape du parcours de vie.

^{iv} Pour une réflexion critique sur la notion d'autonomie, cf. Fuchs, Lalive d'Epinay, Michel, Scherrer, Stettler, 1997.

^v L'échantillon de départ, sélectionné de manière aléatoire parmi les vieillards de 80 à 84 ans vivant à domicile, est stratifié selon le sexe et les deux régions de l'étude (Genève et Valais). Il n'est donc pas strictement représentatif puisqu'il y a sur-représentation des hommes et que les personnes vivant en institution ont été écartées (celles-ci représentent environ 10% dans cette classe d'âge). L'échantillon comprenait 340 personnes au départ, dont 172 participent toujours à l'étude après cinq ans. Les visites ont lieu dans un intervalle variant d'un an à 18 mois. Au terme des cinq ans, une recherche dans les fichiers de population a permis de dénombrer avec précision l'ensemble des décédés (avec la date des décès), y compris celles et ceux qui se sont retirés de l'étude en cours de route. Pour une présentation de SWILSO-O, cf. Lalive d'Epinay, Pin et Spini, 2001.

^{vi} Nous utilisons ici le « passage » de l'enquêteur comme une approximation de la durée. Etre « dépendant » au dernier passage, et « non dépendant » à l'avant-dernier implique que le vieillard est devenu dépendant dans cet intervalle qui, selon les cas, varie entre 12 et 18 mois ; la date du décès nous a permis d'établir que la durée de dépendance est toujours inférieure à deux ans. L'analyse permet aussi d'établir qu'un certain nombre des décédés qui étaient classés dépendants déjà au passage précédent ne l'ont pas été sur plus de deux ans. Cela fonde notre affirmation selon laquelle plus de la moitié de nos vieillards ne s'installent pas durablement dans la dépendance.

^{vii} Pour une présentation des indicateurs retenus, cf. Armi et Guilley, 2004.

Sous la direction de
Jean-François Guillaume
Avec la collaboration de Christian Lalive d'Épinay
et Laurence Thomsin

Parcours de vie

Regards croisés sur la construction
des biographies contemporaines



Les Éditions de l'Université de Liège

31, Boulevard Frère-Orban

4000 LIÈGE (Belgique)

Courriel : editulg.cefal@skynet.be

Tél. (inter + 32) - (0)4 - 254 25 20

Fax (inter + 32) - (0)4 - 254 24 40

[http : // www.editulg.ulg.ac.be](http://www.editulg.ulg.ac.be)

© 2005



Tous droits de reproduction,
d'adaptation et de traduction
réservés pour tous pays.

Imprimé en Belgique
Couverture : Céfal

D/2005/8886/6
ISBN 2-930322-98-5

Parcours de vie

Regards croisés sur la construction
des biographies contemporaine

