

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 32 (2006)

Heft: 3

Artikel: Status de santé et mondes de vie quotidienne des vieillards

Autor: Lalive d'Epinay, Christian / Guilley, Edith

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814440>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Statuts de santé et mondes de vie quotidienne des vieillards

Christian Lalive d'Epinay et Edith Guilley*

1 Introduction

Cet article traite de la vie des vieillards. Sans céder au political correctness actuel, nous désignons ainsi les personnes de plus de quatre-vingts ans. Dans les temps bibliques, cet âge constituait une frontière que peu franchissaient: « Les jours de nos années s'élèvent à soixante-dix ans, pour les plus robustes à quatre-vingts ans » (Psaume 90, v.10). Cette frontière est demeurée tangible jusque vers la fin du siècle dernier: de 100 personnes de chaque sexe nées en 1910, 13 femmes et 10 hommes seulement étaient toujours en vie à la fin de l'année 1990. Pourtant, une grande mutation démographique travaillait le 20ème siècle: en 1900, la Suisse recensait 17'000 personnes de 80 ans et plus, en 2000, alors que la population n'a fait qu'un peu plus que doubler au cours du siècle, on en dénombre plus de 300'000! C'est aujourd'hui la classe d'âge qui connaît la plus forte croissance numérique et, selon l'Office Fédéral de la Statistique, dans la cohorte formée en 1990, quatre hommes sur dix et deux femmes sur trois souffleront leurs quatre-vingts bougies.

C'est dire que la grande vieillesse a perdu son caractère d'exception pour devenir un âge ordinaire dans lequel, au fil des décennies et des générations, de plus en plus nombreuses sont les personnes appelées à s'y installer. Le grand âge s'inscrit comme un territoire nouveau sur la carte de nos sociétés, et il importe que la recherche en entreprenne l'exploration systématique. Constatons que jusqu'ici les sciences médicales se sont avant tout intéressées à ses formes pathologiques, comme les maladies dégénératives, l'économie et la démographie au « fardeau » que la croissance démographique des vieux ferait peser sur nos sociétés. Quant aux sociologues et aux anthropologues, jusqu'à ce jour leur intérêt est demeuré bien limité. Il est évident qu'avec l'âge, la santé devient un enjeu de plus en plus crucial. Jusqu'à un certain point de la vie, la personne donne la bonne santé comme acquise, tout en espérant que l'accident de santé, s'il se produit, ne sera qu'un incident de parcours. Mais voici venir l'âge où la santé n'est plus un acquis. Faut-il pour autant confondre vieillesse

* Christian Lalive d'Epinay et Edith Guilley, Centre Interfacultaire de Gériologie (CIG), Université de Genève, 59 Route de Mon-Idée, CH-1226 Thônex, Suisse.

Remerciements : La recherche SWILSOO (requérant principal : Prof. Lalive d'Epinay) est financée par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique (FNS). Les auteurs tiennent à remercier Jean-François Bickel pour la préparation des données analysées dans cet article et Claire Grela pour la lecture finale de l'article.

et maladie? Voir dans tout vieillard un impotent? Ne revient-il pas justement à l'anthropologue et au sociologue de considérer les vieillards de la même manière qu'ils abordent tout autre groupe d'âge, à savoir comme un ensemble d'individus situés dans un âge de la vie qui, comme les autres, a ses spécificités propres, ses enjeux, ses contraintes et ses possibilités, ses articulations, faites de continuités et de discontinuités, avec les autres âges de la vie?

Retenons donc deux grandes lignes d'interrogations, celle qui porte sur la relation entre vieillesse et santé, celle qui s'interroge sur la ou les spécificités de la vie des personnes du grand âge. Traduisons-les sous la forme de deux thèses que nous allons examiner dans cet article.

Thèse 1 : à un même âge chronologique, la santé des personnes âgées présente des différences extrêmes d'une personne à l'autre. La grande vieillesse est, selon toute vraisemblance, l'âge de la vie dans lequel les personnes se différencient le plus les unes des autres selon leur situation de santé.

La deuxième interrogation conduit à examiner la relation entre l'état de santé et le monde de vie quotidienne des vieillards. C'est Alfred Schütz qui a fait de l'expression « monde de la vie » (*Lebenswelt*) une notion clé de la sociologie phénoménologique. Par là il désigne l'ensemble des réalités dont l'être humain fait l'expérience et à partir desquelles il construit sa connaissance, connaissance de soi, d'autrui, du monde. L'une de ces réalités (à côté d'autres, par exemple, du monde des rêves, du savoir scientifique, etc.) est le monde de la vie quotidienne, c'est à dire « l'espace » – au sens métaphorique – dans lequel un individu se déploie au jour le jour. Ce monde de la vie quotidienne a une dimension spatiale (au sens strict cette fois), le quotidien de chacun se déployant dans un territoire donné, mais aussi une structure et un horizon temporels, une structure relationnelle et sociale, au sein desquels la vie reçoit un contenu et prend une qualité et une coloration spécifiques. Le monde de la vie quotidienne est ainsi le champ potentiel du déroulement de la vie quotidienne (Luckmann, 1979; Zaccaï-Reyners, 1996). La deuxième thèse s'énonce ainsi :

Thèse 2 : selon leur état de santé, les vieillards « habitent » des mondes de la vie quotidienne bien différenciés.

Il est une troisième ligne d'interrogation qui porte sur les inégalités sociodémographiques devant la santé. Elle fait l'objet, entre autres, d'une publication antérieure (Lalive d'Epinay, 2005) et d'un article en préparation (Guilley et Lalive d'Epinay, 2007). Nous y montrons d'une part la persistance au grand âge de l'impact du statut social, en défaveur des personnes des catégories populaires (confirmant ainsi les travaux de House, Lantz, et Herd, 2005), d'autre part nous vérifions le « paradoxe du genre » (cf. Lahelma, Arber, Martikainen, Rahkonen, et Silventoinen, 2001) : la femme vit plus longtemps que l'homme, mais le prix de sa longévité est une santé plus dégradée et un risque deux fois plus élevé de subir des incapacités lourdes. Nous

retiendrons pour la suite de cet article que les classes populaires et les femmes sont majoritaires parmi les personnes au statut de santé le plus dégradé.

2 Matériel

Dans cette étude, nous avons recouru à deux bases de données. Pour examiner la première thèse, nous nous appuyons sur la recherche conduite au Centre Interfacultaire de Gérontologie en 1994 (abrégée CIG94) auprès d'un échantillon représentatif ($n = 2101$) des personnes de 60 ans et plus résidant dans le canton de Genève et dans le Valais Central. L'échantillon aléatoire a été stratifié en donnant un poids égal aux deux régions et aux personnes des deux sexes. (Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans Lalive d'Epinay, Bickel, Maystre, et Vollenwyder, 2000).

En ce qui concerne la seconde thèse, nous utiliserons les données de l'étude SWILSOO (*Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest-Old*), une étude longitudinale initiée en 1994 avec la réalisation de CIG94 : en effet, pour cette étude au long cours (1994–2004), nous avons retenu de l'échantillon précédant les personnes âgées en 1994 de 80 à 84 ans et qui résidaient alors dans un domicile privé. Cette cohorte formée entre 1910 et 1914 comprend 340 personnes ; du fait de la stratification de l'échantillon générique, sexes et régions y sont également représentés.

L'étude s'est poursuivie sur dix ans (1994–2004), avec neuf vagues d'entretiens (intervalles entre les vagues : 18/12/12/18/18/12/12/18 mois). Le questionnaire, standardisé avec quelques questions ouvertes, est rempli par un enquêteur lors d'un entretien avec la personne âgée ou, si cette dernière ne peut soutenir l'entretien, avec un proche. Au total, 1592 entretiens ont été réalisés, dont 1317 avec la personne elle-même (pour une présentation plus détaillée de la recherche SWILSOO, cf. Lalive d'Epinay, Pin, et Spini, 2001)

Par ailleurs, une cinquantaine d'entretiens semi-directifs ont été réalisés avec certains vieillards de cet échantillon ayant subi une perturbation majeure (perte du conjoint, dégradation marquée de la santé, entrée en établissement médico-social) ; ces entretiens forment la base de la cinquième section de l'article.

3 La dynamique de la santé au cours de la vieillesse

L'objet de cette section est la santé des vieillards. Nous ne nous arrêterons pas sur le détail des maladies dont certains souffrent, mais sur leur état général. Nous parlerons de statuts de santé, pour en distinguer trois. Nous commencerons par présenter ces derniers, pour ensuite observer comment la population âgée se distribue selon ces statuts et comment cette distribution évolue avec l'âge.

3.1 Définition et construction de trois statuts de santé

Il existe un large accord dans la littérature pour distinguer dans la population âgée les vieillards dits dépendants, définis comme ceux qui souffrent d'incapacités lourdes et chroniques les empêchant d'assurer par eux-mêmes les activités nécessaires à leur survie quotidienne sans une assistance particulière. Cette dépendance est circonscrite par le recours aux Activités de Vie Quotidienne (AVQ) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, et Jaffee, 1963).

Mais sans forcément que les atteintes à la santé conduisent à des situations de dépendance, et sans considérer ici les situations transitoires d'alitement ou d'hospitalisation, la précarisation de la santé peut créer un état multiforme souvent désigné au moyen du terme de fragilité (Markle-Reid et Browne, 2003).

Une définition de la fragilité, la plus consensuelle à ce jour, est celle proposée par Campbell et Buchner (1997) : « Un état ou syndrome qui résulte d'une *réduction multi-systémique des capacités de réserves* au point que plusieurs systèmes physiologiques approchent ou dépassent un seuil d'insuffisance. » 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.

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 à la suite d'événements perturbateurs.

La fragilité est donc un phénomène multidimensionnel (Hamerman, 1999) ; son opérationnalisation doit tenir compte des atteintes qui affectent les divers systèmes physiologiques et neurologiques du sujet, tout en tenant compte de son état physique. C'est ainsi que nous avons retenu la dimension cognitive, le système neurolocomoteur, le métabolisme énergétique, les aptitudes sensorielles (cf. Strawbridge, Shema, Balfour, Higby, et Kaplan, 1998) ainsi que l'état de santé physique (pour une présentation détaillée, cf. Armi et Guilley, 2004).

En conformité à la nature multidimensionnelle de la fragilité, nous estimons que cet état apparaît dès lors qu'un individu présente des atteintes sur au moins deux de ces cinq dimensions retenues.

A ce stade, nous avons défini deux statuts de santé que complète un troisième.

- 1) Le premier (dépendance [D]) correspond à ces vieillards que l'état de santé place dans une situation de dépendance envers autrui pour l'accomplissement des gestes quotidiens les plus vitaux.
- 2) Le second (fragilité [F]) désigne les personnes qui présentent des atteintes sur au moins deux des cinq dimensions retenues de la santé, mais qui demeurent à même de faire face par elles-mêmes aux activités de base de leur vie quoti-

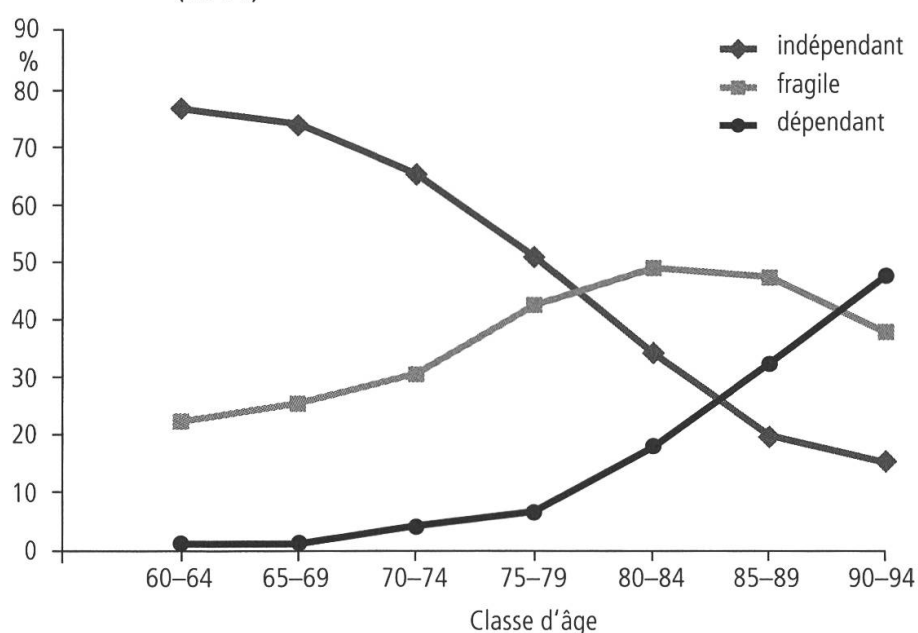
dienne. Comme on peut l'imaginer quand on considère les cinq dimensions retenues, ce statut regroupe des personnes présentant des atteintes de nature et d'intensité très différentes. Leur dénominateur commun est la non-dépendance malgré une santé fragilisée.

- 3) Ces deux statuts sont complétés par un troisième (indépendance [I]) qui s'applique aux personnes qui ne sont ni fragiles, ni dépendantes. Ces personnes ne jouissent pas nécessairement d'une santé sans faille ; le seuil de fragilité correspondant à des atteintes sur deux dimensions, celles qui en présentent sur une seule se trouvent incluses dans ce groupe statutaire. Le statut d'indépendance correspond donc à une bonne santé relative.

3.2 Population âgée et statuts de santé

Le graphique 1 présente la distribution des personnes âgées selon l'enquête CIG94. On y compare des groupes d'âge quinquennaux. Les données ont été pondérées selon le sexe pour assurer la représentativité des résultats (les différences régionales sont négligeables).

Graphique 1 : Statuts de santé dans la population âgée, selon la classe d'âge (1994)



Population de référence : personnes de 60 ans et plus (N = 2101) interviewées lors de l'enquête sur la population âgée (CIG94).

Jusqu'à l'âge de 70 ans, les personnes dépendantes constituent des cas d'exception. A partir de là commence la coexistence de trois groupes de personnes du même âge mais au statut de santé bien différent. Jusqu'à l'abord des 80 ans, le groupe majori-

taire est formé par les personnes indépendantes. De 80 à 90 ans, c'est l'ensemble des vieillards fragiles qui domine, au-delà de 90 ans, celui des personnes dépendantes. C'est donc à partir de cet âge seulement qu'une majorité de vieillards sont atteints d'incapacité lourde, et encore ne s'agit-il que d'une majorité relative. En effet, dans le groupe d'âge de 90 à 94 ans, on recense encore 15% de personnes en (relative-ment) bonne santé, et 38% de personnes fragiles, au total donc plus de la moitié des nonagénaires poursuivent une vie autonome !

Si les risques de fragilisation et de dépendance croissent avec l'âge, ils n'obéissent pas à l'ukase de chronos mais se manifestent à des âges très différents selon les individus. Dès l'âge de 70 ans, et jusqu'au-delà des 90 ans, coexistent des ensembles de personnes dont chacun relève bien d'un des trois statuts de santé définis plus haut. Cette coexistence est spécifique au grand âge.

4 Statuts de santé et mondes de vie

Selon la deuxième thèse, à chaque statut de santé correspond un « monde de la vie quotidienne » différent. En nous inspirant de l'oeuvre de Schütz, le monde de la vie quotidienne est structuré à partir de plusieurs sous-systèmes ou dimensions dont nous retenons ici les quatre suivantes : la *dimension temporelle*, en focalisant l'horizon de vie propre aux vieillards ; la *dimension spatiale*, approchée au moyen de la participation à diverses activités dont la pratique implique une utilisation différente de l'espace ; la *dimension sociale*, évaluée à partir des rencontres mais aussi des échanges de services avec autrui ; enfin la *dimension événementielle*, mesurée sur la base du niveau de risque encouru dans la vie quotidienne. Temps et espace forment l'enveloppe dans laquelle se déploie la vie quotidienne, avec ses régularités, ses rituels ; cette enveloppe renferme les formes d'échanges et de coopération avec autrui, en bref la vie sociale. Mais si la vie quotidienne est structurée par des routines, elle est aussi marquée par des événements qui perturbent l'ordre de la vie quotidienne, parfois la mettent radicalement en question et entraînent tout un travail dans le but de rétablir l'ancien ordre ou encore d'en instaurer un nouveau (cf. Lalive d'Epinay et al., 1983).

4.1 Méthodes

Les analyses qui suivent sont basées sur l'ensemble des entretiens récoltés au cours des dix années de l'enquête SWILSOO (n = 1592 entretiens) à l'exclusion de l'analyse de survie qui porte sur les individus (n = 340). Nous avons recours dans cette partie à trois méthodes d'analyse : les chaînes de Markov (graphique 2), les modèles multi-niveaux (tableaux 1, 2 et 3) et la régression de Cox (tableau 3). Les chaînes de Markov nous permettront de décrire la dimension temporelle en calculant la distribution de probabilité des états de santé à un moment donné en fonction de la succession des

états précédents. Les régressions (multi-niveaux et de Cox) permettront, quant à elles, d'évaluer l'effet du statut de santé sur différentes variables illustrant les dimensions spatiale, relationnelle et événementielle. La structure longitudinale des données SWILSOO (observations répétées pour chaque personne) impose l'utilisation de modèles multi-niveaux. Dernière méthode utilisée ici, la régression de Cox permet d'analyser le délai de survenue du décès selon l'état de santé des participants de l'enquête. Les résultats des régressions seront exprimés soit par un rapport de risque (lorsque la variable indépendante est dichotomique ou correspond à un comptage), soit par un coefficient de régression (cas d'une variable indépendante continue). La valeur du rapport de risque est toujours positive, inférieure ou supérieure à 1 suivant le sens de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante. La valeur du coefficient de régression, quant à lui, s'écarte de zéro dans un sens positif ou dans un sens négatif suivant le sens de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante.

4.2 La dimension temporelle

Nous nous intéressons ici à l'avenir, plus précisément à ce « présent du futur » qui, selon St Augustin est le temps de l'attente (*Les Confessions*, livre XI, XX) : quelle attente peuvent avoir de l'avenir ces vieillards qui, par définition, ont l'essentiel de leur vie derrière eux ? Quelle durée de vie, et quelle qualité de vie, peuvent-ils encore espérer ?

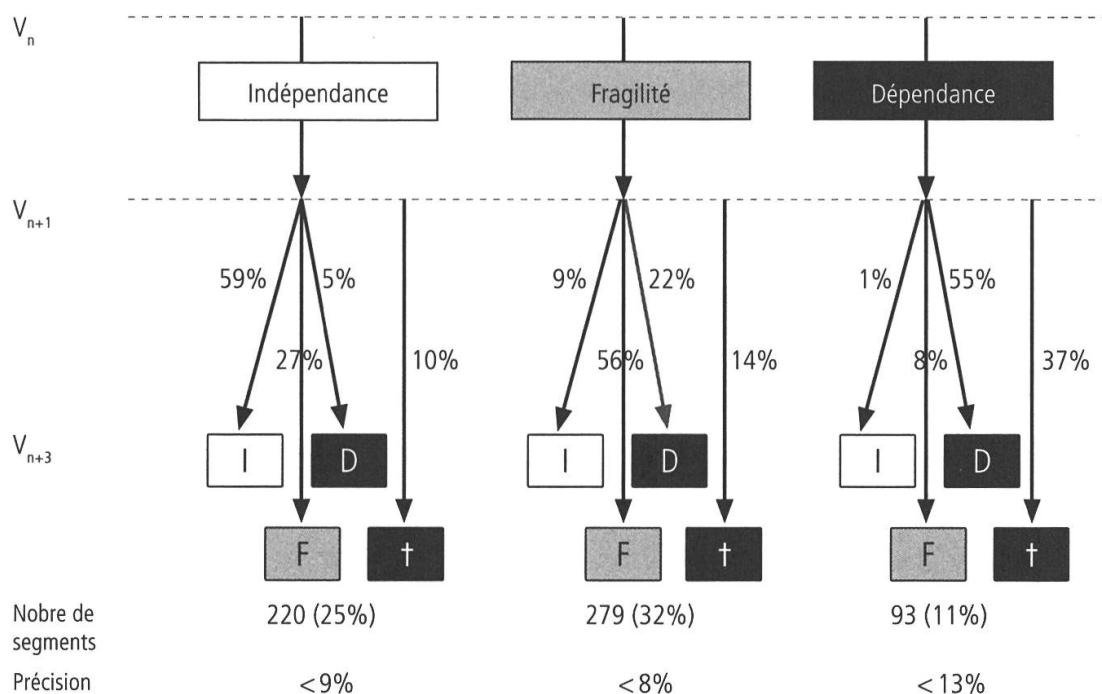
Dans le graphique 2, nous avons retenu les personnes installées dans un des trois statuts de santé de manière relativement stable, c'est-à-dire pendant la durée séparant deux vagues successives d'entretiens (entre V_n et V_{n+1} , soit selon les cas 12 ou 18 mois). Ces situations de stabilité dans un statut de santé entre deux vagues successives composent les 68% des segments de trajectoires, les 32% restants, que nous ne considérons pas ici, consistent dans des transitions d'un statut vers un autre. Une fois les personnes classées de manière définie comme stable dans l'un des trois statuts de santé, nous suivons la trajectoire suivie par chacune d'entre elles deux ans ou deux ans et demi plus tard (soit entre V_{n+1} et V_{n+3}). Ces trajectoires peuvent donc les conduire vers l'un ou l'autre des trois statuts, ou au décès.

Les octogénaires indépendants peuvent raisonnablement espérer voir cette indépendance préservée au cours des deux années qui viennent (59%). Sans doute, un quart d'entre eux deviendront fragiles, mais, à quelques exceptions près, l'heure de la mort n'a pas encore sonné et surtout la dépendance leur sera épargnée.

Pour leurs contemporains dépendants, l'avenir n'a pas les mêmes couleurs ; les embellies seront rares, un sur trois décèdera dans le laps de 24 ou 30 mois, six sur dix resteront dans leur état de dépendance.

Comme pour les deux autres groupes, une majorité de vieillards fragiles se retrouvera dans le même statut au terme de la période considérée, un sur trois suivra

Graphique 2 : Trajectoires de santé sur 24 à 30 mois, selon le statut de départ



Note : a) Population de référence : personnes interviewées par l'enquête SWILSOO ($n = 1592$ interviews); b) la durée séparant deux vagues successives d'entretiens (soit V_n et V_{n+1}) est de 12 ou 18 mois.; c) la probabilité de fréquentation de chaque trajectoire ainsi que sa précision sont calculées par la méthode des chaînes de Markov.

une trajectoire de déclin le conduisant soit au décès, soit à la dépendance, un sur dix retrouvera le statut d'indépendance.

En synthèse, prédomine dans chaque cas la stabilité dans le statut de santé (env. 60% à chaque fois), mais chacun de ces statuts n'offre pas la même qualité de vie. Et si les vieillards indépendants peuvent espérer poursuivre leur vie sans être frappés de dépendance, ce risque devient sensiblement plus fort pour les personnes fragiles. Quant aux vieillards dépendants, l'avenir qui se dessine pour eux consiste soit dans le statut quo, soit dans la visite de la Camarde.

4.3 La dimension spatiale

A défaut d'une mesure directe de l'espace que parcourent les vieillards dans leurs déambulations, nous utilisons l'approximation qu'en proposent certaines de leurs activités. Lecture, médias, jeux solitaires, bricolage et jardinage se pratiquent principalement chez soi ; la fréquentation des cafés et restaurants, des cinémas et autres salles de spectacle, des fêtes locales et des jeux de société, comme la participation aux

offices religieux s'inscrivent dans le quartier, le village, ou encore l'espace urbain ; excursions et voyages sont des évasions vers des espaces plus lointains.

Tableau 1 : Activités de loisir et pratiques religieuses (classées selon le lieu principal de leur pratique) selon le statut de santé ; rapport de risque (1) des fragiles vs indépendants, (2) dépendants vs fragiles

	(1) Fragiles vs Indépendants	(2) Dépendants vs Fragiles
Activités de loisir		
<i>Domicile</i>		
Regarder la télévision	0.98	0.44***
Ecouter la radio	0.88	0.53**
Lire le journal	0.97	0.52***
Lire des livres, revues	0.88	0.65*
Jeux solitaires	0.79*	0.55**
Activités manuelles	0.72*	0.39***
Jardinage	0.72**	0.16***
<i>Quartier/village/ville</i>		
Café, restaurant	0.74*	0.44***
Fêtes locales	0.68**	0.32***
Jeux société	0.81*	0.59**
Activités culturelles	0.71*	0.35**
Exercices physiques, activités sportives	0.74*	0.40***
Promenade	0.55***	0.40***
<i>Espace lointain</i>		
Excursions, voyages	0.63**	0.44***
Pratiques religieuses		
<i>Domicile</i> : Prier	1.09	1.46
<i>Quartier/village</i> : se rendre à l'office	0.71**	0.50***
(Se rendre à l'office ou le suivre à la radio/tv)	(0.89)	(0.92)

Notes : a) le seuil de pratique régulière est défini comme suit : quotidienne pour la télévision, la radio, le journal ; hebdomadaire pour les livres/revues, les jeux solitaires, les activités manuelles, le jardinage, les exercices physiques/activités sportives, la promenade, la prière, suivre ou aller à l'office religieux ; mensuelle pour le café/restaurant, les jeux de société, les activités culturelles ; annuelle pour les fêtes locales et les excursions/voyages ; b) Population de référence : recherche SWILSOO, personnes interviewées vivant à domicile et ayant répondu directement aux entretiens (1262 interviews) ; c) l'analyse utilise des modèles multi-niveaux ajustés selon l'âge, le sexe, la région et le statut socio-économique ; d) * : $p \leq .05$; ** : $p \leq .01$; *** : $p \leq .001$

Exemple de lecture : la probabilité d'une promenade hebdomadaire est deux fois moindre pour une personne fragile comparée à une personne indépendante.

La fragilité entraîne une réduction significative de la participation à toutes les activités extérieures au domicile. Au sein de l'espace domiciliaire lui-même, la pratique des médias comme la lecture, et aussi la prière, est de même niveau parmi les octogénaires

fragiles que parmi leurs contemporains indépendants ; en revanche s'observe une réduction des activités physiques et même de la pratique des jeux de patience.

La fragilité entrave tout particulièrement l'accès à l'espace lointain et les pratiques physiques (promenade, jardinage). Il convient pourtant de nuancer ; en ce qui concerne la participation aux activités extérieures de quartier ou de village, la différence globale de niveau de participation est de l'ordre de 20 à 40% ; les vieillards fragiles ne sont pas nécessairement confinés dans leur domicile, mais beaucoup mesurent plus qu'avant leurs sorties.

La césure entre les octogénaires dépendants et les octogénaires fragiles est à la fois très marquée et systématique. Elle signale cette fois également une diminution des activités domiciliaires (à l'exception de la prière) ; et une réduction de la participation de l'ordre de 50% ou plus de presque toutes les activités, quel que soit le lieu où elles se déroulent. Se constatent donc non seulement une forte tendance au confinement domiciliaire, mais aussi une baisse notable de l'activité au sein même du domicile.

Relevons que l'incidence du statut de santé sur les pratiques religieuses ne se présente pas de la même manière que sur les loisirs. La pratique de la prière est la même dans les trois groupes ; sans doute, la fragilité entrave la participation physique à l'office religieux, et la dépendance, dans la règle, l'interdit. Mais le recours aux retransmissions radiophoniques ou télévisées permet aux vieillards de maintenir leur participation à un niveau semblable quel que soit leur statut de santé.

4.4 La vie relationnelle

Nous avons tenu compte ici de deux réseaux, et de deux types d'activités. En ce qui concerne les réseaux, il s'agit de la famille d'un côté, des amis, connaissances et voisins de l'autre (en excluant dans les deux cas les relations de cohabitation). Les activités retenues sont les visites, donc les rencontres personnelles, et les services reçus ou rendus ; d'un côté le fait d'être ensemble, de partager du temps indépendamment de ce qu'il est fait dans ce temps, de l'autre la solidarité exprimée envers autrui à travers une aide apportée. Enfin, nous considérons ces deux activités dans la perspective de l'échange et de la réciprocité, en distinguant entre ces visites ou services que l'on rend et ceux que l'on reçoit.

Nous nous référons ici à la théorie du don développée par Marcel Mauss (cf. Berthoud, 2004 ; Godbout et Caillé, 1992 ; Mauss, 1960). Dans cette perspective, c'est l'acte de donner qui fonde l'échange ; chaque don, sur le plan symbolique, renvoie au don initial, celui de la vie. Il exprime une solidarité, mais en même temps, par cette « action généreuse » (Berthoud, op.cit.) le donneur affirme aussi une supériorité. Dès lors, préserver un statut de donneur constitue un enjeu existentiel tout au long de la vie ; selon plusieurs recherches (Attias-Donfut, 1997 ; Bengtson et Harootyan, 1994 ; Coenen-Huther, Kellerhals, et von Allmen, 1994 ; Lalive d'Epinay

et al., 2000) la retraite crée les conditions d'un âge du don. Mais qu'en est-il au cours de la grande vieillesse ?

Tableau 2 : Visites et services rendus, respectivement reçus, au sein de la famille et du réseau amical, selon le statut de santé, coefficients de régression des (1) fragiles vs indépendants, (2) dépendants vs fragiles

			(1) Fragiles vs indépendants	(2) Dépendants vs fragiles
Réseau familial	Visites	rendues	-0.27***	-0.48***
		reçues	0.02	0.16
	Services ²	rendus	-0.04	-0.06*
		reçus	0.06*	0.16*
Réseau amical	Visites	rendues	-0.22**	-0.43***
		reçues	0.07	0.15
	Services ³	rendus	-0.49*	-1.82*
		reçus	0.45*	0.40

Notes : a) les visites rendues ou reçues sont exprimées par une fréquence ; les services échangés avec la famille par la fréquence moyenne d'aide reçue ou offerte (sur la base d'un score établi en combinant le nombre de services et la fréquence à laquelle chaque service est reçu ou rendu) ; b) le volume des services échangés avec les amis et/ou connaissances, sans être négligeable, est plus réduit que celui des services échangés au sein de la famille. Nous analysons donc ici le fait de rendre ou recevoir au moins un service avec ses amis et/ou connaissances ; c) population de référence : recherche SWILSOO ; enquêtés ayant répondu directement aux entretiens pour les visites ou services rendus (1317 interviews), enquêtés vivant à domicile pour les services reçus (1262 interviews), ensemble des enquêtés pour les visites reçues (1592 interviews) ; d) l'analyse utilise des modèles multi-niveaux ajustés selon l'âge, le sexe, la région et le statut socio-économique et selon la composition du réseau familial et amical ; e) * : $p \leq .05$; ** : $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Exemple de lecture : les personnes fragiles rendent moins de visites à leur famille que les personnes indépendantes.

La fragilité altère l'échange entre les vieillards et leur famille ; le rythme des visites que les vieillards fragiles rendent aux leurs se ralentit, en revanche, fait notable, l'indice de services qu'ils leur prêtent reste au même niveau que celui des indépendants, alors que celui des prestations offertes aux amis décline fortement. Tout se passe comme si les personnes fragiles cherchaient à préserver un statut de « donneur », mais se voient contraintes à faire des choix. Dès lors, la famille prend le pas sur les amis. Observons par ailleurs que tant ces derniers que la famille, à des degrés différents, intensifient l'aide qu'ils apportent aux vieillards.

Pour les personnes dépendantes, l'échange est devenu très inégal ; leur aptitude à rendre visite comme à se rendre utile est largement compromise ; en revanche, leur entourage familial est plus fortement mobilisé que celui de leurs contemporains fragiles. Alors qu'une partie des vieillards fragiles s'efforcent de préserver une

position de donneur dans l'échange familial, la dépendance, en revanche, impose d'apprendre à recevoir sans plus pouvoir donner.

4.5 La dimension événementielle

A chaque passage de l'enquêteur, l'entretien démarrait avec la question suivante : « depuis notre dernière rencontre (rappel de la date et des circonstances), y a-t-il eu des changements importants dans votre vie ? » L'enquêteur avait pour consigne de prendre note du changement et de faire préciser en quoi ce changement était important. A chaque passage, environ 40% des octogénaires ont dit avoir vécu un changement important (au moins) ; au terme des dix années d'étude, 88% des survivants disent avoir vécu des changements importants, en moyenne cinq par personne. Ces événements ont deux grandes caractéristiques : dans leur grande majorité (83%), leur source relève de l'ontogenèse humaine : la santé du vieillard (60%), la santé (6%) ou le décès (13%) d'un proche (presque toujours un membre de la famille), enfin des naissances dans la famille (4%). La seconde caractéristique de ces changements est qu'ils constituent dans leur large majorité des pertes (perte : 64%, gain : 10%, ambivalent : 26%).

Telle est la perception que les vieillards ont du déroulement de leur vie : la plupart la voient comme marquée par des changements, et des changements de signe négatif. La vie au grand âge est menacée, d'une menace qui le plus souvent ne vient pas de l'extérieur, mais d'eux-mêmes ; c'est leur propre vie qui est grosse de dangers,

Tableau 3 : Chutes, maladie, hospitalisations, dépendance et décès selon le statut de santé, rapport de risque (1) des fragiles vs indépendants, (2) dépendants vs fragiles.

	(1) Fragiles vs indépendants	(2) Dépendants vs fragiles
Nombre de chutes	1.56**	1.38*
Souffrir d'une maladie	2.27***	1.26
Durée d'hospitalisation	1.47*	0.61
Dépendance	4.76***	22.57***
Décès	1.56**	2.15***

Note : a) les événements mentionnés ont eu lieu au cours des 12 ou 18 mois suivant l'évaluation du statut de santé, le suivi de mortalité a été, quant à lui, effectué au cours des dix années de l'enquête ; b) population de référence : recherche SWILSOO (n = 1592 interviews et n = 340 personnes dans le cas du décès) ; c) les modèles multi-niveaux et la régression de Cox (cas du décès) sont ajustés selon l'âge, le sexe, la région et le statut socio-économique ; d) * : $p \leq 0.05$; ** : $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Exemple de lecture : les personnes dépendantes au départ de l'enquête ont deux fois plus de risque de décéder au cours des 10 ans que les personnes fragiles.

leur vie quotidienne qui est devenue le lieu de tous les risques. Mais l'intensité de la menace n'est pas la même selon le statut de santé, comme le montre le tableau 3. Ce tableau est construit sur la base du recensement systématique de certains accidents de santé (chute, maladie, hospitalisation, devenir ou demeurer dépendant) et des décès. Il ne s'agit donc plus ici de la perception subjective du changement, mais d'un relevé objectif d'événements.

L'indice de risque est dans tous les cas significativement plus élevé pour un vieillard fragile que pour un vieillard indépendant; de l'ordre de 50% en ce qui concerne l'hospitalisation, les chutes et le décès, le risque de souffrir d'une maladie est deux fois plus fort, celui de devenir dépendant cinq fois plus élevé. A l'exception de la maladie (mais l'indice ne prend pas en compte le nombre et la gravité des maladies) et de l'hospitalisation, les risques s'aggravent encore pour les vieillards dépendants; par exemple celui de tomber est quarante pourcent plus élevé que pour les fragiles, celui de décéder dans les dix ans, deux fois plus grand, et celui de demeurer dépendant sans commune mesure avec celui de le devenir quand on est fragile.

5 L'expérience de la fragilisation

Dans la section précédente, nous avons reconstruit les mondes de vie quotidienne dans lesquels sont installés les vieillards selon leur statut de santé, en prenant en considération quatre de ses dimensions structurelles. Proposons-nous maintenant de « traverser le miroir », pour écouter quelques récits que les octogénaires de l'étude ont fait de leur vie actuelle. Du fait des limites d'espace, nous choisissons de retenir non pas des descriptions de chacun de ces mondes de vie, mais des récits du passage d'un monde à l'autre, donc de l'expérience vécue de la fragilisation.

« C'est depuis que j'ai eu cet accident, je peux dire... je suis réduit ! »

Monsieur N., ancien employé de bureau, a 87 ans. Il est veuf depuis 1974; ses deux enfants et trois petits-enfants habitent comme lui à Genève. Il a une amie qui vit à Nice. Pour lui, la vieillesse, « ça venait tout tranquillement » jusqu'à ce qu'un jour, en ville, il tombe et se fracture le fémur. Cela s'est passé cinq ans plus tôt. Cet accident et ses séquelles – il souffre de vertiges – ont fait basculer sa vie.

« C'est depuis que j'ai eu cet accident, je peux dire... je suis réduit. Je ne peux plus faire ce que je veux. (...) Qu'est-ce que vous voulez que je fasse? Je marche avec une canne. Je risque toujours de me ficher par terre si je m'encoule [si je trébuche, réd.]; on dit qu'à mon âge, on s'encoule dans un crachats. »

L'accident trace une frontière entre un avant et un maintenant.

« Avant de tomber, j'avais passablement d'activités, je rencontrais du monde, j'allais en ville, à Nice. A Nice, ça bougeait, c'était la vie! (...) J'étais en pleine forme. »

Maintenant : *« Je reste chez moi. Depuis que je suis tombé, je ne vais plus nulle part. Je n'ose plus aller tout seul. [Il raconte que son amie l'a convaincu de venir le voir à Nice], La dernière fois que je suis parti, j'ai vécu anxieux. La vie à Nice, c'est pas marrant, on n'est pas tranquille [récits d'agression] Ca m'a tout cassé pour Nice. »*

« Ma vie? C'est plat, c'est la routine. Il n'y a rien de spécial, c'est tout plat. Autrement c'est la platitude, la solitude. Ici, c'est la mort. »

— *La solitude?*

« Ma fille, à tout bout de champ elle me téléphone. Mais quand elle vient et quand elle est partie, c'est le silence. »

— *Avez-vous des désirs, des souhaits?*

« Pour moi? Non, j'ai fait mon tour (...) Je suis là, j'attends. J'ai... aucune peur de rien du tout. Si je dois mourir demain, et bien je meurs demain. (...) J'ai à peu près tout fait ce que j'ai voulu. L'avenir, c'est tous les jours pour moi. »

Avant, c'était la vie ; maintenant, c'est le temps de l'attente de la mort. Ce qui hier était la vie pour lui (« A Nice, ça bougeait ») s'est transformé maintenant en source d'angoisse, menace sur ce qui lui reste de vie (« La vie à Nice, c'est pas marrant, on n'y est pas tranquille! ») Et en même temps, ce qui lui reste aujourd'hui lui apparaît comme la négation de la vie : routine, platitude, solitude, mort, selon ses propres termes.

Selon notre taxinomie de la santé, Monsieur N. présente un statut de fragilité prononcé, sans toutefois être dépendant ; il est limité dans ses déplacements, mais peut faire face aux activités de base de la vie quotidienne. Pourtant, cinq ans après son accident, il se montre toujours incapable de reconstruire un équilibre de vie quotidienne qui le satisfasse et lui donne le goût de vivre. Ce n'est pas la mort qui l'effraie, mais sa vie quotidienne ; comme il estime avoir bien vécu et bien profité de la vie, la mort, il la regarde avec sérénité. Mais elle se fait attendre :

« Il ne fait pas bon devenir vieux. On devient trop vieux. »

« C'est depuis le début de l'année que je sens que j'ai pris un petit coup de vieux. »

Madame K a 93 ans. Son mari était peintre en bâtiment, il est décédé voici 10 ans. Elle n'a qu'une fille, mais trois petits-enfants et sept arrière-petits-enfants dont trois sont nés ces dernières années. Elle a encore une soeur, et en a enterré une autre la semaine précédente. Elle mène une vie familiale et sociale riche; elle parle de ses « copines » et de l'amie avec qui elle mange une fois par semaine. Au fil des années, sa vue et son ouïe se sont considérablement détériorées, d'ailleurs elle doit se faire opérer des yeux dans le mois qui suit l'entretien.

« Je vais vous dire franchement, c'est maintenant que je commence à croire que je suis âgée; avant pas! C'est-à-dire que je commence à ... oui, je sais que je deviens vieille. »

— Mais qu'est-ce qui... ?

« Je ne peux pas vous dire. Déjà, j'ai plus de peine pour certaines choses, je me sens plus fatiguée. Des choses comme ça. Et je n'ai plus — comment vous le dire? — le punch comme on avait. J'ai plus... c'est plutôt... ça m'énerve! (Elle rit). Je prends plus de temps pour les choses, c'est plus lent, c'est plus lent. »

« C'est depuis le début de l'année que je sens que j'ai pris un petit coup de vieux, comme on dit. Pourtant, je n'ai rien eu, je ne suis pas malade. Je sens, j'ai dit, je sens que je deviens vieille. (...) »

« Mais enfin, qu'est-ce que vous voulez, vous ne pouvez pas demander de faire du vieux avec du neuf, hein? [sic! réd.] Faut se contenter de ça, je ne me plains pas. Parce qu'il y en a qui sont plus mal en point que moi! »

Etonnante Madame K qui, à quatre-vingt-dix ans passés, commence seulement à penser qu'elle devient vieille! Voilà un exemple typique d'une fragilisation liée à l'âge: les sens qui s'affaiblissent, la lenteur, la fatigue, la perte de l'énergie, de l'adresse aussi, mais « je ne suis pas malade ». Dès lors, elle s'adapte peu à peu à cette vieillesse qui s'installe doucement, elle s'y adapte d'autant mieux qu'en se comparant à ses contemporains elle ne se trouve pas si mal lotie, que le recours à la sagesse populaire (en faisant un joli lapsus: « faire du vieux avec du neuf ») l'aide à accepter l'inexorable, et qu'elle trouve dans la morale de l'impératif catégorique la force de lutter:

« Il faut, c'est comme ça, c'est comme ça qu'on se maintient. »

« Je ne peux plus rien faire pour les autres, maintenant »

Mme G., 92 ans, a deux enfants et deux petits-enfants déjà adultes ; elle assistait son mari, qui était pasteur et aussi traducteur-interprète. Son histoire récente comprend deux étapes. Voici 7 ans, elle a fait un oedème pulmonaire qui l'a forcée à renoncer à conduire, alors que son mari ne conduisait déjà plus. Cela a provoqué :

« Beaucoup de tristesse et d'ennui, parce que [avec la voiture] on était libre. On l'utilisait pour aller en Valais, dans notre chalet. Pour faire des visites aux familles, alors ça me servait pour rendre service à tous les miens. (...) On n'a pas de voiture, on est toujours limité, toujours limité... Jusqu'à 85 ans, j'ai mené cette vie de rendre service, de m'occuper des petits-enfants, du jardin de ma fille. Et tout à coup, ça a été arrêté. »

La deuxième transition commence avec le décès de son conjoint qui a eu lieu 18 mois avant l'entretien. Peu après, elle tombe, se brise la cheville. Deux mois plus tard, à peine sortie de l'hôpital, une nouvelle chute provoque une fracture du bassin.

« Alors, j'ai beaucoup de peine à marcher. Depuis, je marche avec une canne et j'ai tendance à perdre l'équilibre. Il faut vous dire que j'ai beaucoup marché dans ma vie, j'ai beaucoup fait de montagne. »

Après avoir renoncé à conduire, c'est maintenant l'utilisation des transports publics qui lui est interdite. Dès lors, elle passe la plupart de son temps chez elle.

« Ah, je sens la vieillesse, alors oui. (...) On se sent un peu inutile, parce qu'on a toujours, qu'on s'est toujours occupé de quelque chose ou de quelqu'un. Maintenant, on ne s'occupe plus que de soi, alors c'est ça qui pèse aussi. On se sent inutile. »

— c'est vrai, vous vous sentez inutile ?

« Oh, tout à fait inutile, je ne peux plus rien faire pour les autres maintenant, tout ce que je peux faire, c'est pour moi. Et les autres font aussi pour moi, bien sûr. Non, je ne peux plus rien faire, plus rien faire. »

Madame G. se sent précipitée dans la vieillesse à la suite d'un enchaînement entre un deuil et des accidents. Comme pour Monsieur N, ces accidents entraînent une perte de liberté et un confinement. Madame G et Monsieur N se voient ainsi amputés d'un mode de vie basé sur les déambulations et les rencontres et la vie sociale, et pour Madame G, cette vie prenait tout son sens dans la place qu'elle y ménageait au don de soi, au service d'autrui. Aujourd'hui, elle ne peut plus que recevoir. Monsieur N. souffre de la « platitude » de sa vie, Madame G. de son inutilité. Pourtant, peut-être aidée par sa foi, elle se prépare à la mort mais sans y aspirer :

« Chaque matin, quand je me lève, que je fais mon petit-déjeuner, je me dis : 'ça va, ça va !' Alors j'aimerais que ça continue comme ça mais, est-ce que ça peut ? Evidemment, je sais que ça changera et mentalement je me prépare un peu, mentalement. »

« C'est mon tour ! moi, je me repose et on fait pour moi. »

Face à la perte de l'aptitude à donner, à rendre des services, et même toute forme de réciprocité (à rendre des invitations, des visites), certains mettent en place une stratégie de légitimation basée sur une conception de la réciprocité différée dans le don et le contre-don.

Par exemple cette agricultrice valaisanne :

« Toute ma vie, j'ai donné. J'ai donné à mes parents quand ils étaient vieux, je me suis occupée de mon mari, j'ai élevé mes enfants. J'ai travaillé, travaillé, travaillé. Maintenant, je ne peux plus. Alors c'est mon tour, moi, je me repose et on fait pour moi. » (grand sourire)

Ou encore cette religieuse, incarnation d'une vie de dévouement :

– *Est-ce que vous avez un conseil à donner aux personnes qui comme vous, deviennent très âgées ?*

« Se faire aider assez tôt. Oui, accepter de l'aide assez tôt. Je vois une femme, sa fille voulait la prendre chez elle, mais elle n'acceptait pas, elle voulait rester chez elle (...) Elle avait une minerve et les mains toutes recroquevillées. Mais elle ne voulait pas partir de chez elle. Maintenant elle est dans un home, la fille ne pouvait plus s'en occuper assez. Accepter de se faire aider. Ce n'est pas une honte, c'est une nécessité. Et puis penser que c'est une chose naturelle, la vie s'écoule comme ça, comme un torrent ! Des fois il y a des pierres, des fois y'en a point ! (rire). »

« On n'a plus tellement de temps libre, parce qu'il faut du temps pour préparer la moindre des choses. »

Écoutons enfin le récit de Monsieur L., qui a 88 ans lors de l'entretien. Ancien employé de banque, célibataire, il a perdu ses frères et sœurs et vit seul dans la maison héritée de ses parents. Cet homme a le culte de l'instruction, une instruction dont il a été frustré lorsque, adolescent, ses parents l'ont placé dans une banque afin d'« assurer son avenir ». Depuis, « toute ma vie s'est écoulée à parfaire mon instruction » et, dirait-il, « j'ai bien rattrapé, j'ai bien récupéré ma vie ». Mais voici que depuis quelques années, il souffre de la maladie de Parkinson dont la progression lui impose des renoncements successifs et rend toujours plus difficile la vie quotidienne. Mélomane,

il a renoncé à jouer du piano, et maintenant, lui qui était un grand lecteur, c'est sa vue qui baisse au point qu'il ne peut lire qu'avec une loupe.

– *Est-ce que vous pouvez me raconter ce que vous avez fait hier ?*

« Hier, c'était donc jeudi. Vous voulez savoir tous les détails, depuis le matin jusqu'au soir ? »

– *Oui.*

« Ma vie est caractérisée par la monotonie. C'est tous les jours la même chose, ce n'est pas très varié. Je me lève vers 6–7 heures, plutôt 7 heures que 6. Je m'habille, je fais ma toilette. Tout ça prend du temps, parce qu'avec le Parkinson on n'a plus l'habileté. Et alors, enfiler un pantalon, etc., ça prend du temps. Alors quand je suis habillé, je fais ma toilette et je range le ménage. Ça me paraît essentiel d'avoir beaucoup d'ordre. Quand on n'a pas de mémoire, il faut avoir l'esprit clair. (...) Avec l'âge, avec le grand âge, on n'a plus tellement de loisirs, on n'a plus tellement de temps libre, parce qu'il faut du temps pour préparer la moindre des choses. »

Les routines quotidiennes l'envahissent, mais en même temps structurent son temps. Et, comme Monsieur G, son horizon est le jour qui vient :

« Je vis maintenant au jour la journée. »

Du récit de la vie fragile

De l'ensemble des récits émergent quelques traits communs.

1. Depuis l'observatoire de leur propre vie, ces personnes ne se voient devenues vraiment vieilles que depuis quelques années, alors qu'elles se trouvaient déjà dans un âge très avancé. En d'autres termes, les diverses péripéties et expériences antérieures de leur vieillissement sont devenues insignifiantes sous l'impact de ce qu'elles vivent actuellement.
2. La conscience de l'entrée dans la vieillesse produit un récit de vie construit autour d'une ligne de démarcation entre un avant et un maintenant.
3. Le passage de cette ligne de démarcation soit s'est opéré graduellement, soit a été précipité par des événements. Il est associé, dans le récit, à des pertes irréversibles qui ont détruit un équilibre de vie jugé aujourd'hui enviable, et à la difficulté à reconstruire un nouvel équilibre qui fasse sens. La difficulté semble plus radicale quand le passage a été brutal que quand il s'est opéré de manière graduelle, mais dans les deux cas la vie d'aujourd'hui se présente comme une vie appauvrie qui n'a pas la qualité de la vie antérieure.

4. La vie actuelle est inscrite dans le présent. Son horizon est le jour de demain ; sa frontière, vécue comme proche, est marquée par le décès ou, pire selon beaucoup, la dépendance.
5. Plus la fragilisation s'accroît, plus la journée est envahie par les tâches quotidiennes. Leur bon accomplissement est un enjeu important : elles marquent la sortie de la nuit, le retour à la vie, à la civilité, elles attestent ce qui demeure de leur autonomie. Ces rituels structurent le temps quotidien du vieillard, mais se faire aider permet de ménager du temps pour d'autres activités plus porteuses de sens.
6. Parmi les stratégies qui aident à faire face à cette situation de vie, signalons la comparaison positive (je vais plutôt bien pour mon âge); le volontarisme de l'impératif catégorique (« il faut... » lutter, se bouger), ou encore, son complémentaire, le volontarisme de l'acceptation (accepter son état – « c'est la vieillesse ! », accepter de se faire aider).

6 Conclusion

Dans la première partie de cet article, nous avons soutenu qu'une caractéristique majeure de la population âgée est qu'on y rencontre des personnes au statut de santé radicalement distinct. Jusqu'à la frontière des soixante-dix ans, deux groupes principaux coexistent, indépendants et fragiles, les personnes frappées de dépendance ne composant qu'un ensemble marginal. Dès cette frontière et jusqu'au-delà des quatre-vingt-dix ans, ces trois ensembles se côtoient, avec des poids relatifs qui évoluent au cours de l'âge, ce qui n'empêche pas l'ensemble des indépendants de constituer encore le 16% des vieillards âgés de 90 à 94 ans.

Notre deuxième thèse était que selon leur statut de santé, les vieillards sont insérés dans un « monde de vie quotidienne » propre, bien distinct des autres. Nous distinguons la notion de monde de vie quotidienne de celles de modes ou de styles de vie. Ces dernières notions renvoient aux organisations de la vie découlant de la négociation individuelle des appartenances sociales et culturelles au cours d'une trajectoire de vie ; telle que nous l'avons réélaborée dans le cadre de nos travaux sur la vieillesse, la notion de « monde de la vie quotidienne » se situe en deçà des styles ou des modes de vie pour en constituer le cadre potentiel, en d'autres termes le champ de possibilités tel que le trace la nature humaine au sein d'un système socioculturel donné.

Nous avons montré que l'enveloppe spatio-temporelle de ce monde n'était pas dessinée à la même échelle selon que l'on est indépendant, fragile ou dépendant, que la vie familiale et sociale ne s'y déploie pas selon les mêmes règles et que l'épée de Damoclès qui, par définition, est suspendue sur toute vie, n'y fait pas peser la même menace. Les récits proposés par les vieillards illustrent que la transition d'un monde

à l'autre est vécue comme le passage sans retour d'une frontière au-delà de laquelle reconstruire un monde de vie qui fasse sens n'est pas une entreprise aisée.

Observer que plus le statut de santé est dégradé, plus l'espace de vie se contracte, l'horizon de vie se rapproche, l'échange devient unilatéral et les risques s'appesantissent, voilà qui n'est pas en soi surprenant. Mais peut-être convient-il de renverser le regard : qu'au cours de la neuvième décennie de vie, un ensemble non négligeable de vieillards bénéficient d'une santé relativement bonne et continuent à mener une vie indépendante, à faire des projets, à avoir des déambulations dans un espace diversifié et ample, à préserver une vie sociale et des échanges marqués par la réciprocité, cela sans que l'épée de Damoclès des risques ne se fassent trop menaçante, voilà qui est plus surprenant et qui nous paraît mériter d'être souligné.

7 Références bibliographiques

- Armi, Franca et Edith Guilley (2004), La fragilité dans le grand âge ; Définition et impact sur les échanges de services, *Gérontologie et société*, 109, Juin, 47–61.
- Attias-Donfut, Claudine (1997), Solidarités invisibles entre les générations, *Projet*, 249, 45–54.
- Bengtson, Vern L. et Robert A. Harootyan (Eds.). (1994). *Intergenerational Linkages : Hidden Connections in American Society*. New York : Springer.
- Berthoud, Gérard (2004), Penser l'universalité du don : à quelle conditions ? *Revue MAUSS*, 23, 353–376.
- Campbell, John et David M. Buchner (1997), Unstable disability and the fluctuations of frailty, *Age and Ageing*, 26, 315–318.
- Coenen-Huther, Josette; Jean Kellerhals et Malik von Allmen (1994), *Les réseaux de solidarité dans la famille*, Lausanne : Réalités Sociales.
- Godbout, Jacques T. et Alain Caillé (1992), *L'esprit du don*, Paris : La Découverte.
- Guilley, Edith et Christian Lalive d'Epinay (2007), The Last Years of Life: Living longer is offset by increased ADL-disability in advanced old age, *Journal of Aging and Health*, in preparation.
- Hamerman, David (1999), Toward an understanding of frailty, *Annals of Internal Medicine*, 130, 11, 945–950.
- House, James S.; Paula M. Lantz et Pamela Herd (2005), Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (American' Changing Lives Study), *Journal of Gerontology: SERIES B*, 60B, Special issue II, 15–26.
- Katz, Sidney; Amasa B. Ford, Roland W. Moskowitz, Beverly A. Jackson et Marjorie W. Jaffee (1963), Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, *Journal of the American Medical Association*, 185, 94–101.
- Lahelma, E.; S. Arber, P. Martikainen, O. Rahkonen et K. Silventoinen (2001), The Myth of Gender Differences in Health: Social Structural Determinants across Adult Ages in Britain and Finland, *Current Sociology*, 49, 3, 31–54.
- Lalive d'Epinay, Christian (2005), Genre et santé au cours de la vieillesse avancée; Différences versus inégalités, In: Le réseau de recherche Gender Health, Eds., *Genre et santé aux différents âges de la vie. Recherches actuelles dans le domaine Gender Health*, Brugg, Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, 23–32.

- 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; Etienne Christe, Josette Coenen-Huther, Hermann-Michel Hagmann, Olivier Jeanneret, Jean-Pierre Junod, et al. (1983), *Vieillesse : situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*, Saint-Saphorin : Georgi.
- Lalive d'Epinay, Christian; Stéphanie Pin et Dario Spini (2001), Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale suisse sur le grand âge : l'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle [Presentation of SWILSO-O, a longitudinal Swiss study on very old age: the example of the dynamics of functional health], *L'Année Gérontologique*, 15, 78–96.
- Luckmann, Thomas (1979), *Strukturen der Lebenswelt [édition posthume du manuscrit d'Alfred Schütz]*, Francfort-sur-le-Main : Shurkamp.
- Markle-Reid, Maureen et Gina Browne (2003), Conceptualizations of frailty in relation to older adults, *Journal of Advanced Nursing*, 44, 1, 58–68.
- Mauss, Marcel (1960), Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, In : Marcel Mauss, Eds., *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 145–279.
- Strawbridge, William; 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, 9–16.
- Zaccaï-Reyners, Nathalie (1996), *Le monde de vie, 2 : Schütz et Mead*, Paris : Edition du Cerf.

