

Swiss Journal of Sociology

Vol. 32, issue 3, 2006

German and French abstracts on page 573|577

Contents

- 385 On Our Own Account [G] | Beat Fux

- 387 Editorial [E] | Julie Page, Claudine Burton-Jeangros, Peter C. Meyer, Christian Suter

- 389 Well-Being and the Frailty Process in Later Life: an Evaluation of the Effectiveness of Downward Social Comparison
[F] | Myriam Girardin Kecour and Dario Spini

This article, which is based on a longitudinal study conducted with a cohort of octogenarians, examines downward social comparison and its effectiveness as an adjustment mechanism during the frailty process. First of all, a paradoxical stability of subjective well-being is to be observed; it remains stable over five years notwithstanding the general decline in health. Next, an analysis based on individual health trajectories reveals that downward social comparison is associated with the maintenance of a stable level of well-being, whereas, when it is not associated with well-being, the latter tends to vary.

Keywords: Old age, empiricism, frailty, health, well-being

- 407 Health Statuses and Everyday Life-Worlds among Oldest-Old People

[F] | Christian Lalive d'Epinay and Edith Guille

The present paper stands up two theses: 1) oldest-old persons display very different "health statuses"; 2) each health status is associated with a specific "everyday life-world".

Three "health statuses" are distinguished: robustness, frailty, dependence. The notion of "every day life-world" (A. Schütz) is operationalized according to four dimensions: temporal, spatial, relational, and factual.

Data are from a survey on old persons (1994, N = 2101) as well as on the SWILSOO, a 10-year longitudinal study on oldest-old persons aged 80 to 84 at baseline (N_{persons} = 340; n_{interviews} = 1592).

Keywords: Old age, health, life world, empiricism

- 429 Age and Aging: Sociodemographic Consequences of Company Strategies

[G] | Johann Behrens

Question: "Aging" in companies and in society as well as the postponement of child bearing are both currently presented as demographic trends. Is this correct or is rather the sociodemographic opposite thesis true which says that these phenomena are the result of company strategies?

Method and sample: Based on the statistics and interviews of staff members in 23 German companies in 8 different branches (chosen using the approach of Contrast Sampling of the Grounded Theory out of the industrial sector and the public and private services), an analysis was done of the company strategies towards the aged employees and also of the predictors of these strategies.

Result: "Aging" and the postponement of child bearing have little to do with demography, they depend much more on the profiles of the jobs in the companies, which prove to be dead ends as far as the qualifications and health are concerned, and on the assignment policy for these jobs based on the school scores, sex and the region. The companies show a sufficiently different picture to identify the predictors of the company strategies.

Keywords: Old age, employment, exclusion, gender, sociodemography, social inequality

- 457** **Looking after Elderly People : What Effects on Health Professionals?**
 [F] | Françoise Bouchayer

This article studies the relationships which three categories of independent range health professionals, in France – general practitioners, nurses, physiotherapists – have to their elderly patients. The focus is on the effects of elderly people's presence on the activity and the feelings of these professionals. First, a theoretical point is done about the question of closeness and care. Then three aspects are examined: composition of the patients, care situations, relationships with the elderly's relatives.

Keywords: Elderly, health professions, care

- 475** **Family Care and Professional Care for the Elderly? Developments of Demographic Structures and Intergenerational Relationships**
 [G] | François Höpflinger

This contribution analyses the development of family and professional care for the elderly. Four observations are made: Firstly, the structure of family care is strongly affected by differences between cohorts, and family-oriented cohorts are now becoming old. Secondly, there is a strong tendency to a singularization of informal care, and conflicts between informal care of elderly family members and formal employment of women become more frequent. Thirdly, institutional care often proves necessary with old age. The proportion of older persons bound to institutional care is distinctly greater in Switzerland than in the neighbour countries. Finally, the thesis saying that the development of professional care would have contributed to a "shying away" of family care cannot be confirmed. More often than not, a combination of both family and professional care is observed.

Keywords: Elderly, sociodemography, care/care models

- 495** **To Take Care of Dependent Elderly: A European Challenge and a French Model** [F] | Claude Martin

Dependency of elderly people represents nowadays a public issue in the developed countries and in particular in the European Union. Analysing some of the main reports produced for the European institutions in the past few years, the author presents in this paper the main arguments which contribute to the construction of this new public issue. Then, he proposes to distinguish between different models of regulation or types of long term care policies at the EU level. The French case is analysed in a last part as an original compromise compared to the different welfare state regimes and a way to understand the evolution of this continental model of social protection.

Keywords: Elderly, long term care, care models, European Union

- 511 **The Senior, Science and the Market. A View on Differential Aging According to Social Origin [F]** | Cornelia Hummel
This article addresses the issue of social inequalities, widely analyzed by health sociology but less so by gerontology, in relationship to two recent phenomena: on one hand the boom of successful aging theories and the emergence of the anti-aging trend, on the other hand the exponential development of an economic market dedicated to old age, which we consider as old age marchandization. The discussion of both phenomena in relationship to differential aging according to social origin will highlight how they depict old age in a naturalistic and market-individualistic frame.
Keywords: Social inequality, theories of old age, merchandization of old age
- 527 **Effects of Cumulative Disadvantage and Disruptive Life Events on the Physical and Mental Health of Individuals between the Ages of 50–74 Years: Analysis from the Swiss Household Panel (SHP)** [E] | Erwin Zimmermann, Astrid Stuckelberger and Peter C. Meyer
Current advances towards better understanding of inequalities in health pinpoint the negative effects of cumulative disadvantages and disruptive life events on physical and mental health. The analyses presented in this article are based on the sub-sample of 50 to 74 year old respondents of the Swiss Household Panel, interviewed since 1999 in each of the first five waves and comprising 1,257 persons. The results indicate that current health status is strongly determined by current living conditions, negative life events, and levels of social support. With the exception of long standing health problems, disadvantages during youth and life-events during the life course are relatively weak direct determinants of the current health status. However, antecedent social factors influence the current health indirectly by making chronic health problems more likely and by decreasing the current household income and social support.
Keywords: Old age, empiricism, inequality gender, health
- 557 **Book Reviews**
- 571 **Index 2006**

In eigener Sache

In der letzten Nummer eines Jahrgangs orientieren wir jeweils über die Entwicklung der Manuskripteingänge sowie die Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens.

Im Jahr 2006 wurden der Zeitschrift insgesamt 41 Manuskripte zur Publikation angeboten. Das sind deutlich weniger als im Vorjahr (53). Jedoch sind Beiträge für eine Sondernummer, die wir aufgrund eines call for papers für das Schwerpunkttheft 2007 erhielten, dabei nicht berücksichtigt.

In den drei Nummern des Jahrgangs wurden insgesamt 25 Beiträge veröffentlicht. Die Rückweisungsquote erhöhte sich folglich im Jahrgang 2006 geringfügig auf 37%. Die Qualität der eingegangenen Beiträge entsprach somit etwa jener der vorausgehenden Jahre. Die Mehrzahl der akzeptierten Beiträge wurde von den AutorInnen teilweise umfassend überarbeitet.

Entwicklung des Auswahlverfahrens

	Total	Prozent
Im Berichtsjahr eingereichte Manuskripte (ohne Beiträge für Schwerpunkttheft 2007)	41	
Im Evaluationsprozess	2	
Bereinigtes Total	39	100 %
Abgelehnt durch das Redaktionskomitee	4	10 %
Abgelehnt im anonymen Begutachtungsverfahren	11	28 %
Rückzug von Artikeln nach Mitteilung von Überarbeitungsvorschlägen	1	3 %

Unter den eingegangenen Manuskripten (bereinigtes n) stellen wir ein ausgewogenes Verhältnis von quantitativen (41%), qualitativen (31%) und theoretischen Beiträgen (29%) fest. Aufgrund des Tönnies-Schwerpunkts (Heft 1) sind im Berichtsjahr vergleichsweise viele theoretische Arbeiten veröffentlicht worden. Die Erfolgsquoten beliefen sich bei den quantitativen Artikeln auf 59%, bei den qualitativen auf 54% respektive bei den theoretischen auf gute 66%.

Der überwiegende Teil der in der Zeitschrift publizierten Beiträge stammt aus der universitären Soziologie. AutorInnen aus dem Fachhochschulbereich waren 2006 rare Ausnahmen.

Der Anteil jener Beiträge, die nicht von Schweizer Autoren verfasst wurden, hat sich während der Berichtsperiode weiter erhöht (2006: 44%, Vorjahr 39%). Dies ist vor allem ein Erfolg der Schwerpunktnummer, welche mit Beiträgen eines internationalen Kongresses bestückt werden konnte.

Unter den publizierten Artikeln halten sich deutschsprachige (11) und französische (11) die Waage. Nur 3 Beiträge – und damit weniger als in der vorausgehenden Jahren – wurden in englischer Sprache verfasst.

Entsprechend dem bisherigen Trend reichten mehr Männer als Frauen Beiträge ein. Der Anteil von publizierten Arbeiten, die von Wissenschaftlerinnen verfasst wurden, erhöhte sich andererseits auf 39%.

Ein Wort in eigener Sache. Ich habe vor sieben Jahren, also 2000, die Redaktion von Olivier Tschannen übernommen. In dieser Zeit hat die Zeitschrift nicht nur ihr Äußeres verändert, ein Team von redaktionellen Mitarbeitern wurde auf die Anregung von Olivier Tschannen hin aufgebaut, es wurde ein zweistufiges Begutachtungsverfahren (intern durch das Redaktionsteam und extern durch peers) etabliert sowie eine Homepage eingerichtet. Vielmehr konnte sie sich nach Massgabe relevanter Indikatoren wie beispielsweise den gestiegenen Eingängen, der stärkeren Selektion der Artikel, welche sich gleichwohl nicht negative auf die Anzahl publizierter Arbeiten niederschlug, oder der Anzahl Preise für Beiträge, die in der Zeitschrift veröffentlicht wurden, während dieser Periode deutlich verbessern. Die Zeitschrift zählt heute, wenn man Rankings der SAGW oder weiteren internationalen Begutachtungen Glauben schenken will, mit zu den führenden sozialwissenschaftlichen Zeitschriften der Schweiz, respektive wird in die Spitzengruppe der soziologischen Publikationsorgane im deutschsprachigen Raum eingereiht. Dieser Erfolg verdankt die Zeitschrift in erster Linie den AutorInnen, welche immer wieder die Vorteile eines dreisprachigen Fachorgans und die intensive Betreuung betonen. Eines der nach wie vor ungelösten Probleme, nämlich die langen Produktionszeiten für die einzelnen Nummern und die häufig verspäteten Auslieferungen sind nicht zuletzt die Folge der aufwändigen editorischen Arbeit. Es muss erwähnt werden, dass die redaktionelle Betreuung eines Beitragsvolumens dieser Größenordnung auf Dauer nicht in der bisherigen Form und insbesondere nicht in einer weitgehenden Frontarbeit des Redaktors und des ihm zur Seite stehenden Redaktionsteams erbracht werden kann. Für eine weitere Qualitätssteigerung, beispielsweise die Optimierung des Erscheinungsrhythmus halte ich eine Professionalisierung für unabdingbar. Ich wünsche meinem Kollegen, dass er diesbezüglich auf offene Ohren stossen wird und dass er die Rahmenbedingungen erhält, die es ermöglichen werden die Qualität des Organs der schweizerischen Soziologie weiter zu steigern.

Beat Fux

Editorial

The demographic composition of society is changing since life expectancy continuously increases but also because children born in the high birth rate years (the so called baby boom generation) did not have as many children as their parents did. At the same time new models of active and healthy ageing are emerging: Despite the higher prevalence of health risks and problems among the elderly, an increasing number of years are spent free from illness. Thus, higher life expectancy leads to greater nuances when it comes to describing and differentiating between categories within old age (i.e. young vs. old; independent vs. in need of care, etc.). Ageing is also characterised by considerable heterogeneity and distinct social contrasts as a consequence of persistent or even increasing social inequalities with regard to morbidity and mortality over the past decade.

Demographic ageing, models of active ageing and social inequalities in old age influence individual biographies, societal health concepts as well as health care and political systems. Accordingly, sociological perspectives, theories and methods are important, to understand and cope with these current social changes. This prompted the research committee Sociology of Health of the Swiss Association for Sociology and their equivalent in Austria, Germany and France to convene an international Sociology Congress in August 2005 at the University of Neuchâtel. The organisers worked closely with the Swiss Health Observatory (Obsan), the Federal Office for Statistics and the Sociological Institute of the University of Neuchâtel. Over 200 experts came together and discussed a variety of topics. The papers at hand stem from this conference and examine some of the health and societal areas affected by these demographic developments.

Demographic ageing has an effect on different social levels and results in adaptation processes. The first contribution by *Myriam Girardin and Dario Spini* concentrates on the micro-level, i.e. the individual reaction and examine downward social comparison as an adjustment mechanism during the frailty process. *Christian Lalive d'Epinay and Edith Thônex Guille* discuss how oldest-old persons display very different "health statuses" and show, how they are related to "everyday Life-Worlds". As *Johann Behrens* illustrates, businesses also apply coping strategies specific to older people. These strategies may be more or less successful, or even harmful.

The increasing number of older people in need of care has different consequences. *Françoise Bouchayer* looks at the relationships between health professionals and elderly people. Her analysis shows how working with older people influences the activity and the emotions of the health professionals. *François Höpflinger* analyses the development of family and professional care for the elderly over different cohorts. He identifies changes over time and the potential for conflicts between formal and informal carers. *Claude Martin* takes the discussion to a further level

by looking at the challenge European countries are facing concerning the care of dependent elderly people.

Finally we have a group of articles addressing the classical sociological theme of social inequalities. *Cornelia Hummel* discusses two recent societal trends connected to an ageing society and their correlations with social origin. While she speaks for including classical sociological theories in gerontology, *Erwin Zimmermann, Astrid Stückelberger and Peter C. Meyer* show how results from gerontology can contribute to established theoretical paradigms in sociology, psychology, and economics. Their study identifies the effects of cumulative disadvantage and disruptive life events on physical and mental health.

Julie Page, Claudine Burton-Jeangros, Peter C. Meyer and Christian Suter

Well-Being and Frailty Process in Later Life: an Evaluation of the Effectiveness of Downward Social Comparison¹

Myriam Girardin Kecour* and Dario Spini**

1 Introduction

When one thinks of old age one thinks first of the deterioration of health – an inevitable process at that time of life – and all the contingencies associated with it – tiredness, aches and pains, illnesses, reduced mobility, difficulty in communicating with others, hospitalization, institutionalization, loss of autonomy and, finally, the imminence of death. Considered in a broader sense, this phase in life is characterized by frailty – which may be defined as a clearly visible weakening of health in various aspects (biophysical, motor-sensory, cognitive, energy, etc.) which renders the individual more vulnerable in that it affects one's capacity to adapt to the multiple stresses associated with old age. The latent frailty process, which is responsible for the state of frailty, intensifies and may at an advanced stage culminate in the loss of autonomy and death. In such a context is it permissible to speak of well-being in advanced age? In this article we move away from conventional thinking and consider the linkage between well-being and health and trends of both variables in late life. On the basis of the data emerging from the first five waves of a longitudinal study conducted with 295 octogenarians in Switzerland, we have observed trends in well-being, both on average and on individual bases.

* Myriam Girardin Kecour, University of Geneva, Center for Interdisciplinary Gerontology, Centre interfacultaire de gérontologie, Université de Genève, Route de Mon-Idée 59, CH-1226 Genève-Thônex, Tél.: (41) 22 305 66 01, Fax: (41) 22 348 90 77, E-mail: myriam.girardin@cig.unige.ch.

** Dario Spini, Faculty of Social and Political Sciences, University of Lausanne, Center for Life Course and Life Style Studies, Universities of Lausanne and Geneva, Centre PAVIE, Bâtiment Provence, Université de Lausanne, CH-1015 Lausanne, Tél.: (41) 21 692 38 44, Fax.: (41) 21 692 38 45, E-mail: Dario.Spini@unil.ch.

1 This study was conducted within the framework of the Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study of the Oldest Old (SWILSO-O), directed by Professor Christian Lalive d'Epinay and financed by the Swiss National Science Foundation, with the support of the Departments of Health of the cantons of Geneva and Valais. We thank Hugh M. Bell for his editorial assistance.

2 The paradox of stability of well-being

What exactly is meant by well-being? In scientific literature well-being is generally made up of two dimensions: the affective dimension, which comprises the positive and negative affects of individuals, and the cognitive dimension, which deals with self-evaluation of the subject's own life or on more specific subjects (family, health, etc.) (Diener and Suh, 1997; Hilleras, 1998; Diener, Suh, Lucas and Smith, 1999). In a number of works in the field of gerontology the affective dimension is approached from the angle of the frequency of depressive symptoms and the cognitive dimension from that of the perception of one's state of health, which is defined as a self-assessment of the individual's state of health, at the centre of all the concerns of older persons (Radloff, 1997; Holahan, Holahan and Wonacott, 2001; Idler, 1993). What can be said of the evolution of these two dimensions for octogenarians? A number of researchers relate a decline of the affective dimension of well-being with advancing age, but are astonished at the low level of decline bearing in mind the deterioration in health which typifies the aging process (Rothermund and Brandtstädtter, 2003; Fiske, Gatz and Pedersen, 2003). The same can be observed in the cognitive dimension; objective and subjective health are both measurements of the same reality, but are not systematically correlated; even more surprisingly, the correlation between the two weakens still further with advancing age to a point where on average the perception of health detaches itself completely from the declining trend in objective health (Idler, 1993; Leinonen, Heikkinen and Jylhä, 1998; Rodin and McAvay, 1992; Pinquart, 2001; Hoeymans, Feskens, Kromhout and van den Bos, 1999). The divergent directions taken by well-being, which tends to remain stable, and health, which tends to decline, are perceived as a paradox in scientific literature (Kunzmann, Little and Smith, 2000), all the more so as health, measured over a given period of time, has a definite impact on well-being.

2.1 Health

From a synchronic standpoint health impairments of a chronic nature (chronic illnesses, cognitive and psychic problems or functional limitations) are associated with an increase in depressive symptoms (Haynie, Berg, Johansson, Gatz and Zarit, 2001; Mirowsky and Ross, 1992; Hilleras, 1998; Turner and Noh, 1988) and a negative perception of health (Hoeymans et al., 1999; Pinquart, 2001; Rodin and McAvay, 1992). In the same way as serious impairments to health, frailty, although less perceptible than functional disabilities, has an equally negative effect on well-being (Frieswijk, Buunk, Steverink and Slaets, 2004; Kirby, Coleman and Daley, 2004).

2.2 An effective adaptation mechanism: downward social comparison

This being said, if one turns to consider the effect of advancing age on well-being – dissociating it from the negative effect of a declining health – it will be observed,

from the diachronic standpoint, that the advancing age is associated with a lower risk of developing a depression and, in broader terms, with a higher level of well-being (George, 1992; Kunzmann et al., 2000). This positive influence of aging may be attributed to a recourse by very old people to certain strategies which facilitate adaptation² to the frailty process, thus contributing to the preservation of their well-being (Brandtstädtter and Greve, 1994; Heckhausen and Schulz, 1995; Idler, 1993; Kunzmann et al., 2000; Rothermund and Brandtstädtter, 2003).

Of these different mechanisms, downward social comparison³ seems particularly effective in very advanced age. Individuals generally have recourse to it when they are exposed to a negative and threatening event. This is the case with very old people who have to face up to the advancing frailty process and its consequences. This mechanism consists of comparing oneself with others whom one considers to have been more affected than oneself by a particular event; it enables an individual who feels relatively less affected by that situation to preserve or recover a positive image of the self (Frieswijk et al., 2004; Heckhausen and Schulz, 1995; Taylor, 1983; Taylor and Lobel, 1989). By evaluating themselves in relation to others who are in worse health than themselves, very old people tend to redefine what is for them a satisfactory state of health for their age, distinguishing between the changes in health which they consider normal – because highly probable at their age – and those which are not (Hoeymans et al., 1999; Idler, 1993; Leinonen, Heikkinen and Jylhä, 2001; Leinonen et al., 1998; Suls, Marco and Tobin, 1991; Tornstam, 1975). By thus lowering their criteria for a “good health”, they minimize impairments of their own health which they consider normal to such a degree that some impairments – even of a disabling nature – have only a minor influence on their well-being (Brandtstädtter and Greve, 1994). By envisaging their health condition in a positive manner – even if, objectively speaking, their state of health is poor (positive illusion) – very old people sustaining the frailty process are enabled to preserve their self-esteem in face of a declining health (Frieswijk et al., 2004; Heckhausen and Schulz, 1995; Taylor, 1983; Taylor and Brown, 1988; Taylor and Lobel, 1989).

2.3 The frailty process, downward social comparison, and well-being

But to what extent can older persons – knowing that with advancing age their health is deteriorating and their resources are diminishing – still evaluate their health in a positive fashion in order to preserve their self-esteem by recourse, among other

2 Among the psychosociological theories advanced in the literature to explain this process of adjustment, particular mention may be made of the model of selective optimization with compensation (Baltes and Baltes, 1990), Carstensen's socioemotional theory (1991) and the mechanisms for the protection of self-esteem and identity (Brandtstädtter and Greve, 1994).

3 Downward social comparison does not seem to be activated intentionally. Here we are in agreement with Brandtstädtter and Greve (1994), who conceive of the different mechanisms, not as strategies consciously deployed, but rather as modes of adjustment which activate themselves, with varying degrees of success, in response to certain situations.

things, to downward social comparison? A number of authors consider that, as soon as the deterioration of the elderly's health exceeds their capacity to cope with it, their depressive symptoms increase and their perception of their health becomes negative (Rothermund and Brandstädter, 2003; Leinonen, et al., 2001; Pinquart, 2001; Rodin and McAvay, 1992). Thus, the capacity of the oldest old to adapt to the degradation of their health – on which their well-being is highly dependent – diminishes with the growing frailty process associated with the aging process. In these circumstances the effectiveness of downward social comparison, in face of the intensification of the frailty process, seems of extremely limited effectiveness since it fails to preserve their well-being.

3 Methods

3.1 Sample and procedure

The data come from the Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old (SWILSO-O) (Guillet, Métral and Spini, 2003). SWILSO-O is a longitudinal and interdisciplinary study on the psychological, health, social, and sociological situations as well as trajectory of a sample of octogenarians. The panel was launched in 1994 and involves two cohorts (C1, persons born 1910–1914, n = 340, started in 1994; C2, persons born 1915–1919, n = 377, started in 1999). Each cohort was randomly selected among community-living persons aged 80–84 years at baseline, living at home in an urban area (canton of Geneva) and a semi-rural area (central Valais), and stratified with equal weights by region and gender. Participants were assessed on a rich battery of psychological, health, social, and sociological variables administered individually by trained interviewers during face-to-face interviews based on a standardised questionnaire. They answered the questionnaire, either in person or, if unable to take part in the interview, most of the information was provided by a proxy. We focus here on the first five waves of the first cohort which were assessed every 12 or 18 months between 1994 and 1999. In view of the type of information we needed, we retained only the individuals who answered our investigators personally. The sample was thus made up of 295 self-respondents at baseline (1994), 132 (44.7%) of whom were still able to participate personally in the fifth wave in 1999. Altogether, 1025 interviews constituted the raw material for our analysis.

3.2 Measures

Well-being : our analysis is based on nine questions designed to measure the frequency of positive and negative affects, using a scale ranging from "never" (coded 1) to "always" (coded 4) (scale adapted from Wang, Treul and Alverno's Self-Assessing Depression Scale (SADS) (1975)). In addition, "self-rated health", which is assessed

by asking "Overall, how do you evaluate your health?", has been taken into account; this is measured by means of a scale ranging from "poor" (coded 1) to "very good" (coded 5). Table 1 shows all these items and their mean frequency. A principal component analysis⁴ on these ten items produces at the first wave three factors. The first comprises the negative affects, the second the positive affects and the third, items relating to perception of health. A first series of analyses have revealed that the results concerning positive and negative affects are strictly equivalent – but of course diametrical opposites. Consequently, it was decided to include all the affects, both positive and negative, within a single index. On this basis two indices have been constructed⁵:

- affective well-being: this first indicator measures the mean frequency of all the positive affects (having pleasure in doing things, having self-confidence, being hopeful about the future) and the negative ones (feeling a little lonely, feeling sad, feeling anxious, finding time passes slowly, having crying spells or feeling like it). The negative affects scales have been inverted in order to obtain an overall positive index. Thus, a positive score indicates that the persons interviewed consider, on average, that their level of affective well-being is positive. The Cronbach alpha for all these items reaches 0.77 at baseline. This index measures the affective component of well-being. Its scale ranges from -2.85 (lowest affective well-being) to 0.64 at baseline.
- perception of health⁶: this index is a mean of two items, the self-rated health and the frequency of the individual's concern for one's health. This latter item comes from the scale adapted from Wang's SADS. These two questions are positively coded; thus the higher the score, the more positive the perception of health. The Cronbach alpha for these two items is 0.55⁷ at baseline. This index evaluates the cognitive component of well-being; the scale ranges from -2.22 (extremely negative perception of health) to 1.12 at baseline.

Frailty: we have approached frailty by considering impairments of five dimensions of health: mobility (going up and down stairs, moving around outside, walking at least 200 metres), physical ailments (10 items), sensorial capacities (reading a text in a newspaper, following a one-to-one conversation, following a conversation among several persons), memory (memory complaints), and loss of energy (tiredness, loss of appetite). A person is deemed to be frail if impaired in at least two

⁴ This analysis has been effected by use of the "maximum likelihood" as extraction method and "promax" as a rotation type in order to evaluate the correlations between the factors.

⁵ Prior to this, we took the step of standardizing all the ten variables (on account of their differing scales) in order to render them comparable and, to appreciate evolution over time, we standardized them at each wave of interviews on the basis of the first wave.

⁶ At the first wave there is a modest correlation (0.36; $p < 0.01$) between affective well-being and perception of health.

⁷ The small number of items (2) taken into account in this index explains to a considerable degree the weakness of this alpha.

of these five dimensions. On the basis of these dimensions and an indicator of functional dependence – defined as inability to perform alone one or more of the five basic activities of daily living⁸ (ADL: cf. Katz, Downs, Cash and Grotz, 1970) – we have constructed two other measures for health: robustness and dependence. Robust (non-frail) persons are not impaired in more than one dimension of health and are not suffering from any disability, whereas dependent persons report at least one ADL disability, regardless of the number of impairments in the five dimensions of health. While frail persons are not dependent, the great majority of dependent persons are frail (for a detailed description of frailty, its theoretical definition and operationalization, see Ghisletta, Girardin and Guille, 2003 and Guille, Armi, Ghisletta, Lalive d'Epinay and Michel, 2003).

Social comparison: to measure social comparison we asked octogenarians to compare their own state of health with that of other persons of the same age. They could estimate that their state of health was worse (code 1), equivalent (code 2) or better (code 3).

Socio-demographic characteristics: to ensure that the linkages between health, social comparison and well-being are not simply a reflection of certain socio-demographic characteristics, four of the latter – age, gender, socio-economic status⁹ and region – have been inserted in our analyses as control variables.

3.3 Statistical analysis

This study seeks to observe relations between well-being, health and downward social comparison in later life. The analyses consist of four parts:

- First, we consider the global evolution of health and well-being in later life. Therefore we proceed to a descriptive comparison of both health status and well-being at baseline (Wave 1) and at the end of the observed period (Wave 5) using a Wilcoxon signed-rank test (Siegel and Castellan, 1988).
- Second, hierarchical lineal models of two-level data have been run using HLM 6.0 (Raudenbush, Bryk and Congdon, 2004) to assess the contribution of health status and of downward social comparison in predicting the two dimensions of well-being (perception of health and affective well-being). Gender, age, socio-economic status, and region are considered as covariates. Fixed and random effects were estimated by the method of restricted maximum likelihood.
- Third, we focus on the evolution of well-being and its relation to social comparison according to the six more frequent sequences of individual health trajectories among our population. Therefore we use first the Wilcoxon signed-rank test to observe continuity and change in well-being in relation to

⁸ Washing, dressing and undressing, eating, rising from and going to bed, and moving around within the apartment.

⁹ Socio-economic status is measured taking into account the last socio-occupational activity, level of education and income.

- the evolution of health status between two successive waves. Then the coefficient η^2 and analyses of variance (one-way) have been calculated to measure the association between well-being and social comparison at each of the six sequences of individual health trajectories.
- Finally, we measure mean score of social comparison, perception of health and affective well-being at each of the sequences of individual health trajectories and we compare them by using analyses of variance (univariate) and Duncan's test for post hoc contrasts. Except for multilevel analyses, all these analyses are conducted with SPSS 14.0.

3.4 Characteristics of the sample at baseline and changes in well-being

The majority of the subjects are of relatively low socio-economic status (58.3%); their mean age is 81.8 years ($SD = 1.39$) at baseline. It should be recalled here that the data relate only to those persons able to participate personally in interviews (self-respondents). All the subjects who have replied personally to the first interview (initial sample) have on average a satisfactory level of well-being, both affective and cognitive (see table 1). When questioned on the frequency of their positive affects (having pleasure in doing things, having self-confidence and being hopeful about the future) their scores average between "often" and "always"; when evaluating the frequency of their negative affects (feeling a little lonely, sad, anxious, finding time passes slowly, having crying spells or feeling like it) their mean score is between "never" and "rarely". On average, they consider at baseline their state of health between "satisfactory" and "good" and they rarely express concern for their health. In addition to thinking themselves in good health, 61% of them consider that their state of health is better than that of their peers – even though, at the outset of the study, over half of them (59%) are showing signs of frailty.¹⁰

Over the five-year period¹¹, the overall state of health deteriorates: the number of dependent octogenarians almost quadruples, while the proportion of robust persons falls from 53% to 36%. However, while the health of our interviewees is deteriorating, during the same period no significant change has occurred in any of the well-being items save one affect (having pleasure in doing things), which declines significantly. In fact, neither the change in levels of affective well-being (indicator of

10 As some complementary analyses show, self-respondents are in better health than those who have not personally participated in the inquiry. Because of this selection, the frail and the dependent persons are here under-represented in relation to the entire population group.

11 The analyses relating to changes in health, well-being and social comparison take into account only those persons who have participated in the inquiry up to the fifth wave. Some complementary analyses (calculations of selectivity indices (Lindenberger, Singer and Baltes, 2002)) show that, save in respect of one affect (having pleasure in doing things), this sub-group of respondents does not differ significantly, at the outset of the study, from all the persons interviewed (initial sample) with regard to socio-demographic profile, well-being and health assessment by social comparison; this gives additional credence to our findings. Only their health is better than that of all the persons interviewed at baseline.

Table 1: Characteristics of initial sample and changes therein between the first and fifth wave for selected respondents

	Initial sample	Participants in wave 5		
		Wave 1 (1994)	Wave 1 (1994)	Wave 5 (1999)
Socio-demographic features				
Mean age (SD)	81.8 (1.39)	81.7 (1.31)		
Gender : female (%)	48.5	54.3		
Region : Geneva (%)	53.2	46.5		
Socio-economic status : middle/upper (%)	41.7	43.4		
State of health (%)				
Robust	41.2	52.7	36.4	***
Frail	51.7	42.6	48.1	
Dependent	7.1	4.7	15.5	
Social comparison (%)				
Better	60.6	67.3	68.3	ns
Equivalent	31.5	29.8	29.8	
Worse	7.9	2.9	1.9	
Affective well-being (mean [SD])				
I have pleasure in doing things ²⁾	3.75 (0.59)	3.89 (0.32)	3.72 (0.60)	*
I have self-confidence ²⁾	3.58 (0.70)	3.60 (0.76)	3.61 (0.68)	ns
I am hopeful about the future ²⁾	3.29 (0.95)	3.35 (0.89)	3.20 (0.97)	ns
I feel sad ²⁾	1.67 (0.81)	1.58 (0.76)	1.61 (0.83)	ns
I feel anxious ²⁾	1.65 (0.84)	1.55 (0.79)	1.50 (0.83)	ns
I feel a little lonely ²⁾	1.55 (0.83)	1.43 (0.76)	1.57 (0.88)	ns
I find time passes slowly ²⁾	1.47 (0.79)	1.43 (0.75)	1.50 (0.81)	ns
I have crying spells or feel like it ²⁾	1.40 (0.66)	1.35 (0.60)	1.38 (0.69)	ns
Perception of health (mean [SD])				
Self-rated health ³⁾	3.56 (0.94)	3.71 (0.81)	3.55 (0.81)	ns
I am worried about my health ⁴⁾	3.40 (0.87)	3.47 (0.85)	3.47 (0.77)	ns

Notes. Initial sample; self-respondents (N = 295). Participants in Wave 5: self-respondents (N = 129). ¹⁾ Wilcoxon test. *** = p < 0.001 ; * = p < 0.05 ; ns = not significant. ²⁾ For all these affects the scale varies from 1 ("never") to 4 ("always"). ³⁾ The scale ranges from 1 ("poor") to 5 ("very good"). ⁴⁾ The scale ranges from 1 ("always") to 4 ("never").

the affective dimension), which has fallen from 0.10 to 0.00, nor that for perception of health (indicator of the cognitive dimension), which over the five-year period has changed from 0.12 to 0.05, show any significant decline at $p < 0.05$. In other words, the overall mean level of well-being remains stable notwithstanding the decline in health. Thus, our data confirm the paradoxical stability of well-being which has been pointed out in a number of studies. Social comparison remains stable over time: after five years of study about two thirds of the interviewees still consider that their state of health is better than that of their peers, notwithstanding the significant decline which has taken place in their own state of health.

Table 2: Hierarchical linear analyses of indicators of well-being, affective well-being and perception of health

	Affective well-being ¹⁾	Perception of health ²⁾
Fixed effect		
Intercept	0.07	-0.07
Gender (female)	-0.13*	0.05
Socio-economic status (middle/upper)	0.05	0.04
Region (urban)	-0.10	-0.02
Age (years)	-0.01	-0.01
Robust	0.13***	0.27***
Dependent	-0.25**	-0.24**
Downward social comparison	0.13***	0.21***
Random effect		
Intercept	0.19***	0.19***
Age	0.01***	0.00**

Notes. These models articulate two-level data. Number of observations (first level) for affective well-being: N = 920; for perception of health: N = 922. Number of individuals (second level) for affective well-being: N = 288; for perception of health: N = 289. ¹⁾The higher the coefficient, the higher the affective well-being. ²⁾The higher the coefficient, the more positive the perception of health. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

4 The determinants of well-being and of its evolution

Looking at this paradox – stability of well-being notwithstanding a deterioration in health – one may ask whether health is a factor determining well-being. Our findings confirm it; the state of health is closely associated with well-being. It can be seen from table 2 that the frail persons have levels of well-being (both affective

and cognitive) lower than those of the robust persons and higher than those of the dependent persons. This linkage between the state of health and well-being is just as strong and significant if all the items are considered separately¹². Well-being is, when measured at a given time – in other words, from a strictly synchronic standpoint – closely linked to the state of health. How then is one to explain that, from the diachronic standpoint, well-being does not decline in parallel with the decline in health? The paradox might be explained by reference to social comparison seen as an adjustment mechanism. Our results reveal that, the more the state of health is judged better than that of other people of the same age, the greater both the affective and cognitive sense of well-being, irrespective of the objective state of health. Is it possible that such a mechanism might neutralize the negative effects of a decline in health to such a degree as to stabilize well-being over the course of time? We shall return to this subject later. The only control variable which has an effect on well-being is that of gender: men show a higher level of affective well-being than women.

5 Well-being and health trajectories

In order to study downward social comparison as a mechanism regulating well-being, we leave the overall level of analysis and move to the individual level. By examining the evolution of well-being in comparison with that of the state of health between two successive interviews we can gauge the effectiveness and the limitations of downward social comparison as an adjustment mechanism. With the knowledge that on average health steadily deteriorates, one may ask to what extent this mechanism is effective. The six segments of health trajectories most frequently encountered within our population group have been examined (Guilley, Ghisletta, Armi, Berchtold, Lalive d'Epinay, Michel and de Ribaupierre, submitted). These six types of segments ($N=698$) represent 96% of the segments of health trajectories observed in total on two waves. Three of them relate to continuity in the same state of health: maintained robustness (R-R), maintained frailty (F-F) and chronic dependence (D-D). However continuity in status does not mean health stability: as some complementary analyses show, maintained frailty (F-F) comprises a significant increase in the number of health impairments. Two of these six segments feature a deterioration of health: the onset of frailty (R-F) and, finally, the onset of dependence (F-D). The remaining one concerns an improvement in health, namely a return to robustness after having experienced frailty (F-R). In order to assess the effectiveness of social comparison, we have calculated its correlation with the two dimensions of well-being by each of the six segments. On the basis of earlier findings showing the positive effect of social comparison on the cognitive dimension of well-being

12 In these complementary analyses (not presented here) we consider all the observations made from the first to the fifth wave of interviews ($n=1025$).

(Spini, Clémence and Ghisletta, manuscript submitted for publication) we start from the premise that the association between social comparison and well-being is positive. Consequently, to assess its impact more precisely, we have considered here unilateral statistics.

Table 3: Changes in indicators of well-being and associations with social comparison by segment of health trajectories

	Health trajectories					
	R-R	F-R	R-F	F-F	F-D	D-D
Affective well-being						
Direction of change	→	↗	→	→	↘	→
Unilateral association with social comparison ¹⁾	0.04	0.05	0.31**	0.26***	0.25	0.38*
Perception of health						
Direction of change	→	↗	→	→	↘	→
Unilateral association with social comparison ¹⁾	0.13*	0.14	0.33**	0.34***	0.26	0.35*

Notes. Reference population group: self-respondents (1025 observations). The arrows indicate respectively stability « → », an increase « ↗ » or a decline « ↘ » in the indicators of well-being at threshold $p < 0.05$ (Wilcoxon test). R = Robust; F = Frail; D = Dependent. ¹⁾To measure association we have selected the $\hat{\eta}$ coefficient (correlation between a nominal variable and a continuous variable) associated with an analysis of variance. Unilateral associations only are considered here (positive effect of social comparison on well-being). These measurements have been calculated at the point in time T+1. The coefficients thus obtained are almost identical to Pearson's correlation coefficients.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

In order to evaluate if there is a change in well-being associated to the different segments of health trajectories, we have computed Wilcoxon nonparametric statistics. Two of the six segments are linked to a significant change in both affective and cognitive well-being. The latter increases when health improves (F-R) and decreases with the onset of dependence (F-D). That health does affect well-being is thus confirmed. However, neither the onset of frailty (R-F), nor an increase in frailty (F-F), nor chronic dependence (D-D) are linked to any negative change in well-being. What explanation exists for the stability of well-being in those three segments? The observation of the correlations between social comparison and well-being can enlighten us on this question. They are significant - on both the affective and cognitive dimensions – on the three trajectory segments R-F, F-F and D-D, but only partially significant, or not significant at all, on the three others. We can therefore put forward the hypothesis that when the correlations are significant in both dimensions of well-being, downward social comparison moderates the effects of the decline in health on well-being. The stability of the well-being over the range of those three segments bears witness to this. When the correlations are partially or not significant,

it is probable that downward social comparison is partially or totally "inactivated" or ineffective as an adjustment mechanism. We observe indeed changes in well-being on two of the three segments namely F-R and F-D. This could indicate that an absence of regulation by social comparison is associated with possible variations of well-being. To verify this hypothesis we have conducted some complementary analyses (analyses of variance of social comparison and well-being).

Table 4: Analyses of variance of social comparison, affective well-being and perception of health according to the six segments of health trajectories

Trajectories		ANOVA ¹⁾		ANOVA ¹⁾		ANOVA ¹⁾	
		Social comparison		Affective well-being		Perception of health	
		M	SD	M	SD	M	SD
R-R	n = 219	0.49 (a) ²⁾	0.57	0.26 (a) ²⁾	0.52	0.45 (a) ²⁾	0.53
F-R	n = 69	0.42 (a)	0.64	0.19 (a, b)	0.54	0.25 (a, b)	0.53
R-F	n = 90	0.43 (a)	0.63	0.11 (a, b)	0.58	0.19 (b)	0.58
F-F	n = 231	0.07 (b)	0.90	-0.00 (b)	0.55	-0.07 (c)	0.68
F-D	n = 38	-0.87 (c)	1.14	-0.68 (c)	0.82	-0.69 (d)	0.85
D-D	n = 51	-0.55 (d)	1.17	-0.49 (d)	0.83	-0.44 (e)	0.78

Notes. Reference population group: self-respondents (1025 observations). R = Robust; F = Frail; D = Dependent.

¹⁾ Univariate analysis of variance at point in time T + 1: social comparison ($F[5,635] = 29.32$ at $p < .001$); affective well-being ($F[5,688] = 26.88$ at $p < .001$); perception of health ($F[5,691] = 37.70$ at $p < .001$).

²⁾ Duncan's test (post hoc) at $p < .05$. Different letters indicate that the means differ significantly from one segment of the trajectory to another.

The analysis of variance of social comparison reveals that, on average, the octogenarians who remain robust (R-R), fully recover their health (F-R) or become frail (R-F) consider in majority that they are in better health than other people. This is not surprising in the first two situations (R-R) and (F-R), since their objective health is excellent. Since self-esteem is not *a priori* threatened by a decline in health, there is no reason to resort to the compensatory intervention of downward social comparison. However, it is already operating on the cognitive dimension of very old persons who are still robust (significant correlation between social comparison and perception of health). Admittedly, the decline in health does not directly threaten the image they have of themselves, since they are in good health; but one might assume that the fear of their own decline might be at the origin of the activation of this mechanism at the cognitive level. This being said, its regulatory effect on this

segment is not only partial but also relatively weak. Consequently health – good health, moreover – seems to play an essential role here; it acts on both dimensions of well-being, contributing to the stabilization of well-being between two successive interviews. The influence of health on well-being seems to be equally important for the F-R segment. The recovery of robustness has a positive effect on both dimensions of well-being, particularly as an improvement in health is unlikely at that age. Therefore very old people who recover their health might feel privileged by being in a situation which is rare in old age and therefore may not need to resort to downward social comparison as an adjustment mechanism to improve their self-image. This appears to be in line with the absence of correlation between well-being and social comparison. Thus, their well-being, stimulated by the improvement in their health, improves to such an extent that on average they achieve scores very close to those of very old people remaining in robust health (R-R).

On average, persons becoming frail (R-F) consider their health to be better than that of their peers, although objectively it is becoming precarious. In fact, their assessments are so positive as to be similar to those of octogenarians whose state of health is actually good (see *post hoc* contrasts in table 4). These assessments may be considered illusory (Taylor and Brown, 1988), since they depict reality in an exaggeratedly positive manner. Here downward social comparison is clearly being exercised, as is illustrated by the significant correlation between social comparison and the two dimensions of well-being. Moreover, it is clearly effective in its regulatory function; this is demonstrated by the stability of well-being and its mean level, which is equivalent to that of those who recover their robustness (F-R), and even, as regards the affective dimension, that of very old people remaining in robust health (R-R).

When frailty increases (F-F) the mean social comparison score declines without, however, falling sharply. In these cases very old people, on average, consider their state of health equivalent to that of their peers, even though their health is declining, as if they were aware that that state is "normal" for their age. The chronically frail persons are certainly aware of their state of health since, on average, their perception of their health is significantly worse than those in the previous trajectories. But as they consider that their frailty is "normal" for their age they minimize it and thus moderate its negative effects on affective well-being, which remains, on average, close to that of those who are becoming frail (R-F) or who are recovering their robustness (F-R). In such cases downward social comparison again proves its effectiveness – as is shown by the significant association between well-being and social comparison, and the resulting stability of well-being for the F-F segment.

On entry into a state of dependence (F-D) the mean assessment of health by social comparison falls sharply, and may even show a lower score than that obtained by persons who are chronically dependent (D-D). The loss of autonomy highlights the limitations of the compensatory function of downward social comparison. The

significant fall in well-being reveals that very old people do not succeed, by resorting to, *inter alia*, downward social comparison, in adjusting to their entry into a state of dependence. Moreover, they have the lowest levels of well-being, both affective and cognitive. In such cases this mechanism is ineffective; this is illustrated by the absence of correlation between the two dimensions of well-being and social comparison, and the decline in well-being across this specific health transition. However, when dependence persists (D-D), downward social comparison again becomes operative (a significant correlation between the two dimensions of well-being and social comparison), since it helps to stabilize well-being at a mean level significantly higher than that of persons who have just lost their autonomy.

6 Well-being, frailty and downward social comparison: the effectiveness of an adjustment mechanism

The well-being of our population group remains stable over the five-year period notwithstanding an obvious decline in health. The paradox of stability of well-being (Kunzmann et al., 2000), observed in numerous studies (Idler, 1993; Leinonen et al., 1998, 2001; Rodin and McAvay, 1992; Rothermund and Brandtstädtter, 2003, Fiske et al., 2003), is corroborated by our own data, well-being being marked by the absence of any change, on average, between the first and the fifth wave while health declines in the same time. As health and well-being evolve differently in very old age, it may be wondered if they are in fact associated at that time of life. The state of health and well-being, measured at a given point in time, are closely associated; frail persons have higher well-being scores than dependent persons, they have lower scores than robust persons. These findings parallel those of numerous studies showing the association between health and well-being in old age (for a synthesis see Hilleras, 1998; Pinquart, 2001). The strength of this relationship on the synchronic or cross-sectional level having been shown, how is one to explain their different evolutions on the diachronic or longitudinal level? Downward social comparison, which has been identified in our study as a determining factor¹³ in well-being – we have shown in our analyses that the better one's health is assessed compared to peers, the higher the level of well-being, irrespective of the objective state of health – may enlighten us on this question. Downward social comparison, as an adjustment mechanism, would appear to enable very old people – by embellishing their state of health – to maintain a positive image of themselves, which would help to maintain their well-being notwithstanding the decline in their health

13 In addition to health and social comparison, gender appears in our analyses as a determining factor in well-being, but only on the affective dimension: men manifest greater affective well-being than women. This finding confirms the greater propensity of women to display depressive symptoms and actual depression, as stressed in a number of studies (George, 1992; Pinquart and Sörensen, 2001; Smith and Baltes, 1998).

and thus to facilitate their adjustment to the frailty process (Frieswijk et al., 2004; Brandtstädtter and Greve, 1994; Heckhausen and Schulz, 1995; Taylor, 1983; Taylor and Brown, 1988; Taylor and Lobel, 1989). The compensatory effect of downward social comparison explains the stability of the mean evolution in well-being between 1994 and 1999.

But to what extent is this mechanism functional? The analysis of individual health trajectories reveals the emergence and significance of this mechanism – and also its limitations. It shows that downward social comparison is already in operation among octogenarians who remain robust (R-R). Although self-esteem is not directly threatened by a decline in health, the anxiety to which it gives rise among the very old, even when robust, might explain the activation of this mechanism at the cognitive dimension of well-being. This being said, the good health of those who remain robust also contributes to the maintenance of a good level of their well-being. Similarly, the improvement in the health of those who recover their robustness (F-R) has a direct positive impact on their well-being, which increases significantly to a level almost equivalent to that of persons who remain robust (R-R). Since they feel privileged on account of the improvement in their health – a rare occurrence at that age – they have no need to boost their self-esteem by such mechanisms as downward social comparison.

It is from their entry into frailty (R-F) that the very old resort fully to downward social comparison as an adjustment mechanism. They tend to evaluate their health in relation to that of their peers as positively as do persons in good or improving health. This socio-cognitive mechanism proves perfectly functional – as the stability of well-being on a time range varying from 12 to 18 months shows – since it helps the oldest old to adjust to their frailty, even when it is increasing (F-F). By comparing themselves positively with others they judge their frailty as normal for their age and thus, as certain authors have suggested (Brandtstädtter and Greve, 1994), they tend to minimize their own health impairments, even if those are serious. Contemplation – even illusory – of their frailty in this way helps them, by enabling them to maintain a positive self-image, to tame it and adjust to it and thus to maintain a positive feeling of well-being, particularly on the affective dimension. However downward social comparison becomes momentarily ineffective when frailty culminates in dependence. This mechanism cannot soften the harmful effects of entry into dependence, which strikes directly the octogenarians self-esteem. Evidence of this is to be found in the mean well-being score, which is the lowest for the six segments of health trajectories studied. These findings confirm that well-being declines sharply when a certain threshold of deterioration of health is faced (Frieswijk et al., 2004; Heckhausen and Schulz, 1995; Leinonen, et al., 2001; Pinquart, 2001; Rodin and McAvay, 1992; Rothermund and Brandtstädtter, 2003). But then, downward social comparison recovers its effectiveness when dependence becomes chronic. Although this mechanism does not enable dependent persons to

attain a level of well-being equal to that of frail or robust persons, it contributes to facilitating their adjustment to dependence and thus to stabilizing their well-being at a higher mean level than that obtained by individuals who have just lost their autonomy. This stabilization of well-being, even at lower levels, is an original result of this research which should be studied further. Some authors, for example, show indeed that levels and stabilization of well-being should be considered together in order to better understand how individuals cope with various types of stress (Kernis and Goldman, 2003; Greenier, Kernis, McNamara, Waschull, Berry, Herlocker and Abend, 1999). Moreover research is needed on the relevance of downward social comparison as a coping mechanism following disturbing life events (e.g. death of a partner) which affect temporarily or more durably well-being (Lalive d'Epinay, Cavalli and Spini, 2003). In conclusion, it may be recalled that very few longitudinal studies have examined downward social comparison as an adjustment mechanism among frail octogenarians. And yet, as this study clearly reveals, this mechanism is particularly functional as a means of coping with the frailty process characteristic of old age.

7 References

- Baltes Paul B. and Margret M. Baltes (1990), Psychological perspectives on successful aging: a model of selective optimization with compensation, in: Paul B. Baltes and Margret M. Baltes, Ed., *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, New York, Cambridge University Press, 1–34.
- Brandtstädtter, Jochen and Werner Greve (1994), The aging self: stabilizing and protective processes, *Developmental Review*, 14, 52–80.
- Carstensen, Laura L. (1991), Selectivity theory: social activity in life-span context, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195–217.
- Diener, Ed and Eunkook M. Suh (1997), Subjective well-being and age: an international analysis, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304–324.
- Diener, Ed; Eunkook M. Suh, Richard E. Lucas and Heidi L. Smith (1999), Subjective well-being: three decades of progress, *Psychological Bulletin*, 125, 2, 276–302.
- Fiske, Amy; Margaret Gatz and Nancy L. Pedersen (2003), Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, 6, P320–P328.
- Frieswijk, Nynke; Bram P. Buunk, Nardi Steverink and Joris P. J. Slaets (2004), The interpretation of social comparison and its relation to life satisfaction among elderly people: does frailty make a difference? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, 5, 250–257.
- George, Linda K. (1992), Social factors and the onset and outcomes of depression, in: Dan G. Blazer, James S. House and K. Warner Schaie, Ed., *Aging, Health Behaviors and Health Outcomes*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 137–159.
- Ghisletta, Paolo; Myriam Girardin and Edith Guille (2003), Définition théorique et interdisciplinaire de la fragilité, *Médecine & Hygiène*, 61, 2459, 2253–2254.
- Greenier, Keegan D.; Michael H. Kernis, Connie W. McNamara, Stefanie B. Waschull, Andrea J. Berry, Caryn E. Herlocker and Teresa A. Abend (1999), Individual differences in reactivity to daily events: examining the roles of stability and level of self-esteem, *Journal of Personality*, 67, 1, 185–208.

- Guillet, Luc; Grégoire Métral and Dario Spini (2003), Swilso-o: une étude longitudinale sur le grand âge, *Médecine & Hygiène*, 61, 2459, 2247–2250.
- Guilley, Edith; Franca Armi, Paolo Ghisletta, Christian Lalive d'Epinay and Jean-Pierre Michel (2003), Vers une définition opérationnelle de la fragilité, *Médecine & Hygiène*, 61, 2459, 2256–2261.
- Guilley, Edith; Paolo Ghisletta, Franca Armi, André Berchtold, Christian Lalive d'Epinay, Jean-Pierre Michel and Anik de Ribaupierre (submitted), Dynamics of frailty and ADL-dependence in a five-year longitudinal study of octogenarians, *Research on aging*.
- Haynie, Dee A.; Stig Berg, Boo Johansson, Margaret Gatz, and Steven H. Zarit (2001), Symptoms of depression in the oldest old: a longitudinal study, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B, 2, 111–118.
- Heckhausen, Jutta and Richard Schulz (1995), A life-span theory of control, *Psychology Review*, 102, 284–304.
- Hilleras, Pernilla (1998), *Well-being Among the Very Old: A Survey on a Sample Aged 90 Years and Above*, Stockholm: Karolinska Institute and Stockholm Gerontology Research Center.
- Hoeymans, Nancy; Edith J. M. Feskens, Daan Kromhout and Geertrudis A. M. van den Bos (1999), The contributions of chronic conditions and disabilities to poor self-rated health in elderly men, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54A, 10, 501–506.
- Holahan, Carole K; Charles J. Holahan and Nancy L. Wonacott (2001), Psychological well-being at age 80: health-related and psychological factors, *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 4, 395–411.
- Idler, Ellen L. (1993), Age differences in self-assessments of health: age change, cohort differences, or survivorship? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 6, 289–300.
- Katz, Sidney; Thomas D. Downs, Helen R. Cash and Robert C. Grotz (1970), Progress in development of the index of ADL, *The Gerontologist*, 10, 1, 20–30.
- Kernis, Michael H. and Brian M. Goldman (2003), Stability and variability in self-concept and self-esteem, in: Mark R. Leary and June Price Tangney, Ed., *Handbook of Self and Identity*, New York, Guilford Press, 106–127.
- Kirby, Sarah E.; Peter G. Coleman and Dave Daley (2004), Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, 3, 123–129.
- Kunzmann, Ute; Todd D. Little, and Jacqui Smith (2000), Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study, *Psychology and Aging*, 15, 3, 511–526.
- Lalive d'Epinay, Christian J.; Sefano Cavalli and Dario Spini (2003), The death of a loved one: impact on health and relationships in very old age, *Omega*, 47, 3, 265–284.
- Leinonen, Raija; Eino Heikkinen and Marja Jylhä (1998), Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women – a five-year longitudinal study, *Social Science and Medicine*, 46, 4–5, 591–597.
- Leinonen, Raija; Eino Heikkinen and Marja Jylhä (2001), Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a five-year longitudinal study, *Social Science and Medicine*, 52, 1329–1341.
- Lindenberger, Ulman; Tania Singer and Paul B. Baltes (2002), Longitudinal selectivity in aging populations: separating mortality-associated versus experimental components in the Berlin Aging Study (BASE), *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 6, 474–482.
- Mirowsky, John and Catherine E. Ross (1992), Age and depression, *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 187–205.
- Pinquart, Martin (2001), Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis, *Psychology and Aging*, 16, 3, 414–426.
- Pinquart, Martin and Silvia Sörensen (2001), Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B, 4, 195–213.

- Radloff, Lenore S. (1977), The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 1, 3, 385–401.
- Raudenbush, Stephen W.; Anthony S. Bryk and Richard T. Congdon (2004), *HLM (Version 6)* [Computer software], Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Rodin, Judith and Gail McAvay (1992), Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47, 6, 373–384.
- Rothermund, Klaus and Jochen Brandstädter (2003), Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants, *Psychology and Aging*, 18, 1, 80–90.
- Siegel, Sidney and N. John Castellan, Jr (1988), *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*, New York: McGraw-Hill International editions.
- Smith, Jacqui and Margaret M. Baltes (1998), The role of gender in very old age: profiles of functioning and everyday life patterns, *Psychology and Aging*, 13, 4, 676–695.
- Spini, Dario; Alain Clémence and Paolo Ghisletta (in press), How are temporal and social comparisons related to appraisals of self-rated health during old old age? *Swiss Journal of Psychology*, 66, 2.
- Suls, Jerry; Christine A. Marco and Sheldon Tobin (1991), The role of temporal comparison, social comparison, and direct appraisal in the elderly's self-evaluations of health, *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1125–1144.
- Taylor, Shelley E. (1983), Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation, *American Psychologist*, 38, 11, 1161–1173.
- Taylor, Shelley E. and Jonathon D. Brown (1988), Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health, *Psychological Bulletin*, 103, 2, 193–210.
- Taylor, Shelley E. and Marci Lobel (1989), Social comparison activity under threat: downward evaluation and upward contacts, *Psychological Review*, 96, 4, 569–575.
- Tornstam, Lars (1975), Health and self-perception. A systems theoretical approach, *The Gerontologist*, 15, 3, 264–270.
- Turner, R. Jay and Samuel Noh (1988), Physical disability and depression: a longitudinal analysis, *Journal of Health and Social Behavior*, 29, March, 23–37.
- Wang, Richard I.; Sharon Treul and Luca Alverno (1975), A brief self-assessing depression scale, *Journal of Clinical Pharmacology*, 15, 2, 163–167.

Statuts de santé et mondes de vie quotidienne des vieillards

Christian Lalive d'Epinay et Edith Guille*

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 Guille, Centre Interfacultaire de Gérontologie (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; Zaccäi-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 (Guille 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 précédent 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 neuro-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 Guille, 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 qui 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 quotidienne.

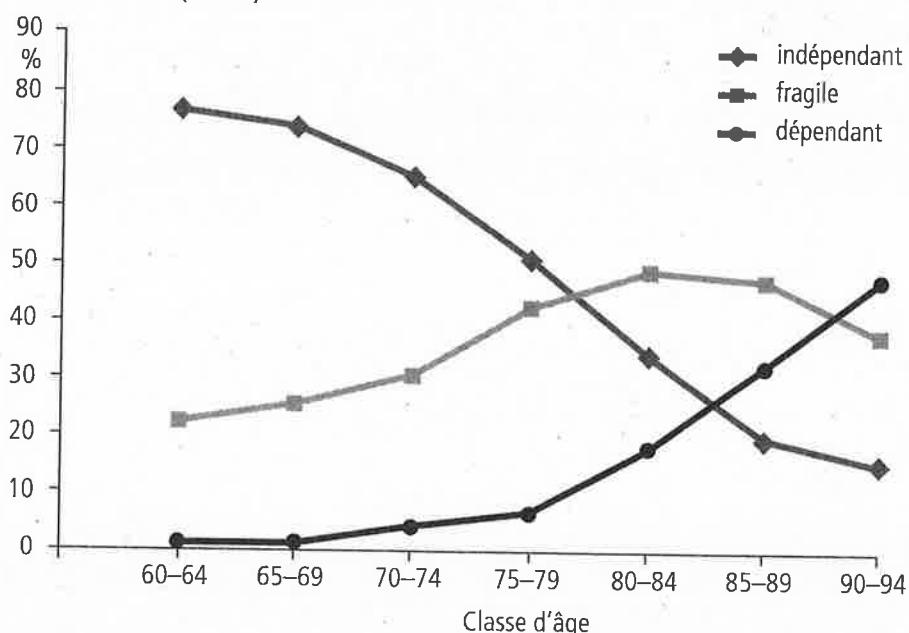
dienne. Comme on peut l'imaginer quand on considère les cinq dimensions retenues, ce statut regroupe des personnes présentant des atteintes de nature et d'intensité très différentes. Leur dénominateur commun est la non-dépendance malgré une santé fragilisée.

- 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 (relativement) 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'œuvre 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 multivariés (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 ?

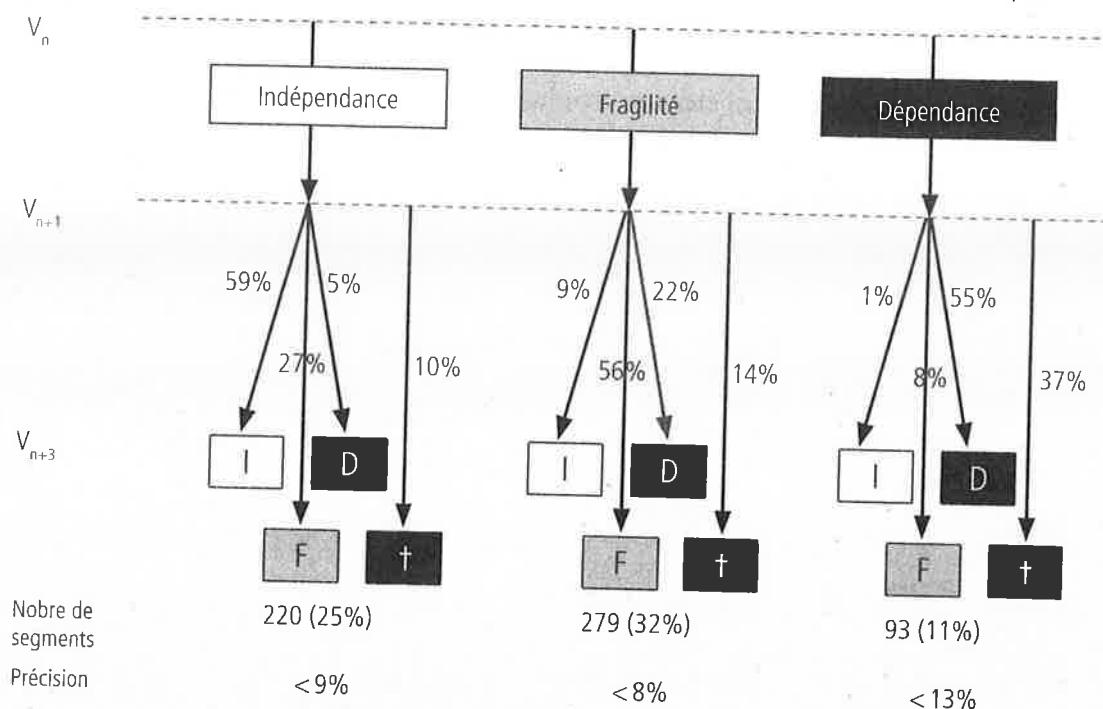
Dans le graphique 2, nous avons retenu les personnes installées dans un des trois statuts de santé de manière relativement stable, c'est-à-dire pendant la durée séparant deux vagues successives d'entretiens (entre V_n et V_{n+1} , soit selon les cas 12 ou 18 mois). Ces situations de stabilité dans un 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

fragilés 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≤.05; ** : p≤.01; *** p≤.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) * : $p \leq .05$; ** : $p \leq .01$; *** : $p \leq .001$

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 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'encouble [si je trébuche, réd.] ; on dit qu'à mon âge, on s'encouble dans un crachat. »

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 fais 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. »

Ecoutons 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 soeurs 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, dira-t-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. Ca 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'accentue, 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 Guille (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, Gérald (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.
- Guille, 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.
- Hameran, 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.

Altern und Alterung: Sozialdemografische Folgen betrieblicher Strategien¹

Johann Behrens*

Vorbemerkung zum Age-Paradox und zur Zukunft der Age-Variable im Rechtsstaat

Die namensgebende Variable des internationalen Soziologiekongresses in Neuchâtel 2005 «AGE 05» war «AGE». AGE bezeichnet den Abstand in Jahren von der Geburt. AGE erklärt allerdings, wie in diesem Beitrag zu begründen ist, keinesfalls mehr, eher noch weniger als SEX.

Die Variable SEX wurde nicht nur im angelsächsischen Sprachraum ergänzt, häufig ersetzt durch GENDER. Die Beziehung zwischen SEX und GENDER wird alltäglich thematisiert. Den Kongressveranstaltern fehlte offensichtlich ein entsprechender Ersatz für AGE. Im folgenden Beitrag benutze ich «Alterung» für die biologischen Alterungsprozesse, «Altern» für das soziale Altern, «Alter» für das kalendarische Alter, damit wechselseitige Einflüsse sprachlich unterscheidbar und empirisch analysierbar werden.

Bei der Geburt erklärt biologische Alterung noch viel, im Lebensverlauf wächst dann die Bedeutung des sozialen Alterns rapide. AGE (kalendarisches Alter) erklärt noch am meisten in den ersten Wochen und Jahren nach der Geburt, weil es danach nie wieder so eindeutig mit Alterung korreliert. (Diese Korrelation ist auf der letzten Seite der in verschiedenen Formen millionenfach verbreiteten «Mutterpässe» abgedruckt.) Später im Leben werden die sozialen und individuellen Unterschiede zu gross. Der Zusammenhang von Altern und Alterung nimmt ab, der Einfluss des (sozialen) Alterns auf die Alterung hingegen immer mehr zu.

Trotz dieser Unzulänglichkeit und der immer geringeren Aussagekraft für die Alterung wird AGE paradoxeise – meiner Prognose nach – zur Begründung von Exklusionen und Inklusionen zukünftig noch an Bedeutung gewinnen. Warum dieses AGE-Paradox? Vormodernes Überbleibsel? Nein, Grund dafür ist gerade die moderne Verrechtlichung. Denn rechtsstaatlich prüfbare Inklusionen und Exklusionen sind

* Johann Behrens, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg, Sonderforschungsbereich der Deutschen Forschungsgemeinschaft 580, Magdeburgerstrasse 27, D-06099 Halle (Saale), E-Mail: johann.behrens@medizin.uni-halle.de.

1 Den Alten/Alpen-Freunden Barbara und Rainer, Sigyn und Hartmut Müller, Gaby und Lorenz Böllinger, Christa, Anna und Sebastian Sturmels zum Geburtstag.

auf Anknüpfungsmerkmale angewiesen, die durch Dritte leicht erkennbar sind. Viele recht leicht erkennbare Merkmale wie Hautfarbe, Geschlecht, eheliche und standesgemäße Geburt, Steuerklasse, Einkommen sowie viele andere sind (erst) im vergangenen Jahrhundert als diskriminierend erkannt worden und daher als legitime Anknüpfungsmerkmale für weitreichende Exklusionen und Inklusionen nicht mehr heranziehbar. Übrig geblieben ist das kalendarische Alter (vgl. Behrens/Rabe-Kleberg 1993). Deswegen meine Prognose des AGE-Paradoxons: Je weniger das Alter die Alterung prognostizieren kann, umso mehr gewinnt Alter als rechtstaatliches Exklusionskriterium an Bedeutung.

1 Einleitung: Für eine soziale Demografie, zur Methode der Untersuchung

«Soziale Demografie» – ist das nicht – wie ein weisser Schimmel – doppelt gemoppt? Kann denn Demografie, die Volksbeschreibung, anders sein als sozial? Diese Frage stellte sich bereits bei den Komposita Sozialmedizin, Sozialepidemiologie, Sozialökonomie. Solche Komposita entstanden immer dann, wenn das jeweilige Fach – Medizin, Epidemiologie oder Ökonomie – seinen soziologischen Charakter zu verdecken schien. Das ist auch bei der Demografie der Fall. Begriffe wie «Überalterung der Gesellschaft» und «demografischer Faktor» naturalisieren eine Relation, deren Variabilität und Plastizität soziologisch erklärbare ist. Denn der «demografische Faktor» und die «Überalterung der Gesellschaft» reproduzieren sich nur über die Handlungen von Akteuren.

1.1 Ansatz und Methode

Seit Ende der Achtzigerjahre wurde und wird in den Sonderforschungsbereichen 186 (Bremen) und 580 (Halle/Jena) der Deutschen Forschungsgemeinschaft, im Bremer Zentrum für Sozialpolitik (ZES) und im «Interdisziplinärem Zentrum für Altern Halle: Biologie-Medizin-Gesellschaft (IZAH)» (vgl. Behrens 1987, 1990, 2004) das Programm einer handlungstheoretisch aufgeklärten Demografie verfolgt. Demografie wirkt, so meine These, nicht direkt, sondern vermittelt über soziale Akteure. Die in diesem Beitrag untersuchten Akteure sind Betriebe, und zwar sowohl öffentliche als auch privatwirtschaftliche. Diese Akteure, das ist die zweite These, reagieren nicht nur auf demografische Prozesse. Ihre «Bewältigungsstrategien demografischer Veränderungen» verschärfen in erheblichem Masse die Probleme, die sie bewältigen sollen. In der Medizin kennen wir viele solche problemverschärfenden Copingstrategien. Die berühmteste ist vielleicht das Rauchen zur Stressbewältigung. Betriebliche Strategien bewältigen nicht nur demografische Herausforderungen, sie haben selber sozialdemografische Folgen. Angesichts der Langfristigkeit demografischer Trends ist diese zweite These sicherlich erklärungsbedürftig. Ist es überhaupt vorstellbar,

dass betriebliche Strategien demografische Trends beeinflussen? Dafür zwei Belege, die auch zur Begriffskritik veranlassen:

a) Reproduktion und Fertilität: Die Position der Sozialdemografie der Achtzigerjahre fand völlig unerwartet eine unverhoffte, unerwünschte Bestätigung nach der Wiedervereinigung in Deutschland 1990. Die Reproduktionsziffer in den neuen, ostdeutschen Bundesländern sank plötzlich. Das zeigte, dass weder langfristige demografische Trends, noch die ausserhäusliche Frauenerwerbstätigkeit (sie war vorher höher), noch die Unabhängigkeit der Rentenhöhe von der Kinderzahl (das war vorher genauso), noch medizintechnische Innovationen wie die Pille (auch die Pille war nicht erst nach 1989 in den neuen Bundesländern verfügbar, das alte Wort «Pillenknick» suggeriert vielleicht zu unrecht, dass die Pille für den Geburtenrückgang entscheidend war) mit diesem Rückgang der Kinderzahlen zu tun hatte, sondern entscheidend die relativ sicher absehbare Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung wirkte, die unsicherer geworden war. Als eine mit der Kinderbetreuung vereinbare Erwerbstätigkeit weniger absehbar wurde, wurde die Realisierung von Kinderwünschen aufgeschoben (vgl. zu Ostdeutschland Niephaus 2003, für ähnliche Ergebnisse in fast allen Transformationsländer die von Kotowska 2002 herausgegebenen Übersichten).

b) «Überalterung»: Im Wort «Über» steckt ein bewertender Vergleich: Gemessen woran ist die Alterung «über» oder zu viel? Massstab für «Über»-Alterung ist entweder ein pyramidenförmiger Altersaufbau der Bevölkerung oder das Verhältnis von Rentnern zu Personen im Erwerbsalter. Dass das gesetzliche Rentenalter wenig mit der Alterung zu tun hat, ist offensichtlich. Es hat nichts mit biologischer Alterung zu tun, wenn die Lebenserwartung steigt und gleichzeitig das durchschnittliche Pensionierungsalter sinkt. Diese Phänomene gehen vielmehr auf die diesem Artikel zugrunde liegenden betrieblichen Strategien zurück. Und was ist an der Pyramidenform natürlich oder wünschbar, so dass das «Über» im Wort Überalterung gerechtfertigt wäre? Jeder kann sich leicht ausrechnen, wie viele Kinder und Jugendliche in den ersten Jahren, wie viele seiner Kollegen, Freunde und Angehörigen im mittleren Alter sterben müssten, damit die Altersverteilung die Form einer Pyramide annähme. Wenn die Altersverteilung langfristig (nach 2030) die Form eines geraden Wasserglases annimmt, lässt sich das keinesfalls als «Über»-Alterung bezeichnen. Nach wohl allen einschlägigen schriftlichen Zeugnissen der Menschheit entspricht diese Form vielmehr den erwünschten Lebensverläufen von Menschen, die sich als sterblich erkannt haben.

Im folgenden Artikel fasste ich die Ergebnisse von 23 Betriebsfallstudien in Deutschland der Jahre 1996 bis 2006 für den Zusammenhang von Geburten und betrieblicher Organisation der Erwerbsarbeit und für den Zusammenhang zwischen Altern, Alterung und betrieblichen Strategien zusammen. Im Abschnitt 4 wird ein Fazit gezogen – auch im Hinblick auf die öffentlichen Strategien zur Chancengleich-

heit. «Altern» wird untersucht als ein Interaktionseffekt folgender betriebsexterner und betriebsinterner Einflüsse:

- a) betriebsexterne Einflüsse:
 - wohlfahrtsstaatliche Angebote der Rentenversicherung
 - öffentliche Bildung
 - demografisch mitbedingte Knappheiten auf dem Arbeitsmarkt
- b) betriebsinterne Einflüsse:
 - Marketingkompetenz
 - Planungshorizont
 - betriebliche Sozialverfassung

Die Frage, warum viele schon mit 45 als zu alt für ihre Erwerbstätigkeit angesehen werden, andere noch mit 75 als innovativ, belastbar, hochbezahlbar gelten, lässt sich, das ist im Folgenden zusammenzufassen, wohl nicht mit biologisch fassbarer Alterung beantworten, sondern mit der Kombination ganz weniger soziologischer Konzepte erstaunlich weitgehend begreifen, nämlich der Soziologie der sozialen Ungleichheit, der sozialen Sicherung und des Lebenslaufs. Auf 15 Seiten kann das allerdings nur für wenige dieser komplexen Beziehungen und holzschnittartig geschehen. Dabei soll die Bedeutung der Arbeitsorganisation den Fokus bilden und die nicht trivialen Zusammenhänge zwischen der Organisation der Erwerbsarbeit und der sozialen Sicherung (insbesondere der Alterssicherung und der Arbeitslosigkeitsversicherung) auf die Frühberentung, die Kinderzahl und die Kinderlosigkeit über den Vergleich von Betrieben und von europäischen Ländern sichten helfen. Grundlage dieser Argumentation sind eine Kombination der Resultate von Betriebsfallstudien und die Auswertung prozessproduzierter Daten (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Makrosoziale Verläufe und Verteilungen als Resultate interdependenten mikrosozialer Entscheidungen

	Innerbetriebliche Statuspassage	Betriebsübergreifende Statuspassage
Makrosoziale Verläufe / Verteilungen	Betriebliche Statistiken	Sozioökonomisches Panel Verlaufsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung Nationaler Gesundheitssurvey
Mikrosoziale betriebliche und biographische Entscheidungen / «Regelungen»	Betriebsfallstudien Biographische Interviews Experteninterviews	Biographische Interviews Experteninterviews

Die methodische Anlage der Untersuchung folgte ihrer Fragestellung: Die Fachvorgesetzten der 23 Betriebe aus 8 Branchen (aufgelistet in Abbildung 2) wurden als

Akteure angesprochen, die makrosoziale, demografische Entwicklungen bewältigen und sie dadurch mit schaffen. Daher wurden in den Interviews die betrieblichen Experten (Vorgesetzte und Personalvertretung) jeweils mit den prozessproduzierten Daten konfrontiert, auf die sie sich in ihren Antworten bezogen, um nicht auf dem Niveau von Presse- und Absichtserklärungen zu bleiben. So wurden sie gefragt, bei welchen Arbeitsplätzen in ihrem Verantwortungsbereich eine Tätigkeit bis ins gesetzliche Rentenalter für über 50% der jetzt auf ihnen Beschäftigten sehr unwahrscheinlich sei und warum (aufgelistet in der Spalte «Grenzen der Tätigkeitsdauer, Grenzen der Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen» in Abbildung 2). Weiter wurden sie gebeten darzutun, wie sie das «Problem» der «begrenzten Tätigkeitsdauer» der in ihren Augen «überalterten» Belegschaft bewältigen. Wie die Spalte 3 in der Abbildung 2 zeigt, lassen sich die Antworten in drei Gruppen aufteilen: in «Externalisierungen aus den Betrieb» (Frühberentung, Outsourcing, Personalabbau), in «Arbeitsplatzgestaltung» und in «Gestaltung von Wechselmöglichkeiten in andere Tätigkeiten mit weniger begrenzter Tätigkeitsdauer» (vgl. zu dieser – für dieses Projekt neu fortentwickelte – Methodik Behrens 1984, 1990 und insbesondere 1999, 73–81; die Methode wurde ähnlich übernommen unter anderem von Sackmann 2003). Die Auswahl der Betriebsfälle folgte und folgt der Logik des kontrastierenden Samplings, wie es in der Grounded Theory diskutiert wurde (vgl. Strauss/Corbin 1990; Behrens 1999, 78–80). Bei der Auswahl der kontrastierenden Betriebsfälle war ursprünglich die Erwartung leitend, dass die Dauer von Tätigkeiten in Bereichen körperlicher Schwerarbeit (Montage, Ladearbeit) eher begrenzt wären als im Bereich der Dienstleistungen (z. B. im Bankwesen oder in Schulen), in dem Tätigkeiten auch noch im höheren Alter ausübbaren schienen. (Diese Annahme wurde durch die Untersuchung falsifiziert: Auch in den Dienstleistungsbereichen erwiesen sich die meisten Tätigkeiten als begrenzt.) Die einbezogenen Branchen sind in der Abbildung 2 aufgeführt.

2 Soziale Ungleichheit betrieblicher Arbeitsorganisation und ihre Folgen fürs Altern

2.1 Zu Risiken und Nebenwirkungen des Trends zur Frühberentung als Lösung arbeitspolitischer Probleme

2.1.1 Arbeitsmarkthistorische und mentalitätsgeschichtliche Ursprünge

Seit den Siebzigerjahren war die Erwerbsbeteiligung der Männer im Alter von über 55 Jahren in der alten Bundesrepublik Deutschland – ganz im Unterschied zu jener in der DDR – erst schnell, dann etwas langsamer gefallen. Dieser Trend zum früheren Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit war auch bei Frauen zu beobachten, besonders deutlich bei den jüngeren Jahrgängen (OECD

Abbildung 2: Betriebsfallstudien 1996–2006

Branche/Bereich	Grenzen der Tätigkeitsdauer und Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen	Bewältigung
Automobilindustrie		
Montagebereiche	Taktzeiten Gruppenarbeit Schichtsysteme	Frühberentung Boni Reservierung Gruppenarbeit
Transport und Verkehr		
Frachtmuschlag	Heben usw.	Frühberentung
Betriebshof	Hohe Leitern	
Feuerwehr	Lungenleistung	Umsetzung
Personalabteilung	Flexibilität	Frühberentung
Zulieferer Automobilindustrie		
Reifenfertigung	Taktzeiten	Frühberentung
Teilefertigung	Gruppenarbeit Schichtsysteme	Boni Reservierung
Alten- und Krankenpflege		
Altenheim	Dauerbelastung	Aufstieg
Rehaklinik	Heben	Kollegiale Unterstützung
Universitätskliniken	Schicht Tarif	Aufstieg Ausgründung (Catering)
Bau und Handwerk		
Maler	Gewichte	BU/EU-Rentenantrag
Innenausbau	Balance Neue Techniken Zeitdruck Keine Hilfestellung	Nischenspezialisierung Aufstieg Nischenmarketing
EDV		
Service	Zeitdruck	Outsourcing
Wartung	Moralischer Verschleiss	Image
Banken		
Anlageberatung (Privatkunden)	Karrieredruck Verhalten (EDV)	Frühberentung Personalabbau
Kreditentscheidung		
Bildungseinrichtungen		
Gymnasien	zu geringe Altersdiversifizität	Frühpensionierung
Ausbildungszentren	dominante Kohorten Mangelnder Generationenaustausch	strategische Überlast

1992, Jacobs & Kohli 1990). Die Sozialversicherungen haben wahrscheinlich ungewollt dazu beigetragen: Insbesondere die Rentenversicherung hat von den drei Strategien, die Betriebe im Umgang mit «begrenzter Tätigkeitsdauer» bei alternden Beschäftigten verfolgen können – nämlich «Arbeitsplatzgestaltung», «Laufbahngestaltung» und «Externalisierung» – vor allem die Externalisierung subventioniert. Sie finanzierte in der Vergangenheit ein historisches Bündnis zwischen den Betrieben, den Belegschaftsvertretern und dem Staat zur kostenträchtigen Bewältigung zweier Problemfelder: zur Bewältigung des Problems gesundheitlicher Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz und zur Bewältigung des Mangels von Erwerbschancen auf dem Arbeitsmarkt. Das historische Bündnis beugte gesundheitlichen Beeinträchtigungen dabei nur begrenzt vor und normalisierte die Erwartungen der Beschäftigten auf einen frühen Austritt aus der Erwerbstätigkeit. Es entstand eine Vorstellung der optimalen Verteilung der Erwerbstätigkeit im Lebensverlauf, die ebenso illusionär wie weit verbreitet ist.

2.1.2 Das illusionäre Modell: Hau rein bis spätestens 55 – und geniesse im frühen und langen Ruhestand ein Reich der Freiheit

Empirisch sind in Deutschland zwei Vorstellungen zu verzeichnen, wie das Erwerbsleben im Leben zu verteilen ist. Die erste lag und liegt, zumindest in den alten Bundesländern, voll im Trend. Dennoch ist sie illusorisch. Es handelt sich um das Modell «Hau rein bis 55 – und finde dann dein Reich der Freiheit im frühen Ruhestand».

Nicht nur die überwiegende Anzahl der von uns untersuchten Handwerks-, Industrie- und Dienstleistungsbetriebe präferieren dieses Modell und suchen staatliche Regelungen nach Nischen ab, in denen es umsetzbar ist. Auch viele Massnahmen der Renten- und Arbeitsmarktpolitik subventionieren es unbeabsichtigt und schaffen als ungewollte Nebenfolge Anreize zur frühen Ausgliederung (Behrens 1990/1999).

Viele von uns befragte Beschäftigte sehen ebenfalls in Überstunden, die mit 30 geleistet werden, die beste Vorbereitung nicht nur auf die gesundheitlichen Gefährdungen jenseits des 55. Lebensjahres, sondern auch auf das «Reich der Freiheit», das mit der Berentung anbrechen soll. Alle Banken, Lebensversicherungen, Bausparkassen unterstützen sie in dieser Ansicht mit grossformatigen Plakaten von aktiven Alten am Meer und im Garten Eden sowie einschlägigen Sparplänen. Strategen in Industriebetrieben, die von Montagearbeit leben wie die Autoindustrie, und in Dienstleistungsbetrieben, die auf junge Mitarbeiter setzen, denken im selben Sparmodell: Wie kann ein Teil des (Über-)Stundenlohns der Dreissig- und Vierzigjährigen für Fonds abgezogen werden, aus denen dann Lohnsubventionen für ältere Leistungsgewandelte, Teilzeit- und Frührentner bezahlt werden können (vgl. Behrens 1983, 1999, Viebrock 1999)?

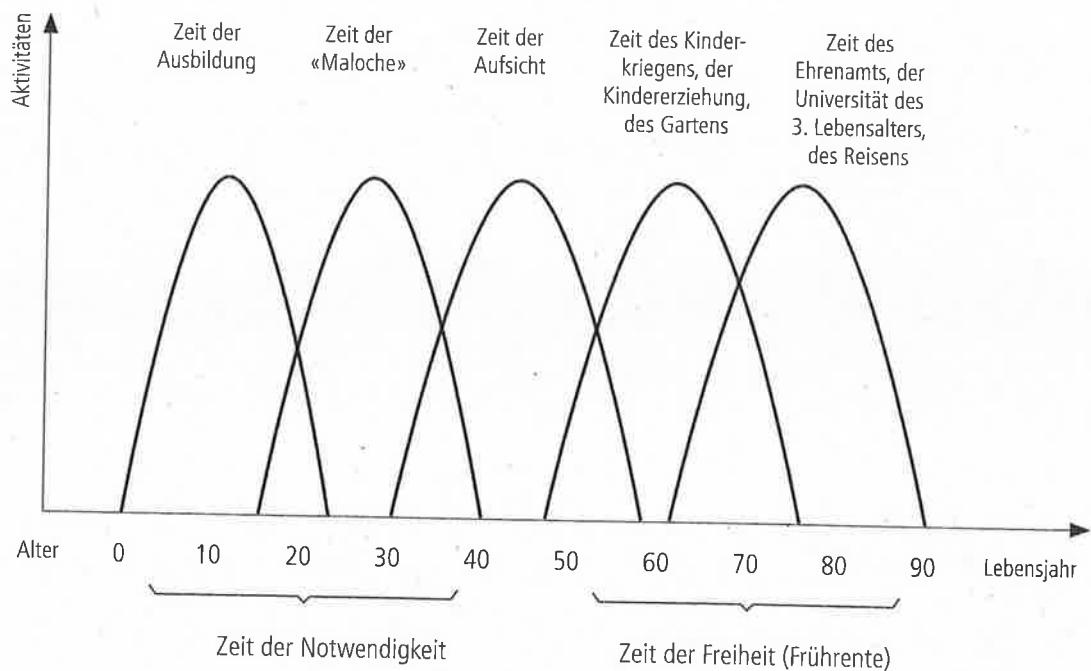
Selten konnte ein einziger Verhaltenstrend so unterschiedliche Erwartungen harmonieren wie dieser: Er scheint gleichzeitig eine Lösung zu sein

- für die Arbeitslosigkeit der nachgewachsenen Generation,
- für die Arbeitslosigkeit der Älteren,
- für die gesundheitliche Vernutzung durch Arbeitsbedingungen,
- für die täglichen Zwänge, kleinen Erniedrigungen und Beleidigungen durch Vorgesetzte, Kollegen und Kunden,
- für die unerfüllte Freiheitssehnsucht,
- für die Anbieter von Sparplänen usw., usf.

Die Unterstellungen des Trendmodells lassen sich leicht hermeneutisch in folgender Lebensverlaufskurve (vgl. Abbildung 3) darstellen, in der alles seine Zeit hat: Es gibt eine Zeit der Ausbildung. Es gibt eine Zeit der zeitlich und körperlich besonders belastenden, überstundenreichen Arbeit unter starkem Termindruck. Es gibt eine Zeit der Oberaufsicht vom sicheren und warmen Büro aus. Es gibt eine Zeit des Kinderkriegens und der Kindererziehung. Es gibt eine Zeit des Ehrenamtes und des bürgerschaftlichen Engagements. Es gibt eine Zeit des Gartens. Es gibt eine Zeit des Reisens. Es gibt eine Zeit der Universität des dritten Lebensalters.

Alle diese Zeiten liegen im Trendmodell, das faktisch von der Mehrheit der Beschäftigten und der Betriebe angestrebt wird, *hintereinander* – auf die Zeiten der Knechtschaft folgen, wie bei Joseph und seinen Brüdern im Ägyptenlande, die Zeiten der Freiheit.

Abbildung 3: Das am häufigsten angestrebte illusionäre Trendmodell des Lebensverlaufs: nach dem frühen Ruhestand das Reich der Freiheit und der Familie



2.2 Was spricht eigentlich gegen das Trendmodell des Lebenslaufes?

So sehr das Modell im wirtschaftlichen Trend liegt und so massenhaft es angestrebt wird, so sehr kommen einem doch Zweifel, ob es wirklich realisierbar ist.

2.2.1 Finanzierbarkeit ist noch denkbar

Die Finanzierbarkeit des frühen Ausstiegs aus der Erwerbstätigkeit ist noch das geringste Problem, obwohl es am meisten diskutiert wird. Sicher, die Rente muss finanziert werden. Das Trendmodell lässt sich nicht mit dem bisherigen Beitragsatz zur Rente und dem bisherigen Erwerbsausmass finanzieren. Aber warum nicht seine Finanzierung trendgerecht vornehmen? Warum nicht durch eine Ausweitung der Erwerbstätigkeit in frühen Jahren die frühere Berentung finanzieren, entweder über die gesetzliche Rentenversicherung oder über Zusatzversicherungen und Vermögensbildung schon in jüngeren Jahren (vgl. Viebrock 1999)? Das läge ganz in der Logik des Modells.

2.2.2 Kindergeburten und Erziehung durch Grosseltern

Hier liegt zweifellos eine Schwierigkeit, die jeder beim ersten Blick auf die Abbildung 3 bemerkt hat: Die Medizin ist weit davon entfernt – falls es überhaupt wünschbar wäre –, die Gebärfähigkeit in das für den Arbeitsmarkt und die Betriebe günstigere Alter von 60 und mehr Jahren verschieben zu können, selbst wenn dies praktische Erfordernisse verlangten. Hier zeigt sich zum erstenmal, was sich im Folgenden noch öfter zeigen wird, dass sich das zeitliche *Hintereinander* der Lebensaufgaben im Trendmodell nicht gut realisieren lässt. Die Zeit der Familiengründung und der Kindererziehung fällt ungünstigerweise mit der Zeit zusammen, die für hundert-fünfzigprozentiges «Reinhauen» im Bereich der Erwerbstätigkeit, für das Leisten von Überstunden und die Vermögensbildung vorgesehen ist.²

2.2.3 Das Trendmodell lässt uns vorzeitig sehr alt aussehen

Was für die Geburtenplanung ganz offensichtlich ist, gilt für die anderen in der Abbildung 3 genannten Lebensaktivitäten weniger offensichtlich, dafür aber eher noch krasser: Auch bei ihnen ist kaum ein *Hintereinander* möglich. Das Trendmodell lässt uns vielmehr, während wir noch auf die Zeit der Freiheit warten, *vorzeitig sehr alt aussehen*.

Es führt dazu, dass für Ältere die Weiterbildung, die Gestaltung horizontaler trainierender Laufbahnen sowie die Einstellung auf herausfordernde und Initiative verlangende Arbeitsplätze unterlassen werden. Je früher die Frühberentung angesetzt ist, umso früher gelten wir als zu alt. Die Fähigkeiten in den mittleren Jahren sind aber eine Folge des Umgangs mit Belastungen in jüngeren Jahren, der Gewohnheit, der Übung, der Herausforderung und des Trainings. Ist es wirklich so erstaunlich, dass nicht alle Berufe gleichmäßig ins Ehrenamt, ins bürgerschaftliche Engagement,

² Zur Möglichkeit der Erziehung durch Grosseltern siehe Behrens 2000, S. 231f.

in die Universität des dritten Lebensalters führen? Das Trendmodell, das die Lebensphasen kompensierend hintereinander setzt, erweist sich trotz des massenhaften Zuspruchs als Illusion. Nicht überall in Deutschland wird übrigens dieser Illusion in gleicher Stärke nachgehängt. In den neuen Bundesländern halten viele, insbesondere Frauen, ganz gegen den Trend an der Vorstellung fest, bis zum gesetzlichen Rentenalter Vollzeit erwerbstätig zu sein und trotzdem Kinder zu haben.

Wegen der Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung, die nur zum Teil demografisch bedingt sind, geriet dieses historische Bündnis unter Druck. Versuche der Trendumkehr von der Frühberentung bis sogar zur Heraufsetzung des gesetzlichen Rentenalters sind zu beobachten. Aber es stellt sich die Frage, ob die Sozial-, insbesondere die Rentenversicherung den gleichen Einfluss bei der Trendumkehr hat, den sie bei der Trendetablierung hatte? Findet sie Anknüpfungspunkte bei den Unternehmen, die sich auf das alte historische Bündnis eingestellt haben? Die Antworten auf diese Fragen hängen von unserer Einschätzung der Prozesse der Arbeits- und der Laufbahngestaltung ab, die nicht nur durch die Strategien der Betriebe und der Beschäftigten, sondern auch von der durch sozialpolitische Akteure vorgenommenen Risiko- – oder richtiger – Kosten-Aufteilung bestimmt werden. Wenn Arbeits- und Laufbahngestaltung nicht die Voraussetzung für die längere Erwerbstätigkeit aller Erwerbstägen legen, sondern nur der höher qualifizierten, bekommt die Heraufsetzung des gesetzlichen Rentenalters einen anderen Sinn. Ihr Sinn wäre dann nur noch, Gründe zur Legitimation von Rentenabschlägen zu schaffen, also die Renten zu kürzen, statt die Erwerbsfähigkeit zu verlängern.

2.3 Länger erwerbstätig durch Arbeits- und Laufbahngestaltung: Personal- und Organisationsentwicklung

2.3.1 Drei betriebliche Strategien gegenüber begrenzter Tätigkeitsdauer und ihre Rückwirkung auf das Altern

Haben wir überhaupt einen Einfluss auf das Altern unserer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Kolleginnen und Kollegen? Ist nicht z. B. die Abnahme der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, der Rückgang der fluiden Intelligenz mit zunehmendem Alter – bedingt durch abnehmende Plastizität und die zunehmende Schädigung des Zentralnervensystems – ein Schicksal, das die Leistungsfähigkeit unabwendbar begrenzt? Nein, aus zwei Gründen: Erstens führt die Arbeit – das heißt, die von ihr ausgehenden Anregungen – zu einem geistigen Training, das mit einer hohen DNA-Aktivität und dadurch mit der andauernden Plastizität der Nervenzellen verbunden ist (vgl. Kruse 2000, 73). Zweitens nehmen mit dem Alter kompensatorische Formen der Intelligenz zu, so dass die Korrelationen zwischen Alter und beruflicher Leistungsfähigkeit extrem gering sind (Warr 1995).

Für die vorzeitige Begrenzung der Tätigkeitsdauer scheinen biologisch fassbare Alterungsprozesse nahezu irrelevant zu sein. Um diese Irrelevanz nachzuweisen, müs-

sen wir gar nicht behaupten, es gingen mit wachsendem Alter keinerlei Wandlungen der Leistungsfähigkeit einher. Im Gegenteil, wir können sogar davon ausgehen, dass mit zunehmenden Alter Wandlungen der Leistungsfähigkeit nahezu immer vorkommen. Dass einige noch mit 70 innovativ, produktiv, zumindest gut bezahlt sind, andere aber schon mit 45 als fast zu alt für ihre Tätigkeit gelten, liegt offensichtlich weniger an biologisch determinierten altersbedingten Wandlungen der generellen menschlichen Leistungsfähigkeit, sondern, wie in diesem Beitrag zu resümieren ist, eher an der Art der Tätigkeit und dem Erwerbsverlauf, der zu ihr führte.

Wir wissen mehr darüber, wie wir bis zum gesetzlichen Rentenalter und häufig sogar noch darüber hinaus (auch als «Leistungsgewandelte») recht befriedigend berufstätig bleiben können, als es die öffentliche Diskussion vermuten lässt. Dieses Wissen beziehen wir nicht so sehr aus Modellprojekten, sondern vor allem aus der systematischen Beobachtung alltäglicher Strategien von Betrieben und von Beschäftigten. Aus diesen systematischen Beobachtungen lassen sich auch die Weichenstellungen, ja die «Fehler» bei den Statuspassagen erkennen, die in vielen Fällen verhindern, dass Menschen, die das wollen, tatsächlich bis zum gesetzlichen Rentenalter befriedigend berufstätig bleiben können. In vielen unserer Betriebsfallstudien (vgl. Behrens 1984, 1990, 1999, 2004) verweisen betriebliche Vorgesetzte auf Arbeitsplätze, die von mehr als 50% der auf ihnen Beschäftigten nicht bis ins gesetzliche Rentenalter, ja häufig nicht einmal bis ins 55. Lebensjahr ausgefüllt werden können: Auf diesen Arbeitsplätzen ist die Tätigkeitsdauer für die Mehrheit der Beschäftigten «begrenzt». Dies ist eine quantitativ gut nachvollziehbare operationale Definition von «begrenzter Tätigkeitsdauer». Sie zeigte sich in zwei unterschiedlichen Perspektiven. Den einzelnen Beschäftigten konnte diese Begrenzung zwar teilweise als biografisch unvorhersehbar erscheinen. Für die Unternehmen trat die Begrenzung aber so regelmäßig auf, dass sie – wenn auch manchmal inoffiziell – Vorsorge treffen mussten. Das Spektrum betrieblicher Reaktionen auf arbeitsplatzspezifisch begrenzte Tätigkeitsdauer umfasste drei Strategien (vgl. Behrens 1984, 1990, 1993): Arbeitsplatzgestaltung, betriebliche und überbetriebliche Laufbahnpolitik und Externalisierung der betroffenen Beschäftigten aus ihren Betrieben heraus (zu anderen Betrieben, in die Arbeitslosigkeit, in die Frührente).

Diese drei Möglichkeiten sind wechselseitig begrenzt substitutiv. Je mehr eine von den dreien genutzt werden kann, umso weniger muss von den beiden anderen Gebrauch gemacht werden. Je «sozialverträglicher» und kostengünstiger leistungsgewandelte Beschäftigte – darunter auch ältere – zum Verlassen eines Betriebes bewegt werden und neue Arbeitskräfte eingeworben werden können, umso weniger notwendig sind aus Sicht der einzelnen Betriebe die altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und die Einrichtung horizontaler und vertikaler Laufbahnen. Wer sich funktionale Äquivalente gerne in «magischen Dreiecken» klarmacht, könnte hier eines sehen.

Abbildung 4: Was uns alt aussehen lässt: Komponenten des vorzeitigen Alterns, beobachtete Gegenmittel und betriebsstrategische «Fehl-»Entscheidungen

A Verschleiss	A Komponente des Alterns	A Veralten von Qualifikationen
B Tätigkeitswechsel, Mischarbeitsplätze, Training	B Gegenmittel	B Neuqualifikationen, nicht nur Erfahrung
C bei Einstellung keine Reservierung von Arbeits- plätzen für ältere Kohorten	C strategische Entscheidung	C neue Verfahren mit jüngeren Kohorten
	A Entmutigung	
	B absehbare Neuanfänge	
	C keine horizontalen Lauf- bahnen, nur (wenige) vertikale	

Wir erkennen dabei sofort, dass die begrenzte Tätigkeitsdauer keineswegs unabhängig von den drei betrieblichen Reaktionen auf sie auftritt. Im Gegenteil sind die begrenzte Tätigkeitsdauer und der Leistungswandel selber auch ein Ergebnis der negativen Rückkoppelung zwischen Arbeits- und Laufbahngestaltung einerseits, Externalisierung andererseits: Weil es die Möglichkeit der Externalisierung gibt, können Betriebe es sich leisten, Arbeitsplätze und Berufswege so zu gestalten, dass sie die Arbeitsfähigkeit frühzeitig verschleissen und nicht die qualifikatorischen und organisatorischen Ressourcen zum rechtzeitigen Tätigkeitswechsel innerhalb eines gegebenen Berufes (nach dem Vorbild der vertikalen oder horizontalen «Bahnung von Erwerbsverläufen») schaffen. Und umgekehrt: Weil Arbeitsplätze die Arbeitsfähigkeit frühzeitig verschleissen und weil in den Betrieben nicht die qualifikatorischen und organisatorischen Ressourcen zum rechtzeitigen Tätigkeitswechsel vorhanden sind, scheint am Ende die Externalisierung als einzige Reaktion übrig zu bleiben.

In allen Betrieben kannten Fach- und Führungskräfte, Personalvertretungen und Beschäftigte Bereiche mit begrenzter Tätigkeitsdauer. Dabei war es keineswegs nur der psychophysische «Verschleiss», der eine Fortführung der Tätigkeit bis ins gesetzliche Rentenalter unvorstellbar erscheinen liess. Vielmehr scheinen sich drei Komponenten des Alterns wechselweise zu verstärken: psychophysischer «Verschleiss», das Veralten von Qualifikationen, Entmutigung und Rufverlust.

Psychophysische Grenzen zeigten sich bei

- dem Heben und Tragen von schweren Lasten (Bauhof, Innenausbau, Pflege, Frachtkumschlag, sehr viel weniger in der Automobilmontage);

- besonderen körperlichen Anforderungen (Feuerwehr, Bau); Arbeitsumgebungs-einflüssen wie Hitze, Nässe, Lärm (z. B. Feuerwehr, Bau, Frachtnschlag, weniger Montage);
- Zwangshaltungen (Bau, Frachtnschlag, Schreibtätigkeiten, z.T. Montage);
- Schicht- und Nachtarbeit (nahmen in allen Branchen eher zu);
- besonderen Anforderungen an Konzentration und Monotonieresistenz (Daueraufmerksamkeit), Programmierung, Service in EDV;
- geringer Autonomie, insbesondere gegenüber eng getakteten Zeitvorgaben (begrenzt in der Automontage und Zuliefererindustrie die Tätigkeitsdauer selbst da, wo das Heben und Tragen schwerer Lasten nicht mehr alternskritisch verbreitet sind).

Veraltende Qualifikation begrenzt die Tätigkeitsdauer fast in allen Branchen – vom Bau (Ältere haben Scheu, mit neuen Geräten umzugehen) bis zu den Banken oder dem EDV-Bereich, wo Systemspezialisten mit den Systemen obsolet wurden, auf die sie sich virtuos spezialisiert hatten. Qualifikatorische Sackgassen und gesundheitliche Belastungen korrelieren hoch und wirken aufeinander nach dem bekannten Muster des Teufelskreises: Gesundheitlich belastende Arbeitsplätze qualifizieren häufig nicht, und die mangelnde formale Qualifikation begrenzt die Chancen zum Tätigkeitswechsel bei gesundheitlichen Problemen. Daraus ergibt sich, dass primär- und sekundärpräventive Massnahmen gegen vorzeitigen gesundheitlichen Verschleiss häufig zugleich Qualifizierungsmassnahmen sein müssen.

Entmutigung und Rufverlust bilden eine vom psychophysischen und moralischen Verschleiss von Qualifikationen unabhängige Dimension. Wenn sie auch häufig mit gesundheitlichem und moralischem Verschleiss gleichgesetzt werden, und Entmutigte sich manchmal krank fühlen, haben Entmutigung und Rufverlust doch auch eigene Ursachen. Mit der Dauer einer Tätigkeit erhöht sich statistisch die Wahrscheinlichkeit, bei unvorhergesehenen Fehlern dabei gewesen zu sein. Da Berichtigungen und Umorientierungen in Organisationen häufig mit Wechseln unter den Führungskräften verbunden sind, können auch – wie insbesondere unsere Fallstudien in Banken zeigten – die jeweiligen Mitarbeiter vom Rufverlust mit betroffen sein.

Organisationen, die durch das Versprechen von Karrieren «herrschen» und motivieren, erzeugen ebenfalls Entmutigung und Rufverlust bei zu langer Tätigkeit in derselben Position. Dieses Motivationssystem ist darauf angewiesen, dass keine Beförderungsstaus entstehen. Entmutigung und Rufverlust drohen mit steigendem Alter schliesslich in Bereichen, die sich als besonders jung und dynamisch darstellen. Dafür ist die EDV nur ein Beispiel. Erst diese unabhängigen Quellen von Entmutigung und Rufverlust führen dazu, dass Ältere als weniger innovativ wahrgenommen werden, als sie es biomedizinisch sein können.

Diesen drei Komponenten von Altern entspricht je eine typische Gegenstrategie, die in der Abbildung 4 jeweils unter «B Gegenmittel» aufgeführt sind:

- Verschleissbezogene Trainings- und Rehabilitationsmassnahmen, Tätigkeitswechsel;
- Mischarbeitsplätze;
- Erwerb neuer Qualifikationen, nicht nur Kumulation von Erfahrung;
- Absehbare Neuanfänge (Bewährungsgelegenheiten) als Reaktion auf Reputationsverlust und Entmutigung.

Diese typischen «Verjüngungsmöglichkeiten» können durch die strategischen Entscheidungen der Betriebe erschwert werden (in der Abbildung 4 sind diese unter «C» aufgeführt).

2.3.2 Alle drei Gegenstrategien in einer: die horizontale und die vertikale Laufbahn

Wie leicht erkennbar ist, laufen alle drei Verjüngungsmöglichkeiten in einer Massnahme zusammen, die aber nur für Teile der Belegschaften greift: die überbetriebliche und die innerbetriebliche Laufbahn. Laufbahnen ordnen im Lebenslauf Anforderungen, Anreize und Belastungen so hintereinander, dass ein Erwerbsleben bis ins gesetzliche Rentenalter hinein andauern kann – auch dann, wenn die einzelne Tätigkeit nur befristet ausgeübt wird (z. B. Schichtarbeit, Heben und Tragen schwerer Lasten, einige Dienstleistungen). Die bekannteste derartige Laufbahn ist die Karriere, vertikal als beruflicher Aufstieg, horizontal als zunehmende Spezialisierung und Virtuosität:

- *Karrieren lösen das Problem des physischen, z. T. des psychischen Verschleisses*, indem sie auf zumindest orthopädisch weniger belastende Arbeitsplätze führen: z. B. von der Montage in die Meistertätigkeit, von der direkten Pflege zur Pflegelehre, vom Außen- in den Innendienst. Viele Vorgesetztenarbeitsplätze können zumindest orthopädisch gesehen als relative Schonarbeitsplätze gelten; fast alle Vorstände sind buchstäblich insofern «Leistungsgewandelte», als sie nicht mehr zu denselben Leistungen fähig sind, zu denen sie im Alter von 20 Jahren fähig waren.
- *Karrieren lösen das Problem des moralischen Verschleisses von Qualifikationen*, indem sie nicht nur neue Qualifikationen erfordern, sondern vor allem kränkungslose Übergänge ermöglichen. Die Entwertung der alten Qualifikation wird gar nicht bewusst: Bevor sie bemerkt wird, ist man eine Stufe weiter. Es müssen auch nicht neue Qualifikationen für die alte Position, sondern andere Qualifikationen für eine bessere Position erworben werden. Dabei erscheint der Übergang zu altersgerechten Tätigkeiten nicht als Unfähigkeit bezüglich der bisherigen, sondern als Befähigung zu neuen Aufgaben.
- Dass *Aufstieg ein Mittel gegen Reputationsverzehr und Entmutigung* ist, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden.

Den Zusammenhang zwischen dem Grad der Schwierigkeit einer Arbeitsaufgabe und dem Alter kann man sich an einer Erscheinung klarmachen, die sich als

«Alterskorridor» bezeichnen liesse. Er misst die Jahre zwischen den tätigkeitsbedingten «Altersgrenzen» verschiedener Tätigkeiten. Dieser Alterskorridor ist durchschnittlich «30 Jahre breit», der Abstand zwischen den tätigkeitstypischen «Altersgrenzen» ist so lang wie eine ganze Generation: Während man für einige Berufe in den Augen der befragten Vorgesetzten schon mit 42 fast zu alt ist, ist man es für andere erst jenseits des 70. Altersjahrs. Sehen wir uns an, welche Berufe die frühe, welche die späte tätigkeitsbedingte Altersgrenze aufweisen, so finden wir: Je mehr Qualifikationen ein Beruf oder eine Position verlangen, als je schwieriger, anspruchsvoller und «prestigeträchtiger» sie gelten, je besser sie entlohnt werden, umso eher finden wir sie an der oberen Grenze des Alterskorridors, umso eher liegen ihre tätigkeitsbedingten Altersgrenzen erst nahe an oder sogar jenseits der gesetzlichen.

Der Vorschlag «Aufstieg in Leitungs- und Ausbildungspositionen» widerspricht – so häufig er bei Rückenproblemen Bauarbeitern, Pflegekräften, Handwerkern von ihren Ärzten gemacht wurde – einer Bedingung, die unbedingt der Präsentation von Beispielfällen voraus zu gehen hat: Die vertikale Karriere ist eine Lösung, die nicht verallgemeinerbar, ein Weg, der nicht allen Betroffenen zugänglich ist. Die Zugangsmöglichkeiten zu Erwerbswegen, die eine längere Erwerbstätigkeit erlauben, sind in Deutschland überaus ungleich verteilt: Das wird zurzeit weniger sichtbar als andere soziale Ungleichheiten, weil eine grosse Mehrheit der Deutschen einen frühen Ruhestand anstrebt. Hinter diesem gemeinsamen Streben wird die Tatsache fast unsichtbar, dass die Möglichkeiten, länger erwerbsfähig zu sein, ungleich verteilt sind und fast mit Karrierechancen korrelieren. Horizontale Laufbahnen dagegen könnten allen zugänglich sein, wenn Betriebe wenige falsche Weichenstellungen vermieden. Diese Weichenstellungen sind das Thema des übernächsten, des dritten Abschnittes. Bevor wir auf diese falschen Weichstellungen kommen, ist noch die Wirkung betrieblicher Strategien auf die Geburtenrate zu entschlüsseln.

2.4 Kinderlosigkeit bedarf anderer Erklärungen als die Kinderzahl: betriebliche Strategien, Alterssicherung, Erwerbsarbeit und Kinder

2.4.1 Alterssicherung und Kinderzahl

Es ist der häufige Fehler zu vermeiden, die gleiche Erklärung für die Reduktion der Kinderzahl pro erwachsener Frau und für die Kinderzahl 0, also die Kinderlosigkeit, heranzuziehen. Für das erste Phänomen, die Reduktion der Kinderzahl, ist die Erklärung mit alternativen Formen der Alterssicherung stark. Wenn die Sicherung von Nahrung und Wohnung im Alter wesentlich von der Zahl überlebender eigener Kinder abhängt, ist die Kinderzahl zumal bei hoher Kindersterblichkeit höher als in Gesellschaften wie der unseren, in der die Rente nicht wesentlich von der Zahl der eigenen Kinder abhängt, sondern nur von den Kindern der anderen.

Diese Korrelation findet sich weltweit. Bei der Entscheidung über die Zahl der Kinder werden die Kosten, bis Kinder aufgezogen und ausgebildet sind, relevant.

Je geringer die Relevanz eigener Kinder für die eigene Alterssicherung, je höher die Kosten der Kinder und je wahrscheinlicher das Überleben der Kinder bis ins Erwachsenenalter, umso eher herrscht die Tendenz zur Familie mit wenigen, also ein bis drei Kindern.

2.4.2 Alterssicherung und Kinderlosigkeit

Allerdings erklärt dieser Zusammenhang nicht Kinderlosigkeit. Zwar könnte man sich fragen – und das ist auch in der Tat oft gefragt worden –, warum denn bei einer Rente, die vom Beitrag und von anderen Ersparnissen, aber nicht von den eigenen Kindern abhängt, überhaupt noch Kinder geboren werden. Dass Kinder geboren werden, zeigt allerdings nichts anderes, als dass die Alterssicherungshypothese allein den Kinderwunsch keineswegs vollständig erklärt. Offenbar erwarten wir von eigenen Kindern mehr als nur die Rente. Da kann vieles mitspielen. Die schmerhaften und die glücklichen Erfahrungen unserer eigenen Kindheit lassen uns früh die Genugtuung wünschen, selber Mütter oder Väter zu werden. Wir erhoffen uns von eigenen Kindern sicher Liebe und Gesellschaft fürs gesamte Leben. Wir erwarten sogar über unseren Tod hinaus mehr liebevolle Erinnerung von unseren Kindern und Kindeskindern, als wir von Freunden und Bekannten zu erhoffen wagen. Für die Sicherung ihrer Unsterblichkeit und die Bestätigung ihrer selbst scheint vielen Menschen Blut, wie das Sprichwort sagt, dicker als Wasser.

Was immer die Motive des Kinderwunsches sein mögen, ihnen allen ist gemeinsam, dass sie mit wenigen eigenen Kindern erfüllbar scheinen und wir nicht 12 eigener Kinder zu ihrer Erfüllung bedürfen. Die Gründe für eine Reduktion der Kinderzahl sind nicht dieselben wie die Gründe für die Kinderlosigkeit. Mindestens zwei Drittel aller Erwachsenen in den Industrieländern haben in ihrem Leben Kinder. Und bei denen, die keine haben, können wir keineswegs sicher sein, dass sie nie in ihrem Leben welche wollten. Aber was, wenn nicht die frühe Entscheidung für sie oder die biologische Unfruchtbarkeit die Kinderlosigkeit erklären können?

2.4.3 (Frauen-)Erwerbstätigkeit und Kinderlosigkeit

Bei bestehendem Kinderwunsch kann es viele Gründe geben, seine Verwirklichung aufzuschieben, bis es plötzlich biologisch zu spät geworden ist. Nicht wenige dieser Gründe für einen Aufschub finden sich im Erwerbs- und Bildungssystem. Der Einstieg in den Beruf, der Einstieg in den Betrieb, der Abschluss der Ausbildung, der Aufbau einer eigenen Familienwohnung sollen erst erledigt sein. Es lassen sich Gesellschaften miteinander vergleichen, die sich durch eine bessere oder schlechtere Vereinbarkeit von Erwerbsleben und Familiengründung unterscheiden. Besser war sie in der DDR, schlechter in der alten BRD (vgl. Niephaus 2003; für alle Transformationsländer der Sammelband von Kotowska 2002). In einigen Ländern, z. B. den skandinavischen, wird die Vereinbarkeit der Ausbildung und der Familiengründung gefördert. Die Reproduktionsziffern korrelieren mit diesen Einrichtungen. In Deutschland sind

dagegen über 41% der in Forschung, Lehre und akademischen Berufen tätigen, 45 Jahre alten Frauen kinderlos.

Allerdings wäre es ein Fehlschluss, den Zusammenhang von Kinderlosigkeit und Erwerbstätigkeit so zu interpretieren, dass die Nichterwerbstätigkeit von Frauen (z. B. in der so genannten Hausfrauen-Ehe) mit höheren Kinderzahlen einhergeht. Genau das Gegenteil ist in Europa der Fall: Je mehr verheiratete Frauen in einem Land nicht erwerbstätig sind, umso weniger Kinder pro erwachsener Person werden geboren. Die Geburtenziffer ist in Spanien und Italien, den katholischen Ländern mit dem grössten Anteil an nicht erwerbstätigen Ehefrauen, die niedrigste in Europa. In Europa gibt es zuwenig Länder für eine abgesicherte Statistik, in der alle Dritteinflüsse kontrolliert werden könnten. Was aber mit blossem Auge zu sehen ist: Je höher die Frauenerwerbstätigkeit in einem Land, umso mehr Kinder werden pro erwachsener Frau geboren. Nicht die Erwerbstätigkeit an sich geht mit einer geringen Kinderzahl einher, das Gegenteil ist der Fall. Aber die Art der Erwerbstätigkeit und der Vorbereitung auf sie im Bildungssystem können dazu führen, dass der Kinderwunsch solange aufgeschoben wird, bis es zu spät ist. Dass in Deutschland die erste Geburt seltener als in den skandinavischen Ländern in die Zeit des Studiums fällt, möchte ich so interpretieren, dass sich die Strategien auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf keineswegs nur an die Erwerbsbetriebe richten, sondern gerade auch an die Betriebe des Bildungswesens.

Der Vergleich der EU-Länder zeitigt einen recht eindeutigen Befund: In den überwiegend katholischen Ländern Italien und Spanien, in denen die Frauen und Mütter weiter gehend als in den anderen EU-Ländern nicht oder wenig erwerbstätig sind, werden die wenigsten Kinder geboren.

In den Ländern, in denen die Erwerbstätigkeit der Mütter am höchsten ist (wie Schweden und Finnland), ist die Kinderzahl pro Frau die höchste in Europa und weit höher als in Italien und Spanien.

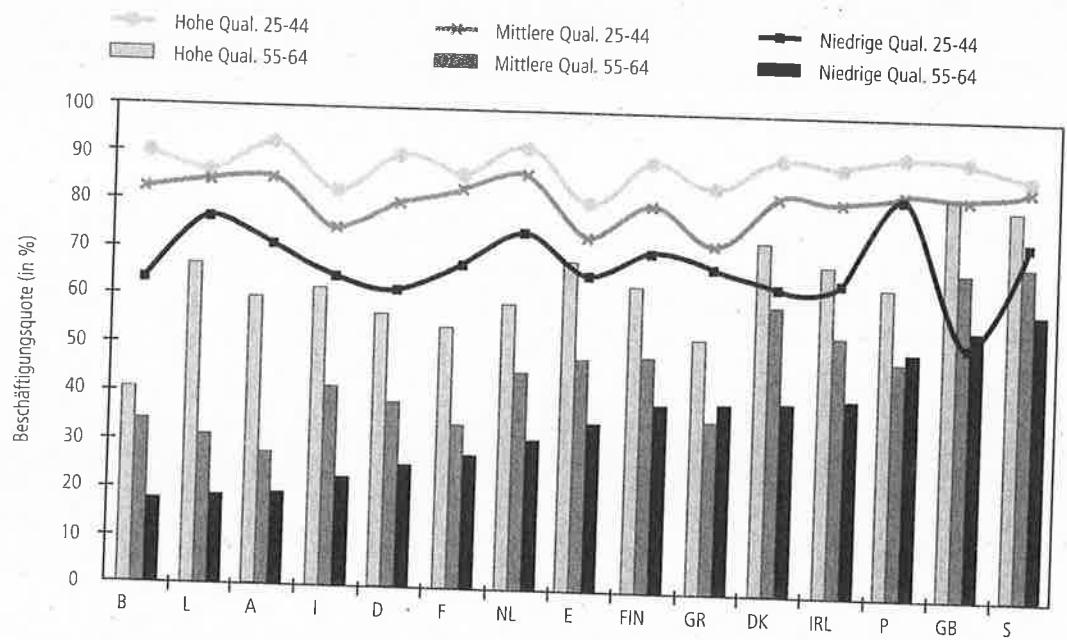
Die Schwedinnen bleiben auch am längsten erwerbstätig. Auch die formal weniger Qualifizierten unter ihnen sind im Alter zwischen 55 und 64 Jahren noch zu 52% erwerbstätig. Das ist keineswegs trivial. Wenn Mütter wegen der Kindererziehung zu Hause blieben (in Deutschland, Frankreich und anderen Ländern), ergäbe sich ja, dass sie erwerbstätig werden, sobald die Kinder aus dem Gröbsten heraus sind – oder spätestens sobald sie das Haus verlassen. Das ist in den 15 langjährigeren EU-Staaten offenbar nicht der Fall. Die schwedische Politik der Vereinbarkeit von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit in den Sechzigerjahren führte bei den damals 20-Jährigen offenbar dazu, dass die inzwischen 60-jährigen Schwedinnen in der Erwerbstätigkeit blieben und keine tiefere Erwerbsquote aufweisen als die gleichaltrigen Männer (vgl. Abbildung 5, Quelle Europäische Arbeitskräftestichprobe, Berechnungen von Bosch und Schlieff, 2006: 461). Methodisch ist es zwar immer problematisch, aus dem Ländervergleich einzelne Variablen zu isolieren und kausal zu interpretieren: Es gibt zuwenig Länder und zwischen ihnen bestehen mehr Unterschiede als nur

diejenigen, die in der interessierenden Variablen zum Ausdruck kommen. Trotzdem lässt sich eindeutig sagen: Bisher war das schwedische Modell der Vereinbarkeit von Kindererziehung und betrieblicher Erwerbstätigkeit das einzige in Europa, das sowohl eine relativ hohe Kinderzahl als auch eine hohe Frauenerwerbsquote und eine hohe Beschäftigungsquote 60-Jähriger erreichen konnte – und damit die beiden entscheidenden Phänomene, die in der Rede von der «Überalterung» naturalisiert werden, durch die Gestaltung des sozialen Alterns beeinflusste.

Vor dem europäischen Hintergrund lassen sich die Antworten deutscher Fachvorgesetzter in unserer Erhebung deutlicher lesen. In allen Branchen wurde zwar die Beschäftigung jüngerer Frauen zum Teil mehr begrüßt als diejenige junger Männer – auch deswegen, weil sich Frauen, wenn sie (wie Männer) in der Montage und bei der Akkrodarbeit an die Grenze ihrer Tätigkeitsdauer stossen, zur Familiengründung und auf die Halbtagsbeschäftigung zurückzögen, während Männer bleiben wollten. Bemühungen zur Vereinbarkeit der Kindererziehung und der Erwerbsarbeit erschienen als Investition, die sich nur bei besonders qualifizierten Frauen lohnte.

Auch das ist in der Abbildung 5 zu erkennen. Die Beschäftigungsquoten variieren enorm mit der Qualifikation. Das ist nicht damit zu erklären, dass die

Abbildung 5: Beschäftigungsquoten der 25- bis 44-Jährigen und der 55- bis 64-Jährigen nach Qualifikation in der EU



Legende: In jedem Land bezeichnet der linke Stab die hochqualifizierten 55-64-Jährigen, der rechte die niedrigqualifizierten und die mittlere die mittleren Qualifikationen. Die Namen der 15 EU-Länder (vor der Erweiterung) sind mit ihren Autokennzeichen abgekürzt.

Quelle: Europäische Arbeitskräftebefragung, Darstellung zitiert nach Bosch und Schlieff 2006: 461.

hoch Qualifizierten besonders wenig verdienen und deshalb besonders lange arbeiten müssten. Sie verdienen mehr als die weniger formal Qualifizierten. Eher zeigt sich in diesen Zahlen, dass den höher Qualifizierten der Wechsel in Tätigkeiten gelingt, deren Dauer nicht schon früh begrenzt ist und deswegen ein innovatives, relativ gut bezahltes und mit Verantwortung verbundenes Tätigsein bis ins höhere Alter erlauben. (Die Zeiten, in denen die hoch Qualifizierten sich besonders früh aus der Erwerbstätigkeit zurückzogen, scheinen vorbei.) Mit anderen Worten: Den Schlüssel zur Antwort auf die Frage «Länger erwerbstätig – aber wie?» hält am ehesten die Soziologie sozialer Ungleichheit in den Händen. Es sind ganz wenige typische Weichenstellungen, mit denen Betriebe über vorzeitiges Altern und die Unvereinbarkeit der Erwerbstätigkeit und der Kindererziehung entscheiden. Diese Weichenstellungen sind Gegenstand des folgenden 3. Abschnitts.

3 Betriebliche Weichenstellungen zur Vermeidung vorzeitigen Alterns und der «Unvereinbarkeit» von Kindern

3.1 Horizontale Laufbahnen

Absehbare überbetriebliche und innerbetriebliche Laufbahnen *auf gleicher hierarchischer Ebene* ermöglichen einen Wechsel der beruflichen Position auch dann, wenn ein Aufstieg in eine Vorgesetztenposition nicht möglich ist. Die Möglichkeit, solche Wechsel vorzunehmen, ist für Betriebe und Beschäftigte entscheidend, selbst wenn später von ihnen kein Gebrauch gemacht wird. Spezielle Altenarbeitsplätze sind nach den Ergebnissen unserer Untersuchungen keine gute Alternative zu einem Tätigkeitswechsel auf horizontaler Ebene (vgl. Behrens u. a. 1996; Schulz u. a. 1996). Die von uns befragten Betroffenen erlebten das Angebot eines Altenarbeitsplatzes häufig als so krassen Bruch mit dem erreichten Status, dass ihnen – auch bei grossen finanziellen Einbussen – die Berentung erstrebenswerter erschien.

3.2 Rechtzeitige Mischung von Tätigkeiten

Überbetriebliche und innerbetriebliche Laufbahnen setzen eine frühzeitige *Mischung von Tätigkeiten* voraus bzw. werden dadurch erleichtert. Mischungsverhältnisse von Tätigkeiten lassen sich leichter ändern, als abrupte Wechsel durchgeführt werden können. Gegen diesen einfachen Grundsatz wird am häufigsten verstossen. Personen werden jahrelang mit Tätigkeiten beschäftigt, die sie – vorhersehbar – nicht unbegrenzt ausüben können und die kein Training für Folgetätigkeiten ermöglichen. Sie stellen das Gegenteil von Laufbahnen, nämlich *Sackgassen* dar. Die Personen, die sich in diesen befinden, scheinen für andere Tätigkeiten ungeeignet. Wurden Tätigkeiten in den von uns untersuchten Unternehmen gemischt, z. B. Bauausführung mit Arbeitsorganisation und Verwaltungstätigkeiten, erwiesen sich Wechsel

als leichter. Das traf sogar für Wechsel in bisher nicht ausgeübte Tätigkeiten und zu anderen Arbeitgebern zu.

3.3 Vermeidung von Spezialisierungen in veraltende Wissensbestände

Virtuose Spezialisierungen können genauso wirken wie ein Mangel an Weiterbildung, wenn sie auf einer veraltenden Wissensbasis erfolgen. Spezialisten für EDV-Programme sind ein schlagendes Beispiel: Sie werden mit einem System gross und als Spezialisten zu anerkannten Autoritäten, doch wenn das System ersetzt wird, ist ihr Wissen entwertet. «Erfahrung» wird zur Sackgasse, wenn neue Systeme vor allem mit neu eintretenden «jungen Leuten» entwickelt werden.

3.4 Betriebsinterne Bewährung betriebsextern erworbenen Wissens statt «Lebenslangen Lernens»

Wenn Betriebe gerne die «Gratistleistungen» des öffentlichen Bildungswesens nutzen und für die Einführung und die Entwicklung neuer Systeme mit einer gewissen Vorliebe «junge Leute» einsetzen, die deren systematischen Grundlagen im öffentlichen Bildungswesen erworben haben und es nun betrieblich anwendungsfertig fortentwickeln können³, dann liegt es nahe, daraus eine öffentliche Strategie der Förderung der Beschäftigung abzuleiten: Die öffentlich finanzierten und öffentlich organisierten Umschulungen, Fort- und Weiterbildungen, Erst- und Zweitausbildungen wären zu sehen als betriebsexterne Variable, mit denen Staaten betriebliche Entscheidungen über die Beschäftigung von Personal machtvoll beeinflussen könnten.

In der Tat ist nicht nur die Erstausbildung, sondern auch der Markt für öffentlich geförderte Umschulungen und Fort- und Weiterbildungen milliardenschwer. Die Legitimität der Leistungsgesellschaft hängt in der Moderne entscheidend davon ab, dass der Staat durch Bildungsmöglichkeiten die Chancengleichheit beim Zugang zu Erwerbsverläufen fördert, die durch unterschiedliche Betriebe hindurch eine Erwerbstätigkeit bis ins gesetzliche Rentenalter ermöglichen (vgl. Behrens 1996). Insofern scheinen die Milliarden für Umschulung, Aus-, Fort- und Weiterbildung prinzipiell angemessen eingesetzt.

Allerdings bleiben im betriebsexternen Bildungssystem erworbene Fähigkeiten und Kenntnisse nicht frisch und anwendbar, wenn sie nicht im Alltag gefordert werden. Werden Arbeitsvorgänge so vereinfacht, dass sie die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht fordern, geraten sie schnell in Vergessenheit. Die SOFI-Befragung kam zu dem Ergebnis, dass etwa ein Drittel der Arbeitsplätze in der Industrie und im Dienstleistungsbereich die in der formellen Ausbildung vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten nicht abfordern. Sind die auf diesen Arbeitsplätzen Beschäftigten

3 Wieweit diese betriebliche Kenntnisentwicklung gehen kann, zeigt eine der ältesten und formalisiertesten Ausbildungen, nämlich die der amerikanischen Anwälte. Die Universitäten vermitteln nur einige intellektuelle Methoden und Grundeinsichten des Rechts, die gesamte spezifische rechtliche Ausbildung findet in Anwaltsfirmen und anderen Unternehmen statt.

in der Freizeit in Ehrenämtern tätig, die anstelle ihrer Arbeitsplätze ihre Fähigkeiten abfordern? Dafür gibt es keine empirische Evidenz. Wenn nicht, erweisen sich diese Arbeitsplätze als Sackgassen, die auch nicht durch Bildung zu öffnen sind. An ihnen verpufft und verdirbt die vom Staat geförderte öffentliche Bildung.

«Lehrjahre sind keine Herrenjahre», sagt in Deutschland der Volksmund. Das Wort Lernen ist an eine Lebensphase gebunden, die mit der Adoleszenz endet. Danach beginnt die Bewährung. Auch Erwachsene eignen sich lange nach dem Abschluss ihrer Lehrjahre noch Kenntnisse und Fähigkeiten an. Das gehört geradezu zur Bewährung. Aber es sind keine Lehrjahre. Das ist das Falsche beim Ausdruck «Lebenslanges Lernen». Er suggeriert, die Lehrjahre würden niemals aufhören. Sie hören auf. Tatsächlich ist die Aneignung neuer Fähigkeiten und Kenntnisse ein Teil der Bewährung.

3.5 Vermeiden von «Überalterung» durch regelmässige Neueinstellung gerade Älterer

Bei Neueinstellungen auch Ältere zu berücksichtigen, also auf ausgewogene Altersstrukturen zu achten, erleichtert Laufbahnen. In mehreren Fallstudien zeigte sich, dass dies ganz und gar unüblich ist: Einerseits klagten die Verantwortlichen der Personalabteilungen über Kohorten (Geburtenjahrgänge) gleichaltriger Mitarbeiter, die heute weder ihre Tätigkeit, für die sie eingestellt worden waren, qualifiziert ausüben könnten, noch anderweitig einsetzbar seien. Andererseits war es ganz unüblich, in der eigenen Verwaltungsabteilung eine Reihe von Arbeitsplätzen für Ältere aus anderen Abteilungen zu reservieren.

Eine Einstellung auch Älterer muss erfolgen, um die horizontalen Laufbahnen sichtbar und damit absehbar zu machen und Vakanzen kontinuierlich zur Verfügung zu haben. Wenn die Gesamtheit der Stellen nicht ausgeweitet wird, dominiert die gemeinsam eingestellte relativ junge Kohorte für Jahrzehnte und für Neueinstellungen entstehen keine Vakanzen.

So hat die vielbeklagte (vgl. Sackmann 2003) «Überalterung» des öffentlichen Dienstes und vieler von uns untersuchten privaten Firmen äusserst wenig mit demografischen Veränderungen zu tun, sondern fast ausschliesslich mit dem Managementfehler, nicht Bewerber jeden Alters, sondern vorzugsweise jüngere Bewerber einzustellen. Wenn Betriebe nicht stark wachsen, sondern ihre Beschäftigtenzahl gleich bleibt oder schrumpft, ergeben sich keine Vakanzen für Neueinstellungen. Eine einzige dominierende Kohorte wird gemeinsam alt. Das konnte man in den letzten 30 Jahren in Deutschland an vielen Schulen und Universitäten, aber auch in vielen Betrieben nicht nur in Westdeutschland, sondern gerade auch nach 1990 in Ostdeutschland verfolgen: der Generationsaustausch war «blockiert» (vgl. Behrens 1999). Diese «Blockierung» resultierte aber keineswegs daraus, dass es keine jüngeren Bewerber z. B. für Schulen, Universitäten und Betriebe gab, sondern weil z. B. 1970 auf die Vakanzen gleich alte statt altersmässig heterogene Bewerber eingestellt

worden waren. Die damals jung eingestellte Kohorte «über-»alterm nun gemeinsam, bis sich 35 Jahre später derselbe Fehler wiederholt. In den neuen Bundesländern wurden nach 1990 die älteren Jahrgänge durch Frühberentung, die viele Beschäftigte unerwartet und unvorbereitet traf, zur Beschäftigungsanpassung reduziert. Die mittleren Jahrgänge entwickelten sich durch die falsche Einstellungspolitik zur dominierenden Kohorte, die weder den jüngeren noch den älteren Chancen für eine Einstellung liess.

3.6 Anpassung der Strategie eines Betriebes an die spezifischen Fähigkeiten seiner Mitarbeiter

Flankierende Anstrengungen im *Marketing*, insbesondere im Dienstleistungsbe- reich, sind für die Laufbahngestaltung häufig schon deshalb entscheidend, weil die Anpassung der Marketingstrategie an die Belegschaft erfolgreicher ist als die umgekehrte Anpassung.

Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, das sei als Ergebnis festgehalten, zeigen häufig nichts anderes an als den Mangel an angemessen gestalteten Arbeitsplätzen und den Mangel an Laufbahnen. Nicht selten sehen betriebliche Strategien – natürlich gegen die Absicht der Personalverantwortlichen – so aus, als sollten sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorzeitig zu alt aussehen lassen, als hätten sie konsequent folgende Regeln befolgt:

8 Ratschläge: Wie Sie Ihre Leute frühzeitig zu alt aussehen lassen können

Rat 1: Vermeiden Sie unbedingt die rechtzeitige Mischung von Tätigkeiten, die Qualifikationen trainieren.

Rat 2: Fördern Sie virtuose Spezialisierungen in veraltende Wissensbestände: Schätzen Sie an Älteren ihre Erfahrung, nicht ihre Fähigkeit, sich in ganz neue Gebiete einzuarbeiten.

Rat 3: Vereinfachen Sie Tätigkeiten so, dass betriebsextern erworbene Aus-, Fort- und Weiterbildungen im betrieblichen Alltag selten gefordert und dadurch rasch vergessen werden.

Rat 4: Sprechen Sie von «Lebenslangem Lernen» statt von «Bewährung und Entdeckung». Dadurch versetzen Sie Ihre Mitarbeiter in ihre adoleszente Schulzeit zurück, in ihre Zeit vor der Bewährung.

Rat 5: Vermeiden Sie entschieden alle absehbaren horizontalen Laufbahnen.

Rat 6: Nutzen Sie die Gestaltung der Erziehungsphase, um sich rechtzeitig von zukünftig alternden Beschäftigten zu trennen. Die Frauen (meistens sind es Frauen) finden dann auch nach der Erziehungsphase nur schwer ins Erwerbsleben zurück und gelten frühzeitig als zu alt. (Damit verringern Sie auch erfolgreich die Zahl

der Kinder, weil Kinderwünsche aus Angst vor ihren betrieblichen Konsequenzen aufgeschoben werden).

Rat 7: Vermeiden Sie unbedingt die regelmässige Neueinstellung Älterer.

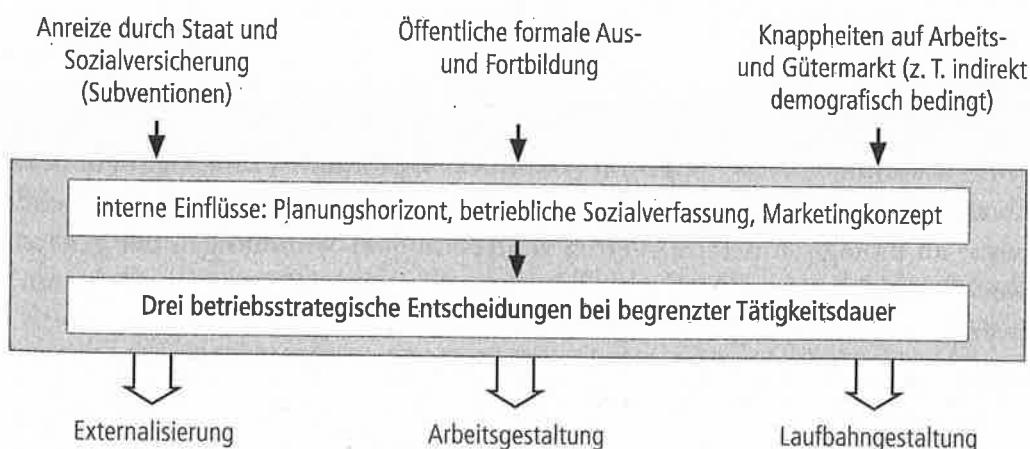
Rat 8: Passen Sie nicht das Angebot des Betriebs an die spezifischen Fähigkeiten der Beschäftigten an.

3.7 Wovon die betrieblichen Strategien beeinflusst werden

In welchem *Mischungsverhältnis und in welchem Ausmass* Betriebe die drei Strategien – Arbeitsplatzgestaltung, Laufbahngestaltung, Externalisierung – realisieren, hängt von ihrer inneren «betrieblichen Sozialverfassung», von der zeitlichen Ausdehnung ihres Planungshorizontes, ihrer Marketingkompetenz und von ihrer Einschätzung der politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen ab. Zu diesen gehören neben der Arbeitsmarktlage *auch* das Sozialversicherungs- und das Bildungssystem. Wenn das Sozialversicherungssystem es erleichtert, sich von älteren Beschäftigten mehr oder weniger einvernehmlich über die Frühberentung zu trennen, ist den Betrieben ein Anreiz gegeben, der dritten Strategie, der Externalisierung, den Vorrang zu geben. Insofern hätte die Sozialversicherung, insbesondere die Rentenversicherung, einen sicherlich unbeabsichtigten Effekt auf die Arbeitsbedingungen, nämlich den, sie zu verschlechtern – für alle, die einmal älter werden.

Diese Anreizwirkung hat die Sozialversicherung zugestandenermassen nur deshalb, weil die Kosten der Externalisierungsstrategie nicht denen zugerechnet werden (können), die sie nutzen. Das Umlageverfahren der Sozialversicherung bringt die Unternehmen in eine Situation, die in Ökonomie und Spieltheorie als «Gefangenendilemma» erörtert wird: Selbst wenn für alle Unternehmen Investitionen in

Abbildung 6: Drei betriebliche Strategien gegenüber begrenzter Tätigkeitsdauer:
Wovon werden sie beeinflusst?



Arbeitsplatz- und Laufbahngestaltung am lohnendsten sind, kommt es nicht zu diesen Investitionen – solange das einzelne Unternehmen, das diese Investitionen tätigt, sich dadurch kostenmäßig schlechter stellt als das Konkurrenzunternehmen, das diese Investitionen nicht trägt. Im Vergleich zur Externalisierungsstrategie verteutert die Frührenten-Finanzierung die Opportunitätskosten der Gestaltungsstrategien (vgl. zu diesem ökonomischen Argument ausführlicher Behrens 1994 a und b).

Der zweite betriebsexterne Einfluss liegt in der öffentlichen Bildung, mit der der Staat auf die Einmündungschancen zu wirken versucht. Diese Strategie ist eben erörtert worden. Die Wirkung der Bildung ist davon abhängig, dass die betriebsextern erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse im betrieblichen Alltag gefordert werden. Wo sie nicht gefordert werden, verpufft die Strategie, durch öffentliche Bildung mangelnde betriebliche Bildung zu kompensieren, schnell.

4 Fazit – auch im Hinblick auf Chancengleichheit durch öffentliche Bildung

Mit den Begriffen «Überalterung» und «Bewältigung demografischer Trends» werden Erscheinungen naturalisiert, die in Wirklichkeit soziologisch zu entschlüsseln sind als makrosoziologische Ergebnisse institutioneller mikrosoziologisch zu erfassender Entscheidungen, insbesondere betrieblicher Routinen. Bewältigungsstrategien schaffen – oder verstärken zumindest – das, was sie bewältigen sollen. Dass sich der Bevölkerungsaufbau von der Pyramide zum Glas fortentwickelt – entsprechend der Hoffnung vieler Generationen der Menschheit! – hat mit «Über-»Alterung nichts zu tun. Die Länge der Erwerbstätigkeit ist keine demografische Variable. Für die soziale Demografie der Kinderlosigkeit wie für die scheinbar alterungsbedingte Begrenzung der Dauer der Erwerbstätigkeit erwiesen sich im Vergleich betriebliche Strategien arbeitsorganisatorischer Gestaltungen, insbesondere der Einfluss auf den Erwerbsverlauf durch Diversity-Management, von durchaus entscheidender Bedeutung.

Für die vorzeitige Begrenzung der Tätigkeitsdauer scheinen biologisch fassbare Alterungsprozesse nahezu irrelevant zu sein. Um diese Irrelevanz nachzuweisen, mussten wir gar nicht behaupten, es gingen mit wachsendem Alter keinerlei Wandlungen der Leistungsfähigkeit einher. Im Gegenteil, wir konnten sogar davon ausgehen, dass mit zunehmenden Alter Wandlungen der Leistungsfähigkeit nahezu immer vorkommen. Dass einige mit 70 innovativ, produktiv, zumindest gut bezahlt sind, andere schon mit 45 als fast zu alt für ihre Tätigkeit gelten, liegt offensichtlich weniger an biologisch determinierten altersbedingten Wandlungen der generellen menschlichen Leistungsfähigkeit, sondern, wie in diesem Beitrag zu resümieren ist, eher an der Art der Tätigkeit und dem Erwerbsverlauf, der zu ihr führte.

Ebenso wenig relevant sind humankapitaltheoretische Erklärungen des vorzeitigen qualifikatorischen Veraltens dann, wenn geringere Neuqualifikationen Fünfzigjähriger mit Abschreibungszeiten von Wissensinvestitionen begründet werden. Es

ist fast kein Arbeitsplatz bekannt, auf dem ein einmal erworbenes Wissen zwanzig, zehn oder selbst acht Jahre vorhält und nicht grundlegend ergänzt werden muss. Wenn aber Wissen ohnehin nicht Jahrzehnte unergänzt vorhält, kann man nicht die mangelnden Investitionen in das Humankapital eines Fünfzigjährigen damit rechtfertigen, dass die Nutzungszeit nur noch maximal 15 Jahre betrage.

Die ungleiche Verteilung der Chance länger erwerbstätig zu sein, hat daher sehr wenig mit einer ungleichen biologischen Ausstattung oder mit der Kürze der Abschreibezeit für Wissen zu tun. Diese soziale Ungleichheit scheint fast ausschliesslich reproduziert zu werden durch:

- den Zuschnitt von Tätigkeiten, die sich als qualifikatorische und gesundheitliche Sackgassen erweisen, und
- durch die Zuweisung von Personen zu diesen Tätigkeiten aufgrund schulischer Abschlüsse, Geschlecht und regionaler Zugehörigkeit.

Es reicht offensichtlich nicht aus, lediglich auf die zweite Ursache einzuwirken und den Zugang zu fortbestehenden Sackgassen gleichmässiger zu gestalten, also die Chancengleichheit zu erhöhen. Dadurch verringert sich noch nicht die Zahl der Sackgassen. Nur der veränderte Zuschnitt von Tätigkeiten, also eine horizontale Laufbahnen ermöglichte Arbeitsgestaltung, verallgemeinert die Chance zu länger andauernder Erwerbstätigkeit. Sobald sich in Deutschland die Erwerbstätigkeit wieder verlängern wird, wird die soziale Ungleichheit deutlich werden, die den einen eine längere Erwerbstätigkeit ermöglicht, den anderen nicht.

Der Plan, mangelndes betriebsinternes Training durch öffentliche Bildung zu kompensieren, liegt nahe. Er entspricht der Idee öffentlich geförderter Chancengleichheit im Zugang für privat angebotene Erwerbsmöglichkeiten. Die Legitimität der Leistungsgesellschaft hängt in der Moderne entscheidend davon ab, dass der Staat durch Bildungsmöglichkeiten die Chancengleichheit beim Zugang zu Erwerbsverläufen fördert, die durch unterschiedliche Betriebe hindurch eine Erwerbstätigkeit bis ins gesetzliche Rentenalter ermöglichen. Die von der öffentlichen Hand eingesetzten Milliarden für Umschulungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungen scheinen so prinzipiell zielführend eingesetzt. Allerdings bleiben die im öffentlichen Bildungssystem erworbenen Fähigkeiten und Kompetenzen nur solange frisch und anwendbar, wie sie im Alltag genutzt werden. Sind sie nicht nutzbar, verderben sie rasch. An Sackgassen-Arbeitsplätzen, die Kompetenzen nicht nutzen lassen, verpufft die Kompensationsstrategie öffentlicher Bildung – mit allen negativen Folgen für die Legitimität der Leistungsgesellschaft.

Auch für das demografische Thema der Kinderlosigkeit hat die Organisation der Erwerbstätigkeit eine grössere Bedeutung als für die mit der Alterssicherung zusammenhängenden Kinderzahl. Dabei ist der empirische Zusammenhang in Europa eindeutig nicht der, dass geringe Erwerbstätigkeit von Frauen und höhere Kinderzahl korrelieren. Im Gegenteil, eine höhere Erwerbstätigkeit geht mit einer

höheren Kinderzahl einher. Aber es sind Merkmale der Organisation des Erwerbslebens einschliesslich des für das Erwerbsleben qualifizierenden Bildungssystems, welche dazu führen, dass die Erfüllung des Kinderwunsches solange aufgeschoben wird, bis es zu spät ist.

5 Literaturverzeichnis

- Arnason, Johann (1987), *Figurational Sociology as a Counter-Paradigm, Theory, Culture and Society*, 4, 429–456.
- Behrens, J. (1984), Die Reservearmee im Betrieb. Machttheoretische Überlegungen zu den Konzepten der «Kontrolle», der «Eigentumsrechte» und der «Sozialen Schliessung», in: U. Jürgens, F. Naschold (Hg.), *Arbeitspolitik. Materialien zum Zusammenhang von politischer Macht, Kontrolle und betrieblicher Organisation der Arbeit, Leviathan, Sonderheft 5/1983*, Opladen, 133–155.
- Behrens, J. (1990), Gnade, bürgerliche Autonomie, Krankheit. Staatliche Sozialpolitik und betriebliche Sozialverfassung, *Zeitschrift für Sozialreform*, 36. Jahrgang, Heft 11/12, 803–827.
- Behrens, J.; M. Morschhäuser, H. Viebrock und E. Zimmermann (1999), *Länger erwerbstätig aber wie?*, Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
- Behrens, J.; T. Elkeles, B. Kolleck, D. Schulz (2000), Soziale Ungleichheit bei der Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer. Erwerbsverläufe und gesundheitsbezogene Statuspassagen, *ZSE Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 3. Beiheft, Juventa: Weinheim.
- Behrens, J.; U. Rabe-Kleberg, U. Gatekeeping (1993), Life Course: A Pragmatic Proposal for Interrelating Four Gatekeeper Types, in: R. H. Walter (Ed.), *Institutions and Gatekeeping in the Life Course*, 237–260.
- Behrens, Johann (1994), Der Prozess der Invalidisierung – das demografisch bedingte Ende eines historischen Bündnisses, in: Christoph Behrend (Hg.), *Frühinvalidität – ein «Ventil» des Arbeitsmarkts?*, Berlin: DZA (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 90).
- Behrens, Johann; Jairo Oka Arrow, Anne Dreyer-Tümmel und Ulrich Dorenburg (1992), Gesundheitsberichterstattung und berufliche Mobilität, in: U. Laaser, F. H. Schwartz (Hg.), *Gesundheitsberichterstattung und Prävention*, Heidelberg, New York, Tokio usw.: Springer.
- Behrens, Johann; Thomas Elkeles und Detlef Schulz (1998), Begrenzte Tätigkeitsdauer und relative Gesundheit. Berufe und betriebliche Sozialverfassungen als Ressourcen für Tätigkeitswechsel, in: Walter R. Heinz, Werner Dressel, Dieter Blaschke, Gerhard Engelbrecht (Hg.), *Was prägt Berufsbiographien? Lebenslaufdynamik und Institutionenpolitik*, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, BeitrAB 215.
- Bourdieu, Pierre (1985), *Sozialer Raum und Klassen* – Zwei Vorlesungen, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bosch, Gerhard und Sebastian Schief (2006), Beschäftigung und Vorruhestand älterer Erwerbspersonen in Europa: Neue Formen sozialer Ungleichheit, in: Karl-Siegbert Rehberg (Hg.), *Soziale Ungleichheit, Kulturelle Unterschiede*, Frankfurt, New York, 455–472.
- Cyert, Richard M. und James G. March (1976), Die behavioristische Theorie der Unternehmung: eine Verbindung von Verhaltensforschung und Wirtschaftswissenschaft, in: Erwin Grochla (Hg.), *Organisationstheorie* Band 2, Stuttgart: C.E.Poeschl, 360–372.
- Elias, Norbert (1976), *Der Prozess der Zivilisation*, 2 Bände, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Faulbaum, Frank (1991), Von der Variablensoziologie zur empirischen Evaluation von Handlungsparadigmen, in: Harmut Esser, K. G. Troitzsch (Hg.): *Modellierung sozialer Prozesse*, Bonn, 111–138.
- Gadamer, Hans (1993), *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Gerhardt, Uta (1986), *Patientenkarrieren*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Giddens, Anthony (1998), Ist das Rentenalter eine Fiktion, Professor Giddens? Ein Interview mit Patrick Barton, *Frankfurter Allgemeine Magazin*, 31. Woche, 31. Juli 1998, Heft 961, 44–45.
- Ilmarinen, Juhani (2006), *Towards a Longer Worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*, Finnish Institute of Occupational Health.
- Kelle, Udo; Susann Kluge, Thorsten Sommer (1998), Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslaufforschung, in: Walter R. Heinz, Werner Dressel, Dieter Blaschke, Gerhard Engelbrech (Hg.), *Was prägt Berufsbiographien? Lebenslaufdynamik und Institutionenpolitik*, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, BeitrAB 215, 335–361.
- Kotowska, Irena E. (2002), *Ageing in transition countries – the state of the research*, Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Krais, Beate (1989), Soziales Feld, Macht und kulturelle Praxis – Die Untersuchungen Bourdieus über die verschiedenen Franktionen der herrschenden Klasse in Frankreich, in: Eder, Klaus (Hg.), *Klassenlage, Lebensstile und kulturelle Praxis – Beiträge zur Auseinandersetzung mit Pierre Bourdieus Klassentheorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kuwan, H. und E. Waschbüsch (1994), *Betriebliche Weiterbildung. Ergebnisse einer Befragung von Erwerbstätigen und betrieblichen Experten in Deutschland*. Bonn: Eigenverlag des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft.
- Niephaus, Yasemin (2003), *Der Geburtseinbruch in Ostdeutschland nach 1990*, Opladen: Leske + Budrich.
- North, Douglas (1992), *Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung*, Tübingen: Mohr.
- Olson, Mancur (1968), *Die Logik kollektiven Handelns*, Tübingen: Siebeck.
- Sackmann, Reinhold (2003), Institutionalisierte Lebensläufe in der Krise, in: Allmendinger, Jutta (Hg.), *Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002* (CD-ROM), Opladen: Leske + Budrich, 565–582.
- Sadowski, Dieter und Bernd Frick (1992), *Die Beschäftigung Schwerbehinderter: Betriebswirtschaftliche Analysen und politische Empfehlungen*, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Simon, Herbert A. and Associates (1992), Decision Making and Problem Solving, in: Mary Zey (Hg.), *Decision Making*, Newbury Park: Sage, 32–53.
- Strauss, Anselm und Juliet Cobin (1990), *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park: Sage.
- de Swaan, Abram (1993), *Der sorgende Staat*, Frankfurt/New York: Campus.
- Viebrock, H. (1999) in: J. Behrens, M. Morschhäuser, H. Viebrock und E. Zimmermann, *Länger erwerbstätig aber wie?* Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
- Wagner, Gert (1991), *Altersgrenze, Arbeitsmarkt und Altersaustritt*. Habilitationsschrift, Ms. Berlin: Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der TU Berlin.

Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ?

Françoise Bouchayer*

L'approche des situations de rencontre entre soignants et personnes âgées développée ici s'inscrit dans une réflexion plus générale se rapportant à ce que je nomme « l'effet patient » sur les manières d'être un professionnel de santé. Une telle perspective participe de la problématique générale de l'influence du client sur l'exercice de ces professionnels. Au-delà du texte programmatique de E. Freidson (1970) qui met en avant la détermination des conduites professionnelles, dans certains contextes d'exercice, par les logiques profanes, cette thématique n'a en fait été que très peu exploitée en tant que telle dans des démarches de recherche en sciences sociales. L'idée d'étudier sociologiquement les processus par lesquels l'effet patient joue sur les attitudes et les pratiques des professionnels de santé est issue de travaux antérieurs qui avaient mis à jour la difficulté éprouvée par des soignants médicaux ou paramédicaux exerçant en première ligne de l'offre de soins à faire face et à répondre à la présence quotidienne des patients, à la diversité de leurs plaintes et de leurs comportements (Bouchayer 1984 et 1994). D'une manière générale, cette question a principalement été abordée dans des recherches portant sur des contextes d'exercice particulièrement lourds et « usants » comme les services hospitaliers prenant en charge des personnes gravement malades : cancérologie, soins palliatifs, sida, neurologie, etc. (Acker, 2005 ; Castra, 2004 ; Moulin 1999 ; Vega, 2000). Elle mérite cependant d'être appliquée à des situations de travail plus banales car plus courantes et partagées par un grand nombre d'acteurs, soignants comme patients.

La problématique de l'effet patient renvoie à la thématique sociologique générale des articulations entre offre et demande de santé. Divers travaux, notamment dans le champ de l'aide et des soins aux personnes âgées ont souligné tout à la fois la complexité des interactions à l'œuvre et le poids de l'offre de soins sur la construction

* Françoise Bouchayer, SHADYC (Sociologie, histoire, anthropologie des dynamiques culturelles), UMR 8562 EHESS-CNRS, Centre de la Vieille Charité, 2 rue de la Charité, F-13236 Marseille cedex 02, Tél.: 0(33)4 91 14 07 20, bouchayer@univmed.fr.

Françoise Bouchayer est sociologue au CNRS (Centre national de la recherche scientifique). Ses recherches actuelles portent sur les identités et les trajectoires des professionnels de santé et sur le façonnage social de la prestation de soins (Bouchayer 2002 et 2004). Elle a auparavant animé à la MiRe (Mission Recherche, DREES, ministère en charge des affaires sociales et de la santé, Paris) divers programmes de recherches en sciences sociales; dans ce cadre et en liaison avec le département Recherche sur le Vieillissement de la CNAV elle a notamment initié le programme « Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population ». Plusieurs de ses publications récentes reprennent et prolongent la réflexion engagée dans ce cadre (voir par exemple Bouchayer, 2006, Annales de la recherche urbaine n° 100).

de la demande et sur les modalités de la prise en charge (voir par exemple Clément et Drulhe, 1992). Le cadre d'analyse retenu ici se rapporte plus particulièrement à la fonction soignante mise en œuvre dans des situations de rencontre établies entre professionnels de santé et patients. Cette approche contribue en outre à un certain réagencement des conceptualisations qui fondent la sociologie des professions, et notamment des professions en contact avec des usagers, des clients ou des patients (Carricaburu et Ménoret, 2004 ; Dubar et Tripier, 1998 ; Menger, 2003). L'effet patient n'a en effet pas le statut de « variable » accessoire n'intervenant que secondairement dans le façonnage des identités soignantes qui demeureraient avant tout d'ordre professionnel et institutionnel (les compétences, le titre et le poste, l'encadrement par les politiques publiques, etc). Il s'agit par contre de conférer à la réalité de la fréquentation quotidienne des patients par le soin une portée heuristique originale – non exclusive des autres processus à l'œuvre et articulée à eux – pour la compréhension des modes de construction de leur métier par les soignants.

Les interférences entre les caractéristiques sociales et les attitudes des patients d'une part, les caractéristiques et les conduites des praticiens de la santé d'autre part ont été largement abordées par les auteurs du courant interactionniste (Freidson, 1984 ; Hughes, 1996 ; Strauss, 1992). Pour contribuer à l'analyse des manières d'être un professionnel de santé, il me semble pertinent de s'engager de façon plus spécifiée dans la prise en compte des facteurs profanes relatifs aux patients et de leurs incidences sur la sphère professionnelle. En outre, les démarches se réclamant de l'approche interactionniste ont parfois tendance, en dépit de la finesse de leurs apports, à lisser et à uniformiser dans une systématisation « interactiviste » certaines dynamiques à l'œuvre. Ceci peut contribuer à masquer les jeux et enjeux de pouvoir, à désincarner sociologiquement les acteurs et à entretenir des équivalences sociologiques – tous les protagonistes en présence négocient et interagissent – rendant difficile le repérage de processus structurant les relations sociales à l'œuvre, par exemple ce qui relève de l'effet patient.

Par ailleurs, l'effet patient défini ici n'est pas assimilable à l'étude sociologique de la montée en charge contemporaine des droits et de la reconnaissance des malades et des multiples formes de leur expression et structuration sociales, ce que certains auteurs nomment l'*empowerment*: associations d'usagers de la santé ou de malades, représentation de ces derniers dans les instances institutionnelles, etc (Barbot et Dodier, 2000 ; Mathieu 2005 ; Mendell, 2006). De telles approches correspondent à d'autres objets et domaines de recherche. Le poids des patients renvoie en effet à des phénomènes diffus et « spontanés », non formalisés dans des instances ou des mobilisations sociales particulières.

Le propos développé se fonde sur une recherche portant sur les attitudes à l'égard des personnes âgées de trois catégories de professionnels de santé exerçant

en libéral, en France¹ : les médecins généralistes, les infirmières² et les kinésithérapeutes³. Au-delà de la situation française et de ses spécificités, c'est en fait un corpus de données et d'analyses de portée largement généralisable qui se trouve présenté. Dans tous les pays en effet, et quelles que soient les modalités d'organisation des systèmes de santé et de prise en charge de la vieillesse, des soignants vivent des situations contextualisées d'expériences et de ressentis professionnels – et existentiels – dans leur fréquentation régulière des personnes du grand âge.

Dans un premier temps et en référence à diverses publications récentes, un point sera fait sur les dimensions psychologiques et sociales inhérentes au « fait soignant » qu'il convient tout particulièrement de considérer dans l'approche développée. Puis seront présentés les choix méthodologiques retenus pour l'étude de l'activité auprès des personnes âgées des professionnels de santé de première ligne. Les incidences de la proximité à l'autre âgé seront ensuite examinées à partir de trois registres de données empiriques : la constitution de la patientèle, les situations de soins, les relations avec les proches familiaux. Enfin, l'analyse du matériau recueilli sera synthétisée en référence à la problématique générale de l'effet patient.

1 La question du rapport à l'autre dans le champ de la proximité soignante

De nombreuses recherches en sciences sociales ont porté sur les configurations d'aides mises en œuvre auprès de personnes âgées dépendantes, leurs ressorts sociaux et leurs déterminants culturels (Clément et Lavoie 2005 ; Pennec 2003 et 2004 ; Saillant et Gagnon, 2000). Parallèlement, tout un courant de pensée s'inscrivant en partie dans une certaine mouvance des recherches féministes se réfère à la notion de care (que l'on peut traduire par « sollicitude », « souci de l'autre », « aide bienveillante », etc), initialement travaillée par divers auteurs anglo-saxons. Plusieurs publications récentes attestent de l'émergence de ce courant, en France et dans l'espace francophone (Paperman et Laugier, 2005 ; Zacaï-Reyners, 2006). Ces travaux défendent notamment le projet de faire sortir de leur relégation de la scène publique des pratiques sociales très répandues – mais dévalorisées et souffrant d'un déficit chronique de reconnaissance – constitutives des liens sociaux sans lesquels une société ne « tient » pas. Ces pratiques se rapportent à toute une palette d'activités d'aide et de soins profanes ou professionnels en direction de groupes sociaux qualifiés de vulnérables : jeunes enfants, personnes âgées, handicapés, personnes isolées ou démunies, etc. Il

1 Cette recherche fait l'objet d'un contrat dans le cadre du programme « La vulnérabilité liée au vieillissement et à la longévité » de l'Institut du vieillissement et de la longévité – GIS, lancé en 2004 en partenariat avec le CNRS, l'INSERM, l'INED, et le ministère délégué à la recherche.

2 Nous utiliserons ici le terme d'infirmières pour parler des infirmiers et des infirmières. Les publications sur cette profession retiennent l'une ou l'autre de ces formulations.

3 L'usage en étant courant, c'est le terme de kinésithérapeute qui est employé dans cet article ; la dénomination officielle de la profession est celle de masseur-kinésithérapeute.

ne s'agit pas ici de faire une présentation critique et synthétique de ces différents courants mais de voir en quoi certains de leurs apports – ainsi que ceux d'autres auteurs – apparaissent utiles et éclairants pour les questions se rapportant aux soins professionnalisés à autrui âgé. Trois aspects méritent plus particulièrement d'être soulignés.

- Tout d'abord, ces travaux rappellent que les composantes émotionnelles et les dynamiques interpersonnelles parcourrent les dimensions tant relationnelles que techniques des situations de délivrance d'aide⁴. Aussi convient-il, dans l'analyse, de ne pas cliver ces différents registres et de parvenir à se dégager d'une approche en termes de soignants « techniciens » versus soignants « humains ». Même si ces conceptualisations, fréquemment évoquées à propos des professionnels du soin, recouvrent des faits empiriques aisément observables, elles n'en contribuent pas moins, me semble-t-il, à faire butter la réflexion au seuil de questionnements qui méritent précisément d'être clarifiés et abordés de façon plus transversale et « sociologisée » (Petitat, 1992).
- Ensuite, quelques-uns de ces auteurs soulignent l'ambivalence inhérente aux affects mobilisés et rappellent que la dynamique de l'aide peut aussi s'accompagner de sentiments de rejet ou de détestation. Cette approche apparaît plus particulièrement portée par les chercheurs se réclamant de la psychodynamique du travail qui fondent leur réflexion sur divers travaux de terrain (Molinié 2004 et 2005). D'autres auteurs ayant travaillé sur des thématiques proches, comme par exemple l'hospitalité ou le respect, intègrent également à leur objet de recherche le souci de l'autre et son contraire : « Rejet et défiance ne sont pas antagonistes du lien social mais ses composantes mêmes [...]. L'histoire et la géographie de l'hospitalité sont jalonnées d'ambivalence et le recours à cette notion invite à nommer la difficulté au lieu de la masquer » (Gotman, 2002, p 4). Dans son travail sur le respect, R. Sennett s'arrête sur la question des limites de la sollicitude, de la fatigue de la compassion, ou sur les difficultés à éprouver de la sympathie pour l'autre en situation de souffrance (Sennett, 2003). Le recours à des notions comme celles de sollicitude ou d'attention à l'autre pour qualifier les situations de délivrance d'aide et de soins ne paraît alors pas totalement satisfaisant en dépit de leur réel intérêt⁵. Il importe en effet de ne pas naturaliser le fait soignant dans une évidence et une univocité de souci de l'autre et de ne pas évacuer, dans l'approche qui en est faite, les phénomènes

⁴ Une partie des auteurs travaillant sur les notions de soins et de care se réfère aux conceptualisations et modes de compréhension portés par la psychanalyse (Bowlby, Winnicott, Harlow, Klein, etc.). Sur ces questions, il importe de se référer également au travail phare de M. Balint (1988) sur les interférences d'affects entre le médecin et son patient.

⁵ La plupart des auteurs se réclamant du courant du caring développent une approche plus univoque, alimentée principalement par une réflexion philosophique et éthique, et peu par des travaux empiriques (voir par exemple Paperman et Laugier, 2005).

- d'indifférence, d'évitement, de maintien à distance, de déconsidération, voire de brutalité ou de violence (Bouchayer, 2002 ; Scodarello, 2006).
- Enfin, certains auteurs interrogent la pertinence qu'il y a à distinguer systématiquement l'aide et les soins assurés par des professionnels de ceux réalisés par des non professionnels (proches familiaux ou autres, bénévoles, etc). Dans son principe, le soin peut en effet être considéré comme une forme particulière – professionnalisée ou non – de la relation d'aide à autrui (Bouchayer, 2004). C'est d'ailleurs dans des recherches se rapportant à des situations situées en marge voire en dehors du système de santé que ce qui relève des fondamentaux socio-anthropologiques de la délivrance de soins paraît être le mieux abordé et développé : professionnels de santé bénévoles travaillant auprès des « exclus » (Parizot 2003), soins aux personnes âgées délivrés dans l'espace domestique par leurs proches (Pennec 2004 ; Weber et al., 2003) ou encore pratiques fortement liées à des valeurs comme l'hospitalité ou le respect précédemment évoquées. Il s'agit donc de reconsiderer la prestation de soins professionnalisée sur la base d'un cadrage élargi et en partie dé-spécifié intégrant des composantes non strictement professionnelles.

Ces trois dimensions du soin – l'inscription des échanges au travers des registres technique et relationnel, les ambivalences des affects, la composante profane du soin professionnel – ont été peu prises en compte dans les démarches de recherche en sociologie des professions de santé. Celles-ci ont préférentiellement « regardé » ces métiers et les fonctions qu'ils assurent au prisme de leur professionnalisation notamment dans deux de ses fondements : la consolidation des compétences par les « progrès » en matière de connaissances technico-scientifiques et par les diverses formes instituées de contrôle (par les pairs et par les pouvoirs publics) ; la rupture avec le modèle religieux du dévouement et de la vocation ainsi qu'avec celui de l'engagement « naturel » des femmes dans les soins aux enfants, aux malades et aux vieillards. Parallèlement, la spécificité et la richesse du domaine de la médecine a pu contribuer à ce que les aspects relativement plus partagés et banalisés du soin soient quelque peu marginalisés ou ignorés dans les recherches en sociologie de la santé.

2 L'étude transversale de trois groupes professionnels intervenant en première ligne de l'offre de soins

En France comme dans de nombreux pays industrialisés ce sont les professionnels de santé exerçant en première ligne de l'offre de soins qui assurent l'essentiel du suivi médico-soignant des personnes âgées (voir encadré). Celles-ci en effet vivent dans leur grande majorité à domicile, y compris aux âges élevés et lorsque la présence de maladies ou d'incapacités rend nécessaire une aide quotidienne assurée par des tiers. Au début des années 2000, 80% des personnes de 70 ans et plus et 70 % de celles

de 85 ans et plus vivent chez elles⁶. Du fait des évolutions démographiques et du développement des politiques de maintien à domicile, la part âgée et très âgée de la population représente une proportion de plus en plus importante de la clientèle des professionnels de santé exerçant en ambulatoire. Or, en France, très peu de recherches se sont penchées sur ce pan de la prise en charge des personnes vieillissantes. Les travaux consacrés aux personnes âgées dites dépendantes ont principalement porté sur le secteur socio-sanitaire « spécialisé » de la vieillesse : intervenants à domicile (SSIAD⁷, auxiliaires de vie, etc), coordination et réseaux gérontologiques⁸, établissements d'hébergement, allocations spécifiques, politiques publiques sectorielles⁹. Les personnes âgées, de leur côté, requièrent un suivi médico-soignant spécifique, pour différentes raisons : présence de polypathologies, chronicité d'une partie d'entre elles, prise en charge au long cours et souvent jusqu'à la fin de vie, nécessité d'une coordination entre intervenants du secteur sanitaire et du secteur social ainsi qu'avec l'entourage, etc.

Dans l'optique développée ici, l'approche transversale de trois groupes professionnels exerçant en libéral – les généralistes, les infirmières et les kinésithérapeutes – est apparue particulièrement propice au repérage des « effets patients » car privilégiant un cadrage des situations de rencontre patients /soignants non circonscrit à une profession particulière et à tout ce qui pourrait être interprété comme relevant de ses spécificités : statut, champ de compétence, positionnement dans la hiérarchie socioprofessionnelle, etc (Bouchayer, 2006). Les médecins généralistes libéraux exerçant en France ont fait l'objet de divers travaux sociologiques (Arliaud, 1987 ; Bloy, 2005 ; 1993 ; Robelet, 2003) tandis que les infirmières libérales, contrairement aux infirmières hospitalières, n'ont à ce jour suscité l'intérêt que d'une seule équipe de recherche (Vilbrod et Douguet, 2006) ; les kinésithérapeutes pour leur part, tous modes d'exercice confondus, ont été assez catégoriquement « oubliés »¹⁰.

Une cinquantaine d'entretiens approfondis se répartissant de façon équivalente entre les trois groupes de soignants étudiés a été réalisée. Ces professionnels

⁶ Source : enquête Insee /Drees Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID), 1999 et 2001. Sur ces questions, on peut se référer notamment à Dutheil (2000) et Bressé (2004).

⁷ Les Services de soins infirmiers à domicile, créés en 1981 dans le cadre de la politique de maintien à domicile des personnes âgées, emploient principalement des aides-soignantes salariées et ont à leur tête une infirmière, également salariée.

⁸ Les coordinations gérontologiques et les réseaux de santé qui se sont développés en France depuis la fin des années 1990 ne touchent qu'une faible minorité des professionnels de santé exerçant en libéral.

⁹ Pour une présentation de la situation française en matière de dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes, voir notamment Henrard (2006).

¹⁰ A l'échelon du secteur libéral de distribution des soins, les personnes âgées représentent un segment de patientèle à l'origine de multiples tensions interprofessionnelles d'ordre notamment concurrentiel (voir encadré). Les diverses réformes décidées ces dernières années ou envisagées par les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie en matière d'encadrement de l'activité des professionnels de santé libéraux et de rationalisation des dépenses de santé sont venues exacerber ces tensions, dans un contexte de réel malaise des professions de santé (de Kervasdoué, 2003).

Infirmières, kinésithérapeutes et médecins généralistes exerçant en libéral en France
Données de cadrage (source : assurance maladie, 2003 et 2004)*Les infirmières*

14 % de l'ensemble des infirmières en exercice sont installées en libéral (contre 10% en 1988) soit environ 49 800 personnes. Leur âge moyen est de 43 ans et les hommes représentent 15% de ce segment professionnel. Les deux tiers de l'activité des infirmières libérales correspondent à des AIS (actes infirmiers de soins) ou soins de nursing, l'autre tiers à actes techniques (AMI : actes médico-infirmiers). Une très forte majorité des actes réalisés le sont à domicile. Les personnes âgées de 70 ans et plus forment, en moyenne, 36,3% de la clientèle de ces infirmières (contre 12% dans la population générale) et concentrent 70% de l'ensemble des soins effectués. La France fait partie des quelques pays européens où l'exercice libéral infirmier est largement développé, à l'instar de la Belgique et de l'Espagne (Bourgeuil et coll., 2005).

On observe depuis une vingtaine d'années un accroissement des pressions d'ordre concurrentiel concernant le domaine des soins à domicile aux personnes âgées : intervention d'aides soignantes salariées des SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile), développement des services d'HAD (Hospitalisation à domicile), tendance à l'élargissement du champ de compétences des auxiliaires de vie sociale, etc.

Les kinésithérapeutes

78% des masseurs-kinésithérapeutes soit environ 43 000 praticiens sont installés en libéral. 64% d'entre eux sont des hommes ; leur âge moyen est de 43 ans, contre 40 ans pour les femmes, la profession tendant sensiblement à se féminiser. Les personnes de 70 ans et plus représentent 21% de leur clientèle. La proportion de patients suivis à domicile – en majorité des personnes très âgées – constitue une variable d'ajustement de leur activité.

A l'instar des infirmières, les kinésithérapeutes et leurs représentants sont actuellement très vigilants face aux orientations des pouvoirs publics visant à autoriser d'autres professionnels de l'aide à domicile à assurer certains actes relevant actuellement de leurs attributions (mobilisation des membres, aide à la marche, etc.).

Les médecins généralistes

54 300 médecins généralistes exercent en libéral, ce qui représente un peu plus de la moitié des praticiens libéraux (les autres étant des spécialistes) et environ le quart de l'ensemble du corps médical. 36% d'entre eux sont des femmes, cette proportion étant sensiblement plus élevée parmi les jeunes générations. La diminution des visites à domicile, qui tendent à se concentrer sur la catégorie des personnes âgées dépendantes, a été sensiblement accentuée par l'accord sur leur bon usage conclu en 2002 avec l'assurance maladie.

ont été contactés dans trois espaces territoriaux différents – grande ville, petite ville et milieu rural – « au hasard » à partir des listes de l'annuaire téléphonique tout en étant attentif à une répartition diversifiée des âges, des sexes et des modes d'exercice (en cabinet individuel ou de groupe, notamment). Les entretiens ont été conduits aux fins de recueillir des données sur les caractéristiques de l'activité actuelle : ancienneté, gestion des rendez-vous et des visites, profil de clientèle, etc. Dans un second temps était abordé tout ce qui concerne les soins et le suivi des personnes âgées, en demandant en outre au médecin, à l'infirmière ou au kinésithérapeute interviewé de parler de quelques cas parmi ceux suivis actuellement. L'ensemble de l'entretien, les questions posées, les relances faites visaient à recueillir le point de vue personnel des soignants sur ce qu'ils apprécient particulièrement dans leur travail et leurs relations aux patients, ainsi que sur les situations qu'ils apprécient moins, qu'ils trouvent plus difficiles ou désagréables. L'univers sociologique de référence est donc celui de l'exercice quotidien de ces soignants en général, au sein duquel s'inscrit la délivrance de soins aux personnes âgées¹¹.

3 La constitution de la patientèle et l'organisation du travail

La plupart des infirmières rencontrées consacrent plus de la moitié de leur temps de travail à des soins auprès de patients âgés et très âgés, tandis que les kinésithérapeutes ont en moyenne 10 à 30% de personnes âgées dans leur clientèle et que les médecins généralistes ont une patientèle qualifiée le plus souvent de diversifiée. Certains professionnels n'ont pas ou que très peu de personnes très âgées dans leur clientèle, alors que des confrères exerçant à proximité en suivent davantage. Tel est le cas de cet infirmier de 52 ans, installé dans une petite ville, qui a activement exploité les possibilités offertes par la mise en place d'un service social communal assurant notamment les toilettes aux personnes dépendantes : « Les personnes âgées, quand elles sont incontinentes, qu'elles sont dépendantes, alors là on n'en fait plus. Donc, comme on ne fait plus de toilettes, on n'a plus dans notre clientèle des personnes de 75, 80 ans et au-delà. Ça arrive encore pour des injections, des trucs comme ça, des problèmes circulatoires avec des pansements ». Cet infirmier dit ne faire actuellement « que du technique » et estime que les toilettes ne relèvent plus du domaine infirmier tout en reconnaissant que ses collègues ne partagent pas tous le même point de vue ni les mêmes conduites.

Les kinésithérapeutes n'ayant que peu ou quasiment pas de personnes âgées dans leur patientèle correspondent à ceux qui se sont orientés vers des créneaux d'exercice particuliers, par exemple le sport et la rééducation post-traumatique, la

11 Lors des contacts pris par téléphone, la recherche était présentée comme portant sur les différentes manières d'être généraliste / infirmière / kinésithérapeute, et non sur la question de la prise en charge des personnes âgées, ce qui aurait induit divers biais discursifs.

prise en charge des troubles respiratoires des enfants (bronchiolites, mucoviscidose, enfants handicapés) et surtout les thérapies hétérodoxes (ostéopathie, massages chinois, méthode Mézières, etc). Ces professionnels peuvent en outre consacrer une part très variable de leur activité aux soins à domicile qui concernent pour une bonne part les personnes âgées. La définition de créneaux d'intervention peu propices à l'inclusion de personnes âgées dans la patientèle se retrouve parmi les généralistes. Ainsi chez cette jeune femme médecin et mère de trois enfants, affichant une orientation homéopathique, qui a récemment ouvert son cabinet dans une petite ville ; elle s'est très rapidement constituée une clientèle en bonne partie composée de jeunes mères et d'enfants. Elle souligne : « J'aurais difficilement repris une clientèle d'un médecin âgé, avec donc une clientèle âgée, ça, ça m'aurait été beaucoup plus pénible je pense. C'est vrai que tout construire avec les patients, c'est vraiment très agréable, parce que j'ai une clientèle très agréable. Des femmes, des enfants, c'est vrai que c'est sympathique ».

L'examen de la question des associé(e)s et des remplaçant(e)s, qui concerne tout particulièrement les infirmières, apporte un éclairage complémentaire à ces pratiques de maîtrise et de sélection de la clientèle, notamment âgée¹². Plusieurs ont fait part des problèmes rencontrés avec des collègues qui partaient au bout de quelques mois et parfois du jour au lendemain, parce qu'elles ne voulaient pas travailler de la même manière, au même rythme ou avec autant de patients grabataires, etc. Certaines infirmières ont mis parfois des années avant de parvenir à stabiliser leur cabinet. L'une d'elles, qui exerce en milieu rural en association avec deux autres collègues, se rappelle : « En plein mois de juin, Sylvie et Eric m'ont dit qu'il fallait refuser des patients, parce que eux ils ne voulaient pas travailler tous les jours, ni travailler autant. Et moi, je me suis sentie toute seule, parce que j'ai pas l'habitude de refuser. C'est vrai que les étés sont plus difficiles que les hivers, contrairement à ce qu'on croit, parce qu'il y a beaucoup de gens de Paris ou d'ailleurs qui avaient acheté ici quand ils étaient jeunes, et maintenant ils ont vieilli, et c'est leurs enfants qui les ramènent l'été au chalet pour passer trois ou quatre mois, et ils mettent en place tout le système : aide-ménagère, infirmière, etc. »

On perçoit bien, à partir de ce témoignage, la prégnance avec laquelle la présence des patients façonne le travail du soignant, mais aussi en quoi, dans le moulage ainsi établi, tous les soignants n'y trouvent pas leur compte, ni l'espace pour vivre leur métier de manière moins surdéterminée par autrui à soigner et par les logiques qui lui sont propres.

¹² En France, les infirmières libérales sont tenues d'assurer, à l'échelon de leur propre cabinet et pour leurs patients, une permanence des soins sept jours sur sept, toute l'année (sauf la nuit). Ces infirmières s'organisent donc en binôme, avec une remplaçante ou une associée ou exercent au sein d'un cabinet collectif pouvant regrouper 3 à 6 infirmières. La permanence de soins n'est pas requise pour les kinésithérapeutes, et celle des médecins s'organise collectivement à l'échelon local, au-delà donc du cadre du cabinet.

Dans la même optique, de nombreux autres aspects relatifs à la sélection de la patientèle et à l'organisation du travail pourraient être évoqués, notamment à propos de la gestion des rendez-vous, des horaires et des déplacements. Par exemple, dans une petite ville où plusieurs médecins libéraux ont récemment pris leur retraite, une généraliste a retenu comme règle de conduite : « Moi, depuis un an, je ne prends plus de nouveaux patients en visite à domicile. S'il y a une personne âgée qui veut changer de médecin, je lui dis non, parce que je ne peux pas assumer. » Parmi les soignants rencontrés, ce sont les médecins généralistes qui ont le plus exprimé leur inquiétude face aux charges de travail supplémentaires que représentera dans les années à venir le grand vieillissement et la nécessité de devoir développer la part de leur activité se déroulant à domicile.

4 Les modalités de la présence, dans les situations de soins, de l'autre âgé

4.1 Des personnes âgées dont on apprécie la compagnie, ou qui insupportent

Lors de leur évocation de tel ou tel patient âgé, les professionnels rencontrés ont notamment parlé de leurs appréciations et ressentis personnels. Un éventail ouvert de tonalités discursives a ainsi été recueilli, allant de l'enthousiasme et de l'attachement très vivement éprouvés à une absence de sympathie ou à de l'agacement, en passant par des situations ne suscitant pas de réaction affective ni d'intérêt relationnel particulier. Plusieurs soulignent que le fait d'avoir dans leur clientèle quelques patients, parmi lesquels des personnes âgées, particulièrement appréciés, ayant des personnalités très attachantes, dynamisantes ou réconfortantes aide à supporter tous les autres. Ces figures bienfaitrices irriguent positivement l'ensemble de leur pratique, sont vécues comme très gratifiantes et constituent, en quelque sorte, un soutien pour « tenir », jour après jour, dans des fonctions professionnelles globalement ressenties comme assez usantes et envahissantes.

C'est aussi parce que certains contacts ne sont pas appréciés voire sont vécus comme franchement déplaisants que la fonction de soignant n'est pas toujours facile à vivre. « Ceux qu'on va moins aimer, ce sont les patients acariâtres, ce sont les gens exigeants, parce que souvent en devenant âgés ils ont tendance à être un peu exigeants, ils demandent beaucoup, ils pensent qu'on est un peu à leur service ». Ce ne sont pas, dans l'ensemble, les caractéristiques sociales (niveau et mode de vie, type d'habitat, milieu social, etc) qui semblent structurer le plus fondamentalement les modes d'appréciation des patients âgés. Par contre, tout ce qui se rapporte aux personnalités de ces patients ainsi qu'aux relations qu'ils entretiennent avec leurs proches a fait l'objet de nombreux développements dans les propos tenus par les professionnels. Il y a les patients que l'on voit arriver avec plaisir ou chez qui l'on se rend volontiers, et ceux dont on appréhende le contact. S'agissant des visites à domicile, les soignants rencontrés disent qu'il y a des personnes qu'ils « adorent »,

et chez qui ils passeraient volontiers une heure ou davantage, et d'autres chez qui ils ne restent que le strict temps nécessaire au soin : « cette personne [une femme de 82 ans], moi je ne la trouve pas du tout intéressante, parce qu'elle ramène toujours tout à elle et qu'elle ne laisse pas de place à l'autre ; chez elle, je ne m'attarde pas » (kinésithérapeute).

Il arrive parfois que la relation soignante ne puisse plus se poursuivre, parce que les rapports interpersonnels sont trop chargés ou tendus. Dans ces cas, les soignants essaient de passer le relais à un ou une collègue exerçant à proximité : « C'est vrai que parfois, au bout de plusieurs années, on ne peut plus supporter certaines situations, alors on appelle un autre cabinet [d'infirmières] et on leur demande s'ils ne peuvent pas s'occuper de cette personne. Et quelquefois, c'est eux qui nous le demandent. » Plusieurs infirmières ou kinésithérapeutes ont fait part de cas de patients avec qui « ça fonctionne bien », mais avec qui leur(s) collègue(s) ne s'entend(ent) pas, ou inversement. La fin de relations péniblement vécues est source de soulagement (lorsque la personne ne requiert plus de soins, entre en établissement ou décède, etc). Mais d'autres situations de rupture de lien, du fait du patient, peuvent être assez mal ressenties. Un médecin par exemple évoquera avec amertume le cas d'une patiente âgée dont il s'était beaucoup occupé qui a un beau jour envoyé son mari récupérer son dossier car elle avait décidé de se faire suivre par un autre praticien.

Les personnes ayant un comportement sensiblement affecté par la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de détérioration intellectuelle sont présentées comme des cas lourds. En fonction des modes d'expression de ces perturbations, la relation avec le patient âgé et son appréciation varient. Ceux qui, en dépit de troubles manifestes, sont qualifiés de calmes et « pas paranoïaques » attireront plus la compassion et la compréhension que ceux qui sont agressifs ou qui hurlent.

4. 2 Des scénarios de liaisons sociotechniques

Les pratiques et les techniques de soins participent intimement au maillage des relations entre soignants et patients. Les modalités de réalisation des toilettes auprès des personnes âgées sont, à cet égard, très éclairantes. Ainsi, cette infirmière remarque : « *Avec cette personne, on ne peut pas parler et prendre la douche en même temps. Bon, on a pris le pli puisque c'est elle qui veut que ça se passe comme ça. Alors, si on a le temps, on discute un peu après.* » A propos d'une autre patiente, cette même infirmière dira « *avec elle, on discute de tout pendant la toilette, par contre.* » L'adaptation aux particularités du logement et aux habitudes des patients a fréquemment été évoquée par les soignants exerçant en milieu rural. « *Avec les salles de bain qu'on a parfois, c'est acrobatique les toilettes, très acrobatique !* » Beaucoup de vieilles personnes « *découvrent le plaisir de la douche* », ceci ne pouvant souvent advenir qu'à l'issue d'une phase plus ou moins longue d'appriboisement. « *C'est petit à petit qu'on arrive à demander une petite planche pour mettre sur la baignoire, et puis au début, on n'a pas de linge, et puis après, petit à petit, on vous en donne.* » Certaines infirmières expriment les bénéfices

qu'elles retirent des gestes accomplis : « *En fait, j'aime bien le nursing parce que j'ai vraiment l'impression d'aider et que la personne est contente. Quand je ressens que j'ai fait quelque chose qui tout de suite est ressenti comme bien, je suis vraiment contente.* »

Les liaisons sociotechniques entre patients et soignants accompagnent aussi les processus de dégradation physique et d'acceptation du grand vieillissement. Par exemple à propos de cet homme de 92 ans qui voulait absolument conserver son dentier, mais qui « mettait beaucoup trop de colle », qui avait en outre des problèmes de régurgitation et avait failli à plusieurs reprises s'étouffer ; il a fallu longtemps et de nombreuses discussions et argumentations, se rappelle son infirmière, pour qu'il accepte d'enlever son dentier. Concernant l'usage des objets techniques de soin, deux infirmières ont fait part, à propos du tensiomètre, de scénarios très parlants quant aux modalités d'agencements possibles de la demande et de l'offre de soins. L'une fait remarquer qu'elle garde toujours le tensiomètre dans sa sacoche lorsqu'elle se rend au domicile des patients, car ceux-ci, en particulier les personnes âgées, aiment lui demander de prendre leur tension. Afin d'éviter d'avoir à répondre systématiquement à ce type de demande, une autre infirmière a récemment décidé de laisser le tensiomètre dans sa voiture ; si elle reste un moment supplémentaire chez chacun pour prendre la tension, répondre aux questions sur les chiffres du jour, etc elle n'arrive plus à avancer dans sa tournée au rythme souhaité. Plusieurs kinésithérapeutes ont signalé qu'ils étaient devenus experts en réparation de matériel spécialisé utilisé à domicile (fauteuils roulants, déambulateurs, lits médicalisés, etc), mais aussi en dépannage de téléviseurs ou de téléphones. C'est le maintien d'une bonne liaison entre le patient âgé et son environnement matériel de proximité et de communication avec l'extérieur qui se trouve pratiquement et symboliquement assuré par ce type d'intervention.

La circulation des gestes et des objets, et les liens qu'elle exprime, a également été évoquée à propos du café offert le matin par les patients, ou encore des petits cadeaux ritualisés et très appréciés par les soignants. « Cette patiente [une femme de 86 ans], je sais très bien que le 15 décembre, elle va m'appeler pour m'offrir ma boîte de chocolats. Je le sais, ça c'est sûr et certain [...]. Elle, c'est une relation, c'est bien plus qu'une cliente pour moi ». Inversement, quant « le contact ne passe pas », le soin est alors comme en péril, et peut être très mal vécu. « Ce que je n'aime pas, c'est quand je n'arrive pas à avoir des rapports dans lesquels je me sente bien avec les gens. Quand j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui ne passe pas, je suis mal et du coup je pense même que, techniquement, je travaille moins bien, même si en fait ce n'est pas le cas » souligne une infirmière.

5 Les rapports avec les proches familiaux

La possibilité du maintien dans leur cadre de vie habituel des personnes âgées lourdement handicapées ou malades dépend très directement de la présence de proches familiaux et de l'aide qu'ils assurent quotidiennement. Les professionnels rencontrés ont largement insisté sur ce point¹³. En amont d'une nouvelle prise en charge, ces professionnels, notamment les infirmières, s'attachent à apprécier à cet égard la situation. Ceci les amène parfois à ne pas s'engager sans une prise en charge qu'elles pressentent « ingérable » par manque de participation aux soins de personnes proches.

Les relations des professionnels rencontrés avec les familles des patients âgés sont, dans l'ensemble, vécues sur un mode assez positif et solidaire. Parfois les rapports sont plus tendus car les enfants « culpabilisent parce qu'ils ne sont pas toujours là », et peuvent être assez agressifs ou inquisiteurs à l'égard du soignant. La présence des proches familiaux marque donc fortement les tonalités relationnelles entre soignants et patients âgés, dans le sens d'une potentialisation des liens dans l'attention à autrui, ou dans un sens plus négatif. L'attitude d'une belle-fille qui veut « toujours tout régenter » ou d'un mari qui « se sent obligé de vous dire comment vous devez travailler », etc. contribuent à diffracter la sympathie que le soignant pourrait éprouver pour la personne âgée et suscite chez lui contrariétés et agacements¹⁴.

A l'occasion des échanges avec le patient âgé et ses proches, qui s'inscrivent souvent sur le long cours, infirmières, kinésithérapeutes et médecins recueillent de nombreuses confidences, sont amenés à connaître l'histoire de la famille, et les « histoires de famille ». A propos de certains patients, les soignants aiment à dire « On fait un peu partie de la famille ». Une infirmière exerçant dans une grande ville signalait que, récemment, elle-même, son mari et ses trois enfants avaient participé à une grande fête organisée pour le centième anniversaire d'une de ses patientes. D'autres sont parfois invités au mariage d'un petit enfant ou au baptême d'un arrière petit enfant. Inversement, le fait de ne pas être convié à un événement familial, ou simplement informé, peut être source d'amertume et de tristesse, comme pour ce kinésithérapeute installé en milieu rural qui n'a pas été invité à un mariage, dans une famille où il était intervenu auprès de plusieurs générations, depuis plus de trente

13 Les travaux statistiques concernant les configurations d'aide autour des personnes âgées dépendantes vivant à domicile ont souligné la nette prépondérance des aides familiales (Bressé, 2004; Dutheil, 2000). Ceci apparaît donc vérifié lorsque l'on approche ces situations qualitativement à partir du point de vue des professionnels.

14 C'est dans la littérature romanesque d'inspiration autobiographique que le thème de « l'effet des proches familiaux » sur les relations entre professionnels de santé et patients a, à mes yeux, été le mieux évoqué (voir par exemple Lépron, 2003; Winckler, 1998, respectivement ancienne infirmière libérale et ancien médecin généraliste). C'est aussi une lecture de toute la palette des relations – affectueuses, ambiguës ou délétères – entre proches familiaux et personnes malades que ces auteurs proposent.

ans. Tel est également le ressenti des soignants, souvent exprimé par des médecins, qui apprennent incidemment et tardivement le décès d'un patient âgé.

Les professionnels rencontrés ont souvent spontanément parlé des questions relatives aux fins de vie et à la mort des vieilles personnes notamment en relatant des situations qu'ils ont connues, parfois des années plus tôt, mais dont la marque est restée chez eux très vivace. Une infirmière signalera qu'elle perçoit que les personnes âgées en fin de vie « savent que nous on peut être un interlocuteur pour protéger la famille » ; elle a le souvenir de plusieurs situations où, manifestement, les personnes avaient attendu qu'elle soit là « pour partir ». D'une manière générale, c'est également en direction des proches familiaux que le rôle de soutien moral des professionnels de santé libéraux s'exerce, et est attendu d'eux.

6 Des modes d'engagement dans le métier spécifiques, et paradigmatisques

Plusieurs aspects transversaux aux trois groupes de professionnels de santé libéraux étudiés contribuent à conforter la prégnance des patients âgés sur la pratique de ces soignants. Ceux-ci interviennent en première ligne de l'offre de soins, font l'objet d'une prise de contact (et d'un maintien de ce contact) largement déterminée par l'usager (du fait du libre choix) et évoluent dans leur activité en étant en lien direct avec les patients (indépendamment des interférences de l'encadrement institutionnel et du travail en équipe qui caractérisent l'exercice en établissement). En outre, une bonne partie de leur activité en direction des personnes âgées s'effectue au domicile des patients et en présence des tiers intervenants que sont les proches familiaux. De leur côté les personnes vieillissantes requièrent des soins au long cours, un suivi coordonné et une implication professionnelle et émotionnelle spécifiques.

Dans ce contexte, les incidences des caractéristiques des patients sur le façonnage des ressentis et l'élaboration des styles professionnels opèrent sur la base de divers processus. Tout d'abord, les phénomènes de maîtrise et de sélection de la patientèle apparaissent fortement liés aux effets que les patients âgés et les soins à leur attention produisent sur les professionnels de santé. Certains ne sont pas attirés par ce type de personnes ou ne souhaitent pas, pour diverses raisons, consacrer une part importante de leur activité à ces patients et aux interventions qu'ils requièrent. D'autres mettent en place des stratégies d'évitement ponctuel ou plus structurel ou valorisent de façon sélective les échanges qu'ils ont avec quelques personnes âgées auxquelles ils sont particulièrement attachés. D'autres encore vivent avec satisfaction et sur un mode gratifiant cette part de leur travail, même s'ils reconnaissent qu'elle peut être physiquement et moralement « usante » et lourde à assurer. Les phénomènes de sélection de la clientèle opérés par les soignants pourraient, à premier abord, apparaître comme relevant d'un « effet professionnel ». Ils sont en fait à comprendre comme découlant d'un effet patient que l'on pourrait qualifier de rétro-effet (ou

de réactionnel). Cette dynamique d'influences de la sphère profane sur la sphère professionnelle vaut également pour ce qui se rapporte aux manières d'évoluer dans les situations de soins et dans les systèmes de relations interpersonnelles qui les sous-tendent.

L'attention portée à certaines composantes fondamentales de la fonction soignante a permis d'orienter la réalisation des entretiens puis l'analyse des témoignages recueillis dans une perspective accordant une large place aux ressentis subjectifs et aux appréciations personnelles des acteurs soignants à l'égard des patients âgés. C'est à travers ce prisme qu'a été abordée l'intrication des aspects techniques, relationnels et organisationnels de leur activité. Ainsi la sollicitude et la bienveillance à l'égard des personnes vieillissantes ne constituent pas les moteurs exclusifs des soins donnés et des dynamiques relationnelles à l'œuvre. Les agacements, les antipathies ou les attitudes de rejet éprouvés vis à vis de certains soins ou à l'égard de certains patients âgés, de leurs proches et des relations qu'ils entretiennent entre eux parcourent aussi les différents registres du travail des soignants (sans que cela ne vienne émousser leurs compétences ou déstabiliser leur éthique professionnelle). Les façons dont les professionnels de santé sont affectés par les patients apparaissent très présentes dans les bilans de satisfactions /insatisfactions qu'ils établissent à l'égard de leur métier et de leur activité. Chemin faisant, au jour le jour et sur le plus long cours, ces soignants mettent en place toute une palette de manières d'être qui est la résultante de réactions et d'appréciations tout autant personnelles que professionnelles aux effets de la présence quotidienne des patients. Ces aménagements vont de la sélection de la patientèle aux manières de réaliser les soins et de s'engager dans les échanges, de faire écho aux attentes des vieilles personnes et de leurs familles, de passer plus ou moins de temps auprès de tel patient ou pour la réalisation de tel soin, etc.

Les registres et les modalités de l'effet patient ont été analysés ici à propos des professionnels de santé de première ligne et des personnes du grand âge. Ils pourraient également être étudiés pour d'autres catégories de soignants, d'autres modes d'exercice (salarié, en établissement) ainsi qu'à propos des soignants non professionnels. Parallèlement, au travers comme au-delà des spécificités portées par la composante «âgée» des patients, une bonne part de ce qui se dégage de l'analyse se trouve également à l'œuvre pour tous les types de patients : autres groupes d'âge et positions dans le cycle de vie, présentant des troubles et des demandes différentes, etc. Pour avancer dans la connaissance des déterminations des conduites et des identités des professionnels de santé par les patients il conviendrait d'étudier plus systématiquement tous ces phénomènes. Quels éléments du monde profane et social sont opérants à cet égard et dans quels types de situations ? Quels sont les registres de la sphère professionnelle qui se trouvent infléchis par la fréquentation des patients : pratiques de soin, coordination avec d'autres intervenants, aménagement des normes, parcours professionnels, contexte réglementaire et institutionnel, etc ? Les interférences de ces phénomènes avec les appartances socioprofessionnelles et de

genre des soignants et des patients et l'inscription des relations soignantes dans des rapports sociaux à l'échelon local et sociétal mériteraient également d'être approchées plus à fond pour alimenter cette réflexion.

7 Références bibliographiques

- Acker, F. (2005), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue française des affaires sociales*, 59, n° 1, 161–181.
- Arliaud, M. (1987), *Les médecins*, Paris, La découverte.
- Balint, M. (1988, 1^e édition 1957), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris : Bibliothèque scientifique Payot.
- Barbot, J. et Dodier N. (2000), L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie de VIH, *Sciences sociales et santé*, 18, n° 1, 75–120.
- Bloy, G. (2005), La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, *Revue française des affaires sociales*, 59, n° 1, 103–125.
- Bouchayer, F. (1984), Médecins et puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles, *Revue Française de Sociologie*, XXV-1, 67–90.
- Bouchayer, F. (1994), Les voies du réenchantement professionnel, in : Aïach P. et Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 201–225.
- Bouchayer, F. (2002), La construction du rôle de soignant : propositions pour une approche socio-anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence, *Santé Publique et Sciences Sociales*, n° 8 et 9, 53–68.
- Bouchayer, F. (2004), L'inscription sociale de l'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée, in : F.-X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes : Editions ENSP, 77–90.
- Bouchayer, F. (2006), « Médecins généralistes et professionnels d'à côté : les apports d'une approche transversale », Actes du colloque AFS RT19 – LAPPS /ENSP, *Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives*, Rennes 8 et 9 juin 2006, 245–253.
- Bourgeuil, Y.; A. Marek, J. Mousquès (2005), La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec, IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 95.
- Bressé, S. (2004), L'évolution sur deux ans de l'aide dispensée aux personnes âgées de 60 ans et plus, *Etudes et résultats*, n° 346.
- Carricaburu, D. et M. Ménoret (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin.
- Castra, M. (2004), « Faire face à la mort : la régulation de la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs, *Travail et emploi*, n° 97, 53–64.
- Clément, S. et M. Drulhe (1992), « De l'offre rationalisée à une demande polymorphe », in : *Vieillir dans la ville*, L'harmattan, 127–150.
- Clément, S. et J.-P. Lavoie (2005), *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Ramonville Saint-Agne : Erès.
- De Kervasdoué, J. (dir.) (2003), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- Dubar, C. et P. Tripier (1998), *Sociologie des professions*, Paris : Armand Colin.
- Dutheil, N. (2000), Les aides et les aidants des personnes âgées, *Etudes et résultats*, n° 142.
- Freidson, E. (1970), Influence du client sur la pratique de la médecine, in : C. Herzlich (dir.), *Médecine, maladie et société*, Mouton, Paris et La Haye, 225–238.

- Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Paris : Payot.
- Gotman, A. (2001), *Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, Paris : PUF.
- Henrard, J.-C. (2006), Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°5-6, La santé des personnes âgées, 45–47.
- Hughes, E. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales
- Lépron, C. (2003), *Des gens du monde*, Paris : Seuil.
- Mathieu, L. (2005), « De l'inadaptation sociale au professionnalisme : la démarche des associations de « santé communautaire », in : Chauvin P., Parizot I., *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social*, Paris : Inserm, 161–177.
- Mendell, M. (2006), « L'empowerment au Canada et au Québec : enjeux et opportunités », *Géographie, Economie, Société*, 8, n° 1, 63–86.
- Menger, P.-M. (2003), *Les sociologies et leurs professions. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Molinié, P. (2004), La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement, *Perspectives féministes*, vol. 23, n° 3, 12–25.
- Molinié, P. (2005), Le care à l'épreuve du travail, Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets, in : Paperman P. et Laugier S., *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 299–316.
- Moulin, P. (1999), *Soins palliatifs et sida : permanence et changements des cultures soignantes. Etude des professionnels de santé confrontés à la prise en charge de patients sidéens et en fin de vie dans deux services de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris*, Thèse de doctorat en psychologie sociale, EHESS, Paris
- Paperman, P. et Laugier S. (2005), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Parizot, I. (2002), *Soigner les exclus*, Paris : PUF.
- Pennec, S. (2003), Une professionnalisation en panne : entre perte de statut et hors statut, le cas des interventions à domicile auprès de vieilles personnes, in : A. Vilbod (dir.), *L'identité incertaine des travailleurs sociaux*, Paris, L'Harmattan, 139–154.
- Pennec, S. (2004), La souffrance des proches : des ajustements négociés entre ses propres valeurs et normes de santé, celles de la famille et celles des professionnels, in : F.-X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, E. Bouchayer (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Editions ENSP, 237–250.
- Petitat, A. (1992), « Science, affectivité et singularité dans la relation de soins », *Revue internationale d'action communautaire*, 28/68, 139–150.
- Robelet, M. (2003), La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée, in : J. de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 199–232.
- Saillant, F. et E. Gagnon (dir.) (2000), *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Québec et Paris : PUL et L'Harmattan.
- Scodarello, C. (2006), « La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitisation du social », *Lien social et politiques*, n° 55, 77–88.
- Seinnett, R. (2003), *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalités*, Paris : Albin Michel.
- Strauss, A. (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris : L'Harmattan.

- Vega, A. (2000), *Une ethnologue à l'hôpital*, Paris : Editions des archives contemporaines.
- Vilbrod, A. et F. Douguet (2006), *Le métier d'infirmière libérale*, DREES, série Etudes*.
- Weber, F.; S. Gajard, A. Gramin (dir.) (2003), *Charges de famille. Dépendances et parenté dans la France contemporaine*, Paris : La Découverte.
- Winckler, M. (1998), *La maladie de Sachs*, Paris : P.O.L. éditions /J'ai lu.
- Zaccaï-Reyners, N. (2006), Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin, *Esprit*, 1, 95–108.

* Ce document est consultable sur le site www.sante.gouv.fr, rubrique Recherches, études et statistiques, série Etudes.

Familiale und professionelle Pflege im Alter. Soziodemografische und intergenerationale Perspektiven

François Höpflinger*

«Das Spektakuläre an der Pflege zuhause durch Angehörige ist, dass sie als gesellschaftliches Phänomen und als menschliche Notwendigkeit so unspektakulär, so selbstverständlich, ja so marginalisiert ist. Marginalisiert, weil die Betreuung und Pflege von abhängigen Menschen daheim weder glanzvolle medizinische Resultate zeitigt, noch den Pflegenden eine respektable Karriere ermöglicht. Selbstverständlich, weil Pflegen zum Menschsein gehört wie Kinder erziehen und man sich eine Gesellschaft ohne Angehörigenpflege schlicht nicht vorstellen kann. Und unspektakulär, weil es sich um eine kaum sichtbare, vornehmlich von Frauen verrichtete Arbeit handelt.»

(Kesselring 2004: 504)

1 Einführung – theoretischer Rahmen und Fragestellungen

Die Pflege (im Alter) ist ein expandierendes Handlungsfeld. «Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen lassen die Pflege heute nicht nur als ein ‚gesellschaftliches Problem‘ erscheinen, die Pflege selbst beginnt sich als ein eigenständiges gesellschaftliches Funktionssystem zu konstituieren» (Schroeter, Rosenthal 2005: 9). Soziologisch betrachtet ist Pflege deshalb immer stärker als ein in sich differenzierter (und in einer Vielzahl von Subfeldern untergliederter) gesellschaftlicher Teilbereich im Gesundheitssystem mit spezifischen und teilweise spezialisierten Akteuren zu interpretieren. Allerdings stösst die Eigenständigkeit des sozialen Felds der Pflege weiterhin an Grenzen: «Denn die Pflege befindet sich zwar in einem Stadium, in dem sie sich ganz langsam aus der Umklammerung des medizinischen Feldes zu lösen beginnt, doch allem Verlangen nach grösserem Eigengewicht zum Trotz, hat sie es bislang noch nicht vermocht, ein eigenes selbstreferenzielles Regelsystem zu etablieren» (Schroeter 2006: 36). Dies gilt in besonderem Masse für Pflegehandlungen zugunsten älterer Menschen, was auch damit zusammenhängt, dass ein

* François Höpflinger, Soziologisches Institut der Universität Zürich, Andreasstrasse 15, CH-8050 Zürich, 0041 (0)44 635 23 60, hoepflinger@bluemail.ch.

wesentlicher Teil der Alterspflege von Angehörigen (Partner bzw. Partnerin, Kinder u. a.) übernommen wird. Pflegehandlungen für ältere Menschen sind damit eng mit familialen Norm- und Bezugssystemen verknüpft, und familiale Pflegearrangements wirken in diesem Rahmen in starkem Masse auf die professionellen Pflegestrukturen zurück. Demografische Alterung und Prozesse eines Altersstrukturwandels verändern ebenfalls das soziale Handlungsfeld der Pflege, wodurch wahrscheinlich neue Pflegearrangements zwischen familialer und professioneller Pflege älterer Menschen notwendig werden (vgl. Blüher 2004). In diesem Rahmen ist es durchaus denkbar, wenn nicht sogar wahrscheinlich, dass sich Angebot und Nachfrage im Bereich der Alterspflege gegensätzlich entwickeln:

Auf der einen Seite zeigt sich ein zunehmender Bedarf nach Pflegeleistungen. Dafür verantwortlich sind demografische Entwicklungen (namentlich die zunehmende Zahl hochaltriger Menschen), die auch dann zu mehr pflegebedürftigen älteren Menschen führen, wenn zukünftige Generationen länger behinderungsfrei verbleiben. Bei linearer Fortschreibung aktueller Prävalenzraten von Pflegebedürftigkeit dürfte die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen in der Schweiz zwischen 2000 und 2020 um einen Drittel ansteigen. Kohorteneffekte (bessere Gesundheit und mehr Rehabilitationsmöglichkeiten bei zukünftigen Generationen) ebenso wie präventive Programme dürften allerdings zu einem geringeren Anstieg der Pflegefälle im Alter beitragen (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003).

Auf der anderen Seite wird oft von einem sinkenden familialen Pflegepotenzial ausgegangen, etwa aufgrund einer abnehmenden familialen Sorge- und Pflegekultur und grösseren Lücken in den sozialen Netzwerken: «Die Nachfrage nach ausserfamiliauen Pflegediensten dürfte umso höher ausfallen, je stärker sich die bereits in der Vergangenheit beobachteten Veränderungen in den Familien- und Haushaltstrukturen auf die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie auswirken» (Schulz, Leidl, König 2001: 19; vgl. auch Voges 2002: 31). Mangelnde finanzielle Mittel für professionelle Pflegeleistungen sowie geringe soziale und wirtschaftliche Anreize für den Einstieg und den Verbleib in Pflegeberufen können ebenfalls dazu beitragen, dass Bedarf und Angebot in der Alterspflege auseinander klaffen.

In diesem Beitrag stehen folgende Fragestellungen im Zentrum:

- a) Wie entwickelt sich das familiale Pflegepotenzial älterer Menschen, und welche Herausforderungen ergeben sich für nachkommende Generationen?
- b) Welche Entwicklungen zeichnen sich bei professionellen Pflegeleistungen (ambulante und stationäre Alterspflege) ab?
- c) Welches Verhältnis (substitutiv oder komplementär) besteht zwischen familialer und professioneller Pflege im Alter?

2 Demografische Perspektive – intergenerationelle Unterstützungsquotienten

Geburtenrückgang und ansteigende Lebenserwartung führen in allen europäischen Ländern zu einem Prozess «doppelter demografischer Alterung»: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge eines Geburtenrückgangs. Andererseits nimmt die Zahl älterer Menschen aufgrund der erhöhten Lebenserwartung älterer Menschen («demografische Alterung von oben») zu. Eine demografisch bedingte Zunahme der Zahl betagter pflegebedürftiger Menschen wirft vor allem gesundheits- und sozialpolitische Probleme auf, wenn gleichzeitig die Zahl jüngerer Frauen und Männer sinkt, die deren Pflege übernehmen können. Zur Erfassung der demografischen Verschiebungen der Generationenverhältnisse aufgrund des steigenden Anteils älterer Menschen können sogenannte «intergenerationelle Unterstützungsquotienten» (engl. «parent support ratios») berechnet werden (vgl. Myers 1992). In vereinfachter Form widerspiegelt dieser Indikator das Verhältnis zweier aufeinander folgender Generationen (Generation der betagten Eltern im Verhältnis zur nachfolgenden Generation ihrer Kinder). Die Angaben in Tabelle 1 illustrieren die Entwicklung der intergenerationalen Unterstützungsquotienten zwischen 1950 und 1990 sowie die voraussichtliche Entwicklung bis 2025 für ausgewählte Länder.

In allen europäischen Ländern nahm der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen im Verhältnis zur nachfolgenden Generation deutlich zu, und dieser Trend wird sich in den nächsten Jahrzehnten akzentuieren. Der Höhepunkt dieser Entwicklung ergibt sich, wenn die geburtenstarken Jahrgänge (Baby-Boom-Generationen) ein hohes Alter erreichen. Besonders dramatisch erscheint im Übrigen die Entwicklung in Japan: Die Kombination von rasch sinkender Geburtenhäufigkeit und rasch ansteigender Lebenserwartung sowie eine bisher eingeschränkte Einwanderung lassen für Japan eine demografisch bedingte Pflegeproblematik erwarten, welche diejenige Europas übertreffen wird. Dies ist einer der Gründe, weshalb Japan – nach Deutschland – ebenfalls eine Pflegeversicherung eingeführt hat (vgl. Shimada, Blüher et al. 2001).

Ähnlich wie andere demografische Quotienten können auch intergenerationale Unterstützungsquotienten eine suggestive Wirkung ausüben, da prinzipiell alle über 80-jährigen Menschen zur Risikogruppe erhöhter Pflegebedürftigkeit gezählt werden. Damit können Defizitmodelle des Alters unterstützt werden, die zu wenig berücksichtigen, dass heute ein grosser Teil auch der über 80-jährigen Menschen selbstständig verbleibt. Gesundheitsförderung und Rehabilitationsmassnahmen können diesen Trend noch verstärken, wodurch der Effekt der demografischen Alterung auf die Zunahme der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen verringert wird (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003). Zudem bleibt bei globalen demografischen Indikatoren oft vergessen, dass familial-verwandtschaftliche Hilfeleistungen auch im Alter oft in beide Richtungen verlaufen, etwa wenn die ältere Generation

die jüngere finanziell und emotional unterstützt (vgl. Attias-Donfut 2000; Kohli, Küinemund et al. 2000).

Tabelle 1: Zur Entwicklung intergenerationeller Unterstützungsquoten in ausgewählten Ländern 1950, 1990 und 2025

Ausgewählte Länder	Intergenerationelle Unterstützungsquoten*		
	1950	1990	2025
Dänemark	8	24	32
Deutschland (Ost- & West)	6	20	34
Frankreich	10	26	32
Grossbritannien	9	24	30
Italien	8	18	32
Österreich	7	23	30
Polen	6	13	27
Schweden	9	29	38
Schweiz	7	23	36
Ungarn	5	15	33
Japan	5	13	45

* Zahl von 80-jährigen und älteren Personen pro 100 Personen im Alter von 50–64 Jahren (englisch: «parent support ratios»).

Quelle: Höpflinger 2005: 157.

3 Familiendemografische Perspektiven älterer Generationen

Was die familiale Pflege älterer Menschen betrifft, stehen – soweit vorhanden – Partnerin bzw. Partner sowie die nachkommenden Generationen – in der Reihenfolge Tochter, Schwiegertöchter, Söhne, andere Verwandte – im Vordergrund (vgl. Küinemund, Hollstein 2000: 252, Schneekloth, Müller 2000: 52 ff.). Sachgemäß ergibt sich mit steigendem Alter einer hilfs- und pflegebedürftigen Person eine Verlagerung der Hilfe und Pflege von den Ehepartnern zu den Kindern (vgl. Blinkert, Klie 1999). Eindeutig ist zudem die starke Übervertretung der Frauen bei unbezahlten familialen Pflegeleistungen (vgl. Bardet Blochet 2005).

Für die zukünftige Entwicklung familialer Pflege im Alter ist deshalb die Entwicklung familiendemografischer Rahmenbedingungen entscheidend. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass in der Schweiz, Deutschland und Öster-

reich kurzfristige und längerfristige Entwicklungen der Familienstrukturen älterer Menschen auseinander fallen. Gegenwärtig und in naher Zukunft befinden sich ausgeprägt ehe- und familienfreundliche Geburtsjahrgänge im hohen Alter. Heute sind jene Generationen alt, welche die «Goldenens Jahre der bürgerlichen Ehe» initiiert und getragen haben. Erst längerfristig findet bei hochbetagten Menschen ein Wechsel zu mehr post-familial orientierten Generationen mit höherem Anteil an Kinderlosen statt.

Tabelle 2: Partnerbeziehung nach Alter und Geschlecht, Schweiz 1980–2010
(%-Anteil in Paarbeziehung*)

	Altersgruppen					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Männer						
1980	81%	76%	69%	58%	45%	30%
1990	82%	79%	73%	64%	51%	35%
2000	84%	81%	76%	69%	58%	43%
2010 geschätzt	83%	83%	80%	71%	62%	48%
Frauen						
1980	54%	42%	29%	17%	9%	3%
1990	57%	45%	33%	21%	11%	4%
2000	63%	53%	37%	24%	13%	6%
2010 geschätzt	64%	56%	43%	32%	18%	10%

* Verheiratete Personen und nicht-verheiratet zusammenlebende Personen.

Schätzung für 2010: Basierend auf einer kohortenspezifischen Umrechnung der Partnerschaftsbeziehungen.

Quelle: Schweiz. Bevölkerungsbewegung und Schweiz. Haushaltspaneldaten für 2000.

Partnerschaften im Alter: Die Angaben in Tabelle 2 illustrieren das Altwerden ehefreundlicher Jahrgänge für die Schweiz. Im Unterschied zu üblichen Darstellungen werden nicht nur verheiratete Personen, sondern auch unverheiratet zusammenlebende ältere Menschen berücksichtigt. Vor allem bei jüngeren AHV-Rentnern sind nichteheliche Lebensgemeinschaften schon heute häufiger anzutreffen; eine Entwicklung, die sich in Zukunft verstärken wird.

Insgesamt hat sich der Anteil älterer Menschen, die sich zu einem gegebenen Alter noch oder erneut in einer Paarbeziehung befinden, in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht, und der Trend zu einem höheren Anteil an Paarbeziehungen im hohen Lebensalter wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Eine ähnliche

Entwicklung (steigender Anteil älterer Menschen mit Ehepartner) wird auch in Deutschland beobachtet (vgl. Dinkel et al. 1997). Wie erwähnt, erreichen gegenwärtig relativ ehefreundliche Geburtsjahrgänge – die in den 1950er und frühen 1960er Jahren ihre Familie gegründet haben – ein hohes Lebensalter. Es handelt sich um Geburtsjahrgänge, die einerseits häufiger als frühere Jahrgänge eine Ehe eingingen. Andererseits haben die ehefreundlichen Jahrgänge vergleichsweise tiefe Scheidungsquoten erfahren. Zusätzlich hat sich aufgrund der erhöhten Lebenserwartung die gemeinsame Lebenszeit langjähriger Paare ausgedehnt, und eine Verwitwung erfolgt heute deutlich später als in früheren Zeitepochen.

Die Angaben verdeutlichen gleichzeitig die enormen geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebensformen im höheren Lebensalter: Männer leben im hohen Lebensalter viel häufiger als Frauen in einer Partnerbeziehung, und entsprechend können Männer im Alter häufiger als Frauen auf eine eheliche Pflege zählen. Drei Faktoren bestimmen den ausgeprägten Geschlechterunterschied: Zum einen leben Frauen länger als Männer, wodurch Frauen häufiger als Männer im Verlauf ihres Lebens eine Verwitwung erfahren. Zum anderen heiraten Männer häufig Frauen, die jünger sind als sie selbst, was ihr Verwitwungsrisiko weiter reduziert. Zum dritten gehen Männer im höheren Lebensalter häufiger eine weitere Beziehung ein als Frauen (vgl. Stuckelberger, Höpflinger 1996).

Aufgrund des angeführten Kohortenwandels wird sich der Anteil älterer und hochbetagter Menschen, die in einer Partnerschaft leben, mittelfristig weiter erhöhen. Ein steigender Anteil älterer Menschen ohne Partner bzw. Partnerin ist höchstens längerfristig zu erwarten, wenn jene Generationen ins hohe Alter kommen, die neben tiefen Heiratsraten auch eine hohe Scheidungshäufigkeit erfahren haben. Aber es ist durchaus denkbar, dass zukünftige Generationen im höheren Lebensalter häufiger eine (erneute) nichteheliche Lebens- und Pflegegemeinschaft eingehen, wobei zukünftig auch gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften im Alter – etwa unter Frauen – häufiger werden.¹

Bei zusammenlebenden älteren Paaren ist die Bereitschaft, im Fall von Pflegebedürftigkeit für den Partner oder die Partnerin einzustehen, ausgeprägt, und sie wird als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit der Ehe- bzw. Partnerbeziehung verstanden (vgl. Becker 1997; Grässel 1998). Dabei unterscheiden sich Männer und Frauen in dieser Situation in ihren Motivationen und Werthaltungen wenig, und es sind primär soziodemografische Faktoren (längere Lebenserwartung der Frauen und Altersunterschied zwischen Ehemann und Ehefrau), die dazu führen, dass mehr Männer von ihren Ehefrauen gepflegt werden als umgekehrt. (Ehe-)Frauen erbringen in jedem Fall beträchtliche unbezahlte Gesundheitsleistungen, die bei

1 Eine sozialpolitische und rechtliche Gleichstellung gleichgeschlechtlicher Paare kann deshalb auch unter gerontologischen Gesichtspunkten bedeutsam sein, da damit die rechtliche Stellung etwa von Frauen gestärkt wird, die zur gegenseitigen Unterstützung im Alter zusammenleben.

einer geschlechtsbezogenen Bilanzierung von Gesundheitskosten zu berücksichtigen sind (vgl. Camenzind, Meier 2004).

Allerdings können sich bei alten Ehepaaren dadurch Pflegeprobleme ergeben, weil die pflegende Partnerin ebenfalls hochbetagt ist. Zudem bilden langjährige Paare ein professionell nur schwer zu durchbrechendes dyadisches Pflegesystem, und es können Kompetenzstreitigkeiten mit professionellen Pflegefachkräften entstehen (vgl. Blüher 2004). In jedem Fall schliesst die professionelle Pflege der nächsten Jahre vermehrt die Beratung und Unterstützung hochaltriger Paare ein, inklusive des Umgangs mit Konflikten, Ambivalenzen und Belastungen, die sich bei langjährigen Ehebeziehungen ergeben können. Im stationären Altersbereich wird die Frage häufiger auftauchen, wie die Situation zu regeln ist, wenn nur einer der beiden Partner pflegebedürftig ist: Sollen beide Eheleute ins Heim wechseln, oder können andere Lösungen sinnvoll sein, wie «living apart in old age»?

Nachkommenschaft älterer Menschen: Neben den Ehepartnern spielen erwachsene Töchter und teilweise erwachsene Söhne in der Altershilfe und -pflege oft eine zentrale Rolle, und da es sich bei den heute alten Frauen und Männern um ehe- und familienfreundliche Generationen handelt, weisen sehr viele auch Nachkommen auf. So haben etwa in Österreich gemäss Mikrozensus 2001 81% der 75–84-Jährigen (Geburtsjahrgänge 1917–1926) mindestens ein (lebendes) Kind, und in 45% der Fälle lebt mindestens eines der Kinder maximal 15 Gehminuten entfernt (vgl. Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (2003)). In der Schweiz haben 82% der Personen der gleichen Jahrgänge mindestens ein Kind. Häufig sind es jedoch zwei oder drei Kinder, und häufig hat diese Generation auch mehrere Enkelkinder. Zudem lebt in den meisten Fällen mindestens ein Kind in geographischer Nähe (vgl. Kohli, Künemund, Lüdicke 2005).

Diese familiendemografisch günstige Situation wird sich mittelfristig wenig ändern, und in der Schweiz zeigt sich der geringste Anteil von kinderlosen Frauen bei den um 1940 geborenen Frauen, die im Jahre 2020 den 80. Geburtstag feiern werden (vgl. Fux 2005: 87). Der Anteil hochbetagter Menschen mit Nachkommen wird auch in anderen europäischen Ländern kurz- und mittelfristig ansteigen, auch weil heute mehr Kinder ein höheres Lebensalter erreichen und damit die Wahrscheinlichkeit einer langen gemeinsamen Lebensspanne der Generationen angestiegen ist. Ein höherer Anteil von hochaltrigen Frauen ohne Nachkommen ist gemäss demografischen Analysen in der Schweiz, Deutschland – und abgeschwächt in Österreich – erst nach 2030 zu erwarten. Vor allem in der Periode 2030 bis 2045 wird der Anteil von Frauen (und Männer) ohne Nachkommen in der Schweiz und Deutschland deutlich ansteigen, weil dann jene Geburtsjahrgänge ins hohe Alter kommen, die häufiger auf Kinder verzichtet haben; sei es aufgrund von familial-beruflichen Unvereinbarkeiten; sei es aufgrund der Verankerung eines kinderlosen Lebensstils (vgl. Pinnelli 2001). Diese längerfristige Entwicklung dürfte auch bei

der Pflege im Alter eine Neuorientierung erzwingen, da Kinderlose im Alter weder auf eigene Kinder noch auf Enkelkinder zurückgreifen können.

Was das familiale Hilfs- und Pflegepotenzial der Zukunft betrifft, zeigt sich somit kein linearer Zukunftstrend, sondern eine kohortenspezifisch geprägte Entwicklung: Kurz- und mittelfristig erhöht sich aus kohortenspezifischen Gründen das partnerschaftliche und familiale Hilfs- und Pflegepotenzial eher, weil mehr hochbetagte Menschen Partnerschaften und Nachkommen aufweisen als in früheren Geburtsjahrgängen. Erst längerfristig – nach 2030 – kehrt sich der Trend um, insbesondere weil der Anteil an kinderlosen betagten Frauen und Männer erneut ansteigen wird.

4 Pflege betagter Eltern – Perspektive der jüngeren Generation

Die familiendemografische Perspektive von oben lässt – vor allem kurz- und mittelfristig – keine Verschlechterung erkennen. Wie sieht es jedoch aus, wenn die Entwicklung von unten – aus der Sicht der nachkommenden Generation (Töchter, Schwiegereltern und Söhne) betrachtet wird. Die ehe- und familienfreundlichen Generationen haben zwar oft Nachkommen, aber in vielen Fällen beschränkt sich die Kinderzahl der heute älteren Menschen auf zwei Kinder. Dies führt dazu, dass sich die intergenerationale Pflege häufig auf ein bis zwei Angehörige konzentriert. Damit können sich Tendenzen zur «Singularisierung» der familialen Pflege kranker alter Menschen verschärfen (sofern dies nicht durch eine gezielte Verknüpfung familialer und professioneller Pflegeleistungen kompensiert wird). Aus Sicht der jüngeren Generation sind auch die drei folgenden Wandlungen bedeutsam:

Erstens hat sich die gemeinsame Lebensspanne der Generationen erhöht. So haben gemäss österreichischem Mikrozensus 2001 gut 87% der 45-Jährigen zumindest noch einen Elternteil. Für die Schweiz zeigen sich analoge Werte von 90%. In diesem Zusammenhang ist auch das Alter pflegender Töchter und Söhne angestiegen: «Waren Kinder beim Eintritt einer Pflegesituation vormals vielleicht zwischen 30 und 40 Jahren alt, so erleben sie die Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern heute vielleicht in einem Alter von 60 Jahren» (Lettke 2002: 79).

Zweitens führt die gestiegene Lebenserwartung von Frauen und Männern dazu, dass die familiale Unterstützung hochaltriger Menschen für die nachkommenden Generationen keine Ausnahme mehr darstellt, sondern sie wird zu einer häufig erlebten Situation im Lebenszyklus von Frauen und Männern. Das Risiko, irgendwann im späteren Erwachsenenalter mit der Pflegebedürftigkeit der Eltern bzw. Schwiegereltern konfrontiert zu werden, hat sich erhöht. Eine für die Schweiz durchgeführte familiendemografische Analyse belegt, dass um die 55–60% der heutigen Frauen und Männer zwischen dem 40. und 64. Altersjahr mit pflegebedürftigen Eltern konfrontiert werden (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger 2006).

Drittens bleibt zwar die Elterngeneration oft recht lange gesund und behinderungsfrei, aber Pflegebedürftigkeit im hohen Alter ist meist mit Multimorbidität – und damit intensivem Pflegebedarf – verbunden. Dies gilt namentlich bei demenziellen Erkrankungen, die für Angehörige besondere Herausforderungen und Belastungen beinhalten. Gleichzeitig führt die stärkere «Medizinisierung des Alters» dazu, dass Betreuung und Pflege hochaltriger Menschen anspruchsvoller werden. So werden etwa in Zukunft Medikamente den kognitiven Abbau bei hirnorganischen Störungen verzögern, aber für Angehörige werden damit die Herausforderungen und Belastungen einer Pflegesituation eher verschärft, da leicht bis mittelschwer demenzkranke Menschen «schwieriger» zu betreuen sind als schwer demenzkranke Menschen (vgl. Wettstein 2005).

Aus der Sicht der nachkommenden Generation verschärft sich somit die Situation zukünftig eher, und zwar gerade auch dann, wenn die familiale Pflegebereitschaft der Töchter und Söhne hoch bleibt. Eine Projektion für Deutschland deutet – bei gleichbleibender geschlechtsspezifischer Ungleichverteilung familialer Pflegeleistungen – auf eine wachsende Belastung von 40–64-jährigen Frauen hin: Im Jahre 1999 waren von allen 40–64-jährigen Frauen 5,2% mit der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger beschäftigt. Im Jahre 2020 würden – bei konstanten Anteilen der 40–64-jährigen Frauen an den Pflegepersonen – insgesamt 7,3% der Frauen in dieser Altersgruppe mit familialen Pflegeaufgaben beschäftigt sein, und im Jahre 2050 müsste – wenn die Relationen des Jahres 1999 konstant gehalten werden – fast jede sechste Frau im Alter von 40 bis unter 65 Jahren einen Angehörigen betreuen (vgl. Schulz et al. 2001: Tabelle 11).

In diesem Rahmen wird oft die Metapher der «Sandwich-Generation» angeführt. Mit der Metapher der Sandwich-Generation werden gleichzeitige soziale und pflegerische Anforderungen durch Eltern- und Kindergeneration angesprochen, namentlich für Frauen mittleren Alters. Tatsächlich zeigt sich bei Angehörigen der mittleren familialen Generation das stärkste Ungleichgewicht bezüglich intergenerationaler Leistungen und entsprechende Netzwerkstudien bestätigen «aus der Perspektive der Sandwich-Generation das Ungleichgewicht zwischen erbrachten und erhaltenen Leistungen. Die Leistungsbilanz ist in dieser Lebensphase stark unausgeglichen, es wird ein Vielfaches von dem an Unterstützung für andere geleistet, was unmittelbar zurückgehalten wird. Zum einen ist das Leistungsspektrum wesentlich breiter, darüber hinaus sind aber auch die einzelnen Formen von Unterstützung in ihrer zeitlichen und finanziellen Dimension aufwändiger» (Borchers 1997: 78–79).

Detailliertere familiendemografische Analysen für Österreich und der Schweiz relativieren allerdings die These, dass eine intergenerationale «Sandwich-Situation» heute zum normalen Lebensverlauf von Frauen gehört (vgl. Höpflinger, Baumgartner 1999; Hörl, Kytir 1998). Häufiger als gleichzeitige Verpflichtungen für (minderjährige) Kinder und pflegebedürftige Eltern sind gegenwärtig konfliktive Anforderungen zwischen später Erwerbstätigkeit und familialen Pflegeleistungen zugunsten der

älteren Generation. Erhöhte weibliche Erwerbstätigkeit und wirtschaftliche Unsicherheiten tragen dazu bei, dass ein pflegerisch-beruflicher Vereinbarkeitskonflikt in späten Berufsjahren immer mehr an Brisanz gewinnt (vgl. Dallinger 1996, 1998). Eine durchgeführte sozialdemografische Analyse lässt beispielsweise für die Schweiz erkennen, dass schon heute mindestens 40% der Frauen in der Lebensphase zwischen dem 40. und dem 64. Altersjahr mit einem potenziellen zweiten familial-beruflichen Vereinbarkeitskonflikt konfrontiert werden (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger 2006). Teilweise sind die Anforderungen bei der Pflege älterer Angehörigen so hoch, dass für pflegende Frauen auch eine Teilzeitarbeit nicht in Frage kommt und die Erwerbstätigkeit vollständig unterbrochen werden muss. In einer deutschen Studie wurde festgestellt, dass vor allem bei Frauen mit hohem Einkommen der Konflikt zwischen Erwerbstätigkeit und Pflegeaufgaben besonders ausgeprägt ist (Schneider, Drobnić, Blossfeld 2001: 379). Die demografische Entwicklung (mehr hochbetagte Menschen und verhältnismässig weniger Angehörige) wird pflegerisch-berufliche Vereinbarkeitskonflikte in Zukunft noch stärker in den Vordergrund rücken.

5 Professionelle Pflegeleistungen im Alter

Die naheliegende Lösung einer zukünftigen Pflegeproblematik im Alter ist ein Ausbau der professionellen Pflegeleistungen. Die ambulante und stationäre Alters- und Langzeitpflege ist zu einem bedeutsamen Beschäftigungs- und Wirtschaftsfaktor geworden und diese Entwicklung wird sich aufgrund der demografischen und gerontologischen Trends weiter fortsetzen. Nach Szenarien des Bundesamts für Sozialversicherung (2003) dürfte die Zahl von Vollzeitstellen in der stationären und ambulanten Pflege zwischen 2002 und 2020 von 94 000 auf gut 125 000 ansteigen. Unter der Annahme, dass der Anteil von Teilzeitarbeit im Pflegebereich gleich hoch bleibt, dürfte die Zahl der Beschäftigten in stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen – heute um die 150 000 – bis zum Jahr 2020 auf fast 200 000 Personen ansteigen.

Ein auffallendes Merkmal der ambulanten und stationären Alters- und Langzeitpflege ist die Dominanz weiblicher Beschäftigter. Der weibliche Charakter der professionellen Pflege hat verschiedene Auswirkungen: Erstens ist der hohe Frauenanteil in Pflegeberufen mit ein Grund für ein vergleichsweises geringes Lohnniveau (vgl. Prey et al. 2004). Zweitens sind Teilzeitstellen in der ambulanten und stationären Pflege sehr verbreitet. Drittens lässt sich für das weibliche – und teilweise aber auch für das männliche – Pflegepersonal eine deutliche Tendenz zu einer altruistischen Berufshaltung nachweisen. Ein weiteres Merkmal namentlich der stationären Alterspflege ist ein ausgeprägter Mangel an ausgebildetem Personal, und gemäss einer schweizerischen Studie war im Jahr 2002 der Mangel an qualifiziertem Personal bei fast 46% der erfassten sozio-medizinischen Einrichtungen der Alten-

und Langzeitpflege ein Problem (Prey et al. 2004). Allerdings waren in den letzten Jahrzehnten auch die Pflegeberufe einer deutlichen Bildungsexpansion unterworfen, selbst wenn sich namentlich im Alterspflegebereich das Bildungsniveau langsamer verbessert hat als bei der Krankenpflege (Voges 2002: 134). Gegenwärtig sind die ambulante wie die stationäre Alterspflege einem erhöhten Professionalisierungsdruck ausgesetzt, der durch einen Rationalisierungsdruck forciert wird, «der die Forderung nach Sicherung der Qualität von Pflegeleistungen in engen Zeitkorridoren mit einer minutengenaue Belegbarkeit und Transparenz des Handelns nach aussen (Institution, Kostenträger, Aufsichtsinstanzen) verbindet» (Schwerdt 2004: 493). Daraus ergeben sich zunehmende Diskrepanzen zwischen einem altruistisch-humanistischen beruflichen Selbstverständnis vieler professionell Pflegender und den Anforderungen eines zunehmend rein wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystems.

In den letzten Jahrzehnten wurde in vielen Regionen der Schweiz die ambulante Pflege stark ausgebaut, wodurch einerseits auch die Selbstständigkeit behinderter alter Menschen gestärkt werden konnte, andererseits – im Idealfall – eine optimale Kombination von Eigenaktivitäten der älteren Menschen, Unterstützung durch familiale Netzwerke und professionelle Begleitung, Beratung und Pflege möglich geworden ist. Auch Formen betreuten bzw. begleiteten Wohnens erlauben es mehr Menschen im Alter weitgehend selbstständig zu bleiben (vgl. Saup 2003). Die Bedeutung ambulanter Pflegeleistungen im Alter wird dadurch verdeutlicht, dass in der Schweiz 2002 zwischen 38 bis 40% aller zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen Leistungen der spitälexternen Betreuung (Spitex) beansprucht haben. Interessanterweise scheint die Ausdehnung der behinderungsfreien Lebenserwartung – wie sie etwa in Frankreich, der Schweiz und Österreich nachgewiesen wurde (vgl. Höpflinger 2003) – den Bedarf nach ambulanten Leistungen zu erhöhen, da im höheren Lebensalter behinderungsfrei nicht mit beschwerdefrei gleich zu setzen ist. Daher sind heute viele ältere Menschen zwar durchaus in der Lage, ihr Alltagsleben selbstständig zu gestalten, aber wegen körperlicher Beschwerden sind sie punktuell auf hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfeleistungen angewiesen. In Zukunft können zudem gerontotechnologische Fortschritte die häusliche Betreuung und Pflege alter Menschen weiter stärken; sei es, weil hilfs- und pflegebedürftige Menschen dank haushaltstechnischer und elektronischer Hilfsmittel (TeleHome-Care, Notrufsysteme usw.) länger zuhause verbleiben; sei es, weil mehr medizinische Interventionen ambulant durchgeführt oder ambulant begleitet werden (vgl. Mollenkopf et al. 2001; Mollenkopf, Oswald, Wahl 1999).

Bei schwerer Pflegebedürftigkeit und ausgeprägter Multimorbidität stoßen ambulante Formen der Pflege an Grenzen, namentlich, wenn keine Angehörige in der Nähe wohnen. Dies gilt vor allem bei demenzerkrankten alten Menschen: «Spätestens bei demenziellen Erkrankungen wird der Verbleib der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nicht mehr garantiert oder gar ausgeschlossen. Die Aufrechterhaltung des selbständigen Haushaltes in der Privatwohnung ist

bei Demenzkranken nur möglich, wenn eine intensive Betreuung durch pflegende Angehörige sichergestellt ist und gegebenenfalls eine Entlastung durch teilstationäre Einrichtungen erfolgt. Fehlt ein solches Hilfennetz, wird ein Umzug in eine «stationäre Sonderwohnform» notwendig» (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 115). Eine als Reaktion auf diese Feststellung durchgeführte Studie liess im Übrigen erkennen, dass nur 11% der untersuchten deutschen Einrichtungen des Betreuten Wohnens ein Demenz-Konzept besassen, obwohl sich der Anteil demenzerkrankter alter Menschen im Lauf der Zeit in allen entsprechenden Einrichtungen erhöht hat bzw. erhöhen wird (vgl. Saup et al. 2004).

Tabelle 3: Institutionelle Langzeitpflege bei älteren Menschen um 2000

Land	%-Anteil der 65-jährigen und älteren Personen, die institutionelle Langzeitpflege erhalten*	Jahr
Belgien	4.0%	2000
Deutschland	3.9%	2003
Frankreich	3.0%	1999
Griechenland	0.5%	1999
Grossbritannien	5.1%	2000
Irland	4.6%	2000
Italien	2.0%	1999
Luxemburg	4.0%	2003
Niederlanden	2.4%	2000
Norwegen	6.0%	2000
Österreich	3.6%	2000
Schweden	7.9%	2000
Schweiz	7.0%	2000
USA	4.3%	2000

* %-65+ receiving long-term care in an institution.

Quelle: OECD 2005: Tabelle 2.3, Pinnelli 2001: Tabelle 10.

Der Ausbau der stationären Pflege im Alter variiert allerdings intereuropäisch deutlich. Ein vergleichsweiser hoher Anteil älterer Langzeitpatienten in stationären Einrichtungen findet sich insbesondere in skandinavischen Ländern sowie der Schweiz. Ein geringer Anteil älterer Menschen in stationären Einrichtungen lässt sich in den südeuropäischen Ländern beobachten (vgl. Tabelle 3). Der Anteil älterer pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen ist in der Schweiz deutlich

höher als in den Nachbarländern, was ein altersspezifischer Vergleich des Anteils älterer Menschen in stationären Einrichtungen zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz verdeutlicht (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Anteil älterer Menschen in stationären Einrichtungen – Deutschland, Schweiz, Österreich

Institutionelle Haushaltungen insgesamt				
	Schweiz 2000	Österreich 1997		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
75–79 Jahre	4%	7%	2%	3%
80–84 Jahre	9%	15%	4%	9%
85+ Jahre	22%	37%	8%	17%

Quellen: Schweiz 2000: Volkszählung 2000, Österreich: Mikrozensus 1997 (vgl. Hörl, Kytr 2001).

Stationäre Einrichtungen

	Schweiz 2000	Deutschland 1999
75–79 Jahre	1.8%	1.0%
80–84 Jahre	4.3%	2.6%
85–89 Jahre	23.6%	13.3%
90+ Jahre	43.7%	25.1%

Schweiz 2000: Statistik sozio-medizinischer Einrichtungen, Deutschland 1999: Vollstationäre Pflegebedürftige (Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung, vgl. Schulz et al. 2001: Tabelle 3).

Ein Faktor, der in der Schweiz zu einem relativ ausgeprägten Ausbau der stationären Alterspflege – vor allem in den deutschsprachigen Kantonen – geführt hat, ist die Tatsache, dass die Schweiz eine lange Tradition der kommunalen Versorgung alter Menschen (Bürgerheime, und später lokale Alters- und Pflegeheime) aufweist. Zudem setzte sich in der Schweiz das sogenannte «europäische Ehe- und Familienmodell» früh durch (vgl. Höpflinger 1986). In diesem Ehe- und Familienmodell sind die intergenerationalen familialen Beziehungen vergleichsweise locker, was sich zum Beispiel schon früh in einem geringen Anteil von Drei-Generationen-Haushaltungen ausdrückte (vgl. Chvojka 2003). Damit wurden ausserfamiliale Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen gesellschaftlich frühzeitig legitim und sozialstaatlich unterstützt. Dies bedeutet umgekehrt, dass in der Schweiz verhältnismässig weniger pflegebedürftige alte Menschen zuhause gepflegt werden, was bei der Übertragung deutscher oder österreichischer Daten zur familialen Pflege im Alter

auf die Schweiz zu berücksichtigen ist. In der Schweiz haben sich viele Pflegeheime in den letzten Jahren als Orte für das «Leben gegen Lebensende» entwickelt, und im Jahre 2001 war für die Hälfte (52%) der 80-jährigen und älteren Menschen das Pflegeheim der Sterbeort. Weitere 30% starben in einem Krankenhaus (vgl. Fischer et al. 2004). In Österreich beispielsweise starben 1997 nur 15% der 75-jährigen und älteren Menschen im Heim, 53% dagegen im Krankenhaus.

6 Zum Verhältnis von familialer und professioneller Pflege im Alter

Eine sozialpolitisch häufig geäusserte Befürchtung ist, dass ein Ausbau professioneller Hilfe- und Pflegeleistungen die familiale Hilfe und Pflege verdrängt. Die Datenlage zur Dynamik familialer und staatlicher Pflegeleistungen oder zum Verhältnis informeller, unbezahlter und professioneller, bezahlter Pflege ist mangelhaft, aber kürzlich durchgeführte Analysen von Harald Künemund (2002) unterstützen eher die Ergänzungs- als die Verdrängungsthese, zumindest für Länder mit langer Tradition sozial- und gesundheitspolitischer Interventionen: «Auch wenn die Befundlage noch nicht in allen Punkten hinreichend scheint, spricht sowohl theoretisch wie empirisch wenig für die Annahme einer generellen Verdrängung der Familie durch einen gut ausgebauten Sozialstaat» (Künemund 2002: 177, vgl. auch Künemund, Rein 1999).² Diese Feststellung wird durch eine Längsschnittbeobachtung des Hilfssystems hochaltriger Menschen in Genf und Wallis unterstrichen: 1994 befragte zuhause lebende 80–84-Jährige wurden im Rahmen einer Längsschnittbeobachtung über fünf Jahre analysiert: Der Anteil derjenigen, die keine Hilfe erhielten bzw. benötigten, sank in diesen fünf Jahren deutlich. Dabei gewann weniger eine ausschliessliche professionelle Hilfe an Bedeutung, sondern primär eine Kombination von familialer und professioneller Hilfe. Der Anteil derjenigen, die nur informelle Hilfe (Angehörige, Bekannte, Nachbarn) beanspruchten, sank leicht, und die stärkste Zunahme ergab sich bezüglich der kombinierten Hilfeleistungen (vgl. Lalive d’Epinay et al. 2001).

Die Entlastung namentlich alter Pflegepersonen durch professionelle Dienste hilft mit, dass familiale Hilfe und Pflege nicht zur Überforderung und Überlastung der pflegenden Hauptpersonen führt. Gleichzeitig kann die intergenerationale Solidarität durch eine professionelle Unterstützung familialer Pflegeleistungen gestärkt werden. Besonders wertvoll sind niederschwellige, situationsadäquate Hilfs- und Entlastungsangebote, wie Angebote zur Ablösung, Nachtruhe, Ferien u. a. (vgl. Dufay et al. 2003).

2 In Ländern – etwa in südeuropäischen – mit schwacher staatlicher Alterspolitik und langer Tradition verwandtschaftlicher Unterstützungsverpflichten kann allerdings ein Ausbau professioneller Angebote in einer ersten Phase zu einer Verlagerung des Hilfssystems beitragen, indem einseitige familiale Unterstützung vermehrt durch eine Kombination von informell-formeller Hilfe ersetzt wird.

In den meisten Fällen treffen professionelle Fachpersonen allerdings auf familiäre Pflegearrangements, die bereits mehr oder weniger stark vorgeformt sind, etwa was die familiäre Aushandlung von Pflegeverpflichtungen einzelner Angehöriger oder was die erwünschte Rolle professioneller Fachpersonen betrifft (wie dies in einer qualitativen Studie im Wallis sichtbar wurde, vgl. Anchisi, Luyet 2004). So kann die Unterstützung durch professionell Pflegende im Rahmen familial vorgeformter Arrangements in erster Linie als sachorientiert («Was wird für wie viel Geld in welcher Zeit geleistet?») oder als beziehungsorientiert («Für wen wird geleistet?») gedeutet werden. Speziell eine verpflichtungsorientierte Familienpflege kann dazu führen, dass professionelle Pflegefachpersonen unter Umständen als unerwünschte Konkurrenz wahrgenommen werden.

Die Vereinbarkeit und die Anschlussfähigkeit der professionellen Pflege mit der familialen Pflege hängt somit sowohl von den bestehenden familialen Pflegearrangements als auch von der Sach- und Beziehungsorientierung professioneller Pflege ab. Kongruent und damit relativ konfliktfrei ist beispielsweise eine Kombination von verpflichtungsorientierter Familienpflege mit einer stark sachorientierten professionellen Pflege, da hier die familiäre Pflege hierarchisch eindeutig dominiert und die professionelle Pflege primär als subsidiär definiert wird. Ein solches Pflegearrangement ist primär bei traditionellen Familienformen mit starker geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung häufig. Eine beziehungsorientierte professionelle Pflegehaltung ist hingegen eher mit einer autonomieorientierten Familienpflege kongruent. In dieser modernen Form von Pflege verstehen sich Angehörige und Professionelle beide als patientenorientierte Co-Pfleger, die miteinander zugunsten des Wohls des Patienten zusammenarbeiten. In sozialer und familialer Hinsicht besonders problematisch erscheint eine Überbetonung familialer Pflegeverpflichtungen kombiniert mit einer zu starken Sachorientierung der professionellen Pflege. Eine zu ausgeprägte Sachorientierung der professionellen Pflege – auch im Sinne einer klaren zeitlichen Leistungskontrolle – beeinträchtigt nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen, sondern langfristig auch die Tragfähigkeit familialer Pflegearrangements unter Bedingungen individualisierter Lebens- und Arbeitsformen (vgl. Blüher 2004).

Inkongruente Pflegesituationen können auch dadurch entstehen, dass professionell Pflegende, pflegebedürftige ältere Menschen und ihre Angehörige unterschiedlichen Generationen angehören. Gerade hochbetagte Menschen leben zwangsweise in einer Welt, die von weitaus jüngeren Generationen (Pflegefachpersonen und/oder Angehörigen) dominiert wird. Für jüngere Fachpersonen bedeutet die professionelle Pflege alter Menschen in gewisser Weise immer auch eine «Zeitreise» in vergangene Generationenschicksale. Professionelle Alterspflege schliesst eine hohe Sensibilität für historisch verankerte Werthaltungen – etwa religiöser Art – älterer Patienten oder Altersheimbewohner ein. Auch Intimitätsgrenzen und Schamgefühle können kulturell wie intergenerationell unterschiedlich definiert sein, wie auch intergene-

rationelle Unterschiede familialer Werthaltungen und Vorstellungen zur Rolle der Frau die jeweiligen Pflegesituationen beeinflussen (vgl. Höpflinger 2005).

Insgesamt scheint – bei differenzierter Betrachtung – weniger das Problem einer «Verdrängung» familialer durch professionelle Alterspflege ein Hauptproblem zu sein, sondern zentral ist eine Kombination familialer und professioneller Ressourcen, die vorhandene familiale Pflegearrangements mitberücksichtigt und die sensibel auf Generationendifferenzen zwischen Pflegenden und Gepflegten reagiert.

7 Abschlussbemerkungen

Politische Vorstellungen, professionelle Pflegeleistungen könnten durch eine verstärkte Verlagerung auf familiale Pflege eingespart werden, sind unter gegenwärtigen Lebens- und Familienbedingungen mehr als illusorisch (und für die Zukunft gilt dies in noch verstärktem Masse). Die Pflege alter pflegebedürftiger Menschen ist grundsätzlich gemäss einem «Mehrsäulen-Konzept» zu verstehen. Zur Kultur einer nachhaltigen Pflege kranker alter Menschen gehört immer mehr eine gezielte Kultur der Pflege der Pflegenden, und dies gilt sowohl bezüglich pflegenden Angehörigen als auch bezüglich pflegenden Fachpersonen. Speziell unter modernen Lebens- und Familienverhältnissen wird eine professionelle «Kultur des Helfens» wichtig, welche die Verpflichtung zur familialen Pflege von Angehörigen mit der Pflicht zur «Pflege der Pflegenden» ergänzt, und ohne gezielte Pflege der Pflegenden lässt sich die Herausforderung der steigenden demografischen Alterung kaum bewältigen. Deshalb gehört speziell auch eine professionelle Beratung, Betreuung und Entlastung pflegender Angehöriger immer mehr zu den Kernaufgaben ambulanter und stationärer Pflegefachpersonen. Pflege im Alter wird in diesem Rahmen auch zu einem Handlungsfeld, das immer stärker soziologisches Wissen (zu familialprofessionellen Pflegearrangements, Generationendifferenzen, habitustheoretische Ansätze usw.) beinhaltet.

8 Literaturverzeichnis

- Anchisi, A. und V. Luyet (2004), *Perspectives familiales et soignantes dans le placement d'une personne âgée démente en établissement médico-social (EMS)*, Rapport de recherche DORE, Sion: Haute Ecole Santé-social Valais (mimeo.).
- Attias-Donfut, C. (2000), Familialer Austausch und soziale Sicherung, in: M. Kohli und M. Szydlik (Hrsg.), *Generationen in Familie und Gesellschaft*, Opladen: Leske & Budrich, 222–237.
- Bardet Bloch, A. (2005), Le travail invisible des femmes auprès des proches âgés, in: Forschungsnetzwerk Gender Health (Hrsg.), *Geschlecht und Gesundheit in verschiedenen Lebensaltern / Genre et santé aux différents âges de la vie*, Brugg: Fachhochule Aargau Nordwestschweiz, 91–98.

- Becker, R. (1997), *Häusliche Pflege von Angehörigen: Beratungskonzeptionen für Frauen*, Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Blinkert, B. und T. Klie (Hrsg.) (1999), *Pflege im sozialen Wandel. Die Situation von Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung*, Hannover: Vincentz-Verlag.
- Blüher, S. (2004), «Liebesdienst und Pflegedienst» – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements, in: S. Blüher und M. Stosberg (Hrsg.), *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11–51.
- Borchers, A. (1997), *Die Sandwich-Generation. Ihre zeitlichen und finanziellen Leistungen und Belastungen*, Frankfurt: Campus.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2003), *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf. Schätzung der zukünftigen Entwicklung*, Bericht des Netzwerkes Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung, Forschungsbericht Nr. 22/2003, Bern: BSV.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002), *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*, Berlin.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2003), *Familienstrukturen und Familienbildung. Ergebnisse des Mikrozensus September 2001*, Wien: BMI.
- Camenzind, P. und C. Meier (2004), *Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*, Bern: Huber.
- Chvojka, E. (2003), *Geschichte der Grosselternrollen vom 16. bis zum 20. Jahrhundert*, Wien/Köln: Böhlau Verlag.
- Dallinger, U. (1996), Pflege und Beruf – ein neuer Vereinbarungskonflikt in der späten Familienphase. Ein Literatur- und Forschungsüberblick, *Zeitschrift für Familienforschung*, 8,2, 6–42.
- Dallinger, U. (1998), Der Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf als handlungstheoretisches Problem, *Zeitschrift für Soziologie*, 27,2, 94–112.
- Dinkel, R.H.; K. Hartmann und U. Lebok (1997), Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungsressourcen aufgrund familiärer Strukturverschiebungen – eine Modellrechnung, in: *Gesundheitswesen* 59,4: 1–54.
- Dufay, A.-F.; G. Bovey und P. Beetschen (2003), Maintien à domicile des personnes âgées: Quel soutien pour les proches? *Cahiers du CLPA*, No. 1/2003, Lausanne: Fondation Leenaards.
- Fischer, S.; G. Bosshard, U. Zellweger und K. Faisst (2004), Der Sterbeort: «Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?», *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39: 467–474.
- Fux, B. (2005), *Familiale Lebensformen im Wandel*, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Grässer, E. (1998), *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter*, Egelsbach: Deutsche Hochschulschriften.
- Höpflinger, F. (1986); *Bevölkerungswandel in der Schweiz*, Grünsch: Rüegger.
- Höpflinger, F. (2003), Gesunde und autonome Lebensjahre – Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung, in: P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.), *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*, Bern: Huber-Verlag, 59–74.
- Höpflinger, F. (2005), Pflege und das Generationenproblem – Pflegesituationen und intergenerationale Zusammenhänge, in: K. R. Schroeter, T. Rosenthal (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim: Juventa Verlag, 157–175.
- Höpflinger, F. und D. Baumgartner (1999), «Sandwich-Generation»: Metapher oder soziale Realität?, *Zeitschrift für Familienforschung*, 11,3: 102–111.
- Höpflinger, F. und V. Hugentobler (2003), *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*, Bern: Huber.

- Hörl, J. und J. Kytir (1998), Die «Sandwich-Generation»: Soziale Realität oder gerontologischer Mythos? Basisdaten zur Generationenstruktur der Frauen mittleren Alters in Österreich, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50,4, 730–741.
- Hörl, J. und J. Kytir (2001), Private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen, in: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen, Wien, 52–105.
- Kesselring, A. (2004), Angehörige zu Hause pflegen. Anatomie einer Arbeit, *Schweizerische Ärztezeitung*, 85,10: 504–506.
- Kohli, M.; H. Künemund, A. Motel und M. Szydlik (2000), Generationenbeziehungen, in: M. Kohli, H. Künemund (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*, Opladen: Leske + Budrich, 176–211.
- Kohli, M.; H. Künemund und J. Lüdicke (2005), Family Structure, Proximity and Contact, in: A. Börsch-Supan et al. (eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, 164–170.
- Künemund, H. (2002), Sozialstaatliche Leistungen und Familienbeziehungen im Alter – Verdrängung oder Ergänzung, in: G. M. Backes, W. Clemens (Hrsg.), *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*, Opladen: Leske + Budrich, 167–181.
- Künemund, H. und B. Hollstein (2000), Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke, in: M. Kohli und H. Künemund (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*, Opladen: Leske + Budrich, 252.
- Künemund, H. und M. Rein (1999), There is more to receiving than needing: Theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out, *Ageing and Society* 19: 93–121.
- Lalive d'Epinay, C.; S. Pin und D. Spini (2001), Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale Suisse sur le grand âge: L'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle, *L'Année Gérontologique*: 78–96.
- Lettke, F. (2002), Pflegen wollen, sollen, müssen oder dürfen? Zur Ambivalenz von Generationenbeziehungen im Alter, in: A. Motel-Klingebiel, H.-J. von Kondratowitz, C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*, Opladen: Leske + Budrich, 71–94.
- Mollenkopf, H.; S. Mix, K. Gäng und S. Kwon (2001), Alter und Technik, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*, Band 1, Opladen: Leske + Budrich, 253–438.
- Mollenkopf, H.; F. Oswald und H.-W. Wahl (1999), Alte Menschen in ihrer Umwelt: «Drinnen» und «Draussen» heute und morgen, in: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf, F. Oswald (Hrsg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt: Beiträge zur ökologischen Gerontologie*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 219–238.
- Myers, G. C. (1992a), Demographic Aging and Family Support for Older Persons, in: H. L. Kendig, A. Hashimoto, L. C. Coppard (eds.), *Family Support for the Elderly*, Oxford: University Press, 31–68.
- OECD (2005), *Long-term care for older people*, Paris: OECD.
- Perrig-Chiello, P. und F. Höpflinger (2006), Aging parents and their middle-aged children: demographic and psychosocial challenges, *European Journal of Ageing*, 2, 183–191.
- Pinnelli, A. (2001), Determinants of fertility in Europe: New family forms, context and individual characteristics, in: A. Pinnelli, H.-J. Hoffmann-Nowotny, B. Fux, *Fertility and new types of households and family formation in Europe*, Population Studies No. 35, Strasbourg: Council of Europe.
- Prey, H.; M. Schmid, M. Storni und S. Mühleisen (2004), *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*, Zürich: Rüegger.
- Saup, W. (2003), *Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner, Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie – Band 2*, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.

- Saup, W.; A. Eberhard, R. Huber und K. Koch (2004), *Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen*, Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Schneekloth, U. und U. Müller (Hrsg.) (2000), *Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Bd. 27, Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Schneider, T.; S. Drobnić und H.-P. Blossfeld (2001), Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen, *Zeitschrift für Soziologie*, 30,5, 362–383.
- Schroeter, K. R. (2006), *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*, Weinheim: Juventa.
- Schroeter, K. R. und T. Rosenthal (2005), Einführung: Soziologie der Pflege oder Pflegesozioologie – eine weitere Bindestrich-Soziologie?, in: K.R. Schroeter, T. Rosenthal (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim: Juventa, 9–31.
- Schulz, E.; R. Leidl und H.-H. König (2001), Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, *DIW-Diskussionspapier Nr. 240*, Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Schwerdt, R. (2004), Pflege auf dem Weg zur Profession: Rationalisierung eines Berufsfeldes und Rationierung von Leistungen, in: A. Kruse, M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie*, Bern: Huber, 491–505.
- Shimada, S.; S. Blüher, M. Stosberg und C. Tagsold (2001), Öffentlichkeit im Wandel: Die Einführung der Pflegeversicherung in Japan und Deutschland, in: G. M. Backes, W. Clemens, K. R. Schroeter (Hrsg.), *Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s*, Opladen: Leske & Budrich, 143–167.
- Stuckelberger, A. und F. Höpflinger (1996), *Vieillissement différentiel: hommes et femmes*, Zürich: Seismo.
- Wettstein, A. (2005), Umgang mit Demenzkranken und Angehörigen, in: M. Martin, H.R. Schelling (Hrsg.), *Demenz in Schlüsselbegriffen*, Bern: Huber, 101–151.
- Voges, W. (2002), *Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*, Opladen: Westdeutscher Verlag.

Prendre soin des personnes âgées dépendantes : Le défi européen et le modèle français

Claude Martin*

« De toute manière, au-delà du possible et du souhaitable, le constat demeure : l'on ne peut pas ne pas être dépendant ; voilà le fait et la vérité de la condition humaine... La dépendance est en somme l'une des bases du lien social. » (Albert Memmi)

Cette citation d'Albert Memmi (1979, 161 et 164) est là pour nous rappeler combien il peut être curieux, voire paradoxal, de prétendre « prendre en charge » la dépendance, puisqu'elle est un invariant de la condition humaine et un des fondements du lien social. Pour Memmi, la dépendance est le résultat de notre nature grégaire. Elle ne concerne donc pas seulement les personnes âgées, mais bien l'ensemble des individus au cours de leur existence, de la plus tendre enfance jusqu'à la mort.

Si nous proposons néanmoins d'évoquer la prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe, c'est bien dans la mesure où ce phénomène a été construit comme problème social et collectif, dans l'ensemble des pays développés et notamment dans les pays européens. On peut aisément repérer l'importance de cet enjeu ou mieux de ce problème public dans les productions de la commission européenne. Une des dernières manifestations en date est la rédaction d'un livre vert intitulé « Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre les générations » (mars 2005).

On peut d'ailleurs remarquer que tous les pays n'utilisent pas un lexique équivalent pour aborder ces questions. Plutôt que de recourir à cette complexe notion de « dépendance » pour parler des personnes âgées ayant besoin de soins, d'aide et de soutien dans leur vie quotidienne, certains d'entre eux préfèrent parler d'incapacités, de handicap, de mauvaise santé, de morbidité, de perte d'autonomie, etc. En outre, il est clair que l'on ne se réfère pas à un même univers sémantique lorsque l'on parle de « personne âgée dépendante » ou de *frail elderly people*. De même la notion de soin à domicile n'est pas l'exacte traduction de *home care*, pas plus que le domicile n'est la traduction du *home* anglais ou du *heim* allemand. Nous n'avons même pas en français d'équivalent de la notion de *care*, que l'on utilise aussi bien pour évoquer le *care about* et le *care of someone*, autrement dit pour signifier que « l'on s'occupe de

* Claude Martin, Directeur de recherche au CNRS, Centre de recherche sur l'action politique en Europe, UMR 6051, IEP de Rennes et Université de Rennes 1, ENSP Ecole nationale de la santé publique, Avenue du Pr. Léon Bernard, CS 74312, F-35043 Rennes Cedex, e-mail : cmartin@ensp.fr.

quelqu'un», que «l'on se soucie de son bien-être» ou que l'on aime quelqu'un. Ces écarts de terminologie ne sont pas anodins (Lesemann & Martin, 1993).

Malgré ces importantes nuances, nous proposons dans cet article de repérer les principaux arguments qui ont contribué à la construction de ce nouveau problème public, ainsi que les politiques qui ont été adoptées et mises en œuvre à l'échelle européenne, avant de nous pencher sur le cas français.

1 Les défis du vieillissement : la demande de soins de longue durée

La thématique du vieillissement d'une population n'est certes pas une nouveauté. Ce phénomène, apprécié diversement par le calcul d'un âge moyen ou, plus souvent, en comparant la part de la population dite «jeune» (moins de 20 ans par exemple) à la population dite «âgée» (les plus de 65 ans par exemple), dépend de deux variables principales : le niveau de fécondité, permettant ou non d'assurer le renouvellement des générations, et l'espérance de vie. L'évolution de ces deux indicateurs est appréciée différemment par les décideurs politiques. Une fécondité déclinante est perçue comme un risque et une régression, quand les gains d'espérance de vie sont présentés comme une conquête, même si les choses ne sont sans doute pas aussi dichotomiques. On peut en effet considérer qu'un nombre d'enfants plus limité et plus «maîtrisé» peut avoir la vertu de correspondre aux attentes des citoyen(ne)s, alors que les gains d'espérance de vie peuvent parallèlement s'accompagner d'une augmentation des incapacités et des handicaps.

Il est courant en France d'associer cette question du vieillissement au nom d'Alfred Sauvy qui a, dès ses projections démographiques de l'entre deux Guerres, annoncé l'importance de ce phénomène, dû à ce moment-là principalement au déficit démographique (Sauvy, 1966). Si les données sont bien différentes aujourd'hui, elles prennent une nouvelle ampleur du fait de l'intégration européenne et des transitions démographiques qu'ont connues les différents Etats membres.

Le faible niveau de fécondité en Europe (1,5 enfant en moyenne par femme à comparer à 2 aux USA), et tout particulièrement dans un certain nombre de pays dont la fécondité est inférieure ou égale à 1,3¹, associé au non renouvellement des générations, contribue au vieillissement global de la population européenne (voir tableau 1). Il en est de même pour les gains d'espérance de vie : plus de la moitié des 25 Etats membres ont actuellement une espérance de vie à la naissance supérieure à 80 ans pour les femmes et à 75 ans pour les hommes et cette espérance de vie continue de progresser. Dans la «vieille Europe», ce «gain» serait approximativement de deux à trois mois par an. Certes, les pays européens «vieillissent» à des rythmes différents : l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, la Grèce ou la Suède «vieilliraient» plus rapidement

¹ Ces pays appartiennent aussi bien à la «vieille Europe» (comme l'Allemagne ou l'Autriche), à l'Europe du sud (Espagne, Italie et Grèce) qu'aux nouveaux Etats membres.

que la France ou l'Irlande. Mais quoiqu'il en soit de ce rythme du vieillissement, les experts d'Eurostat indiquent que d'ici à 2010, le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans aura doublé par rapport à ce qu'il était en 1960, passant de 34 à 69 millions d'individus, produisant un déséquilibre croissant en termes de poids de certaines classes d'âge par rapport à d'autres.

Tableau 1 : Indice conjoncturel de fécondité et espérance de vie à la naissance dans l'UE 25 (source Eurostat)

	Indic. conj. Fécondité (2005)	Espérance de vie en année (2004)	
		hommes	Femmes
Pays UE 15			
Bel	1.72	75.9	81.7
Dan	1.80	75.4	80.1
All	1.34	76.5	82.1
Gr	1.28	76.6	81.4
Esp	1.34	77.2	83.8
Fr	1.94	76.7	83.8
Irl	1.88	76.4	81.2
Ita	1.34	76.8	82.5
Lux.	1.70	76.0	82.2
P-B	1.73	76.9	81.4
Aut	1.41	76.4	82.1
Por	1.40	74.9	81.4
Fin	1.80	75.3	82.2
Sue	1.77	78.3	82.6
R-U	1.80	76.2	80.7
Nouveaux Etats			
Chypre	1.42	76.6	81.7
Rep. Tchèque	1.28	72.6	79.2
Estonie	1.50	66.0	76.9
Hongrie	1.32	68.7	77.2
Lettonie	1.31	65.9	76.2
Lituanie	1.27	66.3	77.7
Malte	1.37	76.7	80.7
Pologne	1.24	70.6	79.2
Rep. Slovaque	1.25	70.3	78.0
Slovénie	1.26	73.5	80.7
Pays candidats intégrés en 2007			
Bulgarie	1.31	/	/
Roumanie	1.32	/	/
UE à 25	1.52	75.1	81.2
UE à 12 (zone euro)	1.52	/	/

Cette thématique du vieillissement de l'Europe suscite nombre de controverses et d'inquiétudes en termes d'action publique. Outre la crainte d'une réduction de la population européenne dans les prochaines décennies, celle d'un repli conservateur lié à ce poids des « seniors » dans la population générale ou le spectre d'une « guerre des âges » du fait des inéquités entre générations², l'inquiétude des pouvoirs publics s'est focalisée sur deux problèmes : l'équilibre des régimes de retraite, d'une part; la prise en charge des personnes très âgées, d'autre part.

Un indicateur publié dans tous les rapports d'Eurostat : « le taux de dépendance des personnes âgées » ou *old age dependency ratio* témoigne de ce premier risque associé au vieillissement. Ce taux, qui rapporte la population âgée de 65 ans et plus en pourcentage de la population en âge de travailler (les 15 à 64 ans), ne cesse de progresser. Il est passé de 22,7 en 1994 à 25 en 2003 pour l'Europe des 15 (de 21,8 à 24,1 pour l'UE25) et pourrait atteindre 27,3 en 2010 (UE15). Mais la progression de cet indicateur est beaucoup plus importante pour certains pays comme l'Allemagne (de 22,2 en 1994 à 30,3 en 2010 soit + 8,1), l'Italie (de 23,5 à 31,3 soit + 7,8), la Grèce (de 22,2 à 29,2 soit + 7) ou l'Espagne (de 21,8 à 26,8 soit + 5), alors qu'il régresse dans un pays comme l'Irlande de 18 en 1994 à 17,3 en 2010. Si l'on se réfère au taux de dépendance total, c'est-à-dire le rapport entre l'ensemble de la population « dépendante » des autres actifs (de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus) et la population en âge de travailler (15–64 ans), la situation semble plus inquiétante encore : ce taux passerait de 49% en 2005 à 66% en 2030 pour l'Europe des 15. Autrement dit, un tiers de la population de la vieille Europe devrait, par son travail, « porter » les deux autres tiers.

Mais ce phénomène suscite une deuxième inquiétude, tout aussi centrale, concernant la progression plus rapide encore du nombre des personnes très âgées : les 80 ans et plus. Leur nombre devrait, toujours d'après Eurostat, augmenter de 50% d'ici à 2010–2015 pour atteindre environ 20 millions d'individus et cette progression va continuer de s'accélérer. Eurostat estime que, d'ici à 2050, l'augmentation du nombre des personnes âgées de 80 ans et plus pourrait être de 180%, soit 34 millions d'individus de plus par rapport à aujourd'hui. Cet accroissement de la population des personnes très âgées pose le problème de la demande de soins et d'aide quotidienne, du fait des risques d'incapacités et de handicaps qui augmentent avec l'âge.

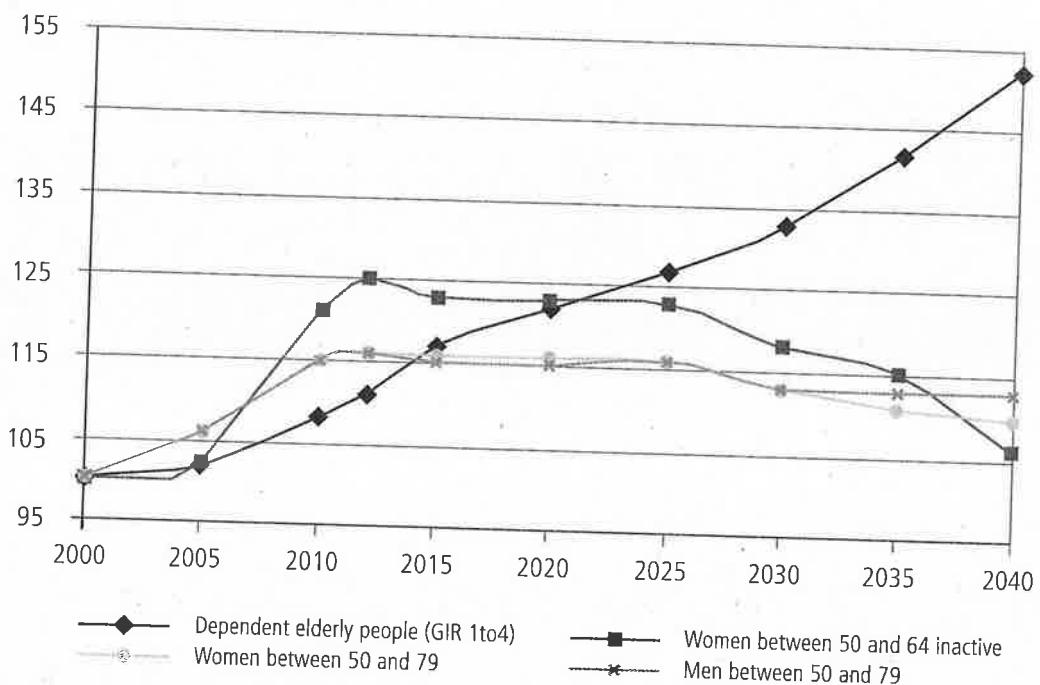
C'est précisément cette augmentation de la demande de soins qui est perçue comme un enjeu majeur d'action publique et ce pour deux raisons. Non seulement le besoin de soutien et d'aide quotidienne des personnes âgées va augmenter de façon exponentielle dans les décennies à venir, mais de plus, l'offre de soins, d'aide et de soutien fournie par les proches va tendre à diminuer, ce que les experts qualifient de *care deficit*. En effet, dans la société de croissance de l'Après-Guerre, la quasi-totalité

2 Cette thématique est considérablement plus développée en Amérique du Nord, mais elle donne lieu à des recommandations importantes visant à la définition d'une politique des générations de façon à garantir cette équité (voir en particulier Chauvel, 2002)

de l'aide aux personnes âgées souffrant d'incapacités ou de handicaps était assurée par des membres de la famille, des proches : le plus souvent des femmes, épouses, filles et brus. La participation accrue des femmes au marché du travail, d'une part, et l'instabilité des ménages qui complexifient et démultiplient potentiellement le nombre des personnes âgées apparentées, d'autre part, rendraient les femmes moins disponibles pour ce travail de soin non rémunéré.

A titre d'exemple, certains experts tentent d'évaluer ce *care deficit* en comparant l'évolution de la demande potentielle (nombre de personnes âgées dépendantes) à celle de l'offre potentielle de soins profanes (nombre de femmes inactives de plus de 55 ans, susceptibles d'avoir un parent ou beau-parent dépendant) (voir figure 1).

Figure 1 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes et des carers potentiels en France (2000 = base 100)



Source: INSEE; HID, DREES calculations

Dans cette figure correspondant au cas français, on constate ainsi que le nombre de femmes inactives entre 50 et 64 ans va augmenter neuf fois moins vite entre 2000 et 2040 que le nombre de personnes âgées dépendantes, au sens de la grille (AGGIR) qui permet en France d'évaluer le niveau de dépendance. Ce genre d'évaluation est bien sûr tout à fait discutable, non seulement parce qu'elle reprend à son compte le postulat que les femmes inactives sont a priori toutes désignées pour rendre ce type de service, mais aussi parce que l'on évalue la demande et l'offre de soins futurs « toutes

chooses égales par ailleurs», c'est-à-dire sans tenir compte de nombreux éléments susceptibles d'évoluer, comme la durée du temps de travail, le développement de nouvelles formes de protection, comme des assurances publiques ou privées, l'évolution des normes sociales en matière de division des rôles des sexes, etc. Mais même si une telle projection ne peut rendre compte d'une réalité sociale à venir, elle contribue à souligner l'urgence de formuler des réponses collectives pour faire face à ce ciseau entre demande et offre.

Tableau 2 : Participation au marché du travail, chômage et niveau de temps partiel dans l'Europe des 15 en 2003

Pays	Taux de participation au marché du travail ¹⁾			Taux de chômage ²⁾			Taux de travail à temps partiel ³⁾		
	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Différence entre les genres (femmes – hommes [en %])	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Différence entre les genres (en %)	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Différences entre les genres (en %)
SW	76.9	80.8	-3.9	5.3	6.4	-1.1	20.6	7.9	12.7
DK	74.8	84.0	-9.2	5.8	5.2	0.6	21.9	10.5	11.4
FIN	72.1	76.1	-4.0	8.9	9.3	-0.4	15.0	8.0	7.0
UK	69.2	83.9	-14.7	4.1	5.5	-1.4	40.1	9.6	30.5
NL	68.4	84.2	-15.8	3.8	3.5	0.3	59.6	14.8	44.8
PT	65.6	78.5	-12.9	7.7	5.9	1.8	14.9	5.9	9.0
GER	64.5	78.0	-13.5	8.9	9.7	-0.8	36.3	5.9	30.4
AUT	63.9	79.4	-15.5	4.3	5.1	-0.8	26.1	3.2	22.9
FR	62.5	73.8	-11.3	10.4	8.3	2.1	22.8	4.7	18.1
IRL	57.6	78.3	-20.7	3.9	4.9	-1.0	34.7	8.1	26.6
BEL	55.8	72.6	-16.8	8.0	7.5	0.5	33.4	5.9	27.5
ESP	55.7	81.1	-25.4	16.0	8.2	7.8	16.5	2.5	14.0
LUX	53.5	77.0	-23.5	3.6	1.9	1.7	28.1	2.3	25.8
GR	51.0	77.0	-26.0	13.8	5.9	7.9	9.9	2.9	7.0
IT	48.3	74.8	-26.5	11.7	6.8	4.9	23.6	4.9	18.7
EU 15	61.3	79.2	-17.9	8.6	7.2	1.4	30.1	6.3	23.8

Notes : ¹⁾ Participation au marché du travail en % de la population de 15 à 64 ans; ²⁾ chômeurs en % des actifs; ³⁾ travailleurs à temps partiel en % des personnes occupées (Source : OCDE : Employment outlook 2004, Paris).

L'intensité de ce problème de *care deficit* est étroitement liée à l'évolution du contrat de genre dans les pays de l'UE. En effet, il est manifeste que la place des femmes sur le marché du travail est loin d'être uniforme au sein de ces Etats (voir tableau 2). Si

l'écart entre les taux de participation des hommes et des femmes sur le marché du travail était de 4 points en Suède ou en Finlande en 2003, il était de 26 points en Italie ou en Grèce. Et ces écarts se retrouvent lorsque l'on aborde les taux de chômage respectifs des hommes et des femmes ou encore le taux de travail à temps partiel. En revanche, il semble que l'UE soit plus uniforme quant à la division du travail domestique et de soins. Les enquêtes « emploi du temps » confirment à l'échelle européenne que les femmes assument toujours nettement plus que les hommes ce travail non rémunéré, même si des différences sensibles séparent une fois encore pays d'Europe du nord et du sud.

2 Les grands types de politiques de soins de longue durée en Europe selon les régimes de Welfare

Ces informations, basées sur des moyennes nationales et sur des données et projections statistiques réunies à l'échelle européenne, permettent de comprendre de quelle manière la définition d'une politique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées est devenue une priorité politique. Une fois admise cette priorité partagée, plusieurs problèmes se posent à l'ensemble de ces pays pour parvenir à définir une politique publique :

Comment évaluer la dépendance ? En effet, il n'existe pas encore de consensus international sur la meilleure manière d'évaluer la dépendance des personnes âgées. Certains pays, comme la France, ont adopté, non sans controverses et critiques, une grille nationale unique ; d'autres laissent le soin aux professionnels de terrain de faire le choix de la grille qui leur semble la plus adaptée (c'est par exemple le cas de la Suède).

Si la dépendance est conçue comme un risque, celui-ci est-il assurable ? Le « risque dépendance » est manifestement difficilement assurable, tout au moins dans une logique d'assurance privée (Bouget, 2003). L'incitation à s'assurer augmente avec l'âge, mais le prix de l'assurance augmente également (d'après le phénomène de la sélection adverse). Whynes en 1996 estimait pour la situation au Royaume-Uni que le montant de la cotisation à 50 ans serait près de 4 fois plus élevé qu'à 20 ans et que le coût d'une telle assurance débutant à 40 ans représenterait déjà près de 10% du revenu moyen individuel. De ce fait, Wiener et al. (1994) estiment pour leur part que seulement 10 à 20% maximum des personnes âgées sont en mesure de financer une assurance privée aux Etats-Unis. Quoiqu'il en soit, à l'échelle européenne, ce marché des assurances privées est encore très limité.

Comment financer cette politique et quelles articulations prévoir entre le national et le local, entre le sanitaire et le social ? Les insuffisances des financements privés de couverture de ce risque ont fait que la plupart des pays européens ont tenté de promouvoir une prise en charge collective, complétant l'aide informelle

et intergénérationnelle des familles. Pour autant, dans une majorité de pays, la priorité reste de confier cette tâche aux familles et de renforcer leurs responsabilités pour éviter ces coûts sociaux supplémentaires. Dans d'autres, l'aide informelle est considérée comme subsidiaire à une offre de services publics gérés localement (les pays scandinaves).

Les arbitrages à effectuer sont donc nombreux. Comment financer : par une nouvelle cotisation, par l'impôt ; comment articuler la contribution des différents dispositifs de protection sociale et en particulier le rôle respectif de l'assurance maladie et du système de santé et des politiques sociales ? Faudra-t-il privilégier les aides en nature ou des prestations monétaires ? Faut-il mieux verser ces prestations aux personnes âgées ou à leur aidant familial ? Faut-il appliquer des critères de ressources pour concentrer l'aide sur les plus démunis dans une logique d'assistance sociale ? Quel rôle faut-il laisser à la parenté ? Quelle place laisser à l'obligation alimentaire ?

Avant d'aborder les différences entre les dispositifs nationaux, adoptés et mis en œuvre à l'échelle européenne, nous pouvons souligner quelques grands principes communs qui structurent ces politiques.

Une organisation territoriale. Quels que soient les systèmes de protection sociale, la dépendance ou la perte d'autonomie des personnes âgées sont envisagées à une échelle territoriale limitée, de manière à rester au plus près de la manifestation des besoins. Les échelles territoriales d'organisation varient bien sûr selon les pays (communes, départements, régions), mais l'idée d'une « gestion de près », si l'on peut dire, domine l'ensemble de ces politiques nationales.

Dans tous ces pays, la prise en charge de la dépendance suppose de combiner offre de soins médicaux et paramédicaux et offre de services sociaux : combiner le *health* et le *social care*, le *cure* et le *help*, le social et le sanitaire. L'articulation entre santé et social est cependant plus ou moins bien conçue. Elle se manifeste en particulier par la multiplicité des intervenants, au sein desquels dominent encore nettement les médecins et l'approche bio-médicale et curative.

De même, on retrouve partout une tendance à privilégier l'aide à domicile aux dépens de la prise en charge en institution. Ce redéploiement de l'aide vers le domicile, le *home care* ou *community care*, a été amorcé dès les années 1970, pour éviter à la fois l'hospitalisme ou les effets négatifs des prises en charge institutionnelles (sans compter l'effet très négatif joué par l'image des hospices et des mouroirs), et pour réduire les coûts.

En somme, on constate partout une prédominance de la logique du besoin. Les besoins d'aide et de soins dans les cas de perte d'autonomie sont extrêmement variables et instables. Il faut pouvoir ajuster au plus près de l'individu. D'où une très profonde tendance à l'individualisation, que ce soit au niveau de l'évaluation du besoin d'aide ou à celui de la définition de l'offre de services. On passe ainsi d'une logique du « prêt-à-porter » (des prestations et des services uniformes) à celle du « sur mesure » (à chacun sa prise en charge). Mais cette individualisation n'empêche pas

que l'offre locale de services surdétermine souvent la définition même des besoins, au risque d'importantes disparités territoriales.

Malgré ces principes fédérateurs permettant de penser une politique dans ce domaine, d'importants écarts sont manifestement liés aux différences des systèmes de protection sociale à l'échelle européenne. On retrouve donc dans ce secteur comme dans d'autres les différences liées aux « régimes de Welfare », pour reprendre l'expression consacrée proposée par Gosta Esping-Anderson (1990).

Ces systèmes ont plus ou moins de capacités d'adaptation et ont permis plus ou moins facilement d'intégrer ce nouveau risque. Dans la littérature, il est fréquent désormais de distinguer au moins 4 systèmes de protection sociale (auquel on ajoute désormais les systèmes des pays de l'Est de l'Europe des 25). Les 4 principaux types qui s'imposent le plus souvent dans la littérature renvoient aux différences de finalité, de mode de financement principal, d'impact en terme de démarchandisation de la force de travail ou de défamilialisation des tâches non rémunérées (Lister, 1994).

Du fait de la force ou de l'inertie de ces régimes de welfare, le risque dépendance est abordé de manière bien différente. On évoque pour en rendre compte la notion de « dépendance au chemin » ou de « path dependency », l'idée étant que les choix initiaux en matière de protection sociale surdéterminent les possibilités de réponse à ce nouveau risque.

On peut donc distinguer 4 principaux types de réponse, correspondant à ces quatre régimes (voir tableau 3) :

Dans le modèle libéral: le principe dominant de solidarité est le marché, pour préserver la responsabilité individuelle, auquel s'ajoute la solidarité familiale, complétés par l'assistance pour les plus pauvres, avec une forte stigmatisation. Les personnes âgées qui en ont la possibilité peuvent se protéger contre ce risque en recourant à la désépargne (la vente de son patrimoine immobilier principalement) et à l'assurance privée.

Dans le modèle familialiste des pays du sud de l'Europe, la famille reste le principe de solidarité privilégié, avec une obligation alimentaire qui pèse sur de larges pans du système de parenté. Les réponses complémentaires à cette aide de la parenté sont initiées au plan local, de manière très inégalitaire, principalement au niveau du tiers secteur et de l'action sociale bénévole.

Dans le modèle corporatiste, le principe dominant est la solidarité professionnelle, visant à donner au travailleur et à sa famille un niveau de vie et de rémunération indexé sur ses revenus antérieurs. La dépendance peut alors être conçue comme un nouveau « risque social » pouvant donner lieu à une nouvelle assurance sociale, financée par une nouvelle cotisation et gérée dans le cadre du pacte social paritariste par les employeurs et les employés. La difficulté réside ici principalement dans la déconnexion entre le risque dépendance et les situations de travail. Le besoin de soin de longue durée se fait en général ressentir longtemps après la fin de l'activité professionnelle, ce qui pose des problèmes par rapport à la logique de ce

système. Pour autant, ce modèle a été adopté avec d'importantes nuances aussi bien en Allemagne qu'au Luxembourg.

Dans le modèle social démocrate, le principe de solidarité repose sur la promotion pour chaque citoyen de droits sociaux à un ensemble de services publics permettant de faire face à ces situations de dépendance. Le financement est assuré par des impôts nationaux et locaux, gérés au plan des municipalités et donnant accès à des prestations de soins et d'aide en nature.

Tableau 3 : Les politiques de « Long Term Care » selon les régimes d'Etat-providence

Les politiques de « Long term care » selon les régimes d'Etat-providence	Libéral	Familialiste et clientéliste	Corporatiste	Socio-démocrate
Principes dominant de solidarité	Le marché	La famille	La corporation professionnelle	La citoyenneté
Finalité du système	Garantir la couverture des besoins par le marché et la solidarité familiale	Définir localement des services complémentaires à la famille	Garantir au travailleur et à sa famille un niveau de vie sur la base de ses ressources antérieures	Promotion de la citoyenneté sociale en définissant des droits sociaux universels
Principes de fonctionnement	Responsabilité individuelle	Obligation alimentaire, solidarité familiale	Contributivité des travailleurs et assistance pour les non travailleurs	Egalité d'accès à des services collectifs décentralisés
Mode de financement	Ressources de la personne âgée (désépargne) et de sa famille et assurance privée	Ressource de la personne âgée plus obligation alimentaire élargie et assistance	Cotisation obligatoire	Impôts nationaux et locaux
Offre de services	Dominée par industrie privée de services	Tiers secteur avec importantes inégalités territoriales	Essentiellement tiers secteur et marginalement marché	Services publics et prestations en nature

Ces typologies ou « régimes de Welfare » se révèlent à la fois un atout et un obstacle à la compréhension de ces politiques. Un atout, dans la mesure où l'on peut, grâce à ces idéaux-type, identifier les principales options possibles en matière de conception de ces politiques sociales. Mais un obstacle aussi, lorsque ces modèles, conçus comme

un moyen de se représenter des choix fondamentaux, fonctionnent comme un véritable « prêt-à-penser ». Si ces idéaux-types sont d'une évidente pertinence pour comprendre ce que représentent les systèmes de protection sociale dans différentes sociétés développées, en termes de projet de société, de conception du rôle de l'Etat, de pacte social, d'agencement ou de compromis politiques, etc., ils peuvent aussi finir par nous masquer plusieurs phénomènes absolument cruciaux lorsque l'on aborde ces politiques sociales spécifiques : premièrement, leur instabilité et donc le fait que les formules adoptées évoluent rapidement, même si ce peut être dans le cadre d'une trajectoire donnée ; deuxièmement, les disparités territoriales qui font que l'échelle nationale est bien peu adaptée à une analyse de ce que recouvrent précisément ces dispositifs (Tester, 1999, pour un exemple de comparaisons territoriales voir Le Bihan & Martin, 2006) ; troisièmement, les variations importantes dans la compréhension de ces politiques en fonction des classes sociales concernées, du genre, ou des liens avec des questions d'immigration, de marché du travail, etc.

On voit donc que malgré un certain nombre de points communs apparents et une gamme de services relativement analogues dans chaque pays, la conception de cette politique s'inscrit dans la logique qui prévalait antérieurement. A cet égard, le cas français est intéressant, car la politique dépendance y a été définie de manière très progressive et débouche sur un dispositif relativement original et assez intermédiaire entre ces différents idéaux-type.

3 La définition de la politique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France : un processus original

Le dispositif français comprend, dès le départ, deux principaux volets : un volet assurantiel avec le rôle de l'assurance maladie, ce qui n'est pas sans poser de problèmes du fait de la nature quasi permanente ou en tous les cas de longue durée, des besoins de soins de ces personnes âgées en perte d'autonomie, et un volet relevant de l'action sociale. C'est au niveau de ce second volet que des réformes importantes ont eu lieu au cours des dix dernières années.

On peut distinguer quatre principales phases dans le processus de définition de la politique française : La première étape (phase d'expertise) a consisté en un long arbitrage, une phase d'indécision politique, au cours de laquelle ont été commandés un grand nombre de rapports d'experts et formulés plusieurs projets de loi. La difficulté principale résidait alors dans l'évaluation du coût d'une telle politique, elle-même étroitement liée à l'évaluation du nombre de personnes âgées dépendantes. Il faudra attendre la fin des années 1990 pour que la première enquête nationale fournisse cette évaluation, avec l'enquête « Handicap – Incapacité – Dépendance » de l'INSEE (voir tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de personnes âgées dépendantes en France
(source HID 1999) (en milliers)

	domicile	Institutions	Ensemble
GIR 1	22	47	69
GIR 2	133	129	262
GIR 3	137	64	201
de GIR 1 à 3	292	240	532
GIR 4	232	32	264
de GIR 1 à 4	524	272	796
GIR 5	346	44	390
GIR 6	10692	163	10855
GIR inconnu	24	21	43
Ensemble des 60 et +	11586	498	12084

Source : INSEE, HID, calculs DREES (Kerjosse, 2003).

En 1995, est engagée une nouvelle étape avec l'expérimentation dans 12 départements d'un dispositif dont les grandes lignes sont fixées par l'Etat, mais dont la mise en œuvre est confiée à ces collectivités locales. Le but est à la fois d'expérimenter et d'évaluer ces dispositifs, avant d'envisager leur généralisation sur l'ensemble du territoire.

En 1997, et avant même que les résultats de ces évaluations aient été rendus publics, sera adoptée une loi généralisant le dispositif de la Prestation spécifique dépendance (PSD) à l'ensemble du territoire. Ce dispositif d'aide sociale, très minimalistre, donnera lieu à de très vives critiques dans les milieux professionnels. Il sera mis en œuvre entre janvier 1997 et janvier 2002, pour ne concerner au total que 150 000 bénéficiaires, soit environ 15% des besoins (pour plus de détails, voir Frinault, 2003).

Pour faire suite à ces critiques, le gouvernement Jospin fera adopter en 2002 une nouvelle loi créant l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA), un dispositif qui va connaître un très rapide succès et permettre d'offrir une réponse à l'essentiel de la population des personnes âgées dépendantes, soit plus de 900 000 bénéficiaires. Entre janvier 2002 et juin 2003, près de 1,4 million de personnes avaient fait une demande d'APA et 723 000 avaient reçu la prestation. En janvier 2006, on dénombrait 938 000 bénéficiaires, dont 59% vivaient à domicile, avec un montant moyen mensuel de 481 euros.

La politique française apparaît aujourd’hui comme un habile compromis : ni assistance, ni assurance, ni dispositif universel, ce qui la rend difficilement classable dans les typologies évoquées précédemment (Le Bihan et Martin, 2007). En effet, le dispositif français n'est plus une politique d'assistance, réservée aux plus pauvres et aux plus dépendants (plus de récupération sur successions). Il n'est pas non plus un système assurantiel obligatoire donnant lieu à une cotisation et à la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale, ni tout à fait un système universel comme dans les pays scandinaves.

Un pas supplémentaire a cependant été franchi en direction du système assurantiel en août 2003, suite à la catastrophe de la canicule qui aurait provoqué le décès de près de 15000 personnes âgées. Mais, contrairement aux propos tenus par certains acteurs politiques et dans les médias, il ne s'agit pas d'une nouvelle branche de la sécurité sociale, ni d'un dispositif géré par les partenaires sociaux, mais d'un compromis entre assurance, impôt affecté et action sociale locale, avec un pilotage qui demeure celui des conseils généraux des départements. La résistance des salariés qui s'est manifestée à l'occasion de la journée du lundi de Pentecôte, qui devait être travaillée en mai dernier pour contribuer au financement de la politique dépendance, montre que cet épisode est loin d'être clos et que les acteurs politiques n'en sont certainement pas à leur dernière réforme dans ce domaine.

4 Conclusion

La compréhension et la comparaison de ces nouvelles politiques sociales à l'échelle européenne nécessitent de dépasser le niveau des typologies d'Etat-providence. Pour aller plus loin, il faut aussi s'intéresser au niveau méso (de la mise en œuvre locale) et micro (des relations de *care*). Il faut en somme distinguer le niveau de la régulation politique de celui de la régulation domestique. Une des questions-clé ou l'un des défis pour la recherche en sciences sociales est de comprendre les formes contemporaines du « prendre soin », ou de la sollicitude, c'est-à-dire la manière dont évolue le souci de l'autre. A ce niveau se manifeste toute une série de normes.

On ne peut donc se limiter à une analyse des politiques publiques. En effet cette analyse des dispositifs ne permet pas de rendre compte des pratiques sociales et de ce qui les détermine. On ne peut en effet aborder la question du *care* ou celle de la sollicitude sans en passer par une analyse des pratiques de *care* et des discours et rationalisations des acteurs en situation. Les individus structurent en effet leurs valeurs en agissant et en interagissant. Les pratiques de soins mobilisent toutes sortes de considérations morales sur ce qui est bien ou mal, ce qui doit ou ne doit pas être fait. Les individus agissent donc en fonction de toute une série de « raisons », plus ou moins maîtrisées : pour certains, il s'agit de respecter une obligation, une prescription sociale ; pour d'autres d'un sacrifice fondé sur un sentiment de dette ;

pour d'autres il s'agit de faire ce qui doit être fait; pour d'autres encore, il peut s'agir en prenant l'autre en charge de lui signifier sa dépendance, sa faiblesse et donc sa position de dominé, etc.

La notion de *care* est par essence ambivalente : elle véhicule toute une série de notions comme la compassion, l'attention, l'empathie, la confiance, mais elle peut aussi être le résultat de l'absence de confiance, de la culpabilité ou de la volonté de domination. Le travail du sociologue et ses méthodes sont alors particulièrement utiles pour se pencher sur le point de vue des acteurs en situation.

Une autre partie nécessaire du travail scientifique sur ces questions consiste donc à analyser et à comprendre en situation et grâce au discours des acteurs impliqués dans des relations de sollicitude et de *care*, la manière dont ils expliquent et s'expliquent leurs pratiques, ce qui les conduit à agir de telle ou telle manière, que ce soit comme pourvoyeur ou comme récipiendaire de l'aide et du *care*. Ce type d'analyse est indispensable pour compléter l'analyse des messages normatifs identifiables dans les législations, les dispositifs, les réformes et les systèmes de *care*.

La diversité de ces valeurs et situations sont aussi un moyen de tenter de rendre intelligibles les relations entre contraintes et arbitrages, déterminations et choix, et de lier ces variations à un certain nombre de conditions, conditions sociales, de genre, type de contraintes, histoire familiale, trajectoire sociale, etc. Pour toutes ces raisons, il nous semble que la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est un enjeu pour les sciences sociales et pour la compréhension de nos sociétés contemporaines ; un analyseur des liens sociaux et politiques.

5 Références bibliographiques

- Bouget, D. (2003), « Vieillesse, dépendance et protection sociale en Europe », in C. Martin (ed), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes : Presses universitaires de Rennes, 271–292.
- Chauvel, L. (2002), *Le destin des générations*, Paris : PUR.
- Commission européenne (2005), *Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre générations*, DG emploi, affaires sociales.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, London : Polity Press.
- Frinault, T. (2003), *Action publique et transformations des modes de socialisation de la vieillesse. Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Thèse de science politique, sous la direction de P. Hassenteufel et C. Martin, Université de Rennes 1.
- Le Bihan, B. et C. Martin (2006a), « A Comparative Case Study of Care Systems for Frail Elderly People: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden », *Social Policy and Administration*, vol. 40, n° 1, 26–46.
- Le Bihan, B. et C. Martin (2007), Cash for Care: in the French Welfare State: A skilful Compromise, in: C. Ungerson et S. Yeandle (éd.), *Cash for Care in Developed Welfare States*, Basingstoke : Palgrave, 32–59.

- Lesemann, F. et C. Martin (dir) (1993), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris : La Documentation Française.
- Lister, R. (1994), "She has other duties" – Women, citizenship and social security, in : S. Baldwin and J. Falkingham (eds), *Social Security and Social Change*, Harvester Wheatsheaf, 31–44.
- Martin, C. (dir) (2003), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes : Presses universitaires.
- Memmi, A. (1979), *La dépendance*, Paris : Gallimard.
- Memmi, A. (2005), *L'individu face à ses dépendances. Entretiens avec C. Pönt-Humbert*, Paris : Vuibert.
- OECD (2005), *Long-Term Care for Older People*, OECD, July 2005.
- Sauvy, A. (1966), *Théorie générale de la population. Volume II. La vie des populations*, Paris : PUF.
- Tester, S. (1999), Comparative Approaches to Long-term Care, in Jochen Clasen (éd), *Comparative Social Policies. Concepts, Theories and Methods*, Oxford : Blackwell.
- Whynes, D. K. (1996), The Provision and Finance of Long-term Care in the United Kingdom, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 21, n° 79, avril, 271–283.
- Wiener, J.; Illston L. H. and HanleyR. J. (1994), *Sharing the Burden; Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*, WashingtonDC : The Brookings Institution.

Le senior, la science et le marché. Un point de vue sur le vieillissement différentiel selon l'origine sociale

Cornelia Hummel*

En 2005, dans la partie conclusive du rapport « Âges et générations », l'Office fédéral de la statistique, par l'intermédiaire des auteurs du rapport, formulait ainsi un des enjeux du 21^e siècle dans le domaine du vieillissement : « Un défi majeur de cette prise de conscience de la réalité inéluctable du vieillissement de la population de la Suisse est [celui] des inégalités qui s'accumulent au long du parcours de vie et le risque de vieillesse à plusieurs vitesses » (OFS, 2005 : 136). Derrière ce défi se cache la question, souvent euphémisée dans le champ gérontologique, du vieillissement différentiel selon l'origine sociale. S'il est aujourd'hui communément admis que le vieillissement des individus est soumis à des déterminants sociaux par le biais de la santé (prise dans sa définition la plus large, telle que formulée par l'OMS), on peut s'interroger sur le poids futur de ces déterminants au regard des mutations que laisse entrevoir ce début de 21^e siècle dans les champs scientifique, socio-sanitaire et économique.

Deux phénomènes servent de points d'appui à cet article dont le caractère se veut à la fois essayiste et prospectif.

- l'essor et le succès des théories du vieillissement réussi (*successful aging*) dans le champ de la gérontologie ainsi que l'émergence du courant anti-vieillissement (*anti-aging*) dans le champ médical ;
- le développement exponentiel du marché de la vieillesse dans le champ économique, phénomène que nous qualifions de marchandisation de la vieillesse.

Ces deux phénomènes seront exposés, puis mis en relation avec la question du vieillissement différentiel selon l'origine sociale en montrant en quoi ils participent à l'inscription de la vieillesse dans un cadre à la fois naturaliste et individualiste-marchand.

1 Vieillesse et pathologie : du marasmus senilis à l'anti-vieillissement

1.1 Préliminaires

Dès le XIX^e siècle, la médecine marque un intérêt croissant pour l'étude de la vieillesse et du vieillissement. Le point de vue adopté est celui des « maladies de vieillards », les

* Cornelia Hummel, Département de sociologie, Université de Genève, CH-1211 Genève 4, E-Mail: cornelia.hummel@socio.unige.ch.

traités s'appuyant sur des observations effectuées sur des vieillards décédés (dissections) ou sur des malades regroupés dans les hospices et hôpitaux. Pour Charcot, qui étudie les vieux malades de la Salpêtrière à Paris et publie en 1867 ses célèbres « Leçons cliniques sur les maladies des vieillards », la vieillesse se traduit par une atrophie générale de l'individu, les organes affectés se réduisant en volume et présentant des modifications pathologiques. Rapidement, les maladies spécifiques de la vieillesse reçoivent le qualificatif « sénile » (démence sénile, gangrène sénile, syncope sénile), ce qualificatif pouvant devenir un substantif dans les statistiques générales des causes de décès au XIX^e siècle (à la fin du siècle, en Allemagne, 72% des décès des individus de plus de 70 ans sont attribués à la « sénilité » ; Conrad, 1985). La gériatrie naissante accorde ainsi une place de choix à l'association entre la vieillesse et la détérioration physique profonde et irréversible, les articles scientifiques répertoriant, classifiant et exposant le cortège des affaiblissements, altérations, atrophies, dégénérescences, lésions, scléroses et autres ulcérasions attribués à l'avancement en âge (Bourdelaïs, 1993). Dans cette première étape de l'histoire médicale de la vieillesse, le processus de vieillissement est étudié par le biais de l'apparition de pathologies, avec un volet scientifique qui se concentre sur les causes de ces pathologies (et donc sur le caractère physiologique du vieillissement) et un volet thérapeutique qui recherche les moyens de soigner les pathologies, voire de les repousser le plus longtemps possible.

Le XX^e siècle connaît à la fois un accroissement considérable des travaux portant sur la vieillesse, et un élargissement de l'horizon de recherche. L'étude des processus de vieillissement sort du champ exclusivement médical, et commence à intéresser d'autres disciplines telles que la psychologie, la sociologie ou l'économie. La rencontre de ces regards disciplinaires multiples fonde une nouvelle discipline, la gérontologie, stimulée par les projections sur le vieillissement de la population dans les sociétés occidentales. Le vieillissement n'est dès lors plus compris comme un processus individuel, objet d'une discipline scientifique spécifique, mais comme un phénomène collectif (particulièrement bien mis en lumière par le concept de vieillissement démographique formulé par le démographe Alfred Sauvy en 1927), qui pourrait bien se transformer en problème social. La définition du champ de la gérontologie apparaît avec netteté dans l'éditorial du premier numéro du *Journal of Gerontology* de la toute jeune *Gerontological Society of America*¹ :

« La gérontologie n'est pas une discipline hautement spécialisée de plus, la dernière addition à la déjà longue – et se rallongeant toujours – liste de « logies » qui composent le tableau académique. (...) La gérontologie reflète la reconnaissance d'un nouveau type de problème qui nécessitera l'intérêt et la dévotion d'un éventail de scientifiques, enseignants et professionnels ; tout ceux dont on aura besoin pour étudier la croissance, le développement et le vieillissement humain, l'écologie

1 La séparation des objets et des disciplines est illustrée par la fondation, à 3 ans d'intervalle des deux associations faîtières américaines : l'« American Geriatrics Society » (1942) et la « Gerontological Society of America » (1945).

et la planification régionale, l'hygiène mentale, la conservation humaine ou les changements culturels. Ces problèmes multidimensionnels requièrent les efforts communs de nombreuses disciplines et professions» (Lawrence K. Frank, *Journal of Gerontology*, 1946, 1, in : Katz, 1996:111, notre traduction).

La gérontologie nord-américaine fait figure de pionnière et initie de grandes recherches, menées sur de larges échantillons de personnes âgées et ayant pour objectif d'appréhender la vieillissement dans sa complexité et sa diversité. Ces recherches insistent sur le vieillissement comme processus multidimensionnel, ainsi que sur les potentiels ajustements (physiques, psychologiques, sociaux) des individus à ce processus. Des desseins de recherche novateurs sont élaborés, à l'instar de l'approche longitudinale de la célèbre *Duke Longitudinal Study*, afin d'étudier scientifiquement ces ajustements et de mesurer leurs effets sur des variables telles que la santé fonctionnelle, la santé mentale, la satisfaction de vie, etc. Les études fondatrices de la gérontologie dégagent alors un paradigme disciplinaire propre, qui marque l'achèvement de la délimitation du champ : le vieillissement normal. Le vieillissement normal est défini comme un ensemble de variables biologiques qui n'aboutissent pas nécessairement à des pertes de fonctions physiques ou mentales. Son pendant, le vieillissement pathologique, est déterminé par la manifestation, chez le sujet vieillissant, d'affections spécifiques (par exemple la maladie d'Alzheimer). La distinction normal/pathologique préside à deux logiques disciplinaires : le curatif et le préventif. Si le vieillissement pathologique reste le terrain privilégié de la médecine, le vieillissement normal et la prévention du vieillissement pathologique constituent le terrain d'action de la gérontologie, dans sa version « fondamentale » (recherche scientifique) ou « appliquée » (mise en place de politiques ciblées dans le domaine socio-sanitaire, Guillemard 1983, 1986 ; Lenoir 1979 et 1989).

Aux questions posées au corps humain à la fin du XIXe siècle, « qu'est-ce que la vieillesse », « pourquoi vieillit-on ? », suivent, dans la deuxième moitié du XXe siècle, les questions posées au corps social : « comment éviter la chute dans le vieillissement pathologique ? », ainsi que son corollaire « comment bien vieillir ? ». Débordant du cadre de l'hygiène de vie, dont l'actualisation des préceptes est laissé à la médecine, les réponses données à ces questions sont essentiellement sociales et psychologiques et trouvent une formalisation dans une séries de théories plus ou moins concurrentes. Deux d'entre elles, élaborées presque simultanément au début des années 1960, vont alimenter la controverse théorique pendant près de trente ans :

- la théorie du désengagement (Disengagement theory), qui postule le retrait progressif de la vie sociale avec l'avancement en âge, le désengagement étant conçu comme un processus d'adaptation au cours duquel la personne vieillissante cesse d'exercer les rôles qu'elle ne peut plus accomplir (Cumming & Henry, in : Tobin, 1997) ;
- la théorie de l'activité (Activity theory) postule au contraire que l'individu qui vieillit bien est celui qui maintient ses activités sociales le plus longtemps

possible, la réduction des possibilités physiques et mentales donnant lieu à la recherche d'activités de substitution (Havighurst, in : Atchley, 1997).

La théorie de l'activité inspire de nombreux chercheurs qui cherchent à dépasser l'opposition normal/pathologique pour travailler avec des concepts plus « positifs », permettant de rendre compte à la fois de la diversité des vieillesses et de la prédominance des processus de vieillissement bien négociés. Il s'agit de découvrir quels sont les ingrédients menant à une vieillesse « réussie » (le terme « successful aging » a été utilisé pour la première fois par le gérontologue américain Robert Havighurst en 1965), la réussite brillant toutefois de tous les feux de la polysémie. Dans son allocation d'ouverture au congrès annuel de la Société allemande de gérontologie en 1988 (dont le thème est « Vieillissement réussi: conditions et variations»), Ursula Lehr souligne que « lors du congrès de la Gerontological Society [of America], tenu à Chicago en 1986 sur le thème *Markers of Successful Aging*, on insista sur la nature totalement athéorique des tentatives faites jusqu'alors dans la définition du vieillissement réussi » (Lehr, 1993: 3, notre traduction). La gérontologue allemande constate que ni le congrès de Chicago, ni le congrès de l'Association européenne de gérontologie, tenu l'année suivante, n'eurent plus de succès dans l'élaboration de ce concept. « Qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse » serait-on tenté de dire au vu du succès scientifique et médiatique de la notion de vieillissement réussi – succès qui fait écho à l'ancestral espoir d'effacer l'empreinte du temps sur le corps de l'homme.

1.2 Le vieillissement réussi

Les théories du vieillissement réussi insistent toutes sur le rôle que tient l'individu dans le processus de vieillissement. L'individu est, du point de vue théorique, en mesure de déployer des stratégies de préservation de la santé, de maintien de la participation sociale, de prévention des troubles cognitifs, puis, en cas de pertes fonctionnelles ou sociales, capable de mettre en œuvre des stratégies adaptatives. Les travaux de Rowe et Kahn² (1997, 1998) réfutent ainsi la thèse qui associe l'avancement en âge avec une élévation inévitable, car biologiquement déterminée, des risques de maladie et de handicap. L'argument principal est que l'augmentation des risques liés à l'âge peut faire l'objet de stratégies de prévention. La vieillesse est ainsi conçue comme le produit des « choix » que l'individu a fait dans les étapes précédentes de son parcours de vie. Le terme de « choix » est ici quelque peu problématique, car les recherches menées dégagent des prédicteurs de santé parmi lesquels, outre les prédicteurs classiques d'hygiène de vie (exercice physique, limitation du poids, type d'alimentation), le revenu, le niveau d'éducation, le statut marital et familial ont une place de choix. Les auteurs insistent également sur une composante non-physiologique de la vieillesse

² Nous distinguons la théorie du vieillissement réussi telle que proposée par Rowe et Kahn de celle proposée par Baltes et Baltes, les deux approches étant différentes. Voir Hummel (2006).

réussie, «l'engagement actif dans la vie» qui s'oppose, implicitement, au retrait proposé par la théorie du désengagement. «L'engagement actif dans la vie» dépend de variables telles que le statut professionnel avant la retraite, le maintien d'activités «productives» après la retraite, et de dispositions mentales positives (la volonté, le sentiment de maîtriser sa vie).

Le message que Rowe et Kahn adressent au public³ est le suivant : pour autant que l'individu fasse preuve d'un style de vie adéquat, sa vieillesse peut être réussie, c'est-à-dire sans maladie ni handicap, avec une capacité fonctionnelle cognitive et physique élevée, et un engagement actif dans la vie. Ce nouveau paradigme, qui fait de la vieillesse un enjeu couvrant l'ensemble du parcours de vie et qui pose comme préalable la théorique aptitude de l'individu à anticiper et à gérer son vieillissement, contribue à remplacer le concept de vieillissement normal par celui de vieillissement réussi. La gérontologie contemporaine tend alors vers l'opposition vieillissement réussi/vieillissement pathologique.

1.3 Le courant anti-aging

Si les théories du vieillissement réussi, dans leur diverses versions, montrent une filiation claire avec les étapes antérieures de l'histoire de la gérontologie, il est difficile d'établir la parenté théorique du courant anti-vieillissement, tant est radicale la rupture avec le couple conceptuel fondateur de la gérontologie (vieillissement normal/vieillissement pathologique, puis vieillissement réussi/ vieillissement pathologique dans la version revisitée par les théoriciens du vieillissement réussi). Dans ce courant, le vieillissement pathologique n'est plus opposé au vieillissement normal ou au vieillissement réussi, le vieillissement *est* pathologique. Il s'agit ici de supprimer tous les symptômes liés à l'âge, étant entendu que ces symptômes sont attribués à un dysfonctionnement physiologique. L'individu vieillissant est réduit à sa corporeité, autrement dit à son apparence et à ses organes, et c'est l'altération de ces derniers qu'il s'agit de combattre.

La première organisation formelle à porter la bannière de l'anti-vieillissement est l'*American Academy of Anti-Aging Medicine* (A⁴M), fondée en 1993 et composée de 11'000 médecins. Elle ne propose rien de moins que l'allongement de la vie humaine opérée par la neutralisation des effets du vieillissement, et se définit comme discipline «fondée sur l'application de technologies scientifiques et médicales avancées dans le dépistage précoce, la prévention, le traitement, et le renversement de dysfonctions, troubles et maladies liées à l'âge» (A⁴M, 2002, notre traduction).

L'application d'un «modèle à la fois porteur d'espoir et réalisable pour la médecine du nouveau millénaire» (A⁴M, 2002, notre traduction) repose sur les promesses de la révolution bio-technologique, en particulier dans les domaines

³ Dans l'ouvrage grand public de Rowe et Kahn, le quatrième de couverture harangue ainsi le lecteur : «C'est vrai! Les choix de styles de vie que vous faites maintenant peuvent changer le reste de votre vie» ((Rowe, Kahn, 1998, notre traduction).

du génie génétique (éradication de maladies par manipulations génétiques, traitements par cellules-souche), du clonage (productions de tissus et d'organes), de l'homonothérapie (DHEA et autres), de la nanotechnologie (chirurgie de précision) et des organes artificiels (optimisation des organes artificiels « classiques » – cœur, poumons, estomac – et expérimentation étendue à d'autres organes – moelle épinière, nerfs). Le programme de cette nouvelle discipline médicale est résumée ainsi par un de ces fondateurs, le Dr. Ron Klatz : « Ne tombez pas malade, ne vieillissez pas, ne mourez pas » (A⁴M, 2002a). Convaincue que la vieillesse et ses maux n'ont rien d'une fatalité, et qu'une sorte de nouvel ordre gérontologique pourra être instauré grâce à la coopération entre la recherche et l'industrie, l'*American Academy of Anti-Aging Medecine* ouvre grand les portes de son site internet et de ses publications aux industriels du secteur médico-pharmaceutique. Faisant fi de la traditionnelle distinction entre science et marché, l'académie reprend à son compte l'argument de la croissance du marché de l'anti-vieillissement (pour 2001, au niveau mondial, ce marché représenterait 973 millions de dollars, A⁴M, 2001).

Le courant anti-aging, qui jusqu'à récemment était perçu par la communauté scientifique comme un avatar fanfaronnant de la gériatrie, obtient progressivement ses galons politiques. Un exemple de cette reconnaissance est donné par le récent Congrès mondial de médecine anti-vieillissement, organisé en mars 2006 à Paris par l'académie américaine en collaboration avec sa consoeur européenne : pour la première fois, le congrès était placé sous le patronage du Ministre de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Gilles de Robien. Par ailleurs, les promesses faites en matière de recherche sont loin d'être délirantes, preuve en est la « guerre » qu'a déclarée la gérontologie institutionnelle au courant anti-aging et à ses représentants. Au marketing scientifique et économique très agressif de l'*American Academy of Anti-Aging Medecine* répondent des publications dans des revues prestigieuses où le gratin des gérontologues prend position contre ceux qu'il considère comme « des entrepreneurs qui attirent des consommateurs de tous âges, crédules et souvent désespérés, vers des cliniques de 'longévité', affirmant la légitimité scientifique des produits qu'ils recommandent et souvent vendent » (article de S.J. Olshansky, L. Hayflick, B.A. Carnes dans *Scientific American* en 2002, in : Binstock, 2004 : 2). Pourtant, il apparaît que ces attaques ne visent pas les hypothèses de base du courant anti-aging, mais dévoilent plutôt une lutte pour la légitimité dans le domaine de la recherche sur le ralentissement, le retardement, voire l'élimination des effets du vieillissement. Les chercheurs qui donnent de la voix dans les instances scientifiques dominantes sont, pour la plupart, eux-mêmes impliqués dans la recherche de thérapeutiques anti-vieillissement (Binstock, 2004). Dans un contexte où les enjeux scientifiques, économiques et politiques sont puissants, il s'agit de distinguer la science légitime – celle de la biologie et de la gérontologie établies – de la pseudoscience proposée par des charlatans « cherchant du profit » (S.J. Olshansky, L. Hayflick, B.A. Carnes dans *Scientific American* en 2002, in : Binstock, 2004 :

2). Dans le domaine de la recherche fondamentale, la biogérontologie (discipline issue du mariage entre deux branches de la biologie et de la gérontologie) a le vent en poupe, bien que pour l'instant, les candidats à l'élimination de la vieillesse sont surtout des cellules. Tant les espoirs dont est porteuse la biogérontologie que sa volonté de démarcation sont illustrés par le changement de nom, en 2004, du très académique *Journal of Anti-Aging Medicine* (consacré à la recherche sur les cellules souches) qui s'intitule désormais *Rejuvenation Research*.

2 La marchandisation de la vieillesse

Les relations privilégiées entretenues par le champ économique avec la vieillesse ne sont pas un phénomène nouveau. Dès les années 1960, alors que l'on s'interroge sur la place dans la société de ce nouvel acteur qu'est le retraité en bonne santé, la consommation de biens et services est considérée comme une forme de participation sociale des personnes âgées (Rapport Laroque in : Guillemard, 1986). L'« invention du troisième âge » (Lenoir, 1979), fruit de la rencontre d'un phénomène démographique, d'interventions politiques spécifiques (les politiques vieillesse) et de la diffusion d'une « vulgate gérontologique » relative au bien vieillir, est concomitante de l'ouverture d'un nouveau segment de marché. Les retraités, dotés en capitaux temporels et financiers, deviennent ainsi la cible de produits spécifiques, essentiellement dans le domaine des loisirs (activités sportives et culturelles, voyages, presse).

Le marché s'est considérablement élargi en quatre décennies, et la fonction des biens et services proposés aujourd'hui n'est plus seulement d'agrémenter les années de retraite, mais de contribuer à repousser le vieillissement ou, quand il se présente, à gérer le vieillissement. L'exemple le plus visible est fourni par l'arrivée massive, sur le marché, de produits et techniques visant à « bien vieillir » ou « lutter contre le vieillissement »⁴, que ce soit dans le domaine pharmaceutique, cosmétique, médical ou paramédical. A l'instar des promoteurs de l'anti-vieillissement, les experts économiques ont sorti leurs calculettes afin d'évaluer le poids du marché de la vieillesse (ou « marché des seniors » lorsque la cible est constituée des futurs retraités de la génération 1945–65 : les « baby-boomer »). Frédéric Serrière débute son ouvrage « Conquérir le marché des seniors » en posant clairement les enjeux du vieillissement pour le marché économique : « A l'heure où l'économie tourne au ralenti, le vieillissement de la population est une opportunité unique pour les entreprises qui veulent trouver des relais de croissance pour les décennies à venir.

4 Contrairement à la section précédente, nous ne distinguons pas, ici, les produits promettant de bien vieillir et ceux affirmant lutter contre le vieillissement, car dans le contexte marchand, la différence est ténue (de notre point de vue, il n'y a pas de différence entre des « alicaments » et des compléments alimentaires; entre une crème « spécial peaux matures » et crème anti-rides). Dans ce qui est proposé au consommateur, bien vieillir, c'est vieillir moins vite ou moins visiblement, moins physiquement.

Durant les 30 prochaines années, le vieillissement de la population sera l'une des préoccupations principales des leaders politiques et sociaux, comme des dirigeants d'entreprise, qu'elles soient industrielles ou de service» (Serrière, 2003 : V).

Le secteur des loisirs reste important, tout comme celui des médias. Parmi les secteurs émergents ou futurs, citons les banques et assurances, la sécurité (télé-surveilance) et surtout tout ce qui touche à la santé: les aliments (par exemple le lait enrichi en calcium) et compléments alimentaires, la cosmétique, les produits médicaux (hormones, botox), la chirurgie esthétique, «le marché de la dépendance et des maisons de retraite»⁵ (produits d'assistance pour personnes dépendantes, aménagement du logement, mobilier spécialisé, logiciels de gestion de maisons de retraites), et «le marché de la dénutrition des personnes âgées» (nourriture spéciale hautement calorifique). Considérant les produits proposés, on peut distinguer deux segments de marché, s'adressant à deux populations différentes et reproduisant les logiques d'oppositions sur lesquelles sont construites les catégories du troisième et quatrième âge (Lenoir, 1979 ; Hummel, 2002). Dans le premier segment, on s'adresse à l'individu qui souhaite repousser autant que possible le moment où son corps et son mode de vie seront qualifié de «vieux». C'est dans ce premier segment que s'engouffrent les secteurs cosmétique, alimentaire et pharmaceutique en proposant des produits «anti-vieillissement». Les projections faites par l'American Academy of Anti-Aging Medicine pour le marché anti-aging⁶ sont également à placer dans ce segment de marché où le consommateur d'âge mûr – le senior – est la cible prioritaire. Dans le deuxième segment de marché, l'interlocuteur n'est pas celui qui bénéficie directement du produit ou du service – l'individu âgé – mais celui qui en a la gestion. Ce segment est constitué par «le marché de la vieillesse dépendante», marché qui est alimenté à la fois par les ressources financières personnelles des individus âgés (ou de leur famille), par les assurances et par les aides publiques (du type «Allocation personnalisée autonomie» en France). Entre le premier et le deuxième segment, on passe du cadre individuel au cadre collectif, de la logique de prévention à celle du soin, de la lutte contre le vieillissement à la gestion de la vieillesse dépendante.

Quelle que soit l'étape de la vieillesse considérée (troisième ou quatrième âge), tout indique que nous assistons actuellement à un phénomène de «marchandisation» de la vieillesse (au sens du passage d'une forme publique non marchande de l'offre de biens et services à une forme privée marchande). Les techniques, biens et services en relation avec la vieillesse sont en train de devenir des produits, des marchandises, la vieillesse elle-même devenant un marché (au même titre que n'importe quel autre marché)⁷.

⁵ Les expressions entre guillemets reprennent les formulations de Frédéric Serrière.

⁶ Voir supra.

⁷ Un exemple de ce passage du public au privé est fourni par l'entreprise suisse Q-Sys AG, qui propose à ses clients (maisons de retraite, hôpitaux) l'outil d'évaluation gérontologique RAI (Resident Assessment Instrument) sous forme de manuel d'utilisation, de logiciel d'utilisation, et cours de formation à cet instrument. Précisons que cet outil, développé aux Etats-Unis, est en

3 Vieillissement et mortalité différentiels selon l'origine sociale⁸

Quel est l'apport des phénomènes scientifiques et économiques présentés ci-dessus à une réflexion sur le vieillissement différentiel selon l'origine sociale? Avant de répondre à cette question, il nous faut définir ce que nous entendons par le terme de vieillissement différentiel.

Les études menées depuis cinquante ans en gérontologie ont montré que tous les individus ne vieillissent pas de façon identique (ils ne sont pas affectés par les mêmes pathologies et/ou pas de la même manière) et qu'un des facteurs de vieillissement différentiel est le milieu social. Les chercheurs français Mizrahi & Mizrahi (1997) formalisent ce vieillissement différentiel avec les notions de vieillissement « prématûré » ou « retardé ». Il s'agit de calculer les écarts à la moyenne sur des indices de morbidité. Par exemple, les personnes ayant vécu de longues périodes de chômage ont un vieillissement prématûré de 3 ans par rapport à la moyenne ; les ouvriers non-qualifiés sont également touchés par un vieillissement prématûré (1,6 ans) alors qu'à l'inverse, les cadres supérieurs ont un vieillissement retardé de 2 ans. Un étude menée à Genève portant sur la mortalité prématûrée et l'invalidité selon la profession et la classe sociale (Gubéran & Usel, 2000) va dans le même sens : entre les deux extrêmes de l'échelle socio-professionnelle (professions libérales et scientifiques, ouvriers semi et non qualifiés), la différence d'espérance de vie est de 4,4 ans (mortalité retardée de 2,2 pour les uns, mortalité prématûrée de 2,2 pour les seconds). La variation est encore plus importante si l'on examine la prévalence de l'invalidité (les ouvriers sont 10 fois plus exposés à l'invalidité que les professions libérales et scientifiques). Un récent rapport faisant état des premiers résultats de l'enquête SHARE⁹ montre que les disparités sociales en matière de santé physique et fonctionnelle des personnes âgées de plus de cinquante ans sont largement répandues dans toute l'Europe (Börsch-Supan, 2005).

Si la relation entre la morbidité, ou la mortalité, et l'origine sociale fait partie des « classiques » gérontologiques, les études documentant cette relation de façon plus approfondie sont, curieusement, assez rares (Grand, Clément & Boquet, 2000). Autrement dit, cette relation fait partie des corrélations attendues dans toute enquête standardisée, présentée en quelques lignes accompagnées d'un ou deux tableaux dans les rapports de recherche, comme si elle était un fait établi et accompli. Dans le rapport de synthèse du Programme national de recherche n°32 « Vieillesse »¹⁰ (Höpflinger & Stuckelberger, 1999), on ne trouve aucune évocation de la variable

passe de devenir l'outil de référence en matière d'évaluation gérontologique, y compris dans le domaine des assurances sociales. Voir www.rae.ch

8 Dans cette section, ainsi que dans la section suivante, les termes origine sociale, milieu social et statut social sont utilisés comme des synonymes, renvoyant à la même réalité.

9 Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe. Les indicateurs retenus pour le statut socio-économique sont le revenu et le niveau d'éducation.

10 Programme du Fonds national suisse de la recherche scientifique réunissant 28 projets de recherche.

sociale dans le chapitre consacré à la santé. Le poids de l'origine sociale est à lire entre les lignes, en particulier dans la section rendant compte des travaux de Fibbi & Bolzmann sur les retraités d'origine étrangère (italienne et espagnole) : les auteurs soulignent le mauvais état de santé de la population étudiée en comparaison avec la population suisse, évoquant les conditions de travail pénibles que les travailleurs étrangers ont subi durant leur vie active.

Le volumineux ouvrage « Vieillesse au fil du temps » (Lalive d'Epinay *et al.*, 2000), portant sur la grande étude du même nom menée entre 1979 et 1994 en Suisse romande, présente les multiples facettes de l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées en quinze ans. Les chapitres portant sur les gains dans le domaine de la santé apportent pourtant un éclairage troublant sur l'impact du statut social. Après avoir montré la force de la variable sociale sur l'état de santé de la population étudiée en 1994 (les inégalités devant la santé opposant les milieux populaires aux classes moyennes et supérieures), les auteurs se penchent sur les causes qui président à l'amélioration de la santé des personnes âgées établie par la comparaison des données des échantillons de 1979 et de 1994 (échantillons représentatifs des régions étudiées, Genève et le Valais central). L'analyse par cohorte met à jour le rôle fondamental du statut social dans les variations de la santé. En effet, l'amélioration de la santé fonctionnelle entre 1979 et 1994 est en grande partie expliquée par la transformation de la structure socioprofessionnelle des échantillons (diminution des classes manuelles). Le même phénomène est observé avec le niveau d'éducation (l'élévation du niveau d'éducation entre les deux échantillons contribue également à une part importante de la variation de la santé dans le temps). Ainsi, si la structure socioprofessionnelle ainsi que le niveau d'éducation de l'échantillon de 1994 étaient restés identiques à ceux de 1979, la santé des personnes âgées étudiées n'aurait pratiquement connu aucune amélioration.

Ces résultats, peu commentés par les auteurs de l'étude, ont de quoi interroger dans un contexte qui voit les inégalités sociales se creuser au lieu de se résorber. Si les personnes âgées d'aujourd'hui bénéficient pleinement des améliorations structurelles des bien-nommées « Trente Glorieuses » (1945–1975), quel sera le destin des générations nées pendant ces mêmes années (Chauvel, 2002) ? Le phénomène que Lalive d'Epinay *et al.* ont qualifié de « révolution tranquille » – révolution qui plonge ses racines dans des changements socio-historiques – risque, pour les générations plus jeunes, de prendre la forme d'un retour de flamme beaucoup moins tranquille. Considérant, par exemple, la tendance actuelle à l'« ouvrierisation » (Schwartz, 2001) de certaines catégories d'employés (caissières, agents d'entretien, aides hospitaliers), on peut poser l'hypothèse d'une nouvelle transformation de la structure socioprofessionnelle – structure dont la tertiarisation avait, dans un premier temps, profité à la santé des aînés.

4 Perspectives

L'examen des théories du vieillissement réussi et de l'anti-vieillissement ainsi que du phénomène de la marchandisation de la vieillesse laisse apparaître un double référentiel qui peut sembler, à première vue, paradoxal, puisque la vieillesse est placée à la fois dans un cadre naturaliste et dans un cadre individualiste. La théorie de l'anti-vieillissement marque le retour en force du référentiel bio-médical, a priori déterministe, alors que la théorie du vieillissement réussi insiste sur l'aptitude de l'individu à anticiper/gérer son vieillissement en déployant les stratégies adéquates. Le paradoxe tombe si l'on considère la différence de point de vue : le référentiel naturaliste est appliqué à la vieillesse comme processus (vieillissement), le référentiel individualiste à la réponse donnée à ce processus. Le secteur marchand joue, lui, sur les deux référentiels en proposant à l'individu des produits et services appelés à le soutenir dans sa réponse au vieillissement biologique.

Le corollaire d'une définition de la vieillesse à la fois naturalisée et renvoyée à l'individu est l'évacuation des facteurs sociaux. On ne s'étonne pas, dès lors, de l'absence de prise en compte, dans les recherches se situant dans le paradigme du vieillissement réussi et a fortiori dans celui de l'anti-vieillissement, des déterminants sociaux du choix individuel. Les travaux de Havighurst, ont déjà, dans les années 1970, suscité de nombreuses critiques portant sur leur caractère sociocentrique et la théorie de l'activité fut qualifiée de théorie des classes moyennes blanches nord-américaines (Katz, 1996). Précisons que le manque d'attention aux facteurs sociaux, et par conséquent aux inégalités sociales, n'est ni récent, ni le seul fait d'une branche spécifique de la gérontologie. La difficulté à traiter le thème des inégalités sociales est à mettre en relation avec la tradition d'usage des variables sociales (notamment la catégorie socio-professionnelle) qui ont longtemps été – et sont parfois encore – circonscrites aux seuls actifs. De ce fait, les plus de 65 ans se trouvent classés dans des catégories générales où se côtoie la foule bigarrée des chômeurs, des invalides, des femmes au foyer, des rentiers, des étudiants – bref, les inactifs ou les « autres ». D'autres classifications plus fines ont distingué les inactifs jeunes (enfants, étudiants) des inactifs âgés en classant les plus de 65 ans dans la catégorie générique « retraités ». Cette dernière catégorie pose tout autant problème, car au-delà du fait qu'elle associe tous les individus âgés à des retraités (y compris les femmes n'ayant jamais travaillé ou les invalides) – la référence restant le monde du travail, elle suggère qu'au-delà de l'âge de la retraite, la hiérarchisation sociale disparaît. En ce sens, les sciences sociales – auxquelles la gérontologie emprunte les outils – participent à la naturalisation de la vieillesse en proposant l'illusion de l'homogénéité du grand âge et en renforçant l'image traditionnelle qui veut que tous les individus soient égaux devant la vieillesse. Le vieillissement serait ainsi un processus si puissant qu'il neutraliserait les effets liés à l'origine sociale.

L'eau apportée par les sciences sociales au moulin de la naturalisation de la vieillesse commence toutefois à se tarir, comme le démontre la nomenclature 2003 des Professions et Catégories socioprofessionnelles de l'INSEE laquelle, au contraire de la nomenclature 1982, comporte des catégories permettant de distinguer les retraités («ancien artisan», «ancien cadre», etc.)¹¹. En Suisse, l'Office fédéral de la statistique a encore des pratiques très diverses puisque dans ses publications, on trouve à la fois des regroupements de tous les retraités en une seule catégorie (alors que les actifs sont distingués par catégorie socio-professionnelle)¹², ou des classifications dans lesquelles les retraités sont associés à la catégorie socio-professionnelle de leur dernier métier exercé¹³.

La mise en perspective de théories gérontologiques très médiatisées, dont le principe réside dans le management de sa santé et dont les applications présentent un fort potentiel économique¹⁴, avec le phénomène de marchandisation de la vieillesse, ainsi que la mise en lumière du double référentiel naturaliste et individualiste nous incitent à inscrire notre réflexion dans un cadre plus large, celui que Clarke et al (2003), nomment la biomédicalisation de la société. Selon les auteurs, la biomédicalisation résulte de la conjonction de l'extension du domaine d'intervention de la médecine (la santé comme impératif social) et de l'élargissement de l'horizon de l'intervention médicale permis par les évolutions technoscientifiques. Les éléments-clé de ce mouvement sont le foisonnement de nouvelles techniques et infrastructures qui débordent largement du cadre professionnel médical traditionnel, la privatisation de la recherche (collaboration université/industrie, laboratoires privés) et de ses résultats (l'exemple le plus connu est le brevet déposé par Myriad Genetics sur un gène marqueur du cancer du sein), l'application de modèles économiques à la gestion publique de la santé, la transformation du rapport médecin/patient au sein des nouveaux systèmes de gestion de soins, le passage d'une politique de santé centrée sur la résolution de problèmes (maladies) à une gouvernance de santé centrée sur la définition de problèmes (risques pour la santé), le passage de thérapeutiques standardisées considérant les malades comme un collectif à des thérapeutiques individualisées. La «customisation» thérapeutique va de pair avec la responsabilité croissante de l'individu face à sa santé, Clarke et al. soulignant que «la santé et la

11 http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/nomenclatures/prof_cat_soc/pages/pcs.htm

12 Par exemple dans la publication issue du Recensement fédéral de la population 2000 «Ménages et familles» (OFS, Neuchâtel, 2005).

13 Par exemple dans la publication issue de l'Enquête suisse sur la santé 1997 «Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz» (OFS, Neuchâtel, 2002); ou dans l'ouvrage «Rapport social 2004» (Editions Seismo, Zurich, 2004) issu de l'enquête suisse sur la santé 2002. Relevons au passage l'apport de la sociologie de la santé, discipline au sein de laquelle les inégalités sociales face à la santé sont centrales, à la gérontologie. L'attention de la sociologie de la santé aux facteurs sociaux est à mettre au crédit d'une posture plus critique à l'égard du modèle bio-médical, posture qui est au cœur de l'histoire de la discipline. La gérontologie n'a pas suivi le même chemin, le rapport au modèle bio-médical ayant pris plus la forme d'une complémentarité que d'une émancipation.

14 On pourrait se risquer à considérer les applications/récupérations marchandes des théories de la vieillesse comme des «produits dérivés».

gestion appropriée des maladies chroniques deviennent des responsabilités morales individuelles qui doivent être réalisées par le biais d'une optimisation de l'accès au savoir, de l'auto-surveillance, de la prévention, de l'évaluation et du traitement des risques ainsi que par la consommation appropriée de biens et services bio-médicaux ou d'auto-aide» (2003 : 162)¹⁵.

Placer notre réflexion dans la perspective de la biomédication, c'est alors poser l'hypothèse d'un risque de renforcement, voire de transformation du vieillissement différentiel selon l'origine sociale. Cette hypothèse est appuyée par le fait que le vieillissement de la population est le «cher souci»¹⁶ de la plupart des pays occidentaux. La maîtrise des coûts de la santé représente ainsi un enjeu de plus en plus important, au fur et à mesure que les projections sur la proportion à venir des personnes âgées – ou très âgées – passent des seuils statistiques inimaginables il y a deux ou trois décennies. Il est à prévoir que le système assurantiel tel que nous le connaissons aujourd'hui en Europe ne pourra pas couvrir les frais liés à la consommation de toutes les techniques, de tous les produits et services que le marché de la vieillesse proposera à ses «clients». La distinction entre soins nécessaires et «soins de confort» sera de plus en plus fine, et une partie de «l'offre» en matière de santé devra être prise en charge par des assurances complémentaires privées ou directement par les personnes âgées elles-mêmes. Si l'on considère enfin qu'une partie de «l'offre» du marché de la vieillesse contribuera effectivement à une amélioration de la santé, la capacité de l'individu à payer les produits et services sera déterminante dans le vieillissement différentiel.

Dans un tel scénario, nous risquons fort de voir apparaître une nouvelle forme de vieillissement différentiel qui ne serait plus dépendante de divers facteurs sociaux entrelacés (profession, niveau d'éducation, revenu, situation familiale, style de vie) mais d'un seul facteur : le pouvoir économique (revenu et capital) des individus. Cette concentration sur un facteur serait la conséquence de la réorganisation de l'ensemble de la chaîne de préservation de la santé (de l'accès à l'information jusqu'à l'obtention du soin, en passant par les étapes de la prévention et de la gestion des risques) sur le mode de relations économiques¹⁷. Dans cette configuration, qui n'a rien d'un scénario de science-fiction, le vieillissement à plusieurs vitesses évoqué par le rapport de l'Office fédéral de la statistique¹⁸ a toutes les chances de s'imposer à nous dans les prochaines décennies.

15 Notre traduction.

16 «Cher» parce que l'espérance de vie à la naissance fait partie des indicateurs de développement d'un pays, «cher» parce qu'une espérance de vie élevée combinée avec une faible natalité augmente la facture de la solidarité entre les générations.

17 Nouvelle forme d'organisation sociale que Clarke et al. nomment «The Biomedical TechnoService Complex, Inc.».

18 Voir supra.

5 Références bibliographiques

- American Academy of Anti-Aging Medecine (A⁴M), *The Growing Anti-Aging Marketplace* (2001); *What is Anti-Aging Medecine?*, (2002); Dr. Ron Klatz: *Facts On Aging* (2002a); *Anti-Aging Medical News*(2005), <http://www.worldhealth.net>.
- Anti-Aging Medical News, American Academy of Anti-Aging Medecine, Winter 2004.
- Atchley, Robert (1997), Théorie de l'activité, in: Maddox, Georges (éd.), *L'encyclopédie du vieillissement*, Edition française, Paris & New York : Serdi & Springer.
- Binstock, Robert (2004), Anti-aging medicine and research: a realm of conflict and profound societal implications, *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, Vol. 59, 523–533.
- Börsch-Supan, Axel (2005), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from SHARE Survey*, Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing.
- Bourdais, Patrice (1993), *L'âge de la vieillesse*, Paris : Odile Jacob.
- Chauvel, Louis ([1998] 2002), *Le destin des générations*, Paris : PUF
- Clarke, Adele E. ; Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim, Jennifer Ruth Fosket (2003), Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine, *American Sociological Review*, Vol. 68/2, 161–194.
- Conrad, Christoph (1985), La « sénilité » comme problème social: cause de décès, d'invalidité, et de pauvreté (exemples allemands du XVIII^e au XX^e siècle), *Annales de démographie historique*, 39–51.
- De Grey, Aubrey (2004), Editorial, *Rejuvenation Research*, Volume 7, N°1, 1–2.
- Grand, Alain ; Serge Clément, Hélène Boquet (2000), Personnes âgées, in : Anette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang (éds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Editions la Découverte/INSERM.
- Gubéran, Etienne et Massimo Usel (2000), *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*, Genève : Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, Département de l'économie, de l'emploi et des affaires extérieures.
- Guillemard, Anne-Marie (1983), La production des politiques de la vieillesse, in: *Le continent gris*, Communications n°37, 105–121.
- Guillemard, Anne-Marie (1986), *Le déclin du social*, Paris : PUF.
- Hoepflinger, François et Astrid Stuckelberger (1999), *Vieillesse – Principaux résultats et perspectives du Programme National de Recherche PNR 32*, Berne : Fonds national suisse.
- Hummel, Cornelia (2002), Qu'en faut-il faire? Réflexions sur la construction sociale des troisième et quatrième âges, *Carnets de bord*, n°3.
- Hummel, Cornelia (2003), La vieillesse, un age obsolète ? L'improbable projet des alchimistes du XXI^{ème} siècle, in : Cavalli, Stefano ; Fragnière Jean-Pierre (éds), *L'avenir – Attentes, projets, (dés)illusions, ouvertures. Hommages à Christian Lalive d'Epinay*, Lausanne : Réalités sociales.
- Hummel, Cornelia (2006), La portée sociale de la théorie du vieillissement réussi : un problématique retour à la responsabilité individuelle, in : Guillaume, Jean-François. (éd.), *Aventuriers solitaires en quête d'utopie. Les formes contemporaines de l'engagement*, Liège : Editions de l'Université de Liège.
- Katz, Stephen (1996), *Disciplining Old Age. The Formation of Gerontological Knowledge*, Charlottesville and London: University Press of Virginia.
- Lalive d'Epinay, Christian ; Jean-François Bickel, Carole Maystre, Nathalie Vollenwyder (2000), *Vieillesse au fil du temps. Une révolution tranquille*, Lausanne : Réalités sociales.
- Lehr U. (1989), Erfolgreiches Altern – Einführung, in: M. M. Baltes, M. Kohli, K. Sames (éds.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, Bern : Verlag Hans Huber.
- Lenoir, Remi (1979), L'invention du troisième âge, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26–27.

- Lenoir, Remi (1989), Objet sociologique et problème social, in: Patrick Champagne, Rémi Lenoir, Dominique Merllié, Louis Pinto, *Initiation à la pratique sociologique*, Paris : Bordas, 53–100.
- Mizrahi, Andrée et Arié Mizrahi (1997), Facteurs sociaux de vieillissement précoce, *Actualité et dossier en santé publique*, 21, 6.
- Office fédéral de la statistique (2005), *Âges et générations – La vie après 50 ans en Suisse*, Berne.
- Rowe, John W. and Robert L. Kahn (1997), Successful Aging. *The Gerontologist*: 37, 4, 433–440.
- Rowe, John W. and Robert L. Kahn (1998), *Successful Aging*. New York: Pantheon Books.
- Serrière, Frédéric (2003), *Conquérir le marché des seniors*, Editions Village Mondial, Pearson Education France, Paris.
- Schwartz, Olivier ([1990] 2002), *Le monde privé des ouvriers*, Paris: PUF Quadrige.
- Tobin, Sheldon (1997), Désinvestissement, in: Georges Maddox (éd.), *L'encyclopédie du vieillissement*, Edition française, Paris & New York: Serdi & Springer.
- www.lemarchedesseniors.com
- www.world2006.org

Effects of Cumulative Disadvantage and Disruptive Life Events on the Physical and Mental Health of Individuals between the Ages of 50 – 74 years: Analysis from the Swiss Household Panel (SHP)

Erwin Zimmermann*, Astrid Stuckelberger** and Peter C. Meyer***

1 Cumulative disadvantage, life course and health

Cumulative advantage/disadvantage theory is expanding and gaining in importance in social gerontological research. Age and cumulative advantage/disadvantage theories have obvious logical, theoretical, and empirical connections, because both are inherently and irreducibly related to the passage of time.

This article reviews the cumulative advantage/disadvantage perspective in ageing and life course research and proposes to test various time ordered models to evaluate health determinants by using the Swiss Household Panel Data.

1.1 The life course cumulative disadvantage/advantage theory

The age-stratification (Riley et al, 1972; Riley, 1987), the life course (Elder, 1985) and the life span developmental perspectives (Baltes et al., 1980, 1990) are crucial approaches in the field of ageing. The concept of cumulative advantage/disadvantage is often attributed to the first writings of Derek Price in 1965 and Robert Merton in 1968. Advances in analysing both cohort processes and age-related socio-structural processes laid the foundations for applying cumulative disadvantage theory to questions of population and individual ageing. Gerontologists have recognized the neglected aspects of individual and cohort ageing and the need to look beyond age-based generalizations to examine more closely key characteristics of life trajectories and life cycles, as well as the factors that produce them such as early childhood peculiarities, life events, period effects, etc. The interest lies in analysing the extent to which observed age differences and age-related variability result from systemic life course processes and to identify individual trajectories within period- or cohort-effects.

* Erwin Zimmermann, Head of the Swiss Household Panel, University of Neuchâtel, Neuchâtel (Switzerland).

** Astrid Stuckelberger, Lecturer and Researcher, Institute of Social and Preventive Medicine at the University of Geneva, Geneva (Switzerland).

*** Peter C. Meyer, Head of the Swiss Health Observatory, Federal Statistical Office, Neuchâtel (Switzerland).

Over the past 15 years, these connections have resulted in the elaboration and application of the cumulative advantage/disadvantage perspective in social gerontology. Based on Merton's (1988) description of cumulative advantage as dealing with "the ways in which initial comparative advantage of trained capacity, structural location, and available resources make for successive increments of advantage such that the gaps between the haves and the have-nots widen" (p. 606), Dannefer (2003) proposes the definition of cumulative advantage/disadvantage as "*the systemic tendency for inter-individual divergence in a given characteristic (e.g. money, health or status) with the passage of time*" (p. 327).

The theoretical framework of cumulative advantages/disadvantages is still forming and evolving among researchers. Applying this concept to ageing and health research in old age allows us not only to integrate life course theories from a different perspective but more importantly to test different factors known as key health determinants over the life course.

The first part of this article reviews the specific role of different life course factors found to affect health status in one way or another.

1.2 Health in old age from a life course perspective

The theoretical origins, connections, and implications of cumulative advantages/disadvantages are not widely understood and have not yet been systematically integrated into research on health determinants of old age in a life course perspective. Through a number of population studies over the years, health status is known to be inversely related to age and has been attributed not only to the consequence of diverse bio-physio-psychological processes but also to socio-cultural and environmental factors. Furthermore, the association between age and health, has been shown to be strongly linked with socio-economic status (SES). Better health is found in a population of same age groups if the SES is higher. In a longitudinal perspective, the onset of health problems is usually postponed until later in life among persons with higher SES, while health declines are prevalent in lower SES groups by middle age (e.g. House et al. 1994, p. 213). Therefore, SES is a central factor in the modelling of cumulative disadvantages/advantages leading to good/bad health status in advanced age.

In terms of the timing of events, current advances in the understanding of differences in health point to the short and long term negative effects of cumulative disadvantages on physical and mental health over the life course. With regard to health, some risks are immediate in their effects, but others become manifest only after an extended period of time. These "long-term effects" can be expected to be most prominent in later life. For example, events that are either serious in their impact on health (i.e. disability after an accident, depression in early age) or difficult conditions that are chronic throughout the life course can be expected to have a greater impact in later life.

The life course perspective in health research has only been taken into consideration over the last decade despite the strong body of evidence of a causal link between diverse biological, physical, mental, socio-economic and environmental risk factors and morbidity and mortality. Putting those links into both a life course perspective and more specifically into a cumulative advantage/disadvantage framework is recent. Population health studies of late adulthood and old age have thus become a field involving multidimensional factors in the explanation of health status. *"The life course perspective considers the social and physical hazards, and the resulting behavioural, biological and psychosocial processes, that act across all stages of the life span – gestation, infancy childhood, adolescence, young adulthood and midlife – to affect risk of disease later on."* (WHO, 2001, p. 8). This new perspective in research seeks to underline the causal effect of early life factors such as foetal growth, breastfeeding, malnutrition and infection in childhood, or tobacco and alcohol abuse in adolescence and adulthood, on diseases in later life. (Frankel et al. 1996; Kuh and Ben-Shlomo, 1997, WHO, 1999). While behaviour and lifestyles are well-recognized influences among health specialists, broader social and economic factors have not been given enough attention outside the sociological domain. Today those factors, such as socio-economic status, level of education, housing, cultural factors, social support and environment tend to be systematically taken into account (WHO, 1998).

Despite the complexity and difficulty of the challenge of addressing cumulative advantage/disadvantage in a life course perspective, a critical mass or body of evidence has accumulated in the last decade. Interest in the life course perspective resides in its potential for shaping policy.

1.3 Influence and measurement of specific factors over time

The literature consistently underlines the fact that the effects of socio-economic differences on health persist across the life span. Indeed, from the point of view of the cumulative advantage/disadvantage hypothesis, the relationship between many types of social status and health increases in strength (Dannefer, 1987, 1988a, 1988b; O'Rand, 1996). For example, Crystal and Shea (1990), using the Census data, suggested that socio-economic differences are greatest among elderly people.

The literature adopting a cumulative advantage/disadvantage perspective on health at advanced ages has consistently underlined a range of factors affecting old age that can be highlighted by the following key issues:

- *Childhood Experiences and Family Background:* There is growing evidence that childhood adversity linked to social inequalities in childhood has important consequences for health later in life (see Barker, 1998; Brunner et al., 1996; Costa, 1999; Hayward and Gorman, 2004; Kuh and Ben-Shlomo, 1997; Lynch, Kaplan and Salonen, 1997; Power and Peckham, 1990; Schwartz et al., 1995;). Recent evidence suggests that a family's SES background and

pre-adult intellectual resources have a significant effect on health outcomes at midlife, but that they may be entirely mediated by adult achievements (Wray, Alwin and McCammon, 2003). These results underscore the importance of assessing total effects rather than direct effects in assessing the influences of SES factors across the lifespan.

- *Educational Levels:* The positive relationship between levels of schooling (or education) and health is one of the strongest and best documented linkages in this area (e.g., Adler et al., 1993 1994; Ross and Mirowsky 2003, 1999; Ross and Wu, 1995 1996). Summarizing their research on education levels, Mirowsky and Ross (2003) argue that the amount of schooling creates most of the relationship between achieved social status and health, and that it is primarily through the increased sense of personal control that results from higher levels of schooling that greater health outcomes are achieved. Ross and Wu (1996) were amongst the first to propose applying the theory of cumulative advantage to health on a sample of 2,436 respondents at two points in time. They found that the gap in health status variables among people with high and low educational attainment increased with age. Therefore, low educational attainment is expected to have an impact on health status in later life, although gender differences may occur in the different age cohort as a result of women's access to education in those specific cohorts.
- *Socio-economic Status (SES):* The strong relationships in the socio-economic status differential in health and mortality have been well described and summarized in empirical studies and review articles indicating that socio-economic status (SES) is positively associated with health: well-educated, higher household income, upper socio-economic status people enjoy longer lives in good health but also consistently report better health and higher satisfaction with their health (e.g., Adler et al., 1994; Ettner, 1996; Lantz et al. 2001; Meyer, 2000; McDonough et al., 1998; Phelan et al., 2004; Ross and Wu, 1995; Thiede and Traub 1997). Although some researchers (e.g., see Smith, 1998, 1999) have argued that the direction may be reversed (e.g., health determines socio-economic status), most researchers conclude that socio-economic status is causally subsequent to education levels. Early socio-economic disadvantage in life as a key predictor of health status in old age has been demonstrated by several studies using retrospective reporting of social and economic status at different stages of the life course (Marmot, 2000, 2005; Singh-Manoux et al., 2004; Marmot and Shipley, 1996). Analyses have addressed specific health problems such as coronary heart disease (Wamala, Lynch and Kaplan, 2001), obesity (Ferraro and Kelley-Moore, 2003), or onset of health transition such as early menopause (Lawlor et al., 2003), yet available research has barely addressed the systematic link between health parameters and cumulative effects of SES and life events at different points in time. Therefore, low socio-eco-

nomic status in early years is expected to have an impact on the health status later in life, especially among those who have chronically low SES throughout their lives.

- *Life events and chronic conditions or incapacities*: have been related, in a wide range of studies, to mental and physical health outcomes (Thoits 1995). Following Brown and Harris (1978, 1989) studies have consistently shown the significant negative effects of life events on physical and mental health (Creed 1985, Thoits 1983) and stressed the importance of considering life events in a cumulative advantage/disadvantage model.
- *Social networks and social support*: The favourable impact of *social network and social support* on health has been evidenced in a large number of studies (Berkman 1984, Berkman and Glass 2000, Thoits 1995, Zimmermann and Haour-Knippe 1988). Social networks not only provide the basis for social control and support but also a sense of belonging and responsibility towards others. Social support is a particularly valuable coping resource in the case of adverse life events and other deleterious factors. Social and emotional support appears to have a major buffering effect with regard to health (Meyer, 2000). Therefore, a lack of social network is expected to have a negative impact on the health status of the aged.
- *Gender differences*: decades of research studies have provided evidence of *gender differences* in the prevalence of many diseases, disability, and mortality (Gutzwiler et al., 1986; Zemp et al., 1996; Gognalons-Nicolet, 1997; Meyer, 2000) and many reviews and explanations on this gender differential over the life course have been published (i.e. Macintyre, Arber and Khlat, 2002; Verbrugge, 1985, 1987; Waldron, 1983; Stuckelberger, 1997, 1999; Stuckelberger and Höpflinger, 1996, 1998). The gendered nature of life course trajectories clearly structure and constrain the health-related resources and opportunities of men and women (Moen, 2003). Those factors may work additively or they may interact with one another to produce gender differences in health. We expect to find variations in the different life course factors affecting later life health status in the way that women might accumulate many negative conditions (e.g. low education, lower income, etc.).

Different *methodologies* have been used to analyse cumulative advantage/disadvantage over time. In general, their roots can be found in studies of socio-economic differences in cohort follow up studies which concluded in the accumulation of circumstances resulting in an increase in mortality or unfavourable health parameters.

Measurements of cumulative advantage/disadvantage in old age have been studied for a decade although they do not appear to have prominence in gerontological and epidemiological studies up to now. Very few research undertakings in social epidemiology have established the importance of considering the accumulation of advantage and disadvantage during the life course when examining adult and old

age health outcomes (Ross and Wu, 1996). While the bi-variate correlation between health status in old age and level of education and socio-economic conditions early in life has been well demonstrated in different countries as well as in Switzerland (Gutzwiler, et al. 1986, Meyer, 2000; Minder 1993), cumulative disadvantages at different stages of the life course have never been studied before with a Swiss sample.

From the above review of factors contributing to cumulative disadvantage/advantage, it appears that a classification can be made between a) variables fixed during the youth period, b) variables that intervene during the life course, and c) recent and current conditions. All of them can have direct and indirect effects on the health status of higher age groups. This sequence constitutes the methodological rationale for the models we propose to test in this article.

1.4 Research questions addressed and hypotheses to be tested

Age and cumulative advantage/disadvantage theories have evident logical, theoretical, and empirical links, as both are inherently and irreducibly related to the passage of time. Over the past 15 years, these links have resulted in the elaboration and application of the cumulative advantage/disadvantage perspective in social gerontology. However, the theoretical origins, connections, and implications are not widely understood (Dannefer, 2003).

As just described, factors and living conditions proven to have an impact on late life health status are many, diverse and often inter-related. The cumulative advantage/disadvantage theory objectives consist in integrating and testing those factors to see which one is more prevalent depending on the situations and diversity of the population. While early advantages and privileges are likely to lead to further advantages, being disadvantaged will require greater effort to attain the same social or health status. If early disadvantages are not overcome, additional risks will challenge the effective performance of roles and in turn influence health, wealth and well-being later in life (Ferraro, 2001:324). Despite the fact that cumulative disadvantage/advantage theories have not yet been explicitly tested, the existing results from Swiss Health Surveys consistently confirm the empirical relevance of the above socio-economic determinants of health (Gutzwiler et al., 1986; Meyer, 2000; Minder, 1993; Wanner et al, 2003; Höpflinger und Stuckelberger, 1999; Calmonte, Koller and Weiss 2000); Zimmermann and Burton-Jeangros (2004).

Based on the literature concerning life course factors which influence health status in old age, the following research questions will be addressed by our study of men and women aged 50 and above participating in the SHP during the years 1999–2003:

- To what degree does the recent and current situation determine current ill-health?

- To what degree do inequality and disadvantages during youth contribute to current ill-health? Does early disadvantage affect physical, mental and functional health differently?
- Do disadvantages early in life have a stronger effect than life course events on physical, mental and functional health? What are the indirect effects on health?

Therefore, the purpose of this study is to analyse the relationships between cumulative disadvantages and health by looking at the different pathways through which health might be affected by situations and events encountered during the entire life course.

According to the general perspective on "Cumulative Disadvantages in Health" various sets of factors have been selected on the basis of the literature as key determinants of ill-health at every stage of the life course (see figure 1 in chapter 2.2 for the specification of the general model). The main hypothesis to be explored relates to the temporal ordering of the determinants proven to have a negative impact on health. Beyond the recent and current situation, we expect the disadvantaged living conditions and life events experienced earlier in life to affect directly and indirectly the current health status of the elderly under investigation.

2 Data and models

The cross-sectional and longitudinal data derived from the Swiss Household Panel (SHP) offers a unique opportunity to assess the impact of cumulative disadvantages over time (www.swisspanel.ch).

2.1 The Swiss Household Panel

The *sample* of the Swiss Household Panel (SHP) is a stratified random sample of private households whose members represent the non-institutional population resident in Switzerland. This sample has been interviewed on a yearly basis since 1999. For the first wave in 1999, slightly over 5,000 households and almost 8,000 individuals were successfully interviewed, the age ranging from 14 years upwards.

The present analysis is based on the sub-sample of the population aged 50 to 74 years old and consistently interviewed in each of the first five waves comprising 1,257 persons, 511 men and 746 women. In 1999, the mean age of the respondents was 60.4 years, 60.6 for men and 60.3 for women. The data is weighted longitudinally in order to compensate for drop-outs during the years 1999–2003.

The longitudinally weighted sample comprises 541 men and 717 women. Panel attrition over time is partly due to ill health and death, which induces a survival effect in our sample with a healthier cohort in 2003 than in 1999¹.

In addition to the yearly panel interviews, *retrospective information* was collected using two data collection methods: (1) a one-time supplementary CATI module on each person's *social origin* regarding their own youth and the SES of both parents during the first wave in 1999, and (2) a mail questionnaire on the *personal biography* sent individually to all persons who had responded to the first two panel waves in 1999 and 2000². A total of over 1,000 variables were derived from the different questionnaires. The data has been made available to a large network of researchers (Zimmermann, Budowski et al. (2003); Zimmermann and Tillmann (2004)).

2.2 Models of cumulative disadvantage and health in older age

In order to identify a predictive model of cumulative disadvantages in health, the analysis proposed here considers the current health status as the *dependant variable*, and factors reflecting disadvantages during childhood and over the life course, as well as current socio-economic status and recent harmful life events as *independent variables* (figure 1).

Self-rated health is a measure that is regularly used and has been found predictive of future health events including mortality (for recent reviews see: Idler and Benyamin 1997; Stuckelberger, 2000). In the present study, health status is measured through self-reported assessments of *physical*, *mental* and *functional health* for each of the years 1999 to 2003.

The independent variables included in the model and comprising the hypothesized antecedent risk factors for ill-health are explored retrospectively through:

- I *Youth period risk factors: disadvantages in youth* were measured by three variables:
a) living with/without parents at age 15, b) the parents' SES and c) financial difficulties experienced during the youth period.
- II *Life course risk factors: major events* during the life course were identified through variables such as separation and divorce, widowhood, and death of one or both parents.

1 On the basis of the first wave data in 1999, panel survivors show significantly better *physical health* (19.3% versus 26.3% of physical ill-health, $p < .000$) and suffer less from *health impediments* than non-survivors (1.88 versus 2.22, $p = .003$), but do not differ with respect to their *mental health status* (1.64 versus 1.62, $p = .840$).

2 The biographical questionnaires were mailed by post during the years 2001-2002. Completed biographical questionnaires are available for 5,560 individuals. The crude participation rate was 54.6%, considering the availability of biographical information based on all eligible persons aged 14 years and more (5,560 from 10,180). Amongst the persons who have fully responded to the first five panel waves (1999-2003), 80% completed the biographical questionnaire. For the present longitudinal sample of the 50 to 74 years old, the participation rate was 81% (1,017 out of 1257 persons).

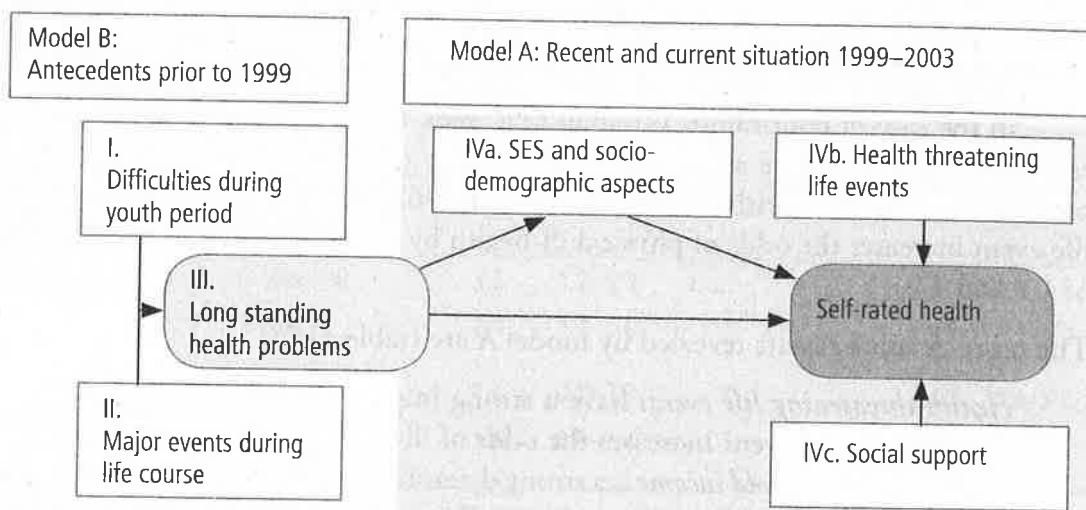
III *Long standing health problems* are defined by the presence of a health problem at the time of the first interview carried out in 1999.

IV *Recent and current situation:*

- a) *Socio-economic status (SES) and socio-demographic characteristics:* highest education attained, household income, age and ethnicity.
- b) *Short-term "negative" life events since 1999 to 2003* according to an index of 8 disruptive events (illness of or accident to self or close person, death of close person, termination of / conflicts in relationships, etc.).
- c) *Social support/social network:* Social support will be measured by the number of persons reported as part of the supportive network and the potential practical and emotional support.

The detailed presentation of the operational definitions regarding health and its determinants can be found in the appendix.

Figure 1: The general model of cumulative disadvantages as determinants of current health



3 Data analyses and findings

The *cumulative disadvantage theory* will be evaluated using the three periods of the life course: *youth*, *life course* and *current period* variables from the general model (Figure 1). The predictive power of those variables will be considered as to their impact on current physical, mental and functional health assessments.

First, models A and B will be tested separately, then combined in order to establish the direct and indirect pathways through which disadvantages experienced at different life periods might accumulate. Model A relates recent and current conditions experienced during the years 1999–2004 to the perceived health outcomes

for the same period. Model B tests for the possible direct and indirect effects of antecedent conditions prior to 1999.

Throughout all the analysis, the *dependant health variables* are *dichotomised* in order to assess relative risks of ill-health by means of logistic regression analysis. The *independent variables* are either *categorical* (e.g. *ordinal* = household income quintiles, social support), *dichotomous* (Swiss versus foreign status) or *continuous* (age, total number of negative life events).

3.1 Model A: Recent and current situation as determinants of ill-health

Model A tests for the classical determinants of health: socio-economic status, health threatening life events and social support, with age and nationality as controls.

The logistic regression results displayed in table 1 identify the variables in model A as powerful determinants of physical ill-health and functional disability (ADL) as judged by the Pseudo R² de Nagelkerke: $0.15 < R^2 < .31$.

Health threatening life events and lack of social support are stronger determinants of ill-health compared to socio-economic status and living conditions; on the other hand, persons living in households with the *lowest income level* (up to 30,000 CHF per year) have 4.1 times a risk of ill-health compared to persons living in households with the highest incomes (70,501 CHF and higher).

In the case of continuous variables (e.g. age), the value of the adjusted odds ratio (an OR) shows the average unit increase or decrease: (i) the odds of poor mental health decrease with each year of age by 0.962, (ii) each additional negative life event increases the odds of physical ill-health by 20 to 30 percent (Odds ratios of 1.2 and 1.3).

The more detailed results revealed by model A are (table 1):

- *Health threatening life events* have a strong impact on ill-health: on average, every additional event increases the odds of ill-health by 20 to 30 percent.
- Overall, *low household income* is a strong determinant of ill-health, be it physical or mental. The two lowest income quintiles carry very high odds ratios. The effects of low household income appear to be much stronger for men than for women and reflect a differential effect of financial difficulties that can refer to the importance of man's role as a financial support in the older generation. This may be because older Swiss women are more inclined to have taken on the well-known traditional "Swiss 3Ks" family role ("Kinder, Küche, Kirche" standing for "children, kitchen, church") (Stuckelberger et Höpflinger, 1996, 1998).
- *Lack of social support* is a consistently strong direct predictor of ill-health: the 20% of persons estimated to have enjoyed very little social support (about 3-4 points on a 10 point scale) have a 3 to 4 times higher risk of ill-health.

Table 1: Current conditions and health 1999–2003
(model A logistic regressions)

Determinant in model A: recent and current situation		Poor Physical Health	a OR (95% CI)	Poor Mental Health	a OR (95% CI)	Strong Health Impen- diments	a OR (95% CI)
Age in 1999	(covariate)	n.s.		0.962	0.93–0.99	n.s.	
Highest educational level attained	1 Compulsory education	n.s.		n.s.		n.s.	
	2 Upper secondary						
	3 Higher education						
HH-Income equivalent SKOS 1999–2003 (quintiles)	1 Low <30000	4.1	2.3–7.3	2.3	1.4–3.9	3.3	1.9–5.7
	2 30001–40500	5.5	3.2–9.5	2.3	1.3–3.5	3.0	1.8–5.2
	3 40501–52500	2.1	1.2–3.8	2.3	1.4–3.7	2.2	1.3–3.8
	4 52501–70500	1.2	0.7–2.2	1.1	0.7–1.9	1.4	0.8–2.3
	5 70501–High	1.0	----	1.0	----	1.0	----
Nationality in 1999	0 Swiss	n.s.		1.0		1.0	
	1 Foreign			1.7	1.1–2.5	1.9	1.2–2.5
Number of Life Events 1999–2003 (covariate)		1.3	1.2	1.2	1.1–1.2	1.3	1.2–1.4
Practical Support 1999–2003 (quintiles)	1 Very low	3.0	1.7–5.2	n.s.		2.3	1.3–3.9
	2 Low	2.1	1.2–3.6			1.3	0.7–2.2
	3 Medium	1.2	0.7–2.3			1.6	0.9–2.8
	4 High	1.4	0.8–2.4			1.4	0.8–2.4
	5 Very high	1.0	----			1.0	----
Emotional Support 1999–2003 (quintiles)	1 Very low	n.s.		3.8	2.3–6.4	n.s.	
	2 Low			2.3	1.4–3.9		
	3 Medium			1.5	0.8–2.5		
	4 High			1.5	0.9–2.6		
	5 Very high			1.0	----		
Pseudo R ² (Nagelkerke)	0.232			0.151		0.194	
–2 Log Likelihood	947.6			1103.0		955.3	
D.F.	9			11		10	
N =	1207			1207		1207	

Once a medium level of social support is obtained, further support does not significantly decrease the risk of ill-health.³

- *Age* has a significant effect on mental health and functional status. The risk of mental ill health tends to decline with each additional year of age, while daily ailments increase slightly. We cannot exclude from this result a positive selection bias; the drop-outs of subsequent waves could be more prevalent in the population with severe health problems.
- Contrary to most findings in the literature, *level of education* remains unrelated to ill-health after controlling for household income. This could be a result specific to this older generation. For younger men and women, education appears to have greater importance than income (Zimmermann and Jeangros, 2003).
- *Foreign nationality* constitutes a different health risk for men and women. Foreign men have more than twice the risk of living with a functional ailment in their daily activities compared to their Swiss counterparts. Foreign women are at a higher risk of mental ill health (a OR = 2.2). After immigrating to Switzerland, the majority of aged foreigners had often worked during their life course in the primary sector under working conditions requiring heavy physical strains and loads. These conditions have been proven to affect their health and the risk of chronic disease in old age (Bolzman, Fibbi et Vial, 1996; Höpflinger et Stuckelberger, 1999).

3.2 Model B: Disadvantages in youth and life-events during the life-course as direct and indirect determinants of ill-health

Disadvantages in youth and life-events during the life-course appear to be significant, but relatively weak direct determinants of current ill-health (.035 < Pseudo R² < .076) (table 2).

Financial difficulties, which were encountered *during youth*, are related not only to current *physical ill-health* and *health impediments*, but also to the presence of *long-standing chronic health problems*. Respondents, having experienced lasting financial difficulties during their youth, are 2.4 times more likely to suffer from long-standing health problems than respondents who have never had such difficulties.

Persons whose *parents* were *both of low educational level* are twice as likely to suffer from mental ill health than those with at least one parent of higher education. In addition, persons who have experienced *separation and/or divorce* during their life-span are also twice as likely to suffer from mental ill health than those without

3 As practical and emotional social support are strongly correlated ($r > .80$), it is impossible to distinguish statistically the unique effect of each source of support: nevertheless, the results suggest that practical support is somewhat more strongly related to physical health and emotional support to mental health.

Table 2: Logistic regression of variables in model B – disadvantages in youth and life-events during life-course – total (n=939*)

Antecedents prior to 1999 – Model B		Poor physical health	a OR (95% CI)	Poor mental health	a OR (95% CI)	Strong health impediments	a OR (95% CI)	Long standing health problems	a OR (95% CI)
Living with parents or not at age 15	0 Both parents	1.0	---	1.0	---	1.0	---	1.0	---
	1 else	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
Financial difficulties during youth	0 never	1.0	---	1.0	---	1.0	---	1.0	---
	1 at certain times	2.1	1.4–3.3	n.s.		2.0	1.3–3.2	1.8	1.2–2.6
	2 nearly all the time	1.7	1.1–2.6	n.s.		2.6	1.7–4.0	2.4	1.7–3.4
Low education of both parents	0 not low	1.0	---	1.0	---	1.0	---	1.0	
	1 low	n.s.		1.7	1.2–2.4	1.5	1.0–2.1	n.s.	
Life-time separation-divorce-BioQuest0120*	0 no	1.0	---	1.0	---	1.0	---	1.0	---
	1 yes	n.s.		1.8	1.2–2.6	n.s.		n.s.	
Life-time widowhood-BioQuest0120	0 no	1.0	---	1.0	---	1.0	---	1.0	---
	1 yes	1.9	1.1–3.0	2.0	1.3–3.2	n.s.		n.s.	
Death of parents-BioQuest0120	0 both parents alive	1.0	---	1.0	---	1.0	---	1.0	---
	1 one parent dead	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
	2 both parents dead	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
Pseudo R ² (Nagelkerke)		0.035		0.043		0.058		0.039	
-2 Loglikelihood		788.7		894.4		780.6		1025.7	
D.F.		3		3		3		2	
N =		939		939		869		939	

* Missing cases are due to lack of information from the biographical questionnaire.

such an experience. However, separate analyses – not shown here – indicate that these antecedent conditions and life events affect the current mental health status of women only and not of men.

Above and beyond the rather weak direct effects of antecedent factors, such *disadvantages during youth and major events experienced during the life course*, appear to have *indirect* influences on current health by affecting the following variables (table 3):

- *Current living standard*: the low SES of parents determines to a certain extent both the current household income and the presence of long-standing health problems. Not surprisingly, the parents' low educational level leads to a lower current household income for the elderly respondents, which, in turn, negatively affects their current health. For *women*, widowhood lowers the present available household income and for *men*, the death of the parents tends to have a similar impact.

- *Levels of social support:* a low level of education of both parents and the loss of a spouse/partner by separation or death negatively affects the perceived level of social support. For women, these factors have not only a much stronger impact, but the death of their parents appears to further weaken the social support they enjoy.

Table 3: OLS regression of variables in model B – the impact of disadvantages in youth/life-events during life-course on current income and emotional support

Dependent Variable: Average household-income 1999–2003 (Log LN), n=895					
	B	Std. Error	Beta	t	Sig. p
(Constant)	10.97	0.02		556.5	0.00
Low education of both parents	-0.24	0.04	-0.22	-6.8	0.00
Lifetime widowhood	-0.21	0.05	-0.13	-4.0	0.00

a R²=0.073

Dependent Variable: Average Emotional Social Support 1999–2003, n=924

	B	Std. Error	Beta	t	Sig. p
(Constant)	29.602	0.293		100.9	0.00
Lifetime widowhood	-5.27	0.69	-0.24	-7.6	0.00
Lifetime separation-divorce	-2.78	0.56	-0.16	-5.0	0.00
Low education of both parents	-1.86	0.48	-0.12	-3.9	0.00

a R²=0.094

Results form OLS Regression with step-wise inclusion and elimination procedure.

3.3 Combined models A and B

The combination of models A and B considerably improves the statistical fit of current health conditions⁴ (table 4).

Above and beyond the current conditions of model A, current health status is strongly determined by *long-term health problems* (model B), which are more prevalent among persons who have experienced adverse circumstances in their youth, particularly persistent poverty. However, none of the other factors of model B have an additional direct impact on current health.

4 The Chi² Test-Statistics for the difference between model A versus models A-B are highly significant ($p < .000$): a) Poor physical health (-2 Log Likelihood = 80.2; D.F. = 1; $p < .000$), b) Poor mental health (-2 Log Likelihood = 16.6; D.F. = 1; $p < .000$), a) Strong health impediments (-2 Log Likelihood = 139.9; D.F. = 1; $p < .000$)

Table 4: Current conditions, long term health problems or disability and health 1999–2003 (model A-B logistic regressions)

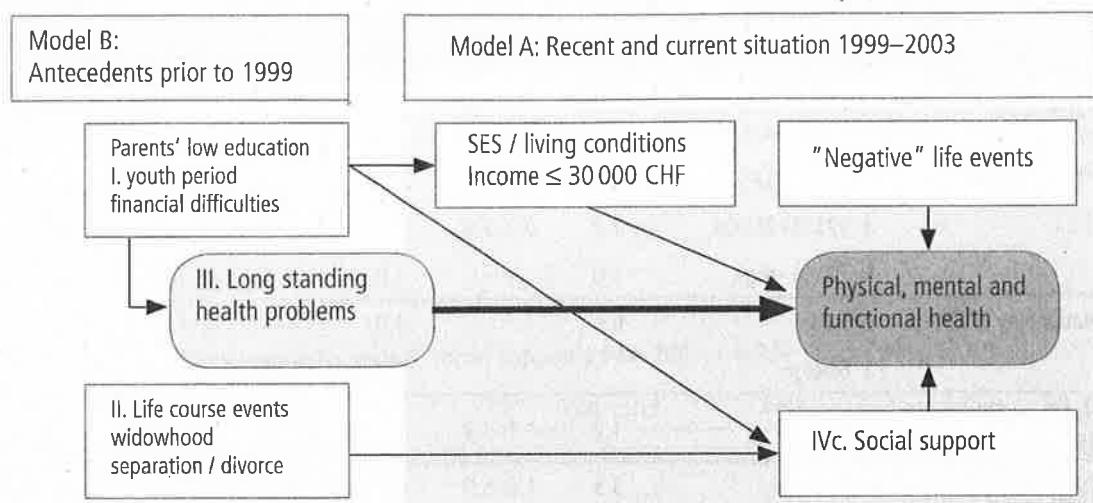
Health determinants of model A-B		Poor physical health	a OR (95% CI)	Poor mental health	a OR (95% CI)	Strong health impediments	a OR (95% CI)
Age in 1999	(covariate)	n.s.		0.96	0.94–0.99	1.03	1.0–1.06
Highest educational level attained	1 Compulsory education	n.s.		n.s.		n.s.	
	2 Upper secondary						
	3 Higher education						
Household-income equivalised SKOS 1999–2003 (quintiles)	1 Low <30000	5.0	2.7–9.0	2.4	1.4–4.0	3.7	2.0–6.9
	2 30001–40500	6.2	3.5–10.9	2.1	1.3–3.5	3.4	1.9–6.1
	3 40501–52500	2.0	1.1–3.7	2.2	1.4–3.6	2.1	1.2–3.8
	4 52501–70500	1.2	0.7–2.3	1.1	0.7–1.8	1.4	0.8–2.5
	5 70501–High	1.0	---	1.0	---	1.0	---
Nationality in 1999	0 Swiss	n.s.		1.0	---	1.0	---
	1 Foreign			1.7	1.1–2.5	2.0	1.2–3.3
Number of life events 1999–2003	(covariate)	1.2	1.1–1.3	1.2	1.1–1.2	1.2	1.2–1.3
Practical support 1999–2003 (quintiles)	1 Very low	3.3	1.8–5.9	n.s.		2.1	1.1–3.8
	2 Low	2.1	1.1–3.7			1.1	0.6–2.0
	3 Medium	1.3	0.7–2.4			1.6	0.8–2.9
	4 High	1.5	0.8–2.7			1.5	0.8–2.7
	5 Very high	1.0	---			1.0	---
Emotional support 1999–2003 (quintiles)	1 Very low	n.s.		3.7	2.2–6.3	n.s.	
	2 Low			2.3	1.4–3.8		
	3 Medium			1.4	0.8–2.5		
	4 High			1.5	0.9–2.6		
	5 Very high			1.0	---		
Long term health problems or disability	0 No	1.0	---	1.0	---	1.0	---
	1 Yes	5.0	3.5–7.1	1.8	1.3–2.5	8.3	5.7–11.9
Pseudo R ² (Nagelkerke)		0.319		0.164		0.356	
–2 Log Likelihood		867.4		1086.4		815.4	
D.F.		10		12		11	
N=		1207		1207		1207	

4 Overview of results and discussion

4.1 Overview of results

For the population aged 50 to 74 years, the analyses of the Swiss Household Panel data demonstrate that early life disadvantages and events during the life course can have both direct and indirect effects on the physical, mental and functional health (figure 2).

Figure 2: Main results : direct and indirect effect models A and B



Results in respect of the *direct effects* evidence the fact that *current health status* is strongly determined by *current living conditions* (especially household income), *social support* and recent *negative life events* (Model A).

With the exception of *long standing health problems*, the other antecedent factors such as *disadvantages during youth* and *life-events during the life course* are relatively weak *direct determinants* of current health status (Model B). They mainly influence current health *indirectly* by making chronic health problems more likely and by negatively affecting current household income and social support. Consequently, the combination of models A and B provides a considerable improvement of the models' fit.

4.2 Discussion

The results show interesting links and modulating factors between life course advantages/disadvantages and health status. While some results confirm the well-known link between chronic illnesses, lack of social support, low income and recent negative life events, other antecedent factors do not show the expected impact on health.

The results also indicate the presence of *reversal effects*. Recent advantages seem to play a compensating role in the face of cumulative disadvantages experienced early in life and during the life course. The longer the time gap between current health and the adverse event, the greater the chance that the negative condition can be improved (e.g. a young person can catch up on early socio-economic disadvantages). Thus, it brings hope to "an excessively pessimistic determinist view of ageing" that might be suggested by cumulative disadvantage theories (Ben-Shlomo and Kuh, 2002). In the absence of chronic health conditions during youth and adulthood, later developmental phases of life might have a stronger impact in terms of positive or negative effects on health status than early years. This seems to confirm that time can compensate for up early experienced disadvantages in life and counter the effects of negative factors, and vice versa. More research is needed to draw a balance sheet over time considering that the most recent period of time might well be the most crucial after all.

In addition, some striking gender differences in the results can be underlined, although they will be developed specifically in a publication in preparation. Compared to men women accumulate marked disadvantages compared to men in early childhood that perpetuate throughout life. The existence of *gender differences between early disadvantages and current deleterious health status* leads us to look at women and men through a differential lens during their life course. Inequalities engendered early in the lives of today's older cohorts have marked effects on their current health status. It is clear therefore, that in terms of a better understanding of health inequalities among women, measures of socio-economic disadvantage over the life course are both conceptually and empirically superior to using socio-economic indicators at one point in time (Wamala et al., 2001). The identification of new factors related to gender differences such as individual developmental aspects specific to each sex could be a basis for reflection and intervention. Throughout life, the dynamics of a healthy and active ageing among men and women provide different models that bring lessons not merely in a gender-specific way but moreover in a coherent and balanced perspective from which both sexes may benefit in the future. The findings suggest that future research on the effects of cumulative advantages and disadvantages over the life course should explicitly adopt a gender perspective on the processes and pathways by which the health of men and women may be affected by similar or different factors.

From a methodological point of view, caution must be given when generalising these results. The decision to limit the study population to elderly participants in each of the first interview waves introduces a "positive bias" with regard to health, as the remaining subjects are most likely healthier than the drop-outs. As a consequence, the impact of cumulative determinants of health might be underestimated in our results. Other researchers have mentioned this selective mortality bias and suggested an intra-cohort convergence and homogeneity overtime. This would

support the hypothesis of the effects of social status on health being just opposite at higher ages (e.g. House et al., 1994; Marmot and Shipley, 1996; Robert and House, 1996). The most common explanation of this finding is mortality selection, in that at older ages the surviving population is substantially more homogenous in many measures of social status, although there is some evidence that contradicts this interpretation (Beckett, 2000). Also, causal effects and links must be viewed with care as they are all based on subjective assessments of the past, which cannot be verified objectively. Nevertheless, a subjective assessment has its value, as it has been the best predictor of functional incapacities and mortality in numerous studies (Stuckelberger, 2000).

Finally, disentangling the ways in which factors at each stage of life act or interact to shape health is, obviously, complex and difficult and needs further investigation. The fact that explanations are not only disease specific, but may also vary between cohorts, populations or regions adds to this complexity. It is crucial to understand that the effects of early life exposure on later risks of disease are likely to be highly contextualized in both time and space.

5 Conclusion

The cumulative advantage/disadvantage perspective in gerontological studies has intellectual relevance for several other established theoretical paradigms in sociology, psychology, and economics. On the basis of issues deriving from these perspectives and from the growing body of work on cumulative advantage and disadvantage, there are several promising directions for further research in gerontology.

Considering that contemporaneous socio-economic advantages can counteract past disadvantages, these processes need to be better understood in terms of time duration and exposure. More research is needed to understand the dynamics of cumulative disadvantages, advantages or both throughout the different stages of the life course. In policy terms, compensating for parental educational deficits would appear to be of considerable value for improving health promotion over the life span. Indeed, the very beneficial influence of higher education on health has been consistently evidenced in cross-national comparisons but more importantly as a health determinant for individuals of all ages (Mirowsky and Ross, 2003).

Clearly further developments and research projects are needed in fields linking "social epidemiology" (Krieger, 2001) and "life course epidemiology" (Kuh et al, 2003) and an interdisciplinary framework could be used for guiding research. Additional psychosocial risk factors (e.g. chronic and acute stressors, self-efficacy, personality traits) should be included in future research in order to account more adequately for the social differentials in health (House et al. 2001). Further, the

concept of social and psychological capital in self-reported health and a mechanism for sustaining or regaining an optimal health status should be explored.

The future success of cumulative advantage/disadvantage theory lies in its capacity to elucidate new mechanisms and disease pathways as well as its ability to explain social, environmental and temporal patterns of disease distribution in the population. Specifically, there is a need to develop a broader theoretical linkage between socio-economic and psychological conditions during the life course and health by understanding: (1) the contextual factors that help mediate the effects of social factors and health – e.g. the role of social isolation, social support and inter-generational social capital. Existing studies indicate that the more traditional health-related risk factors (e.g. smoking, drinking, and exercise) account for little of the health and mortality inequalities, and (2) the institutional- and societal-level opportunities and constraints that provide barriers to health care and health promotion, e.g. social and health policies including access to jobs, health insurance, and medical care.

Finally, findings from this study are a first step in understanding the linkages between early life course factors, recent factors and current health status in the Swiss ageing population and open a promising field for future investigation. Using the cumulative advantage/disadvantage perspective might be useful for preventing of illness and Health promoting by identifying particularly harmful constellations of cumulative disadvantages.

6 References

- Adler N.E.; Th. Boyce, M. A. Chesney, S. Cohen, S. Folkman, R. Kahn and S. L. Syme (1994), Socio-economic status and health: the challenge of the gradient, *American Psychologist*, 49, 15–24.
- Adler N.E.; Boyce Th., M. A. Chesney, S. Folkman and S. L. Syme (1993), Socioeconomic inequalities in health. No easy solution, *JAMA*, 269(24), 3140–3145.
- Alwin, D. F. (1995), Taking Time Seriously: Studying Social Change, Social Structure and Human Lives, in: Phyllis Moen, Glen H. Elder, Jr. and Kurt Lüscher (Eds.), *Examining Lives in Context: Perspectives on the Ecology of Human Development*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 211–262.
- Alwin D. F. and L. A. Wray (2005), Overview: A Life-Span Developmental Perspective on Social Status and Health, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 7–14.
- Arber, S. and M. Khlat (2002), Introduction to “social and economic patterning of women’s health in a changing world”, *Social Science & Medicine* 54, 643–647.
- Baltes, P.B. (1987), Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline, *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626.
- Baltes, P. B. (1997), On the incomplete architecture of human ontogeny, *American Psychologist*, 52(4), 366–380.
- Baltes, P. B. and M. M. Baltes (Eds.) (1990), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Baltes, P. B.; H. W. Reese and L. P. Lipsitt (1980), Life-span developmental psychology, *Annual Review of Psychology*, 31, 65–110.
- Baltes, P. M.; U. Lindenberger and U. M. Staudinger (1998), Life-span theory in developmental psychology, in: R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology (Vol. 1): Theoretical Models of Human Development* (5th Edition), Wiley: New York, 1029–43.
- Barker, D. J. P. (Ed.) (2000), *Fetal and Infant Origins of Adult Disease*, London: BMJ Books.
- Barker, D. J. P. (1998), *Mothers, Babies, and Health in Later Life*, London: Churchill Livingstone.
- Beckett, Megan (2000), Converging Health Inequalities in Later Life – an Artifact of Mortality Selection? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 106–119.
- Ben-Shlomo Y. and D. Kuh (2002), A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives, *International Journal of Epidemiology*, 31, 285–293.
- Berkman, L. F. (1984), Assessing the Physical Health Effects of Social Networks and Social Support, *Annual Review of Public Health*, 5, 413–32.
- Berkman, L. F. and T. Glass (2000), Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health, in: L. F. Berkman and I. Kawachi, *Social Epidemiology*, New York: Oxford Press, 137–173.
- Bolzman, C.; R. Fibbi and M. Vial (1996), La population âgée immigrée face à la retraite: Problème social et problématique de recherche, in: H.R. Wicker, J.L. Alber et al. (eds.), *L'altérité dans la société: migration, ethnicité, état*, Zürich: Seismo: 123–142.
- Brown, G. and T. Harris (1978), *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London: Tavistock Publications; New York: Free Press.
- Brown, G. W. and T. O. Harris (1989), *Life Events and Illness*, New York: Guilford Press.
- Brunner, E., G. Smith D., M. Marmot, R. Canner, M. Beksinska and J. O'Brien (1996), *Childhood Social Circumstances and Psychosocial and Behavioural Factors as Determinants of Plasma Fibrinogen*, Lancet 347, 1008–13.
- Calmonte, R.; C. Koller and W. Weiss (2000), *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997. Statistique de la Suisse – Enquête suisse sur la santé*, Neuchâtel, Switzerland: Office fédéral de la statistique.
- Conley, D. and N. G. Bennett (2000), Is Biology Destiny? Birth Weight and Life Chances, *American Sociological Review*, 65, 458–467.
- Costa, D.L. (1999), Understanding the Twentieth Century Decline in Chronic Conditions Among Older Men, *Demography*, 37, 53–71.
- Creed, F. (1985), Life Events and Physical Illness, *Journal of Psychosomatic Research* 29/2, 112–123.
- Crystal, S. and D. Shea (1990), Cumulative advantage, cumulative disadvantage, and inequality among elderly people, *Gerontologist*, 30(4), 437–43.
- Dannefer, D. (2003), Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory, *Journal of Gerontology B*, 58(6), 327–337.
- Dannefer, D. (1988a), Differential gerontology and the stratified life course: conceptual and methodological issues, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 8, 3–36.
- Dannefer, D. (1988b), What's in a Name? An Account of the Neglect of Variability in the Study of Aging, in: J.E. Birren and V.L. Bengtson (Eds.), *Emergent Theories of Aging*, New York: Springer Publishing Company, 356–384.
- Dannefer, D. (1987), Aging as Intracohort Differentiation: Accentuation, the Matthew Effect, and the Life Course, *Sociological Forum* 2, 211–36.
- Elder, G. H. (1985), *Life course dynamics*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Ettner, S. L. (1996), New Evidence on the Relationship Between Income and Health, *Journal of Health Economics*, 15, 67–85.

- Ferraro, K.F. (2001), Aging and role transitions, in: R.H. Binstock and L.K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (5th Ed.), San Diego: Academic Press, 313–330.
- Ferraro, Kenneth F. and Jessica A. Kelley-Moore (2003), Cumulative Disadvantage and Health: Long-Term Consequences of Obesity, *American Sociological Review*, 68, 707–729.
- Frankel S.; P. Elwood, P. Sweetnam, J. Yarnell and Davey Sotjg (1996), Birthweight body mass index in middle-age, and incident coronary heart disease, *Lancet*, 348, 1478–80.
- Gognalons-Nicolet, M.-Y. et al. (1997), *Genre et santé après 45 ans*. Office de la santé publique, Berne: Huber Verlag.
- Gutzwiller F.; R. E. Leu, H. R. Schulz und E. Zemp (1986), Der Gesundheitzzustand der schweizerischen Bevölkerung, in: J.H. Sommer und G. Gutzwiller, *Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Schweizerischen Gesundheitswesen. Ergebnisse des nationalen Forschungsprogrammes NFP8*, Hans Huber: Bern.
- Hart C. L.; G. D. Smith and D. Blane (1998), Inequalities in mortality by social class measured at 3 stages of the life course, *American Journal of Public Health*, 88/3, 471–474.
- Hayward, M. D. and B. K. Gorman (2004), The Long Arm of Childhood: The Influence of Early-Life Social Conditions on Men's Mortality, *Demography*, 41, 87–107.
- Hayward, M. D.; E. M. Crimmons, T. P. Miles and Y. Yu (2000), The Significance of Socioeconomic Status in Explaining the Racial Gap, in: Chronic Health Conditions, *American Sociological Review*, 65, 910–30.
- Holland, P.; L. Berney, D. Blane, G. Davey Smith, D. J. Gunnell and S. M. Montgomery (2000), Life course accumulation of disadvantage: childhood and hazard exposure during adulthood, *Social Science and Medicine*, 50, 1285–1295.
- Höpflinger, F. et A. Stuckelberger (1999), *Demographische Alterung und individuelles Altern*, Zürich: Seismo.
- House, J. S. (2001), Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects, *Journal of Health and Social Behaviour*, 43 (June), 125–142.
- House, J. S.; J. M. Lepkowski, A. M. Kinney, R. P. Mero, R. C. Kessler, A. R. Herzog (1994), The Social Stratification of Aging and Health, *Journal of Health and Social Behaviour*, 35 (September), 213–234.
- Idler, E. L. and Y. Benyaminini (1997), Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies, *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (1), 21–37.
- Kivimäki m. Kinnunen, M.-L.; T. Pitkänen, J. Vahtera, M. Elovainio and L. Pulkkinen (2004), Contribution of early and adult factors to socioeconomic variation in blood pressure: thirty-four-year follow up study of school children, *Psychosomatic Medicine*, 66, 184–189.
- Krieger, N. (2001), A glossary for social epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 693–700.
- Kuh, D.; Y. Ben-Shlomo, J. Lynch, J. Hallqvist and C. Power (2003), Life course epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 778–783.
- Kuh, D. and Y. Ben-Shlomo (Eds.) (1997), *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*, Oxford: Oxford University Press.
- Laaksonen, M.; O. Rahkonen, P. Martikainen and E. Lahelma (2005), Socio-economic position and self-rated health: the contribution of childhood socio-economic circumstance, adult socio-economic status and material resources, *American Journal of Public Health*, 95/8, 1403–1409.
- Lantz, P. M.; J. W. Lynch, J. S. House, J. M. Lepkowski, R. P. Mero, M. A. Musick and D. R. Williams (2001), Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviours, *Social Science & Medicine*, 53, 29–40.

- Lawlor, D. A.; S. Ebrahim and G. D. Smith (2003), The association of socio-economic position across the life course and age at menopause: the British Women's Heart and Health Study, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110 (12), 1078–87.
- Lawlor, D. A.; G. D. Smith and S. Ebrahim (2004a), Birth weight is inversely associated with coronary heart disease in post-menopausal women: findings from the British women's heart and health study, *J. Epidemiol. Community Health*, 58, 120–125.
- Lawlor, D. A.; G. D. Smith and S. Ebrahim (2004b), The association between self-reported childhood socioeconomic position and adult lung function: findings from the British Women's Heart and Health Study, *Thorax*, 59, 199–203.
- Lynch, J. W.; G. A. Kaplan and J. T. Salonen (1997), Why Do Poor People Behave Poorly? Variations in Adult Health Behaviour and Psychosocial Characteristics, By Stage of the Socioeconomic Life course, *Social Science and Medicine*, 44, 809–820.
- Macintyre, S; S. Arber and M. Khlat (2002), Social and economic patterning of women's health in a changing world : special issue, *Social Science & Medicine*, 643–848.
- Marmot, M. G. (2000), Do inequalities matter? In: N. Daniels, B. Kennedy and I. Kawachi (Eds.), *Is Inequality Bad for Our Health?* Boston: Beacon Press, 37–41.
- Marmot, M. (2005), Social Determinants of Social Inequalities, *Lancet*, 365, 1099–104.
- Marmot, M. G. and M. J. Shipley (1996), Do Socioeconomic Differences in Mortality Persist After Retirement? 25 Year Follow Up of Civil Servants From the First Whitehall Study, *British Medical Journal*, 313, 1177–80.
- Matthews, S. and C. Power (2002), Socio-economic gradients in psychological distress: a focus on women, social roles and work-home characteristics, *Social Science & Medicine*, 54, 799–810.
- McDonough, P.; D. R. Williams, J. S. House and G. J. Duncan (1999), Gender and the socioeconomic gradient in mortality, *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 17–31.
- Merton, R. K. (1968), The Matthew Effect in Science, *Science*, 159, 56–63
- Merton, R. K. (1988), The Matthew Effect in Science: Cumulative Advantage and the Symbolism of Intellectual Property, *ISIS*, 79, 606–623.
- <http://www.garfield.library.upenn.edu/merton/matthewii.pdf>.
- Meyer, P. C. (2000), *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*, Leske und Budrich: Opladen.
- Minder, C. E. (1993), Socio-economic factors and mortality in Switzerland, *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 313–328.
- Mirowsky, J. and C. E. Ross (2003), *Education, Social Status and Health*, New York: Aldine de Gruyter.
- Moen, P. (2003), The Gendered Life Course, in: R.H. Binstock and L.K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Fifth Edition. New York: Academic Press, 179–196.
- Moss, N. E. (2002), Gender equity and socio-economic inequality: a framework for the patterning of women's health, *Social Science & Medicine*, 54, 649–661.
- National Research Council (2003), *Racial and Ethnic Differentials in Health in Late Life*. Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Washington, D.C.: National Academies Press.
- O'Rand, A. M. (1990), Stratification and the life course, in: R. H. Binstock and L.K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (3rd ed.), San Diego: Academic Press, 130–148.
- O'Rand, A. M. (1996), The precious and the precocious: Understanding cumulative disadvantage and cumulative advantage over the life course, *The Gerontologist*, 36, 230–238.

- Phelan, J. C.; B. G. Link, A. Diez-Roux, I. Kawachi and B. Levin (2004), Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory, *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (3), 265–285.
- Power, C.; O. Manor and S. Matthews (1999), The duration and timing of exposure: effects of socio-economic environment on adult health, *American Journal of Public Health*, 89/7, 1059–1065.
- Power, C. and C. Peckham (1990), Childhood morbidity and adulthood ill health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 69–74.
- Price, D. (1965), Networks of scientific papers, *Science*, 149, 510–515.
- Riley, M.W. (1987), On the significance of age in sociology, *American Sociological Review*, 52, 1–14.
- Riley, M. W.; M. E. Johnson and A. Foner (1972), *Ageing and Society, Vol III: A Sociology of Age Stratification*, New York: Russell Sage Foundation.
- Robert, S. and J. S. House (1996), SES Differentials in Health by Age and Alternative Indicators of SES, *Journal of Aging and Health*, 8, 359–388.
- Ross, C. E. and C. Wu (1995), The links between education and health, *American Sociological Review*, 60, 719–745.
- Ross, C. E. and C. E. Wu (1996), Education, age, and the cumulative advantage in health, *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 104–120.
- Ross, C. E. and J. Mirowsky (1999), Refining the Association between Education and Health: The Effects of Quantity, Credential, and Selectivity, *Demography*, 36, 445–460.
- Schwartz, J. E.; H. S. Friedman, J. S. Tucker, C. Tomlinson-Keasey, D. L. Wingard and M. H. Criqui (1995), Sociodemographic and Psychosocial Factors in Childhood as Predictors of Adult Mortality, *American Journal of Public Health*, 85, 1237–45.
- Singh-Manoux, A.; J. E. Ferrie, T. Chandola and M. Marmot (2004), Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *International Journal of Epidemiology*, 33(5), 1072–9.
- Smith, J. P. (1998), Socioeconomic Status and Health, *American Economic Review* 88, 192–196.
- Smith, J. P. (1999), Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status, *Journal of Economic Perspectives*, 13, 145–166.
- Stuckelberger, A. (1999). Des indicateurs aux états de santé: différences femme-homme au cours du vieillissement, in: Maeder T., Burton-Jeangros C. and Haour-Knipple M. (Eds.), *Santé, Médecine et Société: contributions à la sociologie de la santé*, Zürich : Seismo, 384–419.
- Stuckelberger, A. (2000), *Vieillissement et état de santé subjectif: déterminants et mécanismes différentiels hommes femmes à partir d'une étude transversale de la population genevoise*. Rapport de thèse de doctorat no 286, Université de Genève, Faculté de Psychologie : Genève.
- Stuckelberger, A. (2005), Transgenerational Perspective on Conflict and Violence Prevention: Role of Grand-parents in the Culture of Peace or Violence, in: F. L. Denmark, U. Gielenn, H. H. Krauss, E. Midlarsky and R. Wesner (Eds.), *Violence in Schools: Cross-National and Cross-Cultural Perspectives*, New York: Springer.
- Stuckelberger, A. (July–August 1997), Men and women age differently, in: *World Health*, "Active Ageing", 4, Geneva: WHO, 8–9.
- Stuckelberger, A. and F. Höpflinger (1998), Dynamics of ageing in Switzerland from a gender perspective, *Ageing International*, 62–84.
- Stuckelberger, A. and F. Höpflinger (1996), Vieillissement différentiel : hommes et femmes, Zürich: Seismo.
- Stuckelberger, A. and Ph. Wanner (in press), *Enquête suisse sur la santé: exploitation intercantonale des données pour la Suisse romande et le Tessin*, Neuchâtel: Observatoire de la santé.

- Thiede, Michael and Stefan Traub (1997), Mutual Influences of Health and Poverty. Evidence from German Panel Data, *Social Science & Medicine*, 45/6, 867–877.
- Thoits, P. A. (1983), Dimensions of Life Events that Influence Psychological Distress: An Evaluation and Synthesis of the Literature, in: H. B. Kaplan ed., *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*, New York: Academic Press, 33–102.
- Thoits, P. A. (1995), Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?, *Journal of Health and Social Behaviour* (Extra Issue), 53–79.
- Verbrugge, L. M. (1987), Sex differences in health, in: Maddox G.L (Ed.), *The encyclopaedia of aging*, New York: Springer, 601–604.
- Verbrugge, L. M. (1985), Triggers of symptoms and health care, *Social Science and Medicine*, 20, 855–876.
- Waldron, I. (1983), Sex differences in illness incidence, prognosis, and mortality: issues and evidence, *Social Science and Medicine*, 17(16), 1107–1123.
- Wamala, S. P.; J. Lynch and G. A. Kaplan (2001), Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study, *International Journal of Epidemiology*, 30 (2), 275–84.
- Wanner, Ph.; A. Stuckelberger and A. Gabadinho (2003), Facteurs individuels motivant le calendrier du départ à la retraite des hommes âgés de plus de 50 ans en Suisse. Rapport dans le cadre du « Programme de recherche interdépartemental sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse » (IDA ForAlt), no 8/03. Aspects de la sécurité sociale, Office fédéral des assurances sociales : Berne. Rapport http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/petersinsel/f/8_03_eRapport.pdf.
- Whitfield, K. E.; G. Weidner, R. Clark and N. B. Anderson (2002), Sociodemographic diversity and behavioral medicine, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 463–481.
- WHO (1998), *Social Determinants of Health – the Solid Facts*, WHO Europe: Copenhaguen.
- WHO (1999), *A Life Course Perspective of Maintaining Independence in Older Age*, WHO/HSC/AHE/99.2, Geneva: WHO publication.
- WHO (2001), *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Summary report of a meeting of experts, 2–4 May 2001*, WHO : Geneva.
- Williams, D. R. and C. M. Wilson (2001), Race Ethnicity and Aging, in: R. H. Binstock and L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Fifth Edition, New York: Academic Press, 160–178.
- Wray, L. A.; D. F. Alwin and R. J. McCammon (2005), Social Status and Risky Health Behaviors: Results From the Health and Retirement Study, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 85–92.
- Zemp Stutz, E.; E. Martin-Diener, M. Wick and M. Bowley (1996), *Women's Health Profile Switzerland*. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin; Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Zimmermann, Erwin and Robin Tillmann (Eds.) (2004), *Vivre en Suisse 1999–2000 – une année dans la vie des ménages et familles en Suisse, Population, Famille et Société* (Vol. 3), Berne: Peter Lang.
- Zimmermann, E. and C. Burton-Jeangros (2004), Changing Health in Switzerland – 1999–2000, in: Erwin Zimmermann and Tillmann Robin (Eds.), *Vivre en Suisse 1999–2000*, Bern: Peter Lang AG, 331–355.
- Zimmermann, E. and M. Budowski, with the collaboration of A. Gabadinho, A. Scherpenzeel, R. Tillmann and B. Wernli (2003), The Swiss Household Panel Survey: A Multidimensional Database for Monitoring Social Change, in: D. Joye, I. Renschler and F. Hainard (Eds.), *Social Change and Social Reporting*, Neuchâtel: UNESCO, Bern, 137–156.
- Zimmermann, Erwin and Mary Haour-Knipe (1988), Stress psychosocial, adaptation et santé, *Médecine & Hygiène*, 46, 2640–2651.

Zimmermann, E.; T. Spuhler und S. Zobrist (1995), *Die Schweiz im Europäischen Vergleich – Gesundheit für alle im Jahre 2000 – Fortschrittsmessung – Evaluation 1993/1994*, Bern and Lausanne: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Statistik (BFS), Schweizerisches Institut für Gesundheitswesen (IFG).

Zweifel, P.; S. Felder und M. Meier (1996), Demographische Alterung und Gesundheitskosten: eine Fehlinterpretation, in: P. Oberender (Hrsg.), *Gesundheit und Alter*, Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Appendix: Measures of health and cumulative disadvantages

A Self-assessed health as the dependant variable

1 General (physical) health

Question asked: "We are going to talk about various aspects of your health. How do you feel right now?" Possible answers range "very well" (score 1) to "not well at all" (score 5)?

Firstly, the annual scores are dichotomised in two categories of well (very well, well) and less than well (so so, average, not very well and not well at all); secondly, persons with at least three mentions of self-rated ill-health (17.5%) for five consecutive years are considered in bad health.

2 Mental Health

Question asked: "Do you often have negative feelings such as having the blues, being desperate, suffering from anxiety or depression? Could you give a score between 0 to 10, 0 meaning "never" and 10 "always"?

Firstly, the answers given for the five-year period 1999–2003 have been averaged (1.8 overall mean; 1.4 for men and 2.1 for women); secondly, individuals with an average score above 3 points are considered to be suffering from mental health problems (20.4%).

3 Functional Health

Question asked: "Please tell me to what extent, generally, your health is impaired in your everyday life activities (in your housework, your work or leisure activities)? Could you give a score between 0 to 10, 0 meaning "not at all" and 10 "a great deal"?

Firstly, the answers given for the five year period 1999–2003 have been averaged (1.95 overall mean; 1.8 for men and 2.1 for women); secondly, people with scores above three points are considered to be experiencing a notable handicap in their everyday activities (18.2%).

As expected, the four health measures overlap to some extent as every single health aspect affects all the others (Pearson r correlations: $.19 \leq r \leq .69$).

Correlations between health measures 1999–2003 (Pearson r):

	Self-rated health Average score 1999–2003	Mental health Average score 1999–2003	Functional health 1999–2003
Self-rated health	1.000	0.446	0.686
Mental health	0.446	1.000	0.395
Functional ill-health	0.686	0.395	1.000

Note: All the above displayed correlations are significant at the $p \leq 0.001$ level.

B Measuring cumulative disadvantages as independent variables

In addition to the large array of annual Swiss Household Panel data on each individual's *current living conditions*, retrospective information on youth and life course dimensions was also obtained:

- I Youth period: Disadvantages in youth
- II During the life course: major negative life events
- III Long standing health problems
- IV General characteristics
 - IVa Socio-demographic and socio-economic aspects
 - IVb Negative life events occurring 1999–2003
 - IVc Social support – 1999–2003

I Youth period : Disadvantages in youth

- *Living with both parents or not at age 15*: 85 % of respondents indicate that they were living with both parents when they were 15 years old. Out of the 15% missing at least one of their parents during youth, 8% lived with their mother, 3% with their father and 4% with neither of their parents.
- *Financial difficulties during youth*: 39 % of respondents encountered financial difficulties during their youth; (17.7% only "at certain times" and 21.3 "nearly all the time").
- *Low socio-economic status of the parents (SES)*: 32.5 % of respondents indicated that both of their parents enjoyed education to primary level only.

With regard to the prevalence of disadvantages experienced during the youth period, there are no statistically significant differences related to gender.

II Major events during the life course

- *Separation / divorce*: 19.5% of the respondents had experienced separation or divorce during their life course.

- *Death of husband or wife / death of partner:* Independent of their current marital status, 11.2% had been affected by widowhood or experienced the death of their partner at least once during their life course. Three times more women had experienced this than men.
- *Death of parents:* For 60% of the respondents, both parents were already dead at the time of the first interview in 1999; 19% reported one parent alive and 21% both parents alive.

III Long-standing health problems

During their first interview in 1999, 25.3% of respondents indicated that they suffered from a long-standing health problem. The question asked was: “*Are you suffering from a long-term health problem or disability of a psychological or physical nature?*” (yes, no).

The cumulative life-long impact of chronic health conditions contracted early in life or at different stages of the life course has been intensively researched and is well documented (Ferraro and Kelley-Moore, 2003; Verbrugge and Jette, 1994). The presence of such conditions leads not only to worsening health at any age but also to less favourable living conditions.

IV Recent and current situation 1999–2003 – Model A

IVa Socio-demographic and socio-economic aspects

- *Socio-economic status (SES)* comprises *household income* and *level of education*.
- The *household income* for a given year has been obtained by adding up the individual incomes of all household members if available, or alternatively by taking total household income as indicated by the reference person. As a result of refusals and incomplete information, income is missing for 4% of the households in the sub-sample of the elderly.
- The yearly estimations of the total net household income were then equalised by taking into account the number and age of all the household members, so that household income was comparable across the different types of households⁵.
- An *average equalised household net income* has been computed on the basis of the five-year period 1999–2003 and categorised as quintiles of roughly equal size⁶.

⁵ The household income is standardized in order to allow comparison of households of different sizes and compositions as if they were all composed by one fictitious person. We are using the method developed by SKOS (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe) which takes into account the number of adult persons and the ages of children living in the same household for dividing the total crude household income. (<http://www.skos.ch>)

⁶ The definition of the quintile income limits is based on the weighted SHP-1st wave 1999 house-

- *Level of education* is measured by the highest level of education achieved in 1999 and is used as an ordinal variable from lowest to highest: compulsory, secondary and higher education.
- *Age* is expressed in number of years.
- *Ethnicity* is measured by foreign as compared to Swiss nationality in 1999. In the A and A-B models nationality is introduced as a general control variable, as foreign nationals tend to indicate worse self-rated health. However, no special emphasis is put on the meaning of these results (Zimmermann and Jeangros 2004).

IVb Health threatening life events during the period 1999–2003

To assess negative life events which may have occurred during the five year period, eight kinds of potentially health threatening events were probed: (1) *illness, accident (self)*; (2) *illness, accident (close person)*; (3) *death of close person*; (4) *termination of close relationship*, (5) *conflicts with/among close persons*; (6) *problems with children*; (7) *threat or attack on self*, and (8) *other negative life events*.

The question asked for each of the life events presented was: "Since [month and year of the last interview], have you had an illness, an accident or another serious health problem?"

Illness or accident and death of a close person are the most frequently cited negative events for any given year, with about 20% reporting each of them. Over the five-year period, one out of six subjects reported at least one illness or accident.

The "Life Event Incidence Index" represents the total number of events reported during the period 1999–2003 in each of the consecutive five interview waves. The average number of reported life events is 3.7. Women tend to report a statistically significant higher number of such events (3.9) than men (3.4), suggesting an accumulation of events that potentially impact health.

IVc Social Support – 1999–2003

Practical and social support of relatives and children has been assessed by asking the following kind of questions:

- a) *In your opinion, if needed, to what extent can your relatives or your children provide you with practical help (this means concrete help or useful advice), 0 means "not at all" and 10 "a great deal"?*
- b) *If needed, to what extent can your relatives or your children be available and show understanding, by talking with you for example, 0 means "not at all" and 10 "a great deal"?*

hold level data and is applied to the longitudinal 1999–2000 individual basis.

The following five sources of social support were probed: (1) partner or spouse; (2) own children and relatives; (3) neighbours; (4) close friends; (5) acquaintances and colleagues.

For both aspects, total support is operationalised by adding up the scores of all the five sources of support for each of the five years⁷. For any given year the minimum possible support equals 0 and the maximum possible support 50. These yearly support scores are then summed separately for *practical* and *emotional support* and each summed score divided by 5 accordingly to the number of years taken into account. The average support scores are respectively 23.9 for practical support and 27.2 for emotional support. Men report significantly higher average support from both sources. Both aspects of support are strongly inter-correlated ($r = .80$).

⁷ If a relationship is absent (e.g. no spouse no partner), the degree of support is set to 0, meaning no support.

Buchbesprechungen / Recensions critiques / Book Reviews

Die Auswahl der Bücher zur Rezension behalten sich die Redaktion und die beiden für diese Rubrik Verantwortlichen vor. Unverlangt eingesandte Buchbesprechungen werden nicht veröffentlicht.

Le choix des livres qui font l'objet d'une recension critique est effectué par la rédaction et par les deux responsables de cette rubrique. Les recensions non sollicitées ne sont pas publiées.

Books to be reviewed are selected by the Editor and the two Book Review Editors. Unsolicited reviews are not published.

Caroline Bühler, Vom Verblassen beruflicher Identität. Fallanalysen zu Selbstbildern und Arbeitsethiken junger Erwerbstätiger, Zürich: Seismo Verlag, 2005, 228 Seiten

Seit berufliche Flexibilisierungsfordernungen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterschiedlicher Branchen und Altersgruppen gleichermaßen betreffen, scheinen sich soziologische Bestandesaufnahmen und Prognosen zur Gegenwart und zur Zukunft des Berufs geradezu aufzudrängen. Dabei stellt sich unter anderem die Frage, welche Bedeutung dem Beruf künftig bei der gesellschaftlichen Positionierung sowie beim Aufbau von Selbstkonzeptionen noch zufallen kann. Aktuelle Forschungen beschäftigen sich unter anderem mit Problemgruppen, die von der Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse in besonderer Weise betroffen sind wie Frauen und Jugendliche. Die stärker zeitdiagnostisch ausgerichteten Debatten orientieren sich an leitmotivischen Konzepten wie Anerkennung (Honeth), Individualberuf oder Arbeitskraftunternehmer (Pongratz/Voss). Gemeinsam scheint den verschiedenen Ansätzen die Diagnose einer beispiellosen Individualisierung zu sein, deren Folgen für Identität und Beruf als zentrale gesellschaftliche Positionierungsdynamik erst noch zu erforschen sind. Die Konstatierung graduell zunehmender Flexibilisierung lässt die Bedeutung des Begriffs Beruf als analytische Kategorie obsolet werden. «Beruf» wird in diversen neueren

Forschungen durch den durchlässigeren, jedoch weniger bedeutungsvollen Begriff der «Arbeit» ersetzt. Eine ähnliche Aufweichung ist beim Begriff «Identität» als bestimmbare Qualität einer biographischen Kontinuität zu verzeichnen.

Demgegenüber baut die Dissertation von Caroline Bühler bewusst auf den analytischen Kategorien Beruf und Identität auf, da es, so die Autorin, an zufriedenstellenden Alternativen mangle. Die Studie befasst sich mit der Frage, wer sich in welchem Masse mit seinem Beruf identifiziert, in welchem Verhältnis Identität und Beruf gegenwärtig stehen und ob das individuelle Selbstverständnis allenfalls gerade heute ausgehend vom Beruf dauerhaft hergestellt wird (9). Diese Fragestellung ist komplex. Um sie zu beantworten, gibt die Autorin einerseits einen Überblick über berufliche Felder in der Schweiz und deren möglichen Beitrag zum individuellen Selbstverständnis. Andererseits wird an ausgewählten Einzelfällen überprüft, ob von beruflichen Identitätsangeboten tatsächlich Gebrauch gemacht wird und welche weiteren Faktoren eine Bindung an den Beruf begünstigen oder allenfalls erschweren. Die Autorin verortet diese weiteren Determinanten zu Beginn ihrer Untersuchung auf den Ebenen des familiären und sozialen Herkunfts milieus, der Generations- und Geschlechterzugehörigkeit sowie der Eigenheiten des jeweiligen beruflichen Handelns. Damit sind diejenigen Analyseperspektiven benannt, entlang derer Selbstverständnisse

und Strategien handelnder Akteure im Verlauf der Forschung typisiert werden. Der Autorin gelingt, dies sei hier vorweg genommen, eine theoretisch fundierte und analytisch überzeugende Falltypisierung.

Die Studie ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden zuerst einige Grundlagen der klassischen sowie der neueren Berufssoziologie dargestellt. Anschliessend wird eine erste kontextuelle Annäherung an die zentralen Handlungsprobleme in den untersuchten Berufsfeldern vorgenommen. Die Autorin erläutert ausserdem das von ihr gewählte Analyseverfahren der Objektiven Hermeneutik und geht in ihren theoretisch-methodischen Ausführungen insbesondere auf das Verhältnis zwischen individuellen Deutungsschemata und kollektiven Denktraditionen ein.

Im zweiten Teil werden in der Form von exemplarischen Fallporträts sowie einer allgemeinen Typologie beruflicher Identitäten die empirischen Ergebnisse der Untersuchung zur Darstellung gebracht. Datenbasis bildet ein um einige zusätzliche Fälle ergänztes Sample von 80 offen geführten Forschungsinterviews, das bereits für die Studie «Die Zukunft im Alltagsdenken» von Claudia Honegger, Caroline Bühler und Peter Schallberger (2002) verwendet wurde. Die von der Autorin unternommene Re-Analyse der Daten, die aus zwanzig Familienkaros (Interviews mit den Eltern sowie zwei Kindern der gleichen Familie) bestehen, fokussiert die jungen Erwachsenen, deren Berufsspektrum relativ zufällig zusammengesetzt ist. Zur Erläuterung der jeweils sequenzanalytisch herausgearbeiteten Fallstrukturhypothese werden die Aussagen der Eltern beigezogen, jedoch nicht noch einmal spezifisch dargestellt.

Unter den Überschriften «Autonomie und Pragmatismus», «Berufsstolz und Verunsicherung», «Flexibilität und Erfolg» sowie «Anpassung und Distanzierung» arbeitet die Autorin vier Typen beruflicher Identität heraus, wobei der erste Teil der Überschrift jeweils den behandelten Typus, der zweite Teil eine wichtige Konsequenz benennt. Die vier Typen werden auf der Basis von je zwei

Fallporträts ausführlich und gegenstandsnah dargestellt sowie anschliessend zu allgemeinen Konstellationen der sozialen Herkunft, der Geschlechtszugehörigkeit sowie der Generationenlagerung in Beziehung gesetzt. Sowohl die Falldarstellungen wie auch die anschliessenden zusammenfassenden Einordnungsversuche vermitteln aufschlussreiche Einsichten in den Zusammenhang zwischen Identität und Beruf bei jungen Erwachsenen heute. Beim Typus «Autonomie und Pragmatismus» zum Beispiel stellt die Autorin fest, dass der Schlüssel für die positive Beziehung zum Beruf und die erfolgreiche Strategie der Selbstbehauptung im Feld bei einer bewussten, oft gegen Widerstände durchgesetzten Berufswahl zu finden ist. Gleichzeitig findet sich bei diesem Typus ein ausgeprägtes Arbeitsethos. Der Typus ist insbesondere in beruflichen Handlungsfeldern anzutreffen, in denen sich in den 1990er-Jahren rasante wirtschaftliche Dynamiken vollzogen, die den Akteurinnen und Akteuren flexible Anpassungsleistungen abverlangt hatten. Anders als bei den Typen, die unter «Flexibilität und Erfolg» sowie unter «Anpassung und Distanzierung» dargestellt werden, zeigt sich bei diesem Typus eine starke Bindung an den Beruf sowie eine scharf konturierte berufliche Identität. Der berufliche Erfolg bei dem erstgenannten Typus setzt sogar eine schwache Bindung an den Beruf voraus. Die persönliche Weiterentwicklung gelingt hier deshalb, weil man sich nicht an einem Beruf, sondern an seinem Kompetenzprofil orientiert. Interviewte des Typus «Anpassung und Distanzierung» wiederum weisen einen instrumentellen Bezug zu ihrem Beruf auf. Das Selbstverständnis wird massgeblich aus einer ausserberuflichen Orientierung geschöpft. Vertreterinnen und Vertreter dieses Typus wählen ihren Beruf etwa aus Gründen der Vereinbarkeit des Erwerbslebens mit der Familie, dem Sport oder der Politik. Interessant ist, dass dieser Typus vor allem in Berufsfeldern zu finden ist, die häufig gewählt werden.

Allen vier Typen ist gemeinsam, und damit fasst die Autorin ihre Forschungsergeb-

nisse auf einer allgemeineren Ebene zusammen, dass alle Interviewten Veränderungen in der Arbeitswelt wahrnehmen und diese zum Teil auch scharf analysieren. Das Spektrum der Berufe, in denen jeweils ein bestimmter Typus vorgefunden wird, ist relativ breit. Die Autorin räumt ihren Schlussfolgerungen relativ wenig Platz ein, dennoch sind sie für weitere Forschungsprojekte oder Theoriebildungen aufschlussreich: Der Beruf ist für die Lebensgestaltung und für die Identität von jungen Erwerbstätigen nach wie vor zentral. «Wer eine Berufsausbildung absolviert und sich erfolgreich in ein Berufsfeld integriert hat, identifiziert sich meist mit dem Beruf (...) Weshalb also von «qualifizierter Arbeit» sprechen, wenn der Beruf gemeint ist?» (207/212).

Monika Götzö
FHS St. Gallen,
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Industriestrasse 35, 9401 Rorschach
monika.goetzoe@fhsg.ch

Christoph Maeder und Eva Nadai,
Organisierte Armut. Sozialhilfe aus
wissensoziologischer Sicht,
Konstanz: UVK, 2004, 197 Seiten

Die kommunalen Sozialdienste sind für die Unterstützung derjenigen Personen zuständig, die keine anderweitige Möglichkeit finden, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Gerade in dem Umstand, dass auch diejenigen Möglichkeiten der Existenzsicherung ausgeschöpft sind, die der Absicherung der mit Lohnarbeit einhergehenden Risiken dienen, gelangt die Hilfsbedürftigkeit von Sozialhilfe Beziehenden deutlich zum Ausdruck. Anders als die Unterstützungsleistungen der Sozialversicherungen sind die Leistungen der Sozialhilfe an die je individuelle Ausprägung der Hilfsbedürftigkeit und entsprechend an einen Bedarfsnachweis gebunden. Dem An gewiesensein auf Sozialhilfe wohnt deshalb

stets ein Moment der Entwürdigung inne, dies insbesondere in einer Gesellschaft, in der die Wahrnehmung von Mitgestaltungschan cen und die Teilhabe am Wohlstand stark an den Status als Lohnarbeitnehmende gebunden sind. Zwar ist in der Schweiz auf Verfassungsebene ein Rechtsanspruch auf «Hilfe in Notlagen» verankert und im amtlichen Sprachgebrauch hat der Begriff der «Sozialhilfe» denjenigen der «Fürsorge» abgelöst. Gleichwohl bleibt – und dies stellt einen zentralen Befund der Studie von Christoph Maeder und Eva Nadai dar – der Sozialhilfebezug selbst noch im günstigsten Fall einer gelingenden und unproblematischen Interaktion mit dem Sozialamt vom «Gefühl der Statusdegradierung und der Furcht vor Stigmatisierung» geprägt (136).

Maeder und Nadai nehmen in ihrer Studie eine in der angelsächsischen Tradition qualitativer Sozialforschung verankerte ethnographische Perspektive auf die Sozialhilfe ein und beziehen sich dabei auf die Grundannahmen des symbolischen Interaktionismus (13). Im Kern gehe es ihnen darum, zu beschreiben und zu verstehen, wie soziale Akteure gesellschaftliche Ordnung, verstanden als ein Ensemble von Praktiken und Deutungen innerhalb eines vorgegebenen Kontextes, situativ hervorbrachten. Sozialhilfe wird im Rahmen einer Organisation (meist «Sozialamt» genannt) vollzogen, worunter Maeder und Nadai eine soziale Ordnung kontextspezifischer Handlungen verstehen, in denen Personen sowohl den Umgang untereinander wie die Situation selbst gestalten. Diese Handlungen sind nach Maeder und Nadai insofern als Ergebnisse vorgängiger Deutungen zu betrachten, als in der Situation stets auf bereits bestehende Muster zurückgegriffen wird. Da sich die beiden insbesondere für diese kulturellen Muster interessieren, erweist sich ihre Untersuchungsperspektive denn auch – wie im Untertitel der Studie markiert – als eine in erster Linie wissensoziologische.

Ihr eigenes Wissen über die Praxis der Sozialhilfebehörden generieren Maeder und Nadai nicht am Schreibtisch, sondern im

Feld, vorzugsweise durch Feldbeobachtung und Interviews. Sie schränken das Untersuchungsfeld auf fünf charakteristische Konstellationen der Organisation der Sozialhilfe ein. Exemplarisch untersucht werden ein klassisches städtisches Sozialamt im Kanton St. Gallen, ein regionaler Sozialdienst im Kanton Graubünden, ein Sozialzentrum in der Stadt Zürich, ein kommunaler Sozialdienst in einer solothurnischen Agglomerationsgemeinde sowie ein medizinisch-soziales Zentrum im französischsprachigen Wallis. Aufgrund der Annäherung ans Feld mittels einer vorgegebenen Fragestellung hebt sich die Untersuchung von der klassischen Ethnographie ab. Mäder und Nadai bezeichnen ihre Untersuchung als eine «fokussierte Beobachtungsstudie» und verzichten damit auf den Anspruch, eine umfassende Kulturbeschreibung eines Tätigkeitsfeldes zu leisten.

In der Begegnung der Unterstützung gewährenden Behörde mit den Menschen, die um eine solche ersuchen, konkretisiert sich erst die Legitimität der Hilfsbedürftigkeit und somit die Akzeptanz des Begehrens nach Unterstützung. Es ist diese Begegnung, die im Zentrum der Untersuchung steht. Während der Begegnung von Klientel und Sozialhilfe gelangen denn auch die unterschiedlichen Arrangements zum Ausdruck, wie sie sich in diesem institutionellen Rahmen zu entfalten vermögen (Kapitel 7). Mäder und Nadai arbeiten drei als in diesem Kontext mögliche Arrangements heraus: Sozialhilfe als Repressionsapparat, als gewährte Gnade oder als vertragsförmige Beziehung zwischen Behörde und Klientel. Doch gerade die letzte der erwähnten Varianten lässt sich nur schwer umsetzen. In einer Fallanalyse (130ff.) zeigen Mäder und Nadai, dass die Abhängigkeit von der Hilfeleistung die Klientinnen und Klienten daran hindert, jene fordernde Haltung einzunehmen, die einem modernisierten Verständnis von Sozialhilfe als Rechtsanspruch eigentlich entsprechen würde.

Weil die Gewährung finanzieller Hilfe durch die kommunalen Sozialdienste kantonal geregelt ist, bietet sich der Betrachterin oder dem Betrachter ein ausgesprochen

vielfältiges Bild an möglichen Organisationsformen. Zentrales Ergebnis der Studie ist denn auch die Bündelung dieser Vielfalt in einer Organisationstypologie und damit die Verortung der untersuchten Einrichtungen in einem Spektrum, das von «Armutsverwaltung» bis hin zu «professioneller Sozialarbeit» reicht (Kapitel 8.2). Zwischen diesen beiden Polen spannt sich ein Kontinuum möglicher Varianten auf. Dabei wurde die Typologie nicht ausgehend von der Rekonstruktion der in der untersuchten Praxis je spezifisch und typischerweise wirksamen Strukturlogik gebildet, sondern im Vergleich der untersuchten Einrichtungen entlang zweier Dimensionen: In «struktureller Hinsicht» gelangt das Kriterium der Kompetenzverteilung zwischen Politik, Verwaltung und Sozialarbeit bei der Gewährung von Sozialhilfe zur Anwendung. In «kultureller Hinsicht» werden die Unterschiede in den organisationsspezifischen Alltagstheorien über die Ursachen von Armut berücksichtigt. Letztere bilden nach Maeder und Nadai den Hintergrund der je unterschiedlichen Ausgestaltung von Steuerungsmechanismen und unterschiedlichen Rollenzuweisungen an das Personal. Aus der Kombination dieser beiden Dimensionen ergeben sich drei Hauptformen organisierter Armut: die «armutsverwaltende», die «paternalistische» sowie die «teilprofessionalisierte» Sozialhilfe. Diese Hauptformen werden von Mäder und Nadai zusätzlich in Subtypen unterteilt. Als charakteristisch für die teilprofessionalisierte Form beschreiben Maeder und Nadai die «moralfreie» (162) und nüchterne Haltung, die gegenüber der Klientel eingenommen wird. Dies allein besagt aber noch nichts über die Qualität, sondern vielmehr über die Selbstauffassung des beruflichen Handelns in diesem Feld. In ihren Folgerungen hinsichtlich der Aufgabe der Sozialhilfe, die Klientinnen und Klienten in ihren sozialen und beruflichen Integrationsbemühungen vermehrt zu unterstützen, verweisen Maeder und Nadai schliesslich auf die hierfür erforderliche Professionalisierung. Für die Bewältigung dieser Aufgabe verfüge sozialarbeiterische Fachlichkeit in

der Sozialhilfe noch nicht über das nötige Gewicht (178).

In aktuellen Diskussionen um sogenannte Anreize zur Arbeitsaufnahme wird die Legitimität des Anspruchs auf Sozialhilfe teilweise bestritten und dadurch erneut zum Gegenstand der Aushandlung. Hierbei erlebt die aus dem 16. Jahrhundert stammende Unterscheidung zwischen «unwürdigen» (da im Grunde arbeitsfähigen) und «würdigen» Armen eine Renaissance. Doch die als Anreize zur Arbeitsaufnahme gedachten Sanktionen erachten die Autorin und der Autor aufgrund grundsätzlicher Erwägungen für kontraproduktiv. Wirksame Sozialarbeit sei immer auf die Kooperation der Klienten angewiesen (181ff.). Als Instrumente der Abschreckung zielen Sanktionen stets über den individuellen Fall hinaus auf die Disziplinierung der von Armut Betroffenen insgesamt.

Die Studie überzeugt aufgrund ihrer durchdachten Anlage und des konsequenten Blicks auf die soziale Praxis einer Institution, in der sich Strukturen von staatlich organisierter Armut tagtäglich reproduzieren. Ihr Verdienst besteht darin, dass das Phänomen vor Ort, also dort untersucht wird, wo die Anerkennung und die Bearbeitung von Armut durch die Organisation selbst erfolgen. Nicht immer geht aus der Darstellung der Ergebnisse klar hervor, auf welcher empirischen Basis sie im Einzelnen beruhen und auf welche Weise die Autorin und der Autor zu ihren Erkenntnissen gelangt sind. Dies erklärt sich aus dem Umstand, dass die Materialbasis zu einem grossen Teil aus Feldtagebüchern besteht; die aufgrund von teilnehmender Beobachtung angefertigt wurden. Doch die Ergebnisse erlauben es, in der Praxis der Sozialhilfe wirksame Mechanismen zu diskutieren und weitergehend zu erforschen, die erst dank der von Maeder und Nadai durchgeföhrten Feldforschungen als solche problematisiert werden können.

Chantal Magnin
Universität Bern, Institut für Soziologie
Lerchenweg 36, 3012 Bern
chantal.magnin@soz.unibe.ch

Luc Van Campenhoudt, Jean-Michel Chaumont et Abraham Franssen,
La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux.
Paris : Dunod, 2005

Les ouvrages consacrés à la méthodologie sont une denrée rare en sociologie. *L'entretien compréhensif* de Kaufmann dans la collection 128 de Nathan constitue une exception bienvenue. Les sociologues reconnus et publiés montrent d'habitude peu d'intérêt à présenter leurs outils. Tout se passe comme si l'analyse (de préférence brillante) ou le discours sur la méthode (à l'image du fameux *Comprendre* de Bourdieu qui clôt *La Misère du monde*) suffisaient à donner aux sociologues du terrain les indications nécessaires à leur pratique.

C'est donc une collection de l'éditeur Dunod consacrée à la psychologie sociale qui accueille l'ouvrage de l'équipe du Centre d'études sociologiques de Bruxelles. Disons-le d'emblée : *La méthode d'analyse en groupe* a sa place dans la bibliothèque des sociologues praticiens et des chercheurs, non pas parce que le rayon consacré aux outils est à peu près vide, mais parce que la méthode présentée par Luc Van Campenhoudt et ses collègues s'avère si intéressante qu'elle pourrait bien faire référence dans les années à venir.

Les fondements de cette méthode sont solides : ils reposent sur une vingtaine d'années d'expérience et plus d'une quinzaine de recherches ; le contenu de l'ouvrage « a été testé durant plusieurs milliers d'heures de pratique avec plusieurs centaines d'acteurs de nombreux champs différents et discuté en interne à des multiples reprises par une équipe d'une quinzaine de chercheurs en sciences sociales ».

Pour résumer, « Dans cette méthode d'analyse en groupes, la connaissance est construite à partir de récits d'expériences vécues, amenées par les participants eux-mêmes. Concrètement, l'analyse en groupe se présente comme un débat organisé, structuré en une quinzaine d'étapes, et réunissant une dizaine de participants et deux ou trois chercheurs ».

Mais l'ouvrage de Van Campenhoudt, Chaumont et Franssen n'est pas pour autant un simple « livre de recettes » permettant d'organiser concrètement l'analyse en groupe. Il propose aussi une réflexion théorico-méthodologique qui cadre et étaye la pratique.

« La compétence des acteurs, ressort de la méthode »: le titre de l'introduction indique clairement la perspective adoptée par les auteurs. Partant, l'ouvrage se décline en trois parties de nature différente.

Première partie : Le sens d'une méthode

Un premier chapitre met en évidence le lien entre phénomènes sociaux, théories et concepts, méthodes et techniques. Les auteurs présentent ainsi (p. 21) un tableau où sont recensés les diverses approches du terrain (enquête par questionnaire, entretien semi-directif, récit de vie, intervention sociologique, observation participante), en lien avec les postulats épistémologiques qui les fondent, le paradigme théorique auquel elles se rattachent, l'objet privilégié qu'elles considèrent et l'image du sujet qu'elles véhiculent. La méthode d'analyse en groupe constitue aux yeux des auteurs une alternative à ces différentes approches.

Un deuxième chapitre intitulé « *une société en mutation* » analyse les transformations sociales qui justifient de nouvelles approches méthodologiques : désajustement des trajectoires sociales, extension et approfondissement des inégalités sociales, « *détotalisation des identités* » et affirmation d'un sujet réflexif; cette partie de l'ouvrage met aussi en évidence une donnée relevée par d'autres auteurs, à savoir la transformation de la « *scène de l'action publique* », avec un passage « *de l'institution aux dispositifs* ». Par rapport aux politiques publiques classiques et centralisées, s'appliquant à l'ensemble du territoire de manière homogène et standardisée, les nouvelles politiques présentent les caractéristiques suivantes : multiplication des intervenants ; travail en partenariat et

en réseau avec des intervenants provenant d'horizons institutionnels et culturels diversifiés ; nouvelles formes d'autorité et juridictionnalisation des rapports entre usagers et professionnels ; logique de projets individualisés. Avec « *le nouvel esprit du capitalisme* » et « *la métamorphose de la question sociale* » cités explicitement, « *les professionnels des métiers de l'intégration sont à la fois témoins, acteurs et parfois victimes des mutations* ». Dès lors la question des rôles et de leur redéfinition devient centrale.

Partant de ces constats, le troisième chapitre de la première partie insiste, « *à l'heure de la modernité avancée et du sujet réflexif* » sur « *le nécessaire renouvellement méthodologique* ». Les auteurs définissent leur méthode en référence à Corcuff: « *le dispositif de l'analyse en groupe tire les implications méthodologiques de la perspective constructiviste selon laquelle les problèmes et les enjeux doivent être appréhendés dans leur co-production sociale entre des acteurs aux positions et aux points de vue divergents* ».

Au plan méthodologique, les auteurs distinguent l'analyse en groupe par cinq caractéristiques principales. Il s'agit de

- un dispositif associant les acteurs : « l'analyse en groupe repose sur le pari méthodologique et épistémologique que c'est la confrontation systématique des interprétations dans un groupe (...) et la coopération conflictuelle qui s'établit entre chercheurs et participants qui permet l'élaboration d'une connaissance scientifique du phénomène considéré ».
- une approche « par le bas », « qui vise à rendre compte des expériences de terrain dans leur diversité ».
- une analyse interactive d'un système de relations : « la plupart des méthodes procèdent en s'adressant aux individus de manière isolée et désocialisée » ; « dans l'analyse en groupe, les individus sont d'emblée placés et considérés dans les rapports sociaux qui les constituent comme acteurs ».

- la reconnaissance d'une continuité entre savoirs sociaux et savoirs sociologiques, qui se démarque de la rupture épistémologique chère à Bourdieu.
- une technique qui prend la forme d'un débat organisé, réglé par des procédures et des consignes précises : publicité de la discussion, liberté et égalité des participants, importance de l'argumentation, recherche de consensus sur la formulation des accords et des désaccords, réversibilité et illimitation du débat.

Le dernier chapitre de la première partie met en évidence le domaine de recherche privilégié de l'analyse en groupe : il s'agit d'*« analyser, avec les professionnels concernés, les transformations de l'action publique »*. Pour les auteurs, de par leur fonction et la transformation des rôles sociaux, « *les agents de l'action publique ont constitué et constituent encore un des publics privilégiés de la méthode d'analyse en groupe* ».

Deuxième partie : La mise en œuvre de l'analyse en groupe

La deuxième partie de l'ouvrage est aussi la plus dense et la plus étendue (130 pages). Le lecteur un peu pressé pourra s'en contenter ; praticiens, chercheurs ou apprentis sociologues se régaleront d'une description de la méthode à la fois minutieuse, théoriquement étayée et surtout illustrée de nombreux exemples clairement présentés dans une typologie distincte.

Un premier chapitre traite de « *La mise sur pied de l'analyse en groupe* » : initiative de l'action, taille et composition des groupes, mise sur pied d'un groupe, structure et calendrier de l'intervention, rôle des chercheurs, éléments de logistique. Le groupe est composé de dix à douze personnes, deux à trois chercheurs se répartissant les rôles d'animateur et de rapporteur, et des praticiens directement impliqués dans le problème étudié mais à des titres et avec des fonctions divers. Il est à noter que la procédure d'analyse elle-même

mobilise le groupe pendant au minimum une journée, et souvent pour plus longtemps.

Le deuxième chapitre, intitulé « *Le déroulement d'une analyse en groupe, étape par étape* », constitue le cœur de l'ouvrage et présente l'essentiel de la méthode. L'analyse en groupe comporte trois phases distinctes : le récit, les interprétations, l'analyse. Chaque phase comprend elle-même une série d'étapes à suivre très précisément.

La première phase, centrée autour du récit, comporte cinq étapes : la proposition de récits par les membres du groupe, le choix des récits à analyser, la narration proprement dite, la mise en évidence des enjeux du récit par le narrateur et enfin une étape de questions d'information. Le choix d'utiliser des récits comme matière première de l'analyse repose sur le parti-pris de partir de l'expérience vécue des acteurs. Le récit doit remplir trois conditions : porter sur des événements jugés intéressants pour la recherche ; porter sur une histoire vraie ; impliquer directement la personne qui le raconte. Après que les participants ont brièvement résumé les récits qu'ils proposent, le groupe débat et choisit un, deux, voire trois récits à analyser. Les récits choisis sont alors racontés dans le détail par chaque narrateur et dûment enregistrés. Dans la foulée de son récit, le narrateur présente les enjeux de la situation tels qu'il les perçoit. Dans la dernière étape, les membres du groupe peuvent demander des éclaircissements sur certains points du récit.

On entre alors dans la deuxième phase, celle des interprétations, qui comporte elle aussi des étapes bien précises. Dans une première étape, un tour de table permet à chaque participant de donner son interprétation de la situation, c'est-à-dire de lui donner un sens. Dès cette étape, le rapporteur note soigneusement toutes les interprétations, qui serviront de base à l'analyse. Dans une deuxième étape, le narrateur réagit aux interprétations entendues. Après une pause, on entre dans la troisième étape, qui consiste à réécouter l'enregistrement du récit. Une quatrième étape permet un nouveau tour de table interprétatif ainsi que de nouvelles

réactions du narrateur. Une longue pause est ensuite introduite.

La troisième phase concerne l'analyse. Elle comporte une première étape cruciale, la mise en évidence par les chercheurs des convergences et des divergences dans les interprétations. Le but du groupe est de parvenir à un consensus portant tant sur les divergences que sur les convergences ; les techniques pour parvenir à ce résultat sont exposées dans le détail et concrètement illustrées ; elles constituent l'apport méthodologique essentiel des chercheurs. Une fois le consensus réalisé, l'étape suivante permet aux chercheurs de proposer au groupe des apports théoriques et des concepts opératoires. Le travail de la troisième phase se clôt sur la formulation d'hypothèses et de nouvelles problématiques.

La quatrième phase consiste en deux étapes : une interrogation sur les perspectives pratiques découlant de l'analyse, et une évaluation finale qui clôture le travail du groupe.

Troisième partie : débats sur la méthode

Cette partie finale de l'ouvrage, très courte, se compose de quatre chapitres recensant quatre types de questions engendrées par la méthode. Les auteurs distinguent ainsi le débat idéologique (*«l'analyse en groupe est-elle gestionnaire ou émancipatrice»?*), le débat politique (*«l'analyse en groupe est-elle instrumentalisable... et instrumentalisée»?*), le débat sociologique (*«l'analyse en groupe est-elle utilisable avec tous les publics»?*), et enfin le débat épistémologique (*«quels sont les critères de validité de l'analyse en groupe»?*).

Pour notre part, nous relèverons un point de débat qui ne remet nullement en cause la méthode, mais qui pointe peut-être ses limites, du moins telle qu'elle est présentée et pratiquée par ses auteurs. La méthode d'analyse en groupe rappelle d'une certaine manière la sociologie d'intervention pratiquée dans les années 70 par Touraine, Dubet, Wieviorka et les chercheurs regroupés autour de ces figures marquantes. Comme

l'intervention tourainienne (qui visait à la réflexivité des acteurs) et comme l'indique son nom, la méthode d'analyse en groupe est de nature essentiellement analytique. Elle s'inscrit dans un processus de recherche auquel sont associés des acteurs de terrain. Les auteurs n'excluent pas que dans certains cas, la demande vienne explicitement du terrain. Mais l'intervention est toujours définie comme étant celle de chercheurs, et la méthode est clairement mise au service des objectifs de la recherche, qui sont des objectifs de savoir (en l'occurrence, de savoir co-construit et partagé).

Lorsqu'il est question de mise en pratique, les auteurs prennent clairement leurs distances avec une mise en œuvre opératoire de l'analyse réalisée. Ils commencent par définir la méthode elle-même comme une pratique, puis marquent une rupture nette entre analyse compréhensive et action : *«en situation réelle, les acteurs sont confrontés aux « antinomies de l'action » car les finalités qu'ils poursuivent peuvent se concurrencer»*. Cette distinction (sorte de retour à la «rupture épistémologique» althusséro-bourdieuienne) n'a à nos yeux pas lieu d'être. Sur la base de notre propre pratique d'intervention, on peut montrer que dès le moment où les acteurs ont réalisé un consensus sur leurs accords et leurs désaccords, ils sont en mesure de négocier une action commune (dans un cadre méthodologiquement garanti par le sociologue). On entre là dans un autre cas de figure, où le sociologue ne se définit plus comme un chercheur et où la priorité est donnée à la praxis et à la mise en œuvre du changement, en continuité totale avec l'analyse.

Ces remarques ne remettent cependant pas en cause la pertinence de la méthode d'analyse en groupe, qui se révèle un outil précieux tant pour la recherche que pour une pratique de la sociologie orientée vers l'accompagnement du changement.

Dominique Felder, Genève

Lorenza Mondada, *Chercheurs en interaction. Comment émergent les savoirs*, Presses polytechniques et universitaires romandes, collection « Le savoir suisse » n° 28, Lausanne, 2005, 144 pages

Exploitant de manière fort opportune le format court propre à la collection « Le savoir suisse », le nouvel ouvrage de Lorenza Mondada¹ réussit le tour de force de nous embarquer, en quelques pages, dans la construction interactionnelle des savoirs scientifiques. Privilégiant une ethnographie des réunions de travail entre chercheurs, l'auteur nous permet d'accéder à la science telle qu'elle est pratiquée au quotidien, au fil de leurs échanges. L'idée centrale du livre n'est autre que celle-ci : loin de se réduire à du « parler boutique »², soit à un aspect négligeable de l'activité scientifique, ces réunions permettent l'émergence et l'élaboration collaborative du savoir. Dès lors, la saisie de ce phénomène nécessite une description fine du déroulement interactionnel et séquentiel des séances de travail. Cette attention descriptive se porte non seulement sur les propos échangés, mais également sur les modalités de prise et d'attribution de la parole, et dans une optique plus large, inspirée par la cognition située, sur les artefacts matériels (documents, écrans, etc.) permettant le déploiement de l'interaction scientifique. Au final, Mondada propose de repenser la production de la science en termes « d'intelligences collectives », « le savoir scientifique n'[étant] pas l'œuvre d'individus isolés, mais de laboratoires et d'équipes où interviennent des modes complexes d'organisation et de distribution du travail intellectuel » (p.15).

Le livre se compose de six chapitres d'égale longueur, à l'exception du sixième qui

- 1 Professeur de linguistique interactionnelle à l'Université Lyon2 et rattachée au Laboratoire ICAR du CNRS.
- 2 Mondada (p. 20) emprunte l'expression à M. Lynch, *Art and Artifact in Laboratory Science: A Study of Shop Work and Shop Talk in a Research Laboratory*, Routledge and Kegan Paul, Boston, 1985.

se présente sous la forme d'un bref résumé conclusif rappelant en deux pages l'ensemble du propos. Le premier chapitre déploie la problématique propre à une « science en train de se dire » et l'ancre dans un horizon théorique mêlant sociologie et linguistique. Les enjeux relatifs à l'approche et à l'analyse du terrain sont saisis par le biais d'un recours massif à l'usage de la transcription ; celle-ci constitue une représentation, certes partielle, mais efficace des données. Une fois le cadre heuristique déployé, l'auteur aborde successivement les configurations interactionnelles et les modes de participation propres aux réunions de travail (chapitre 2), l'élaboration collective du savoir (chapitre 3), les situations de plurilinguisme (chapitre 4), et finalement, le recours aux dispositifs matériels lors des collaborations scientifiques (chapitre 5).

Les approches théoriques et méthodologiques retenues par l'auteur se situent au confluent de divers courants de la sociologie et de la linguistique, l'ensemble étant mis à contribution d'une saisie pragmatique de l'action située. Sur le versant sociologique, c'est l'influence des *Science and Technology Studies* qui est revendiquée, notamment par la référence aux travaux de B. Latour, M. Callon ou K. Knorr-Cetina. Rien de plus logique, en regard d'une approche qui tente de saisir la science *en train de se faire*, et par conséquent se voulant attentive à la dimension indexicale des énoncés scientifiques et aux processus de stabilisation dont ils font l'objet, au sein d'un réseau d'acteurs, dans la production d'une référence stable propre aux faits en science. Mondada vient également puiser dans les *Studies of work* développés au sein de l'ethnométhodologie (H. Garfinkel, M. Lynch, E. Livingston), certaines de ces études portant sur le déroulement ordinaire du travail scientifique en laboratoire. Sur le versant linguistique, c'est une conception pragmatique du langage qui prévaut, attentive à la dimension située et interactive de celui-ci, et en particulier à la manière dont la référence est accomplie dans l'interaction. Dès lors, la linguistique interactionnelle mobilisée par l'auteur s'appuie largement

sur les travaux d'*analyse de conversation* (H. Sacks, E. Schegloff) et d'*analyse multimodale* (C. Goodwin) développés, là encore, dans le sillage de l'ethnométhodologie.

Toutefois, la simple mention de cette double influence de la sociologie des sciences et de l'analyse conversationnelle ne suffit pas à se faire une idée juste des apports de Mondada en regard des travaux dont elle s'inspire. C'est dans l'écriture même de l'ouvrage que transparaît l'originalité de sa contribution. Cette écriture se révèle limpide et empreinte d'un réel souci didactique, le lecteur étant d'emblée invité à se familiariser avec les conventions propres aux transcriptions, et la technicité de celles-ci s'incrémentant progressivement au fil des chapitres. Toutefois, c'est dans l'alternance entre les données et le développement analytique que le dispositif révèle toute son heuristique : la transcription exhibe tout en exemplifiant l'élément que l'auteur désire mettre en exergue. On évite, au passage, le double écueil d'une description ethnographique trop lâche pour restituer les détails essentiels à la dynamique de l'interaction et du pointillisme excessif d'une analyse conversationnelle qui se focaliseraient sur la forme au détriment des enjeux propres à l'activité scientifique. La conjonction d'une représentation graphique des données (principalement audio) et d'une description aussi fine qu'économe de certains éléments visuels de la séance produit au final un genre littéraire particulièrement efficace dans sa restitution du phénomène. Les interactions sont littéralement *données à voir* au lecteur.

Évoquer le recours à la transcription, c'est impliquer nécessairement une technique d'enregistrement du son ou de l'image. L'usage de ce dispositif permet à Mondada de se concentrer sur la séquence interactionnelle à laquelle participent les chercheurs, afin de mettre en exercice les modalités de prise, d'attribution et de gestion des tours de parole. Dans bien des cas, le recours des scientifiques à la visioconférence (par exemple, lors d'une opération chirurgicale impliquant un monitorage à distance de la part d'un spécialiste secondant le chirurgien)

fournit des données de premier choix pour observer la manière dont le geste – le fait de repérer un organe – se combine aux tours de parole des experts et peut déboucher sur une courte controverse prenant la forme d'une incertitude anatomique – s'agit-il bien d'un diaphragme ? Les vidéos de cette équipe médicale ou d'un groupe d'agronomes et d'informaticiens travaillant sur une carte exemplifient la pertinence d'une linguistique interactionnelle dont l'approche naturaliste de l'observation sait tirer profit de la caméra ou de l'enregistreur. Dans la foulée, le lecteur est mieux à même de mesurer la complexité de phénomènes dont la banalité éluderait le compte-rendu habituel de l'ethnographe. Ainsi, la sollicitation d'objets matériels lors de la réunion, ne serait-ce que pour pointer un élément sur une carte et établir une référence, mobilise tout un ensemble de compétences nécessaires à l'ajustement et à la coordination des participants. L'enregistrement permet non seulement de décrire dans le détail l'organisation d'une telle interaction, mais plus largement, invite à se déprendre des conceptions classiques des pratiques et des connaissances scientifiques pour considérer la cognition « non comme une capacité individuelle, abstraite, rationnelle, décontextualisée, mais comme un ensemble de pratiques situées, incarnées, distribuées » (p.16), le langage opérant simultanément comme outil et comme matrice configurante.

L'ethnographie de Mondada s'est déroulée sur plusieurs sites, mettant en œuvre des collaborations interdisciplinaires (entre botanique, écologie et anthropologie, par exemple), réunissant des institutions de divers pays (hôpitaux de Strasbourg, de Bâle, etc., réseaux interuniversitaires) et mettant en présence des interlocuteurs mobilisant diverses langues (français, allemand, anglais), souvent simultanément. Dès lors, le parti pris par l'auteur consiste, plutôt que de suivre l'ensemble d'une réunion sur l'un des sites, à privilégier de courtes séquences exemplifiant l'un ou l'autre aspect interactionnel propre au déroulement d'une réunion. Dans cette optique, le chapitre 2 présente typiquement

un agencement de vignettes provenant de divers contextes et visant à montrer de quelle manière l'ouverture de la séance de travail a pour tâche de signaler aux participants le passage de l'informel au formel, en focalisant leur attention sur un objet commun. Les modalités de l'ouverture configurent les tours de parole subséquents, ayant pour effet de rendre possibles ou d'inhiber certaines dynamiques : «l'organisation de la réunion a des effets configurants sur plusieurs de ses dimensions, les formats de participation, les identités et catégories [des participants], ainsi que les trajectoires d'objets de discours» (p. 58).

Il vaut la peine de déplier quelque peu l'aspect identitaire et catégoriel des participants, afin de se donner une idée plus fine de la question de l'expertise. Loin d'être une qualification établie une fois pour toutes, l'analyse des interactions restitue le caractère accompli de cette expertise. Celle-ci peut faire l'objet d'une catégorisation explicite, que ce soit par le biais d'une auto-catégorisation en forme de préface à une intervention – «je suis expert de l'histoire des mamelouks» – ou à la demande d'un tiers sollicitant la compétence d'une collègue, soit un «qu'en pense notre anthropologue?». De même, certaines préfaces de questions, caractérisées par des hésitations, permettent d'exhiber, sans la thématiser explicitement, le peu de compétence à laquelle prétend le locuteur, et par conséquent de réduire les attentes normatives liées à son intervention. Dès lors, le positionnement catégoriel adopté par l'intervenant va configurer le degré de normativité et d'effectivité envisagé par son propos et permettre sa hiérarchisation en regard de la parole d'un autre intervenant.

Dans le fil de ces investigations, un lectorat suisse ne pourra que manifester de l'intérêt à l'égard du chapitre 4, «Une science polyglotte», présentant la forme que prennent les échanges scientifiques dans un environnement de travail plurilingue. Contrairement à une conception stéréotypée de la science qui ferait de l'anglais la *lingua franca* des collaborations internationales, les données laissent apercevoir des agence-

ments locaux fort différenciés de la gestion des langues, notamment des cas où, malgré un accord formel sur l'anglais, une part importante des interactions se déroule dans les langues vernaculaires. Ainsi, la sélection d'une langue relève bien plus d'un accomplissement situé et constamment renouvelé au gré de l'avancement de la séance de travail. Une étude détaillée de l'agencement des tours de parole dans ces situations d'échanges langagiers conduit Mondada à relativiser l'acquisition de compétences plurilingues des chercheurs en dehors des modes de socialisation propres à la pratique professionnelle : il semblerait que «ce [ne soit] ni dans les livres, ni dans des laboratoires de langue que s'acquiert cette compétence» (p. 110). C'est plutôt par sa participation et son intégration à une communauté de pratiques (scientifiques et linguistiques) que le chercheur participe à l'émergence de l'équipe qu'il intègre et à sa consolidation.

Au terme de ce rapide passage en revue, j'adresserai quelques critiques à l'ouvrage sous forme de questions. Une première interrogation qui surgit porte sur le statut de la transcription, au plus près de sa matérialité, soit quant aux conventions qui ont été retenues pour représenter le son et l'image captés par l'enregistrement. Que ces conventions demeurent inchangées tout au long de l'ouvrage se justifie à plusieurs égards, ne serait-ce que pour faciliter la lecture et la comparaison entre les vignettes. Néanmoins, cette uniformisation de la notation ne risque-t-elle pas de masquer des phénomènes particuliers, propres à tel contexte de recherche par opposition à tel autre, des phénomènes que des conventions différentes permettraient d'exhiber, à la manière des effets contrastés que génère le choix de l'un ou l'autre bain révélateur pour une pellicule photographique? Car c'est bien sur le mode du révélateur qu'agit la transcription. Certes, d'un bain à l'autre – comme d'un choix de convention à l'autre – l'image d'ensemble conserve une certaine ressemblance. Toutefois, le rendu des détails varie sensiblement. Or, c'est justement ce niveau de description que pri-

vilégie l'auteur, y décelant avec pertinence des éléments configurateurs de l'ensemble du propos et du projet scientifiques.

Une autre interrogation a trait à la spécificité scientifique de ce qui est mis à jour. La force de l'analyse de Mondada consiste justement à démontrer le caractère ordinaire de l'activité scientifique. Or, la description est si éloquente que le lecteur peut éprouver une certaine difficulté à distinguer ce qui relève proprement de la science en regard d'une réunion de travail qui pourrait se dérouler dans n'importe quel autre contexte professionnel. En d'autres termes, mis à part la plus grande sophistication des technologies utilisées dans certains cas, la gestion des tours des paroles, de la dynamique interactionnelle, ne diffère pas fondamentalement de ce que l'on pourrait observer dans un conseil de paroisse d'une Église réformée. À ce point, n'aboutissons-nous pas aux limites d'une analyse séquentielle où l'élément catégoriel, notamment quant à l'identification du chercheur en tant qu'« expert », devrait être plus fortement réintégré, simultanément à une attention plus marquée à la manière dont les orientations thématiques des échanges configurent l'interaction ?

Ces quelques interrogations visent avant tout à poursuivre les investigations stimulantes ouvertes par cet ouvrage, petit par la taille, mais incontournable pour quiconque s'intéresse à la pratique scientifique, tant comme objet d'investigation que comme discipline à pratiquer de manière accessible, inventive et rigoureuse.

Philippe Gonzalez
Département des Sciences de la Société (DSS)
Université de Fribourg
90 boulevard de Pérolles, 1700 Fribourg

Christian Bromberger, Pascal Duret,
Jean-Claude Kaufmann, David Le Breton,
François de Singly, Georges Vigarello,
Un corps pour soi, Paris : PUF, 2005,
151 pages

La réunion en un ouvrage de six contributions dont les réflexions prolongent, pour la plupart de leurs auteurs, de récentes parutions tient à une convergence de leur manière de penser le corps non pas en tant que substrat universel, mais comme le lieu d'un rapport à soi et aux autres. Dans cette perspective, l'objet que la sociologie se donne à étudier se redéfinit : il s'agit moins de questionner le corps en tant que tel que les acteurs (individuels et collectifs) qui le mobilisent et le façonnent à cet effet dans des contextes socioculturels précis³. Le corps officie ainsi à la fois comme vecteur et comme révélateur des changements, des pratiques et des processus identitaires qui traversent les sociétés contemporaines.

Le texte de Bromberger illustre cette double facette : des modèles pileux impriment des normes sur le corps des individus, alors même que ceux-ci peuvent se distancer de certaines assignations sociales en façonnant leur pilosité (épilation ou préservation des poils faciaux ou corporels, dissimulation, tonsure ou coupe des cheveux, etc.). Partant d'études menées sur le football, l'Iran et le monde méditerranéen, l'auteur montre que le poil (ses arrangements) constitue un signe qui distingue (de l'altérité proche ou lointaine) et identifie (à une communauté). Mais il peut également marquer une domination, une humiliation ou une négation de l'autre (exemple des camps de concentration). Même dans un contexte de « décoordination »⁴ des normes du paraître, le poil garde sa capacité à signifier

3 Comme Pascal Duret le souligne, in *Le corps et ses sociologies*, Paris : Armand Colin, 2005 (1ère éd. 2003), p. 5.

4 Par « décoordination », l'auteur se réfère à la diversification, la multiplication et la circulation des modèles. Cette notion est pleinement explicitée dans Christian Bromberger, *Passions ordinaires*, Paris : Hachette, 1998, p. 5-38.

un statut socio-sexuel, une place dans la stratification sociale, des normes et des valeurs morales et esthétiques. L'élargissement de ses possibles façonnages a néanmoins rendu ses significations plus subtiles et permis une plus grande indiscipline pileuse et revendicatrice. A l'auteur d'en conclure, par un habile double sens, qu' «une société nous dit beaucoup d'elle-même par ses franges» (p. 40).

Vigarello note à son tour que l'idéal esthétique n'est jamais qu'une affaire de sensibilités individuelles, mais aussi de «pesanteurs collectives». Il développe son argument en retraçant, à travers des revues de mode, «l'invention de la «ligne»»⁵ dans les années 1910-1920, soit d'un modèle esthétique ne scindant plus le corps féminin en deux à travers des corsets contraignants et des robes bouffantes, mais promulguant son allègement dans une «ligne» plus droite, plus simple et plus mince. L'auteur met en lumière deux dynamiques sociales et culturelles ayant permis ce redessinment ; d'une part, la mutation du statut des femmes, et, d'autre part, un rapport plus critique à la culture (l'auteur utilise le terme fort de subversion). En ce sens, «l'invention de la «ligne» [...] n'est pas simple découverte anatomique, elle est renouvellement de repère culturel et social» (p. 151). C'est bien parce que la position de la femme ne peut plus être la même (quand bien même Vigarello souligne que son affranchissement reste un problème plus complexe), que s'instaurent de nouveaux modèles.

C'est précisément le modèle d'individu promu par les sociétés modernes occidentales que De Singly éclaire à travers la richesse des illustrations, tant fictionnelles qu'académiques, qu'il mobilise. Suivant un idéal d'autodétermination, l'individu est enjoint à se dépouiller de ses habits sociaux (à se «dénuder») et de ses appartenances héritées (à se «désaffilier») pour accéder à son «vrai moi» (à l'authenticité). Outre une quête visant à se connaître, il s'agit également de faire reconnaître cette identité intime. Le corps

⁵ Dans le même sens où il parle de «d'invention de la beauté» in Histoire de la beauté, Paris : Seuil, 2004, p. 9-12.

s'avère alors central dans l'extériorisation de cette dernière, même s'il peut également générer dans le regard d'autrui des étiquetages non-voulus⁶. L'auteur fait en définitive apparaître cette scission entre soi intime et statuaire comme le fruit artificiel d'une primauté accordée par la modernité au soi intime, irréalisable sans son pendant et indissociable de celui-ci dans tout travail d'élaboration identitaire. Les facettes d'un soi statuaire ne sont pas moins authentiques que celle d'un soi intime, dès le moment où elles constituent des «masques» subjectivement choisis. En ce sens, «le corps dévoilé» éclaire à la fois les processus de construction identitaire des individus (extériorisation d'un soi intime) et les modèles d'individualité auxquels ils se réfèrent (individu libre et autonome).

Pour Kaufmann, cette injonction à l'autonomie est génératrice de paradoxe. L'accroissement de la marge de manœuvre des individus se corrèle à un besoin d'autant plus pressant de s'assurer de sa propre normalité. Si «chacun fait ce qu'il veut», il le fait pourtant en se référant à des codes quotidiennement instaurés et restaurés. Les normes de comportements se forment ainsi au croisement d'une «création culturelle» et de «schémas implicites intériorisés» qui mettent respectivement en jeu les images de soi et des autres (un «corps visible») ainsi que des sensations et des habitudes mentales et gestuelles incorporées (un «corps sensible» et un «corps secret»). Si le corps secret et le corps sensible permettent d'éviter une surcharge mentale due à une réflexivité permanente, le corps visible (physique ou élargi à des objets) peut quant à lui engendrer la formation de nouvelles normes pouvant devenir, si elles n'entrent pas en contradiction avec d'autres automatismes, de nouveaux schèmes d'action. Ces processus, explicités à travers les études menées par l'auteur sur la vie de couple ou la pratique des seins nus, impliquent d'articuler ces pluralités du corps. Ils sont également à la source d'un sentiment d'unification de

⁶ Cela soulève le problème plus général de la naturalisation de différenciations et de caractérisations ethniques, de sexe ou de classe.

soi (d'un «enveloppement identitaire») et mènent, selon l'auteur, à mieux penser le rapport entre corps et individu.

Les contributions de Le Breton et de Duret révèlent comment des pratiques se matérialisant sur le corps répondent à cette quête d'autodétermination et d'autonomie des individus.

Le Breton s'intéresse à l'adolescence et souligne les difficultés éprouvées par les adolescents à se construire une identité dans un contexte promouvant des modèles électifs et mouvants. Cette période, génératrice de troubles identitaires, amène l'adolescent à explorer les images possibles de lui-même pour se «bricoler» une identité souhaitée. Les blessures volontaires que l'on s'inflige, qu'elles soient vouées à être montrées (piercings, tatouages, scarifications) ou cachées (entames, meurtrissures) répondent à cette quête. Les marques corporelles visibles souscrivent à un impératif d'expression de soi tout en s'inscrivant dans des pratiques cautionnées par le regard des pairs. Elles muent le corps en surface de projection et de mise en scène de soi. A l'inverse, les entames corporelles marquent le refus d'une constante mise en représentation du corps. En rompant sa peau, il s'agit de rétablir temporairement un contrôle sur soi et d'instiguer un changement identitaire. Pour Le Breton, les entailles, à l'instar des marques corporelles ou des conduites à risques, sont des «actes d'existence». Ces «passages à l'acte», malgré des réceptions sociales divergentes, constituent pour leurs acteurs des formes de mise à l'épreuve de soi permettant de cristalliser une identité sur un mode individuel (p. 112).

Retenant des récits recueillis dans un travail de terrain sur les culturistes, Duret dévoile comment deux pratiquantes, Isabelle et Marie, légitiment un modèle esthétique socialement décrié en performant un système de normes et de valeurs qui valorise, outre un profil musculaire propre au culturisme, l'effort, la volonté et la persévérance. L'auteur souligne ainsi la capacité des acteurs à créer des échelles de valeurs propres à leur pratique et émancipées des systèmes de légitimité

traditionnels. Mais il précise également les stratégies par lesquelles ces femmes parviennent à promouvoir leur autonomie, soit à se préserver des normes contraignantes du culturisme sans néanmoins les trahir. Elles font à ce titre jouer la multidimensionnalité de leur identité, exposant à leurs pairs leur investissement dans d'autres activités ou rôles sociaux tout en se montrant fidèles à une pratique assidue, engagée et «authentique».

Ces contributions peuvent se lire de manière indépendante, mais la lecture de leur ensemble paraît indispensable à une compréhension plus globale du rapport entre corps et identité. Les chapitres de Le Breton et de Duret gagnent à être lus parallèlement aux textes de Kaufmann et de De Singly. En effet, dès lors que des contraintes objectives et incorporées sont subjectivement vécues comme des choix de par leur élection dans un champ des possibles diversifié, les individus préservent un sentiment de souveraineté tout en souscrivant aux normes et aux modèles prégnants de la contemporanéité occidentale. Les textes de Bromberger et de Vigarello, à travers des approches relevant plus de l'anthropologie et de l'histoire culturelles, permettent de résituer spatialement et temporellement ces injonctions modernes qui font du corps la source d'un sentiment d'identité en même temps qu'une ressource pour construire et faire reconnaître une identité. L'objet de cet ouvrage est bien ce «corps pour soi», selon la formule de Maurice Merleau-Ponty, soit le corps comme lieu du sujet moderne.

Valérie Rolle
Institut de sociologie
des communications de masse
Université de Lausanne
Dorigny – 1015 Lausanne
valerie.rolle@unil.ch

Index Volume 32 (2006)

	Heft Nr. Numéro	Seite Page
Artikel / Articles		
Behrens, Johann: Altern und Alterung: Sozialdemografische Folgen betrieblicher Strategien	3	429
Bertschi, Stefan: Tönnies und Gated Communities: «Romantik» oder neoliberal Gegenwart?	1	75
Bouchayer, Françoise : Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ?	3	457
Chimienti, Milena : Dynamique de solidarité: Le VIH/sida face à d'autres maladies chroniques	2	269
Cuin, Charles-Henry : La démarche nomologique en sociologie (y a-t-il des lois sociologiques ?)	1	91
Forney, Yannic : Lien entre premier mariage et première naissance en Suisse	2	291
Gilbert, Anne-Françoise; Fabienne Crettaz von Roten et Elvita Alvarez : Le poids des cultures disciplinaires sur le choix d'une formation supérieure technique ou scientifique : une perspective genre	1	141
Girardin Keciour, Myriam et Dario Spini : Bien-être et fragilisation dans le grand âge : une évaluation de l'efficacité de la comparaison sociale descendante	3	389
Höpflinger, François: Familiale und professionelle Pflege im Alter. Soziodemografische und intergenerationale Perspektiven	3	475
Hummel, Cornelia : Le senior, la science et le marché. Un point de vue sur le vieillissement différentiel selon l'origine sociale	3	511
Imhof, Kurt: Sonderfall Schweiz	2	197
Kriesi, Hanspeter: Die Schweiz – ein Nationalstaat?	2	225
Kurtz, Thomas: Differenzierung und soziale Ungleichheit. Ein Ergänzungsvorschlag zu einer aktuellen Debatte in der Soziologie	2	311
Lalive d'Epinay, Christian et Edith Guille : Statuts de santé et mondes de vie quotidienne des vieillards	3	407
Liebig, Brigitte: Fragile Identitäten: Informatik zwischen Marktlogik und Autonomieanspruch	1	119
Martin, Claude : Prendre soin des personnes âgées dépendantes : le défi européen et le modèle français	3	495
Merz-Benz, Peter-Ulrich: Die Überwindung des Individualismus und das Theorem von Gemeinschaft und Gesellschaft – Ferdinand Tönnies und der Kommunitarismus	1	27
Mottier, Véronique : Eugenics and the Swiss Gender Regime: Women's Bodies and the Struggle Against "Differences"	2	253
Papadaniel, Yannis : Inventer et réinventer la Suisse : les expositions nationales de 1939, 1964 et 2002	2	235

Salomon, Albert: In memoriam Ferdinand Tönnies (1855–1936)	1	7
Soulet, Marc-Henry : La conception associationniste de la société: De quelques enjeux théoriques	2	249
Tillmann, Robin et Monica Budowski : La pauvreté persistante : un phénomène de classe, de cumul de désavantages ou d'individualisation ?	2	329
Wagner, Gerhard: Soziale Schäume: Zwischen Gemeinschaft und Gesellschaft	1	53
Zimmermann, Erwin; Astrid Stuckelberger and Peter C. Meyer: Effects of Cumulative Disadvantage and Disruptive Life Events on the Physical and Mental Health of individuals between the Ages of 50–74 Years: Analysis from the Swiss Household Panel (SHP)	3	527

Buchbesprechungen, Recensions critique, Book Reviews

Allert, Tilman, <i>Der Deutsche Gruss. Geschichte einer unheilvollen Geste</i> (Olaf Behrend)	1	182
Bromberger, Christian, Pascal Duret, Jean-Claude Kaufmann, David Le Breton, François de Singly et Georges Vigarello, <i>Un corps pour soi</i> (Valérie Rolle)	3	568
Bühler, Caroline, <i>Vom Verbllassen beruflicher Identität. Fallanalysen zu Selbstbildern und Arbeitsethiken junger Erwerbstätiger</i> (Monika Götzö)	3	557
Ducret, André, <i>L'Art pour objet. Travaux de sociologie</i> (Pierre Verdagger)	2	366
Fleury, Stéphane ; Dominique Gros et Olivier Tschannen, <i>Inégalités et consommation</i> (Yvonne Jaenchen)	2	369
Kaufmann, Jean-Claude, <i>Casseroles, amour et crises. Ce que cuisiner veut dire</i> (Eric Widmer)	1	180
Maeder, Christoph und Eva Nadai, <i>Organisierte Armut. Sozialhilfe aus wissenssoziologischer Sicht</i> (Chantal Magnin)	3	559
Möbius, Stephan und Lothar Peter (Hrsg.), <i>Französische Soziologie der Gegenwart</i> (Michael Gemperle)	1	163
Mondada, Lorenza, <i>Chercheurs en interaction. Comment émergent les savoirs</i> (Philippe Gonzalez)	3	565
Nollert, Michel, <i>Unternehmensverflechtungen in Westeuropa. Nationale und transnationale Netzwerke von Unternehmen, Aufsichtsräten und Managern</i> (Martin Abraham)	1	173
Paugam, Serge, <i>Les formes élémentaires de la pauvreté</i> (Lionel Thelen)	1	168
Roché, Sébastien, <i>Police de proximité. Nos politiques de sécurité et Roché, Sébastien (dir), En quête de sécurité. Causes de la délinquance et nouvelles réponses</i> (Didier Froidvaux)	1	176
Schultheis, Franz und Kristina Schulz (Hrsg.), <i>Gesellschaft mit begrenzter Haftung. Zumutungen und Leiden im deutschen Alltag</i> (Pascal Jurt)	1	166
Thelen, Lionel, <i>L'exil de soi. Sans abri d'ici et d'ailleurs</i> (Alexandre Pagès)	2	371
Van Campenhoudt, Luc; Jean-Michel Chaumont et Abraham Franssen, <i>La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux</i> (Dominique Felder)	3	561

Schweizerische Zeitschrift für Soziologie

Vol. 32, Heft 3, 2006

Inhalt

- 385 In eigener Sache [D] | Beat Fux
- 387 Editorial [E] | Julie Page, Claudine Burton-Jeangros, Peter C. Meyer, Christian Suter
- 389 Wohlbefinden und Verschlechterung des Gesundheitszustandes im hohen Alter: eine Einschätzung der Wirkung des sozialen Vergleichsprozesses (nach unten) [F] | Myriam Girardin Kecour und Dario Spini
 Ausgehend von einer Längsschnittstudie mit einer Kohorte alter Menschen (zwischen 80 und 89 Jahre alt), wird im Artikel der soziale Vergleichsprozess (nach unten) und seine Wirkung als Anpassungsmechanismus bei der Verschlechterung der Gesundheit besprochen. Beobachtet wird zunächst eine paradoxe Stabilität des Wohlbefindens, die trotz der allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustandes während fünf Jahren beständig bleibt. Unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitsverlaufs zeigt die Untersuchung, dass der soziale Vergleichsprozess (nach unten) mit der Erhaltung eines stabilen Niveaus des Wohlbefindens in Verbindung gebracht werden kann. Wenn keine Verbindung zwischen dem sozialen Vergleichsprozess (nach unten) und dem Wohlbefinden besteht, verändert sich das letztere tendenziell.
 Schlüsselwörter: Betagte, Empirie, Gebrechlichkeit, Gesundheit, Wohlbefinden
- 407 Gesundheitszustand und Lebenswelten des Alltags im hohen Alter [F] | Christian Lalive d'Epinay et Edith Guilly
 Dieser Artikel baut auf zwei Thesen auf: 1) Die Bevölkerungsgruppe der Betagten setzt sich aus Personen zusammen, deren Gesundheitszustand sehr unterschiedlich ist. 2) Jedem Gesundheitszustand entspricht eine spezifische «Lebenswelt des Alltags». Es wird zwischen drei verschiedenen Gesundheitszuständen unterschieden: Selbständigkeit, Fragilität und Abhängigkeit. Der Schützsche Begriff «Lebenswelt des Alltags» wird auf vier Dimensionen angewendet: jener der Zeit, des Raums, der Beziehungen und der Ereignisse.
 Das hierfür verwendete empirische Material stammt zum einen aus einer Untersuchung über alte Menschen (1994, N=2101), zum anderen aus der SWILSOO Studie, einer auf eine Dauer von zehn Jahren angelegte Längsschnittstudie mit einer Kohorte von alten

Menschen, die zu Beginn der Studie zwischen 80 und 84 Jahre alt waren ($N_{\text{Personen}} = 340$; $n_{\text{Interviews}} = 1592$).

Schlüsselwörter: Betagte, Gesundheit, Lebenswelt, Empirie

429 Altern und Alterung: Sozialdemografische Folgen betrieblicher Strategien [D] | Johann Behrens

Fragestellung: «Überalterung» in Betrieb und Gesellschaft und das Aufschieben der Realisierung des Kinderwunsches werden häufig als demographische Trends thematisiert. Trifft dies zu oder gilt vielmehr die sozialdemografische Gegenthese, derzufolge diese Phänomene Ergebnis betrieblicher Strategien sind?

Methode und Sample: In 23 deutschen Betrieben aus 8 Branchen (ausgewählt nach dem Ansatz des Contrast Samplings der Grounded Theory aus den Bereichen Industrie und öffentlichen und privaten Dienstleistungen) wurden betriebliche Statistiken und mit ihnen konfrontierte Vorgesetzteninterviews genutzt, um einerseits betriebliche Strategien gegenüber alternden Beschäftigten und andererseits die Prädiktoren dieser Strategien zu erkennen.

Ergebnis: «Überalterung» und auch das Aufschieben der Realisierung des Kinderwunsches haben wenig mit Demographie zu tun, sondern mit dem betrieblichen Zuschnitt von Tätigkeiten, die sich als qualifikatorische und gesundheitliche Sackgassen erweisen, und der Zuweisung von Personen zu diesen Tätigkeiten aufgrund von schulischen Abschlüssen, Geschlecht und regionaler Zugehörigkeit. Die Unterschiede zwischen Betrieben sind hinreichend gross, um Prädiktoren betrieblicher Strategien zu identifizieren.

Schlüsselwörter: Alter, Erwerbsarbeit, Exklusion, Gender, Sozialdemografie, soziale Ungleichheit

457 Die Pflege älterer Menschen: Welcher Einfluss besteht auf das medizinische Personal? [F] | Françoise Bouchayer

Im Artikel werden die Beziehungen zu älteren Menschen in der medizinischen Praxis von drei Berufskategorien analysiert: Allgemeinärzten, Krankenschwestern und Physiotherapeuten. Besondere Beachtung finden die Auswirkungen der Anwesenheit von älteren und sehr alten Menschen auf die Aktivitäten und auf das Empfinden des medizinischen Personals. Zuerst wird die Frage nach der Beziehung zum Anderen in der Pflege erörtert. Anschliessend werden drei besondere Aspekte untersucht: die Zusammensetzung der Patienten einer Praxis, die Pflegesituation sowie die Beziehung zu nahen Verwandten.

Schlüsselwörter: Betagte, Gesundheitsberufe, Pflege

475 Familiale und professionelle Pflege im Alter. Soziodemografische und intergenerationale Perspektiven [D] | François Höpflinger

Im Beitrag wird die Entwicklung des familialen Pflegepotenzials und das Angebot an professioneller Pflege analysiert und diskutiert. Dabei werden folgende Punkte deutlich:

- a) Das familiale Hilfs- und Pflegepotenzial ist kohortenspezifisch geprägt, und da familiengünstige Jahrgänge ein hohes Alter erreichen, erhöht sich kurz- und mittelfristig der Anteil alter Menschen mit Partner und Nachkommen.
- b) Es zeigen sich verstärkte Tendenzen zur Singularisierung der familialen Pflege, und pflegerisch-berufliche Vereinbarkeitskonflikte rücken stärker in den Vordergrund.
- c) Im hohen Alter wird oft ein Aufenthalt in einer stationären Alterseinrichtung notwendig. Der Anteil älterer pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen ist in der Schweiz deutlich höher als in den Nachbarländern.

- d) Die These, dass ein Ausbau professioneller Pflegeleistungen zu einer «Verdrängung» familialer Pflege beiträgt, findet kaum Unterstützung. Im Alter findet sich häufig eine Kombination familialer und professioneller Hilfe- und Pflegeleistungen.
- Schlüsselwörter: Betagte, Sozialdemografie, Pflege/Pflegemodelle
- 495 Sich um alte und abhängige Personen kümmern: Eine europäische Herausforderung und das französische Vorbild [F] | Claude Martin**
- Heute ist die Abhängigkeit der alten Menschen in allen hochentwickelten Ländern ein öffentliches Problem – auch in den Staaten der Europäischen Union. Anhand zentraler Berichte, die in den letzten Jahren für die Institutionen der Europäischen Union verfasst wurden, zeigt der Autor im Artikel die wichtigsten Argumente auf, die bei der Konstruktion dieses neuen öffentlichen Problems angeführt werden. Danach präsentiert er die wichtigsten Regulierungsmassnahmen innerhalb der Europäischen Union. Im letzten Teil wird schliesslich die französische Pflegepolitik analysiert, die einen aussergewöhnlichen Kompromiss unter den verschiedenen Wohlfahrtsstaatstypologien darstellt. Diese Politik ist ein effizientes Mittel, um die Entwicklung und die Veränderung des Kontinentalmodells zu verstehen.
- Schlüsselwörter: Betagte, Langzeitpflege, Pflegemodelle, Europäische Union
- 511 Die Senioren, die Wissenschaft und der Markt. Ein Standpunkt zu den unterschiedlichen Alterungsprozessen in Abhängigkeit der sozialen Herkunft [F] | Cornelia Hummel**
- Der Artikel widmet sich der Frage der sozialen Ungleichheiten – ein aktuelles Thema in der Gesundheitssoziologie, doch ein vernachlässigtes Thema in der Gerontologie – indem er zwei neuere Phänomene behandelt. Erstens, die Entwicklung der Theorien des erfolgreichen Alterns sowie der Trend des «Anti-Aging». Zweitens, die rasante wirtschaftliche Entwicklung des Alters-Marktes; ein Phänomen, das von der Autorin als Vermarktung des Alters bezeichnet wird. Diese zwei Phänomene werden mit der Frage nach den unterschiedlichen Alterungsprozessen aufgrund der sozialen Herkunft verbunden, indem erläutert wird, inwiefern sie damit zusammen hängen, dass das Alter in einen naturalistischen wie auch individualistisch-merkantilistischen Rahmen eingeschrieben wird.
- Schlüsselwörter: Soziale Ungleichheit, Theorien des Alters, Vermarktung des Alters
- 527 Kumulative Wirkungen von nachteiligen Lebensbedingungen und -ereignissen auf die körperliche und psychische Gesundheit bei 50- bis 74-jährigen Personen: Auswertungen des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) [E] | Erwin Zimmermann, Astrid Stuckelberger und Peter C. Meyer**
- Zur besseren Erklärung der Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit berücksichtigt die gegenwärtige Forschung vermehrt die Auswirkungen von Lebensereignissen und -bedingungen im gesamten Lebensverlauf. Die Auswertungen dieses Beitrags stützen sich auf die Daten der 50- bis 74-Jährigen (n=1'257) der ersten fünf Befragungswellen des Schweizer Haushalt-Panels (1999-2003). Der gegenwärtige Gesundheitszustand ist stark von aktuellen Lebensbedingungen, negativen Lebensereignissen und mangelnder sozialer Unterstützung geprägt. Mit Ausnahme von chronischen gesundheitlichen Problemen haben die während der Jugendzeit und im früheren Erwachsenenalter erlebten nachteiligen Lebensbedingungen und -ereignisse einen relativ schwachen direkten Einfluss auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand. Diese sozialen Faktoren wirken aber über die Wahr-

scheinlichkeit chronischer gesundheitlicher Probleme, die Höhe des Einkommens und die soziale Unterstützung indirekt.

Schlüsselwörter: Alter, Empirie, Ungleichheit, Gender, Gesundheit

557 Buchbesprechungen

571 Index 2006

Revue suisse de sociologie

Vol. 32, cahier 3, 2006

Sommaire

- 385 En notre propre nom [A] | Beat Fux
- 387 Editorial [E] | Julie Page, Claudine Burton-Jeangros, Peter C. Meyer et Christian Suter
- 389 Bien-être et fragilisation dans le grand âge : une évaluation de l'efficacité de la comparaison sociale descendante [F] | Myriam Girardin Keciour et Dario Spini
 Sur la base d'une étude longitudinale auprès d'une cohorte d'octogénaires, cet article porte sur la comparaison sociale descendante et son efficacité en tant que mécanisme d'adaptation au cours du processus de fragilisation. On observe d'abord une stabilité paradoxale du bien-être qui reste stable sur cinq ans malgré le déclin général de la santé. Une analyse en fonction des trajectoires individuelles de santé montre ensuite que la comparaison sociale descendante est associée au maintien d'un niveau de bien-être stable, alors que, lorsqu'elle n'est pas associée au bien-être, ce dernier tend à varier.
 Mots-clés : Vieillesse, empirisme, fragilité, santé, bien-être
- 407 Statuts de santé et mondes de vie quotidienne des vieillards [F] | Christian Lalive d'Epinay et Edith Guille
 Cet article est construit autour de deux thèses: 1) la population du grand âge est composée de personnes au « statut de santé » très différent; 2) à chaque statut de santé correspond un « monde de la vie quotidienne » spécifique.
 On distingue trois « statuts de santé »: indépendance, fragilité, dépendance. La notion schützienne de « monde de la vie quotidienne » est opérationnalisée selon quatre dimensions: temporelle, spatiale, relationnelle et événementielle.
 Le matériel empirique est tiré d'une part d'une enquête sur la population âgée (1994, N= 2101), de l'autre de l'étude SWILSOO, un suivi longitudinal de 10 ans d'une cohorte de vieillards âgés de 80 à 84 ans au départ ($N_{personnes} = 340$; $n_{interviews} = 1592$).
 Mots-clés : Vieillesse, santé, monde de la vie, empirisme
- 429 Age et vieillissement: Les conséquences socio-démographiques des stratégies d'entreprises [A] | Johann Behrens
 Question: Le « vieillissement » des entreprises et de la société ainsi que le report de la réalisation du désir d'enfant sont souvent présentés comme des tendances démographiques.

Est-ce correct ou n'est-ce pas plutôt la contre-thèse socio-démographique qui est vraie, qui dit que ces phénomènes sont le résultat de stratégies des entreprises ?

Méthode et échantillon : Sur la base des statistiques et d'interviews de cadres à leur sujet, pris dans 23 entreprises allemandes prises dans 8 branches (sélectionnées selon l'approche du Contrast Sampling de la Grounded Theory dans l'industrie et les services publics et privés), ont été analysés d'une part les stratégies de l'entreprise à l'égard des employés plus âgés, et d'autre part les prédicteurs de ces stratégies.

Résultat : Le « vieillissement » et le report de la réalisation du désir d'enfant ont bien moins à voir avec la démographie qu'avec le profil d'activités qui se révèlent être des impasses concernant la qualification et la santé, et avec l'attribution de ces activités à des personnes selon les résultats scolaires, le sexe et la région. Les différences entre les entreprises sont suffisamment importantes pour identifier des prédicteurs de stratégies d'entreprises.

Mots-clés : Vieillesse, activité, rémunération, exclusion, gender, démographie sociale, inégalité sociale

457 Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ?

[F] | Françoise Bouchayer

Cet article est consacré à l'étude des relations que trois catégories de professionnels de la santé exerçant en libéral, en France – médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes – entretiennent avec la part âgée de leur patientèle. L'attention se porte sur les effets de la présence des personnes âgées et très âgées sur l'activité et les ressentis de ces professionnels. Après un point fait sur la question du rapport à l'autre dans le champ de la proximité soignante, trois registres de données sont plus particulièrement analysés : la constitution de la patientèle, les situations de soins, les rapports avec les proches familiaux.

Mots-clés : Vieillesse, professions de la santé, soins

475 Soins familiaux et professionnels pour personnes âgées ? Les évolutions démographiques et intergénérationnelles

[A] | François Höpflinger

Cette contribution présente des analyses et des débats sur l'évolution à venir des soins familiaux et professionnels pour les personnes âgées en Suisse. Dans ce cadre on peut faire quatre observations principales :

- a) Le potentiel d'aide et de soins par les familles varie selon les cohortes et, avec le vieillissement de classes d'âge orientées vers la famille, la proportion de personnes âgées ayant partenaires et descendants augmente à court et moyen terme.
- b) La tendance à la singularisation des soins familiaux augmente et des conflits entre exigences professionnelles et soins prennent plus d'importance.
- c) Souvent, un séjour dans une institutions de soins stationnaires aux personnes âgées s'impose à un âge avancé. La proportion de personnes âgées dépendantes de soins est nettement supérieure dans les institutions suisses de soins stationnaires qu'à l'étranger.
- d) La thèse selon laquelle un renforcement des soins professionnels contribuerait à « évincer » les soins familiaux ne se trouve pas confirmée. On observe fréquemment une combinaison des aides et soins aux personnes âgées entre famille et professionnels.

Mots-clés : Vieillesse, démographie sociale, soins/modèles de soins

495 Prendre soin des personnes âgées dépendantes : le défi européen et le modèle français

[F] | Claude Martin

La dépendance des personnes âgées représente aujourd'hui un problème public pour l'ensemble des pays développés et, notamment les Etats de l'Union européenne. Dans cet article, l'auteur propose de repérer dans la littérature officielle des institutions européennes et dans un certain nombre de rapports d'experts, les arguments qui ont contribué à la

construction de ce nouveau problème public, avant de présenter les principales modalités de régulation de ce problème au sein de l'Union européenne. Dans une dernière partie, l'auteur analyse la politique française qui représente un compromis original, au regard des typologies existantes d'Etat providence. Cette politique est un bon analyseur de l'évolution de ce modèle continental de protection sociale.

Mots-clés : Vieillesse, soins de longue durée, modèles de soins, Union Européenne

511 Le senior, la science et le marché. Un point de vue sur le vieillissement différentiel selon l'origine sociale [F] | Cornelia Hummel

Cet article aborde la question des inégalités sociales, largement traitées en sociologie de la santé mais quelque peu délaissées par la gérontologie, en la mettant en perspective avec deux phénomènes récents : d'une part l'essor et le succès des théories du vieillissement réussi ainsi que l'émergence du courant anti-vieillissement (anti-aging); d'autre part le développement exponentiel du marché de la vieillesse dans le champ économique, phénomène que nous qualifions de marchandisation de la vieillesse. Ces deux phénomènes seront mis en relation avec la question du vieillissement différentiel selon l'origine sociale en montrant en quoi ils participent à l'inscription de la vieillesse dans un cadre à la fois naturaliste et individualiste-marchand.

Mots-clés : Inégalités sociales, théories de vieillissement, marchandisation de la vieillesse

527 Les effets du cumul de conditions et d'événements de vie adverses sur la santé physique et mentale de personnes âgées entre 50 et 74 ans. Une analyse basée sur les données du Panel Suisse de ménages (PSM) [E] | Erwin Zimmermann, Astrid Stuckelberger et Peter C. Meyer

Pour mieux comprendre les inégalités en matière de santé, la recherche actuelle se penche de plus en plus sur les effets des conditions et événements de vie qui prévalent tout au long de l'existence. Les analyses présentées dans cet article se basent sur les cinq premières vagues des données du Panel suisse de ménages, collectées annuellement depuis 1999, et concernent exclusivement le sous-échantillon des 1,257 personnes âgées de 50 à 75 ans. Les résultats montrent que l'état de santé actuel se trouve fortement déterminé par les conditions et événements de vie actuels, ainsi que le niveau de soutien social. À l'exception des problèmes chroniques de santé, les situations défavorables intervenant tout au long du parcours de vie ont une influence directe plutôt faible sur l'état de santé actuel. Toutefois, ces antécédents sociaux interviennent indirectement sur la probabilité de problèmes chroniques de santé et influencent négativement les niveaux de revenu et de soutien social.

Mots-clés : Vieillesse, empirisme, inégalités, gender, santé

557 Recensions critiques

571 Index 2006