

Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail

Volume 3 | Issue 2

Article 5

March 2015

Inégalités en santé chez les adultes plus vieux dans les pays développés: réconcilier théories et approches politiques

Amélie Quesnel-Vallée

McGill University, amelie.quesnelvallee@mcgill.ca

Andrea Willson

Western University, willson@uwo.ca

Sandra Reiter-Campeau

McGill University

Follow this and additional works at: <https://ir.lib.uwo.ca/pclc>

 Part of the [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Gerontology Commons](#), [Inequality and Stratification Commons](#), and the [Medicine and Health Commons](#)

Bibliographic Note

À venir comme : Quesnel-Vallée, A., A. Willson and S. Reiter-Campeau. 2016. "Health Inequalities among Older Adults in Developed Countries: Reconciling theories and policy approaches" In George, L. and Ferraro, K. (Eds). *Handbook of Aging – Social Sciences*. 8e édition. Elsevier Academic Press.

This Article is brought to you for free and open access by the Canadian Research Data Centre Network at Scholarship@Western. It has been accepted for inclusion in Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail by an authorized editor of Scholarship@Western. For more information, please contact tadam@uwo.ca, wlsadmin@uwo.ca.

INÉGALITÉS EN SANTÉ CHEZ LES ADULTES PLUS VIEUX DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS : RÉCONCILIER THÉORIES ET APPROCHES POLITIQUES

AMÉLIE QUESNEL-VALLÉE, MCGILL UNIVERSITY

ANDREA WILLSON, UNIVERSITY OF WESTERN ONTARIO

SANDRA REITER-CAMPEAU, MCGILL UNIVERSITY

À venir comme :

Quesnel-Vallée, A., A. Willson and S. Reiter-Campeau. 2016. "Health Inequalities among Older Adults in Developed Countries: Reconciling theories and policy approaches" In George, L. and Ferraro, K. (Eds). *Handbook of Aging – Social Sciences*. 8^e édition. Elsevier Academic Press.

MESSAGES CLÉS POUR LES DÉCIDEURS POLITIQUES

- Les politiques visant à soutenir les personnes âgées creusent peut-être les inégalités chez ce groupe. Ces politiques exacerbent le (dés)avantage socioéconomique cumulé tout au long d'une vie.
- Au Canada, deux initiatives ont le potentiel d'aggraver les inégalités :
 - *Le régime de pension* : La hausse du ratio entre transferts privés et publics aggrave la polarisation du revenu à la retraite en fonction du recours d'un individu aux fonds publics. Les aînés ayant un revenu plus faible ont moins accès aux soins et au soutien dont ils ont besoin pour vivre en santé, ce qui creuse les inégalités.
 - *Les soins de longue durée* : La vision des personnes âgées a changé. On veut de plus en plus les aider à demeurer le plus longtemps possible dans la communauté plutôt qu'en institution. La majeure partie des soins aux aînés demeurant en communauté est payée de leur poche. L'accès à l'appui nécessaire à une vie saine est alors limité par les moyens d'une personne, ce qui maintient les inégalités.
- Le Canada peut, à l'aide d'approches existantes, bâtir des politiques plus équitables pour la santé des personnes âgées :
 - *La santé dans toutes les politiques* : Cette approche énoncée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) promeut la création de politiques intersectorielles ciblant un groupe d'intérêt particulier. De telles politiques s'articulent autour d'un but commun, réduire les inégalités par exemple, et atteignent leurs buts par des mécanismes coordonnés entre divers ministères et niveaux de gouvernement.
 - *Le programme OMS pour un environnement favorable aux aînés* : Aussi créé par l'OMS, ce programme comprend une feuille de route des attributs de communautés favorables aux aînés, comme des logements adéquats, et fut élaborée à partir de groupes de discussions avec des personnes âgées et d'autres intervenants. La planification de communautés à l'aide de cette feuille de route peut aider au soutien équitable de la qualité de vie des personnes âgées et a des avantages pour les résidents qui ne sont pas des personnes âgées.
 - *Le modèle Initiative AvantÂge* : Projet pilote de l'État de Washington, par un effort de sensibilisation, ce programme a ciblé les adultes isolés et à faible revenu pour les informer de l'offre en santé et en services sociaux. Au cours d'une année, le nombre de personnes âgées cherchant de l'aide a augmenté de 2,5 fois.
- La recherche voulant évaluer l'impact des programmes et déterminer les meilleurs indicateurs pour mesurer l'impact des politiques peut appuyer la conception d'initiatives qui transcendent les inégalités socioéconomiques actuelles chez les personnes âgées, favorisant au bout du compte des résultats plus équitables en santé.

RÉSUMÉ

- Les politiques dont le but est de soutenir les personnes âgées creusent peut-être les inégalités. Des régimes de pensions de plus en plus privatisées et un manque de services de soutien subventionnés profitent de façon disproportionnée à ceux qui ont les moyens sociaux et économiques les plus forts à l'âge avancé. Les gens favorisés sont en meilleure santé que ceux qui sont désavantagés. Le Canada a l'occasion d'éviter un impact si biaisé des programmes pour les aînés, en puisant dans les approches créées par l'Organisation mondiale de la santé, des exemples internationaux et dans la théorie et la recherche sociologique. Ces approches peuvent aider à élaborer des politiques qui transcendent les inégalités existantes parmi les personnes âgées, favorisant des résultats plus équitables en santé.
- D'abord, les régimes de pension peuvent empirer les inégalités en santé par l'accroissement de la privatisation et par la réforme de l'âge à la retraite. Il y a une tendance mondiale vers la privatisation ou vers des réformes des régimes de pension par répartition¹. Au Canada, les transferts publics fournissent maintenant moins de 40 % du revenu d'une personne retraitée. Ce délaissement des transferts publics signifie que seuls ceux qui sont assez riches pour contribuer à des pensions privées ont un revenu de retraite adéquat. Les revenus de retraite deviennent ainsi polarisés en fonction des moyens préexistants. D'autres pays ont adopté des régimes de pension par répartition là où les réformes ont inclus l'augmentation de l'âge à la retraite. Mais les gens tenant des emplois les plus humbles, qui sont d'ordinaire de classes sociales plus basses, vivent généralement une détérioration plus rapide de la santé². Si ces groupes ne peuvent pas travailler jusqu'à l'âge officiel de la retraite, ils peuvent rater les prestations égales de retraites, ce qui augmente les inégalités.
- Deuxièmement, les services de soins de longue durée peuvent aggraver les inégalités chez les personnes âgées lorsque l'accès à ces soins dépend des moyens de l'individu. La plupart des pays offrent un accès universel aux soins de courte durée, mais les soins de longue durée constituent un ensemble de services beaucoup plus vaste au soutien des personnes âgées³. De tels services peuvent aider les personnes âgées à demeurer plus longtemps en communauté au lieu de les forcer à aller en institution pour obtenir l'appui nécessaire. Les aidants naturels, tels que les membres de la famille, fournissent la plupart des soins à la maison, alors qu'une forte demande a catalysé le développement d'innombrables services privés de soutien complémentaire liés aux ressources⁴. Alors que les besoins des personnes âgées augmentent, elles dépensent plus de leur poche, ce qui fait que l'accès aux services de soutien dépend des ressources personnelles. Tous sauf le quintile le plus riche dépensent plus de 60 % de leur revenu disponible pour répondre à ces besoins accrus⁵, et une forte

¹ OCDE. (2013). Panorama des pensions 2013 : Les indicateurs de l'OCDE et du G20. Consulté le 23 janvier, 2014 au lien suivant: http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-fr

² Lowsky, D. J., Olshansky, S. J., Bhattacharya, J., & Goldman, D. P. (2013). Heterogeneity in Healthy Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, glt162. doi:10.1093/gerona/glt162

³ Sultz, H. A., & Young, K. M. (2009). Long-Term Care. In *Health Care, USA: Understanding Its Organization and Delivery* (pp. 279–315). Jones & Bartlett Publishers.

⁴ Wiener, J. M., & Tilly, J. (2002). Population ageing in the United States of America: implications for public programmes. *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 776–781.

⁵ OCDE. (2013). Panorama des pensions 2013 : Les indicateurs de l'OCDE et du G20. Consulté le 23 janvier, 2014 au lien suivant: http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-fr

proportion des personnes âgées en sont incapables. La santé se détériore plus rapidement de façon disproportionnée chez ceux dont les besoins ne sont pas satisfaits, ce qui contribue aux inégalités observées⁶.

- Le Canada peut puiser dans des approches existantes d'initiatives pour les personnes âgées qui fournissent des services ciblés tout en réduisant les inégalités. D'abord, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a créé *La santé dans toutes les politiques*. Cette approche encourage la coordination des politiques entre de nombreux niveaux de gouvernements et de multiples intervenants dans le but commun de réduire les inégalités⁷. Les pays ont surtout mis cette approche en application dans leurs politiques de la petite enfance, quoique la Finlande fournisse une bonne étude de cas de l'application d'une telle coordination de politiques pour les personnes âgées. Deuxièmement, le *programme OMS pour un environnement favorable aux aînés* comprend une feuille de route pour la création de communautés favorables aux aînés, feuille de route élaborée à la suite de consultations auprès d'intervenants. Ces communautés possèdent des caractéristiques sociales, économiques et physiques favorables qui peuvent réduire l'impact sur la santé des inégalités⁸, et offrent aussi des bienfaits pour les résidents qui ne sont pas des personnes âgées. Enfin, le modèle Initiative AvantÂge de l'état de Washington visait plus spécifiquement à s'attaquer au désavantage en ciblant particulièrement les aînés à faible revenu et par un programme de sensibilisation visant à leur fournir de l'information au sujet des services de soutien⁹. En pratique, il y a un besoin de politiques dont le but est de fournir des initiatives ciblées tout en visant particulièrement la réduction des inégalités chez les personnes âgées.
- La théorie sociologique articule l'évolution des inégalités dans le temps et l'effet potentiel des politiques sur ces inégalités. Les sociologues utilisent principalement deux théories afin d'expliquer l'émergence et la persistance des inégalités en santé. La théorie des causes fondamentales décrit comment les personnes de position sociale plus élevée jouissent de plus grande flexibilité et de ressources pour se protéger de risques de santé et pour payer pour des traitements, ce qui contribue à une meilleure santé¹⁰. Les théories du (dés)avantage cumulatif sont plus explicitement liées aux inégalités à l'âge avancé¹¹. Elles suggèrent que

⁶ Keefe, J., Légaré, J., & Carrière, Y. (2007). Developing new strategies to support future caregivers of older Canadians with disabilities: Projections of need and their policy implications. *Canadian Public Policy*, 33, S65–S80.

⁷ McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C., & Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences. Retrieved January 23, 2014, from <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>

⁸ Plouffe, L. A., & Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gaceta Sanitaria*, 25, Supplement 2, 131–137. doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.001

⁹ Hanson, D., & Emler, C. A. (2006). Assessing a community's elder friendliness: a case example of The AdvantAge Initiative. *Family & Community Health*, 29(4), 266–278.

¹⁰ Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94.

¹¹ Pavalko, E. K., & Caputo, J. (2013). Social Inequality and Health Across the Life Course. *American Behavioral Scientist*. Retrieved from <http://abs.sagepub.com/content/early/2013/05/13/0002764213487344.abstract>

l'avantage relatif crée des rendements composés au long de la vie des gens et fabriquent l'inégalité comme produit fini. Par exemple, la capacité d'investir dans son éducation mène à un avantage encore plus grand pour les gens qui peuvent se le payer. La théorie de l'inégalité cumulative est un élargissement de celle des causes fondamentales qui lie spécifiquement ces processus de vie aux résultats inégaux en santé. Elle décrit comment les agents humains peuvent atténuer les effets cumulatifs du désavantage tout en soulignant l'importance des systèmes sociaux¹². Au bout du compte, ces théories prédisent que les politiques qui ne rejoignent que les gens le long de lignes de failles issues d'un désavantage cumulé au long de la vie, comme les régimes de pensions privatisés et la disparité d'accès à des soins de longue durée creusent les inégalités.

- S'appuyant sur ces théories, la recherche orientée sur les politiques peut continuer à soutenir la création de politiques efficaces pour les personnes âgées, politiques qui évitent l'aggravation des inégalités en santé au Canada. Les sociologues doivent affronter plusieurs défis empiriques et méthodologiques dans ce domaine. Par exemple, il n'y a pas de groupe témoin pour étudier l'impact de politiques pour l'ensemble de la population puisque, par définition, elles affectent tout le monde. Les cycles politiques courts et la complexité des chaînes causales¹³ rendent aussi difficile l'étude des effets cumulés des inégalités afin de mieux comprendre leur manifestation à l'âge avancé. Pour relever le défi, les chercheurs peuvent utiliser des expériences naturelles de politiques, des méthodologies spécifiquement faites pour étudier l'impact de politiques comme celle de l'écart dans la différence, contribuer à l'harmonisation des données entre les pays afin de permettre les comparaisons et participer à diffuser les résultats de leurs recherches.

¹² Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3), 333–343.

¹³ Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning*, 23(5), 318–327.

TABLE DES MATIÈRES

1. Théories de l'inégalité en santé à l'âge plus avancé.....	2
1.1. Théorie des causes fondamentales	2
1.2. Théories du parcours de vie portant sur l'inégalité en santé.....	3
1.2.1. Dés/avantage cumulatif (DAC)	4
1.2.2. Théorie de l'inégalité cumulative	5
2. Les États-providence et l'interaction de la solidarité sociale et de l'équité.....	7
2.1. Pensions.....	9
2.2. Soins de longue durée	10
2.3. La santé dans toutes les politiques (OMS)	12
2.4. Programme pour un environnement favorable aux aînés de l'OMS	13
3. Pistes prometteuses pour la recherche sociologique.....	15
4. Références	19

L'élargissement dans les pays à revenu élevés de systèmes de soutien au revenu et d'accès aux soins de santé à de vastes segments de la population âgée sinon à son ensemble constitue sans doute un des grands succès de la politique publique au cours du dernier siècle (OECD 2013). Il n'est peut-être pas surprenant alors de noter que les vieillards aujourd'hui se trouvent en bien meilleure santé à un âge avancé que leurs parents et leurs grands-parents ne l'étaient (Crimmins et coll., 2004). En effet, comparé au passé, dans les pays développés, les gens à l'âge avancé ont en moyenne un meilleur fonctionnement et souffrent de moins de handicaps (Wolf et coll., 2005); toutefois, ces améliorations n'ont peut-être pas été partagées de façon égale dans la population âgée (Taylor, 2008). En effet, il y a augmentation des écarts sur les inégalités de santé chez les personnes âgées, et l'on abandonne de plus en plus l'hypothèse selon laquelle la population âgée est un groupe assez homogène en cette matière (Grundy and Holt, 2001).

Ceci soulève notamment la question de la capacité actuelle des politiques sociales à mitiger les inégalités chez les personnes âgées. D'autres études ont examiné l'impact de l'État Providence sur les inégalités en santé (Bergqvist, Åberg Yngwe and Lundberg, 2013; Brennenstuhl, Quesnel-Vallée et McDonough, 2012; Beckfield et Krieger, 2009). Ces études trouvent entre autres que, 1. ce champ d'études est assez restreint, mais qu'il croît, 2. que peu d'études ont examiné ces effets chez les personnes âgées, et 3. que la majeure partie de cette discussion puise dans les théories de sociologie politique (et autres approches de sciences politiques), mais rarement dans d'autres théories sociologiques sur les inégalités en santé. Ainsi, on a exprimé des inquiétudes que certains de ces cadres théoriques ne s'appliquent pas à l'étude des inégalités spécifiquement en *santé* (Brennenstuhl et coll., 2012), et encore moins chez les personnes âgées.

Par conséquent, nous proposons ici de passer en revue les théories sociologiques qui sont pertinentes pour les inégalités en santé chez les personnes âgées dans les pays développés, en tenant compte de leur capacité à éclairer les processus d'inégalité sociale attribuables à des politiques sociales. Ensuite, nous examinerons de façon critique l'intention explicite et de la capacité implicite des politiques sociales actuelles à atténuer ces inégalités dans la population âgée. Puisque les autres chapitres de ce manuel abordent la question des influences du début de la vie sur la santé à l'âge des adultes plus âgés, nous mettrons l'accent sur les interventions de politiques qui ciblent les personnes âgées. Cet examen critique portera particulièrement sur le contraste entre les stratégies « classiques » de l'État providence concernant les pensions et l'assurance maladie, d'une part et les politiques plus contemporaines importantes pour les inégalités en santé de façon générale et plus particulièrement chez les personnes âgées, notamment le *programme la santé dans toutes les politiques* et le *programme pour un environnement favorable aux aînés* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Cette juxtaposition montrera qu'il y aurait beaucoup à gagner d'une intersection de ces deux domaines. En effet, alors que les théories sociologiques portant sur les inégalités en santé laissent de la place aux politiques sociales, ceci n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation systématique. Inversement, les politiques sociales ne reconnaissent pas que les inégalités actuelles chez/parmi les personnes âgées résultent d'un cumul de dés/avantage dans les parcours de vie qui peut avoir des effets durables même chez ceux qui reçoivent des prestations universelles. De plus, les politiques ne sont pas statiques, et même si certaines doivent être modifiées pour satisfaire les besoins actuels et à venir afin d'éviter l'accroissement des inégalités en santé (par exemple en ce qui a trait aux soins de longue durée), d'autres subissent des modifications qu'il faudra surveiller,

de peur qu'elles contribuent à ces inégalités (les modifications dans les pensions, par exemple). En faisant le bilan de ces observations, nous terminerons par des suggestions pour la recherche sociologique dans ce domaine. Notre but dans ce chapitre n'est donc pas de fournir un examen exhaustif de l'évidence des inégalités chez les personnes âgées ou de l'impact des politiques sociales sur les inégalités en santé; nous voulons plutôt souligner les sujets pour lesquels la recherche en sociologie peut offrir une contribution féconde à ce domaine de recherche et suggérer des questions qui pourraient faire avancer ce programme de recherche.

1. THÉORIES DE L'INÉGALITÉ EN SANTÉ À L'ÂGE PLUS AVANCÉ

Une abondance d'études dans de multiples disciplines a maintenant clairement établi que les ressources socioéconomiques stratifient la santé à tous les niveaux de la hiérarchie socioéconomique, ce qu'on nomme souvent le gradient socioéconomique de la santé GSÉ-santé (voir Marmot 2004). Même si l'association claire entre la santé et la position socioéconomique est évidente, les mécanismes qui génèrent cette association ne le sont point, et un certain nombre de théories ont vu le jour pour tenter d'offrir des cadres cohésifs afin d'expliquer ces processus. Cette section s'amorce avec une des théories les plus souvent citées, notamment la théorie des causes fondamentales quoiqu'elle ait plus rarement été associée aux études des inégalités en santé parmi la population âgée, ou même au cours du parcours de vie.

Nous nous tournons ensuite plus particulièrement vers des études de l'inégalité en santé et du vieillissement, en général de deux types. La première approche s'inspire de la perspective du parcours de vie pour comprendre comment l'inégalité en santé évolue dans le temps et met l'accent sur les processus de parcours de vie qui culminent en inégalité de santé à l'âge avancé. Cette recherche vise en grande partie à comprendre les processus sociaux, en particulier ceux qui sont liés à la position socioéconomique, qui affectent la santé au cours du parcours de vie et mènent à l'inégalité en santé lors du vieillissement des cohortes. La deuxième approche, moins commune, met l'accent sur la santé des personnes d'âge avancé, et en particulier sur les personnes âgées en tant que sous-population à risque de défavorisation par rapport à la population en âge de travailler. La recherche de ce type, en grande partie comparative, examine le rôle de l'État providence et de la politique publique en tant qu'influence majeure sur le bien-être de la population âgée dans les pays développés. Ces études parlent du rôle de l'État providence comme mécanisme de stratification sociale, de son potentiel dans la réduction de l'inégalité produite par les marchés et la redistribution du revenu au cours du parcours de vie, et des effets des tendances de restructuration de l'État providence sur les niveaux d'inégalités.

1.1. Théorie des causes fondamentales

La théorie des causes fondamentales, peut-être la théorie la plus citée pour tenter d'expliquer le rôle des facteurs sociaux dans le façonnement de la santé, propose que les efforts visant à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé en identifiant et en ciblant des risques individuels sont inefficaces à long terme parce qu'ils ne traitent pas les conditions sociales qui structurent les déterminants de la maladie (Link et Phelan 1995). Selon la théorie des causes fondamentales, les disparités en santé ont perduré dans les pays développés malgré la réduction ou l'élimination des facteurs de risque qui ont à travers l'histoire stratifié la santé par classe socioéconomique (par exemple, de mauvaises installations sanitaires et des maladies infectieuses). En effet, parce qu'une position socioéconomique élevée offre une vaste étendue de

ressources flexibles et polyvalentes qui peuvent être utilisées pour éloigner n'importe quelle menace particulière à la santé pouvant exister à un moment donné, l'élimination des facteurs de risque liés de manière proximale à la maladie ne fait pas disparaître la relation entre la position socioéconomique et la santé (Link et Phelan 1995). Les facteurs de risque médiateurs de la relation changent avec le temps — aujourd'hui, le haut taux de cholestérol a remplacé les mauvaises installations sanitaires — et de meilleures ressources permettent aux individus de se renseigner plus rapidement et de mieux se protéger des nouveaux risques à mesure qu'ils se présentent, et aussi de recevoir de meilleurs traitements des maladies qui se présentent, même si ces traitements sont disponibles publiquement et de façon universelle.

Quelques études ont essayé d'évaluer les principes de cette théorie de façon empirique et d'analyser les conditions sous lesquelles elle est valide à la fois pour la recherche et pour la politique. A. Par exemple, Lutfey et Freese (2005) ont démontré que les individus à statut plus élevé aux É.-U. ont un meilleur accès aux médecins praticiens qui ont aussi de meilleures ressources et une meilleure information pour faire des décisions de traitement. En utilisant les données de mortalité des É.-U., Phelan, Link et leurs collègues ont trouvé que les causes de décès les plus difficilement, celles sur lesquelles nous en savons peu au sujet de la prévention et du traitement, étaient plus faiblement associées avec la position socioéconomique (PSE) que les causes de mortalité (Phelan et coll., 2004).

Toutefois, la puissance prédictive de la théorie demeure floue et relativement non testée en dehors du contexte unique de santé des États-Unis. Une analyse comparative des É.-U. et du Canada a démontré que des niveaux plus bas de PSE entraîne une plus forte probabilité de souffrir d'une maladie facilement évitable à prévenir aux É.-U., mais non au Canada, ce qui suggère que les politiques sociales et le niveau d'inégalité économique peuvent amortir la relation entre les ressources socioéconomiques et l'incidence de maladies évitables (Willson, 2009). Ainsi, alors que la théorie des causes fondamentales fait référence à des mécanismes structurels systémiques profondément enracinés de stratification, ces effets particuliers ont rarement été testés explicitement. La théorie est donc souvent citée de façon plus générale pour souligner l'importance des conditions sociales comme mécanismes générant l'inégalité en santé, avec des études fragmentaires de déterminants sociaux particuliers, en particulier des lieux géographiques et des époques. De plus amples recherches sont nécessaires pour déterminer la possibilité de généralisation de la théorie des causes fondamentales à d'autres contextes d'États providences et à d'autres périodes historiques.

1.2. Théories du parcours de vie portant sur l'inégalité en santé.

Alors que la théorie des causes fondamentales n'a essentiellement rien à dire sur les processus du parcours de vie qui produisent des inégalités en santé, d'autres théories ont été élaborées suite à la découverte que la taille des inégalités en santé résultant de la PSE varie au cours du parcours de vie et que le rythme du changement de santé des individus varie aussi avec l'âge. (voir Pavalko et Caputo 2013 pour une revue de ces théories). Ainsi, nombreuses études récentes en sciences sociales de l'inégalité en santé mettent l'accent sur le profil individuel et social des parcours de santé dans le temps. Les théories du dés/avantage cumulatif et de l'inégalité cumulative sont des cadres clés pour les études sur l'inégalité en santé chez les personnes âgées. Elles suggèrent que l'inégalité est générée par un processus par lequel l'avantage initial relatif associé au lieu et aux ressources structurelles résulte en une divergence systématique des

processus de parcours de vie entre les groupes ou les individus à travers le temps (Dannefer, 2003; Ferraro & Shippee, 2009; Merton, 1968; O’Rand, 1996).

1.2.1. *Dés/avantage cumulatif (DAC)*

Le dés/avantage cumulatif (DAC) comme mécanisme de stratification suggère que les avantages et les désavantages se manifestant tôt s’accroissent avec le temps. Ce processus opère par le rendement composé des ressources telles que l’éducation et produisent une divergence systématique entre les individus ou les groupes dans les processus de parcours de vie (Dannefer 1987, 2003; Merton 1968; O’Rand 1996). La santé est une forme de capital du parcours de vie que les individus conservent ou épuisent à des taux variables quand ils prennent de l’âge, selon l’interaction de la structure, de l’agence humaine et du hasard (O’Rand and Henretta 1999; O’Rand 2006). En général, le cadre du DAC conceptualise l’inégalité en santé à l’intérieur d’une population en fin de vie comme produit fini d’un processus cumulatif d’exposition aux risques et aux occasions qui se présentent au cours des parcours de vie.

Même si le DAC explique un processus d’acquisition de ressources et d’évitement du risque au niveau individuel, il s’agit d’un processus qui a des conséquences pour les niveaux d’inégalité changeant avec l’âge. Toutefois, étudier le DAC comme mécanisme d’inégalité en santé présentent des défis conceptuels et méthodologiques liés aux caractéristiques uniques de ce résultat particulier du parcours de vie, qui n’était pas ce sur quoi la théorie se penchait. Ainsi, l’accumulation d’avantages ralentit le rythme du déclin de la santé, plutôt que d’en accélérer la croissance, comme c’est le cas pour d’autres résultats, comme le revenu et le patrimoine. De plus, la santé des individus avantagés ou désavantagés se heurte avec le temps aux forces de la sénescence et de la mortalité. Une question demeure : la croissance des niveaux d’inégalité en santé prévus par le DAC est-elle un processus qui continue indéfiniment ou est-ce qu’il ralentit à l’arrivée d’un âge critique particulier (Dupre 2007; Willson, Shuey, et Elder 2007), ou subit-elle l’impact d’autres facteurs sociaux comme la politique sociale de l’État providence et aux institutions de soins de santé (Corna 2013; Quesnel-Vallée 2004). Ceci s’est avéré un défi pour les études qui examinent s’il y a oui ou non une divergence systématique en santé entre les cohortes dans le parcours de vie et a mené à des conclusions opposées.

En effet, alors la théorie du DAC a été vérifiée aux É.-U. (Taylor, 2008; Prus, 2007; Dannefer, 2003) ainsi qu’en onze pays européens (Huisman et coll. 2004), d’autres études ont montré que ces inégalités sont stables (Kelley-Moore et Ferraro, 2004; Schöllgen et coll., 2010), ou qu’elles s’amenuisent plus tard dans la vie (Schoeni et coll., 2005; Herd, 2006 House et coll., 2005). Ces derniers résultats ont mené à l’hypothèse selon laquelle l’âge amenuise les différences et ont d’abord été perçus comme allant à l’encontre de la théorie du DAC. Toutefois, l’évidence récente semble indiquer qu’ils ne sont pas mutuellement exclusifs (Dupre, 2007). En effet, l’hypothèse selon laquelle l’âge amenuise les différences peut opérer à travers plusieurs voies qui atténuent les mécanismes de DAC sans les annuler totalement. Ainsi, la diminution des inégalités en santé en fin de vie pourrait résulter de processus de fragilité biologique et de sénescence opérant dans l’ensemble de la population, de conditions de travail qui n’ont plus une grande influence sur la santé à la retraite, ou d’améliorations des politiques de soutien aux personnes âgées, ce qui a l’effet pratique de niveler les effets les plus forts des différences de PSE (Dupre, 2007; Herd, 2006; House et coll., 1994; 2005).

De plus, cette recherche a souligné les nombreux enjeux méthodologiques des études portant sur les inégalités en santé chez les personnes plus âgées, enjeux qui sont peut-être à l'origine de ces résultats contradictoires. D'abord, les études observationnelles de la population générale ont tendance à exclure les individus institutionnalisés, et donc les adultes âgés les plus isolés et ayant la PES la plus basse (Robert et coll., 2009). De plus des enjeux de taille d'échantillon ont de façon historique empêché que les études se penchent sur les plus vieilles des personnes âgées, chez qui les inégalités pourraient redevenir de plus en plus larges. (Herd, 2006).

Un deuxième argument à l'encontre de la validité de l'hypothèse selon laquelle l'âge amenuise les différences est que les indicateurs de PES utilisés pour évaluer les inégalités à l'âge avancé n'ont peut-être pas un pouvoir de prédiction suffisant. Certains ont avancé que l'importance de la PES pour la santé est peut-être considérablement plus faible pour la population de personnes âgées (Robert et coll., 2009), et ainsi, le choix des indicateurs utilisés (ou dans de nombreux cas la disponibilité de certains indicateurs dans une enquête donnée) peut influencer l'éventail des inégalités que l'on observe. Même si les indicateurs comme le revenu, l'éducation et la profession peuvent être des prédicteurs précis plus tôt dans la vie, ils ne le sont peut-être pas chez les adultes plus âgés (Robert et House, 1996). Par exemple, on a suggéré que l'éducation n'est plus pertinente quand les gens vieillissent et prennent leur retraite, alors que le revenu demeure toujours une variable explicative efficace (Robert et al, 2009; House et coll., 2005). D'autres encore ont proposé que le revenu perdrait aussi de sa force prédictive tout comme l'éducation et que les actifs financiers seraient peut-être un meilleur indicateur de la PSE aux âges avancés (Robert et House, 1996). Enfin, ces effets sont peut-être spécifiques au contexte. En effet, Grundy et Holt (2001) ont examiné l'efficacité de sept indicateurs de la PSE — parmi eux la classe sociale, le revenu et l'éducation — pour l'étude des inégalités en santé parmi la population de personnes âgées au Royaume-Uni, et ont trouvé qu'ils étaient tous associés à l'état de santé autodéclaré. Par contre, c'est la classe sociale ou l'éducation, utilisées de pair avec une mesure de défavorisation qui gagnait la palme.

Enfin, les études mentionnent souvent la mortalité sélective comme élément de l'évidence soutenant l'hypothèse selon laquelle l'âge amenuise les différences (Dupre, 2007). Le désavantage cumulatif dans un parcours de vie peut mener à une mort prématurée, ne laissant que les individus les plus forts dans les groupes désavantagés (qu'il s'agisse de groupes raciaux/ethniques ou de faible PES); en conséquence, lors de comparaisons entre les survivants résilients des groupes désavantagés et les survivants des groupes plus avantagés, on dirait que les inégalités en santé diminuent par rapport à plus tôt dans la vie (Ferraro, 2009). Même si certaines études ont trouvé que ceci contribue à appuyer l'hypothèse selon laquelle l'âge amenuise les différences, la sélection par la mortalité ne peut expliquer pleinement la réduction des inégalités en santé entre les groupes à faible et à forte PSE (McMunn et coll., 2009; Herd, 2006).

1.2.2. *Théorie de l'inégalité cumulative*

La théorie de l'inégalité cumulative (IC; Ferraro, Shippee et Schafer 2009; Ferraro et Shippee 2009) a récemment intégré des éléments des principes du DAC, des principes des parcours de vie (Elder 1998) et des théories des processus de stress (Pearlin 1989) afin de proposer des axiomes formalisés qui spécifient les processus menant au cumul des inégalités en santé. La synthèse des éléments de ces théories et le fait que l'IC a été développé spécifiquement pour comprendre les processus qui génèrent l'inégalité en résultats de *santé* (par opposition à l'inégalité en général

dans les parcours de vie, comme c'est le cas du DAC) sont des contributions uniques de cette théorie.

Les cinq axiomes de la théorie de l'IC sont présentés de façon détaillée ailleurs (Ferraro, Shippee et Schafer 2009; Ferraro et Shippee 2009); mais ici, nous mettons l'accent sur plusieurs aspects clés de cette théorie. D'abord, la théorie de l'IC met l'accent sur l'importance des systèmes sociaux dans la genèse de l'inégalité, ce qui mène à une attention particulière sur l'influence de la reproduction, des gènes et de l'environnement, et des conditions de l'enfance sur les résultats en santé à l'âge adulte (Ferraro et Shippee 2009). Que l'environnement socioéconomique en début de vie initie des sentiers ou trajets d'avantage ou de désavantage qui continuent tout au long du parcours de vie n'est pas une notion nouvelle (voir Corna, 2013; Graham, 2002), mais cet accent pousse les chercheurs se penchant sur l'inégalité à l'âge avancé à se demander quand et comment les processus cumulatifs commencent et à porter leur attention sur le début de la vie dans le but de comprendre les résultats de la vie à l'âge avancé. La recherche sur les parcours de vie porte de plus en plus son attention sur les effets du moment et de la durée des circonstances de l'enfance ainsi que de leur changement sur la réussite et l'état de santé à l'âge adulte (p. ex., McDonough, Sacker, et Wiggins 2005; Wagmiller et coll. 2006). La théorie de l'IC formalise aussi l'importance de la « la taille, de la date de début et de la durée de l'exposition aux avantages et aux désavantages » (Ferraro et Shippee 2009) afin de mieux comprendre l'interaction des multiples domaines de la vie et comment les facteurs de risque s'accumulent.

Même si la théorie de l'IC affirme fortement que l'inégalité en santé est générée de façon structurelle, elle inclut aussi un principe de la perspective de parcours de vie que la recherche a souvent négligé : que l'action humaine (human agency) peut changer les parcours et, en particulier, les gens ont la capacité de percevoir comment ils s'en sortent, ce qui influence leurs actions subséquentes (Ferraro et Shippee 2009). La théorie de l'IC puise dans les théories d'interaction symbolique et de comparaison sociale afin de proposer que les perceptions des ressources peut plus fortement façonner le parcours que les ressources elles-mêmes. Il serait intéressant de voir si ceci se confirme empiriquement, quoique vérifier cette proposition au moyen de la recherche puisse s'avérer difficile en raison des limites des données. Il y a lieu de croire que les perceptions des individus en ce qui concerne leur santé sont influencées par des facteurs sociaux tels que leur position socioéconomique et leur âge, mais une recherche plus poussée aiderait à comprendre le rôle des perceptions dans les positions de santé et certainement pour dissocier les effets de la structure de ceux des agents sur la santé.

Enfin, la théorie de l'IC s'attaque à la question épineuse de la mortalité sélective et propose que puisque l'inégalité cumulative peut mener à la mortalité précoce, une sélection non aléatoire entraîne des changements dans la composition des cohortes (Ferraro et Shippee 2009). La perte des individus les plus désavantagés dans une population donnera l'apparence d'une diminution de l'inégalité en santé à l'âge avancé. Ceci pousse Ferraro et Shippee (2009:336) à demander : « En termes simples, est-ce que les gérontologistes devraient se limiter à l'étude des personnes âgées? »

Aujourd'hui, la majeure partie de la recherche portant sur les inégalités en santé puise dans une certaine mesure aux théories présentées précédemment, et voit l'inégalité en santé comme produit final de processus durant tout le long de la vie. Mais, en général, les théories du parcours

de vie portant sur les inégalités en santé ne reconnaissent pas que les conditions sociales qui façonnent l'exposition aux risques et aux opportunités changent de manière dramatique à l'âge avancé à cause des demandes liées à l'âge pour des versements de l'État providence, tels que les suppléments de revenu et les soins de santé universels (en particulier, mais non exclusivement aux États-Unis). Dans la prochaine section, nous discuterons de vastes théories portant sur le rôle de l'État providence dans les inégalités à l'âge avancé.

2. LES ÉTATS-PROVIDENCE ET L'INTERACTION DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE L'ÉQUITÉ

Les théories présentées dans la section précédente soulignent que les avantages individuels liés à la position socioéconomique à l'âge avancé sont liés aux avantages socioéconomiques et de santé tout au long du parcours de vie, mais cette relation est aussi médiée par les décisions et les institutions de politique publique (Crystal 2006). Les politiques qui accentuent l'égalité économique peuvent amenuiser les effets sur la santé d'un manque de ressources sociales survenu plus tôt. Il découle de la théorie des causes fondamentales que, dans les sociétés moins caractérisées par la stratification et la concurrence pour les ressources, les disparités en santé à tous les âges seront plus faibles que dans les sociétés à inégalité plus forte (Willson 2009).

Les théories du rôle de l'État dans l'offre de transferts sociaux clés et des prestations destinées à assurer un niveau de bien-être pour ses citoyens ont puisé dans la théorie de la modernisation et dans la « logique de l'industrialisme » et ont conclu que le vieillissement de la population était une des principales motivations du développement de l'État providence (voir Quadagno, Kail, et Shekha 2011 pour un examen de la question). L'industrialisation a perturbé la capacité des familles et des communautés à offrir de l'appui en cas de maladie ou en fin de vie et a, au même moment, contribué à la croissance économique et à un surplus de fonds qui a rendu possible le passage de ce rôle de soutien à l'État.

La théorie des institutions (par exemple, Scott 2001) fournit un cadre pour comprendre le rôle de l'État providence dans l'évolution des politiques de parcours de vie qui affectent les niveaux d'inégalité en santé à l'âge avancé. Au niveau de l'État, les institutions peuvent « transformer une insécurité incalculable en risques calculables et en sens partagés » tout en établissant des structures d'opportunités et des mesures incitatives pour promouvoir l'action individuelle menant à des bénéfices collectifs (Weymann 2009 : 114). Ainsi, les États providence essaient notamment de mitiger les risques inattendus et inévitables, tels que la maladie, le chômage et le vieil âge (Briggs 2000).

Ainsi, le premier programme de santé sociale mandaté par un gouvernement a été inauguré en 1833 par Otto Von Bismarck, premier chancelier de l'Empire allemand, sous le fondement moral que les travailleurs, ou peut-être plus cyniquement leur capacité de travail, méritaient de l'assurance sociale (Briggs 2000). En effet, Bismarck a mis en place cette loi phare qui a ensuite été copiée et adoptée à travers le monde, une loi exigeant des contributions de l'employeur (1/3) et de l'employé (2/3) à un fond de maladie, assurant de cette façon un cofinancement et une répartition du risque (Organisation mondiale de la santé 2000). De même, les pensions publiques étaient aussi fondées sur le concept d'assurance sociale et allaient permettre aux gens qui les recevaient de maintenir à la retraite le standard de vie qu'ils avaient alors qu'ils travaillaient

(Quadagno et coll. 2011). Ces deux programmes phares de l'État providence se sont donc développés à partir de cette vision de la solidarité sociale étendue aux travailleurs « méritants ».

Alors que la première partie du 20^e siècle fut marquée par l'étendue de programmes semblables à des segments plus amples de la population à l'intérieur de certains pays (personnes à charge des travailleurs, et anciens travailleurs dans le cas de l'assurance maladie à l'âge avancé) et à plus de pays à travers le monde, la seconde moitié du siècle dernier a vu l'émergence de nouveaux principes de protection sociale. Souvent associées au rapport britannique Beveridge (1942), rapport précurseur, les réformes qui ont suivi ont élargi la portée de la protection de l'État des travailleurs à tous les citoyens, et du « berceau au tombeau ». Ceci a mené à une nouvelle vague de réformes faisant la promotion de l'accès universel sur la base du principe d'équité reconnaissant la santé et un standard de vie décent comme droit humain fondamental (ONU, 1948). Par contre, suite à une expansion rapide de ces programmes, les décennies récentes ont vu un retranchement de ces prestations universelles de l'État providence dans de nombreux pays (OCDE, 2011). Ainsi, dans la plupart des pays développés, les perspectives bismarckiennes et beveridgiennes coexistent maintenant par différents programmes, mais ne sont pas nécessairement intégrées en un cadre cohérent avec des indications claires concernant l'inégalité en santé, en particulier chez les personnes âgées.

C'est dans le contexte de ce cadre fourni par l'État providence que la majeure partie de la population planifie son vieil âge (Weymann 2009). Les droits sociaux associés aux prestations de l'État providence réduisent l'incertitude et amortissent l'influence du marché; par contre, selon la structure d'assurance de ces prestations, l'accès aux privilèges associés aux droits sociaux peut signifier l'inclusion de certains individus et groupes et l'exclusion d'autres, par exemple dans le cas de prestations ciblant des groupes très définis selon leur histoire de travail et de gains (Weymann 2009). En conséquence, les états providences sont des « mécanismes de stratification sociale puisque les programmes sociaux peuvent réduire l'inégalité produite par les marchés et redistribuer le revenu au cours du parcours de vie entre les classes, les sexes et les groupes raciaux (O'Connor, Orloff, et Shaver 1999).

Ainsi, l'étendue selon laquelle l'État providence redistribue les ressources peut avoir un effet significatif sur le bien-être des personnes âgées et sur les niveaux d'inégalité de divers résultats à l'âge avancé (Myles et Quadagno 2002). En conséquence, dans les sous-sections qui suivent, nous porterons notre attention sur deux programmes phares de politique sociale que les états providences ont créés pour le soin de la population âgée, notamment les pensions et le système de santé. Nous examinerons d'abord dans les pays de l'OCDE les tendances récentes des pensions qui, si elles ne sont pas traitées, sont cause d'inquiétude dues aux niveaux croissants d'inégalité du revenu (et par extension en santé). Nous examinerons aussi comment les systèmes de santé arrivent ou non actuellement à répondre aux besoins de soins de longue durée de la population âgée.

Par contre, on reconnaît de plus en plus que même les programmes universels ne suffisent peut-être pas à endiguer l'inégalité, en particulier lorsque les interventions portent sur les effets moyens dans la population plutôt que sur la distribution ou le niveau de l'inégalité (Frohlich et Potvin, 2008). Afin de répondre à ce besoin d'interventions ciblées, de nouveaux modèles de politiques ont été créés et fortement recommandés par l'Organisation mondiale de la santé

(OMS) dans la dernière décennie. Ceux-ci sont critiques pour la question des inégalités sociales en santé, notamment les Déterminants sociaux de la santé (DSS) et les communautés amies des aînés (CAA). Nous examinerons tour à tour chacun de ces modèles de politique et discuterons de leur potentiel à limiter les inégalités en santé chez les personnes âgées.

2.1. Pensions

Avec le vieillissement de la population qui mène au besoin de dépenses accrues en pensions, les systèmes de pensions rencontrent le défi courant de maintenir un équilibre entre leur abordabilité et leur capacité à fournir des pensions suffisantes pour satisfaire aux besoins en revenu des populations âgées. L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) surveille l'évolution des systèmes de pension parmi ses pays membres (34 pays à revenu élevé ou moyen). Dans son rapport de 2013, elle souligne deux tendances de politiques importantes visant à arriver à cet équilibre : une transition vers des régimes privés de retraite par capitalisation et des réformes des systèmes publics par répartition. L'OCDE note que ces deux tendances ont des implications substantielles pour des augmentations de l'inégalité, et, selon nous, pour aggraver aussi les inégalités existantes.

Le passage à une plus grande dépendance envers les régimes privés de pensions indique un retrait des systèmes publics de pension dans de nombreux pays, et notamment dans les pays de langue anglaise. Au Canada et aux États-Unis, par exemple, les transferts publics fournissent maintenant moins de 40 % du revenu d'un retraité, soit significativement moins que la moyenne des pays de l'OCDE (59 %). Alors que ces pensions privées peuvent assurer un revenu de retraite décent pour ceux qui y contribuent, ils ne mènent pas d'habitude à la mise en commun et à une redistribution aux cotisants à faible revenu. Ainsi, ces pays sont susceptibles de faire face à une polarisation croissante des revenus à la retraite entre ceux qui dépendent presque exclusivement de pensions publiques et ceux qui comptent sur les pensions privées. De plus, comme nous le disent les théories du DAC et de l'IC, ces situations différentes face à la retraite découlent de parcours de vie de dés/avantage; ainsi un plus grand recours aux pensions privées peut en fait aggraver ces parcours, en particulier dans un contexte de pensions publiques qui diminuent. Enfin, les pensions privées exposent aussi les cotisants individuels au risque d'investissement et individualisent le coût de vivre plus longtemps plutôt que de le mutualiser (OCDE, 2012).

Dans une optique politique opposée, certains pays ont évité les pensions privées, en partie du à l'insatisfaction, et se sont inscrits dans la deuxième tendance, la réforme des régimes de pensions par répartition. Dans ces pays (surtout ceux de l'Europe continentale et les pays scandinaves), les transferts publics fournissent environ 60 % du revenu des retraités. Afin d'assurer que les fonds d'assurance mutuelle publics demeurent solvables, les réformes ont, entre autres mesures, augmenté l'âge à la retraite. Ainsi, certains pays, comme le Royaume-Uni et la République tchèque, ont déjà fait passer l'âge de la retraite à 68 ou 69 ans, et on s'attend à ce que, d'ici à 2050, l'âge normal de la retraite soit de 67 ans dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2013). Par contre, comme le disent Lowsky et coll. (2013), l'usage de l'âge chronologique comme critère pour avoir droit aux programmes peut s'avérer une approximation de moins en moins précise du besoin en présence de parcours de vie divergents. Ici aussi, on peut s'attendre à une divergence, certains arrivant facilement à travailler à ces âges et plus tard, et d'autres, dont la santé les abandonnera bien avant d'atteindre l'âge auquel ils ont droit au programme. Peu de pays ont mis en œuvre des politiques pour faire face à ces disparités anticipées, à l'exception notable de la

France. En effet, une des innovations principales et une des mesures de réforme de la loi des pensions votée par le Parlement français en décembre 2013 est le *compte personnel de prévention de la pénibilité*. Ces comptes personnels vont surveiller/évaluer les difficultés liées au travail selon 10 critères tels que les niveaux de bruit, les quarts de travail de nuit, les positions douloureuses, etc. au cours de la vie professionnelle d'un individu. Les travailleurs auront ensuite, sur la base de « points » accumulés pour des difficultés au travail, accès aux mesures d'atténuation suivantes : formation pour un autre emploi, passage au travail à temps partiel avec salaire à temps plein pour leurs dernières années de travail, ou retraite anticipée (aussi tôt que 60 ans) (Service public, 2014).

À part les deux tendances présentées plus haut, l'OCDE (2013) note aussi que les octrois ont diminué et que les individus qui ne contribuent pas pleinement au cours de leur vie professionnelle auront de plus en plus de difficulté à arriver à un standard de vie décent. Ceci est vrai autant des pensions publiques que privées, puisque ces dernières ne font aucune redistribution vers les groupes de revenu plus faible. De plus, ceci signifie que les générations futures de retraités feront probablement des contributions plus élevées à des pensions plus faibles, ce qui soulève la question de l'équité intergénérationnelle. Les groupes de revenu moyen et les femmes sont parmi les groupes particulièrement à risque d'être perdants dans ces réformes. Alors qu'il y a des systèmes en place pour la protection des travailleurs aux revenus les plus faibles, et que ceux aux revenus les plus élevés ont d'autres sources de revenus et des actifs pour suppléer leur pension publique, ceux du milieu sont le plus susceptibles de manquer de revenu à la retraite. De plus, puisque les femmes sont moins susceptibles de contribuer aux pensions pour une pleine carrière, moins susceptibles d'avoir de sources de soutien financier autres que les pensions publiques et plus susceptibles de vivre plus longtemps que les hommes, elles sont aussi à plus grand risque de pauvreté à l'âge avancé. En résumé, alors que les pensions ont eu un impact significatif dans la réduction de la pauvreté chez les personnes âgées, comme l'a souligné à maintes reprises l'OCDE (2013), elles ne peuvent pas d'elles-mêmes endiguer les inégalités de revenu, en particulier dans le contexte des tendances politiques actuelles. Ainsi, l'accès aux autres services publics, et particulièrement aux soins de longue durée, sera essentiel pour assurer un standard de vie aux personnes âgées (OECD 2013). C'est sur quoi nous nous penchons dans la prochaine section.

2.2. Soins de longue durée

La plupart des systèmes de santé dans les pays à revenus élevés ont mis en place des régimes d'assurance qui fournissent un accès universel aux services de médecins et d'hôpitaux pour les personnes âgées avec une cotisation minimale ou nulle. Par contre, avec la transition épidémiologique à une masse de maladies chroniques et dégénératives, on a longtemps considéré que cet accent sur les soins curatifs ne remplissait qu'une partie des besoins de la population âgée, du moins en ce qui concerne les soins de longue durée (SLD), vaste étendue de services comprenant soins d'infirmières qualifiées, structures d'hébergements avec services, soins à domicile, soins palliatifs, soins de relève, soins de jours pour adultes, et diverses modalités de vie à domicile (Sultz et Young 2009). Ces services fournissent une réponse à long terme aux augmentations chroniques de handicap en raison des limitations fonctionnelles inhérentes au processus de vieillissement individuel (Feder 2000).

Même en l'absence de services de SLD complets et subventionnés par l'État, ce secteur a connu une croissance constante depuis la Deuxième Guerre mondiale (Grabowski 2008). Toutefois, alors que déjà ce sont les institutions qui offraient presque exclusivement ces services, la demande semble se retourner vers l'assistance visant à demeurer en communauté le plus longtemps possible. De 1994 à 2005, on a enregistré une diminution de 9 % dans l'incidence d'au moins une limitation d'activité de la vie quotidienne (AVQ) chez ceux qui vivent en institution, et une augmentation de 3 % chez ceux qui demeureraient dans la communauté (Lafortune, Balestat, et les membres du Disability Study Expert Group 2007). Cela suggère qu'une proportion croissante des personnes de 85 ans et plus ont besoin de services de SLD et qui demeurent maintenant dans la communauté.

Cette tendance n'est probablement pas sans lien avec le fait que les gouvernements dans les pays développés ont fait la promotion, depuis les années 1970, d'une vision des aînés comme plus indépendants et plus engagés dans leur communauté et vivant le plus longtemps possible à l'extérieur de l'environnement institutionnel (Organisation mondiale de la santé 2002). Par contre, cette demande et les fonds nécessaires ont jusqu'à maintenant été assumés par les familles et les aidants naturels.

En fait, à ce jour, la plupart des soins de longue durée demeurent l'œuvre d'aidants informels et sont payés de la poche, particulièrement en ce qui concerne les soins dans la communauté. Depuis peu, se rajoute à ce réseau de soins informels un complément d'options de soins formels, soit par l'entremise de services rares et liés aux ressources subventionnés par l'État, où par une multitude de fournisseurs privés (Wiener et Tilly 2002). Il y a donc eu une transition et un segment privilégié de la population peut souscrire à la conception contemporaine d'individus vieillissant dans le marché privé; c'est en effet là que les personnes âgées, en tant que consommateurs peuvent dépenser des montants considérables afin de recevoir le soutien nécessaire au maintien de leur vie active. Parmi les inconvénients d'un secteur de santé si peu intégré, figure le manque de partage d'information au sujet des services publics disponibles, une main-d'œuvre instable, peu de suivi des problèmes sociaux et de santé des gens, et de plus grandes inégalités en ce qui concerne l'accès à ces services (Rantz, Marek, et Zwiygart-Stauffacher 2000). L'OCDE rapporte en effet que les coûts associés aux besoins grandissants (par exemple 25 heures/semaine) sont en moyenne de plus de 60 % du revenu disponible de tous sauf le quintile le plus riche de la population âgée (OECD 2013).

Ceci génère des besoins non satisfaits, besoins qui, au niveau individuel, accélèrent la détérioration de la santé et favorisent l'institutionnalisation qui aurait autrement pu être évitée par une coordination efficace et intégrée des SLD (Keefe, Légaré, et Carrière 2007). Aux États-Unis, une étude du Commonwealth Fund a rapporté que 58 % des répondants âgés d'une enquête 1999 couvrant de nombreux états ont déclaré avoir des besoins non satisfaits (Komisar, Feder, et Kasper 2005). Au Canada, une étude de Statistique Canada réalisée à partir de la vague de 2003 de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a démontré que 42 % des aînés qui avaient besoin d'aide pour se mouvoir dans leur logis n'en obtenaient pas et que 19 % des aînés qui recevaient un mélange de soins formels et informels à la maison évoquaient des besoins non satisfaits de soins à la maison (Carrière 2006). Ceci met en lumière le fait qu'une prestation publique limitée et fragmentée de services de SLD ne suffit peut-être pas à améliorer ou même à maintenir le statut de santé des patients.

Enfin, il y a suffisamment de preuves pour conclure que les personnes âgées et leurs familles — en particulier celles provenant des classes socioéconomiques plus basses ne bénéficiant pas d'un réseau informel de soins — ne possèdent pas assez de ressources ou de contrôle sur leurs besoins en soins de longue durée (Feder 2000; Messinger-Rapport 2009). En effet, alors qu'il existe un vaste éventail d'options privées de soins, allant des services de soins à la maison jusqu'à des communautés de retraite ou des centres de soins pour personnes âgées haut de gamme (Grabowski 2008), de nombreuses personnes âgées n'ont pas les moyens de se payer la variété de produits de SLD disponibles sur le marché, mais se classent pourtant au-dessus des exigences strictes liées au revenu d'accès aux services de SLD couverts par l'État.

2.3. La santé dans toutes les politiques (OMS)

Selon Marmot et Wilkinson (1999), les déterminants de la santé comprennent les circonstances matérielles et psychosociales de l'individu, allant des comportements de santé et du soutien social au niveau le plus micro aux mesures au niveau macro telles que le taux de chômage et les politiques concernant l'alimentation et le transport. Les politiques sociales peuvent avoir un impact à chacun de ces niveaux, mais jusqu'à très récemment, l'évaluation de l'impact des politiques sociales sur les inégalités en santé avait tendance à suivre une approche hétéroclite, en examinant de domaines politiques choisis et de leurs liens à des déterminants sociaux majeurs, tels que l'éducation, l'emploi, le logement, etc. (par exemple, Quesnel-Vallée et Jenkins 2008).

Cependant, on reconnaît de plus en plus que les inégalités sociales en santé découlent de domaines d'intervention sociale multiples et étroitement liés, ce qui a mené à la création d'une nouvelle approche de politique visant à réduire les inégalités en santé, approche intitulée « la santé dans toutes les politiques ». Étant donné que plusieurs chapitres dans ce manuel examinent en grand détail les plus importants déterminants sociaux des inégalités en santé chez les personnes âgées, nous mettons l'accent ici sur les politiques intersectorielles et leur impact potentiel sur les inégalités en santé parmi les personnes âgées.

L'approche « La santé dans toutes les politiques » a été créée et préconisée par l'OMS, notamment sous la direction de la présidence finlandaise de l'Union européenne en 2006. Cette approche favorise les politiques intersectorielles qui tentent de surmonter les traditionnels « silos » gouvernementaux et qui comptent sur la participation de divers niveaux de gouvernement (du niveau local au niveau supranational). Outre l'engagement explicite envers la réduction des inégalités, la création de structures de gouvernance adéquates permettant cette action est critique. (McQueen et coll., 2012). Enfin, puisqu'il s'agit fondamentalement d'une approche fondée sur des données probantes, elle compte fortement sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS), défini comme « combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peuvent être jugés quant à leurs effets potentiels sur la santé d'une population » (EHP, 1999).

Pris ensemble, cette approche politique intégrée devrait être plus efficace dans la réduction des inégalités en offrant des mécanismes d'action coordonnés qui s'articulent autour d'un but commun (McQueen et coll., 2012). À titre d'exemple, si la réduction des inégalités en santé est explicitement considérée en tant que priorité nationale, pourvu que les structures de gouvernances appropriées soient en place, une politique économique comme la diminution des impôts pour les gens aux revenus les plus élevés pourraient faire l'objet d'une évaluation d'impact

sur la santé et repensée en conséquence. De la même façon, si la réduction des inégalités en santé chez les personnes âgées était une cible d'intervention, des changements au système de financement des régimes de pensions pourraient aussi faire l'objet d'une ÉIS.

Peu de pays ont jusqu'à maintenant adopté de telles politiques intégrées. En conséquence, il est trop tôt pour que la recherche empirique sur les populations juge si les pays qui ont adopté de telles politiques obtiennent de meilleurs résultats en termes de contrôle ou de réduction des inégalités en santé que ceux qui ne l'ont pas fait. Toutefois, on pourrait commencer à examiner ces politiques d'un œil critique quant à leur potentiel à s'attaquer aux inégalités sociales en santé chez les aînés.

L'Australie, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni se distinguent comme leader dans ce domaine politique. Dans un rapport récent, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ 2014) a examiné les politiques intégrées de chacun de ces pays. Nous avons cherché dans ces politiques des renseignements au sujet soit des inégalités en santé parmi la population de personnes âgées, soit sur les aînés comme population vulnérable. Tous ces pays ont explicitement ciblé le début de la vie et l'enfance comme période d'intervention dans le parcours de vie, ce qui indique une sensibilité aux processus de parcours de vie qui produisent les inégalités en santé. Par contre, alors que cette perspective se concentre sur la prévention de l'aggravation des inégalités en santé pour les cohortes de personnes âgées à venir, elle contribue peu au redressement des inégalités en santé et les différences de parcours desquelles elles découlent et qui peuvent les creuser dans les cohortes *actuelles* de personnes âgées.

La Finlande est la seule exception à cet égard (Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2008). En effet, dans leur Plan d'action pour réduire les inégalités en santé 2008-2011, la Finlande adoptait la double perspective de reconnaître les aînés comme population ayant besoin d'une action ciblée, par rapport à d'autres groupes et d'atténuer les inégalités en santé à même la population de personnes âgées. Ce double objet de promotion de la santé fonctionnelle en communauté (notamment par l'expansion de services sociaux plutôt que curatifs) et de réduction des inégalités chez les personnes âgées est, dans notre opinion, un modèle de pratiques exemplaires. La Finlande constituerait donc un bon cas type à comparer à d'autres pays pour tester nos théories et surveiller l'impact de politiques qui tiennent compte des inégalités de santé existantes et persistantes chez les aînés.

Entre temps, l'OMS a de façon plus générale fait du progrès sur les déterminants sociaux de la santé par l'adoption le 26 mai 2012 de la résolution 65.8 de l'Assemblée mondiale de la santé appuyant la déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2014). Cela implique que les pays membres s'entendent que s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé est une approche fondamentale au travail de l'OMS et un domaine d'action prioritaire. Cela suggère que d'autres changements peuvent survenir dans de nombreux autres pays.

2.4. Programme pour un environnement favorable aux aînés de l'OMS

La sous-section précédente a souligné le manque de politiques visant particulièrement les aînés en ce qui a trait aux inégalités en santé. Nous tournons maintenant notre attention sur une autre approche politique intégrée qui pourrait aussi être pertinente dans ce contexte, une approche qui

porte explicitement sur les aînés, notamment le programme pour un environnement favorable aux aînés de l'OMS (OMS, 2014b). Un thème récurrent dans les écrits de la communauté favorable aux aînés est le concept de « passer ses vieux jours chez soi », qui rend compte des objectifs sociaux et politiques de ce mouvement favorable aux aînés (Hooyman et Kiyak, 1996; Hanson & Emler, 2006; Lui et coll., 2009). Dans une enquête nationale de l'association américaine de personnes retraitées (American Association of Retired Persons - AARP) au sujet du logement et des questions de modifications du logis, plus de 90 % des adultes de 65 ans et plus ont indiqué qu'ils voulaient demeurer dans leur logis le plus longtemps possible (Bayer et coll., 2000). Hooyman et Kiyak (1996) expliquent que certaines politiques et certains services de soutien aux personnes âgées en communauté peuvent grandement faciliter ou nuire au maintien à domicile des personnes âgées qui commencent à sentir des limitations physiques et cognitives menant à une indépendance réduite. De plus, les communautés favorables aux aînés peuvent aussi avoir des avantages pour tous leurs résidents, peu importe leur âge et leur capacité fonctionnelle (Alley et coll., 2007).

Ainsi, en reconnaissance de ces besoins exprimés, l'OMS a poursuivi des initiatives de vieillissement « en santé » ou « actif » pendant un certain nombre d'années (WHO, 2002). Une composante centrale du programme de l'OMS pour un environnement favorable aux aînés est le « Guide mondial des villes-amies des aînés », qui a été créé à partir de groupes de discussion d'adultes de 60 ans et plus de classe sociale faible ou moyenne, d'aidants de personnes âgées et de fournisseurs de services. Le projet a été subventionné en partie par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) (Plouffe & Kalache 2011) et incluait un total de trente-cinq villes à la fois dans les pays développés et en voie de développement, dont trente-trois ont participé aux groupes de discussion (OMS, 2007).

À partir de l'évidence recueillie dans ces groupes de discussion, l'OMS a créé une feuille de route de déterminants interdépendants du processus « vieillir en restant actif » au sein de la communauté. Ceux-ci incluent les caractéristiques essentielles de huit domaines de la vie urbaine : espaces extérieurs et bâtiments; transports; logement; participation au tissu social; respect et inclusion sociale; participation citoyenne et emploi; communication et information; soutien communautaire et services de santé (OMS, 2007). Des programmes liés au Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés sont apparus au Canada, en France, en Irlande, au Portugal, dans la Fédération de Russie, en Slovénie, en Espagne et aux É.-U. (OMS, 2012).

Le Guide mondial des villes-amies des aînés reconnaît que la population de personnes âgées est un groupe hétérogène en ce qui a trait aux besoins et à la capacité fonctionnelle, et que les inégalités en santé et en capacité fonctionnelle augmentent avec l'âge. Les caractéristiques sociales, économiques et physiques causent des différences dans l'espérance de vie, la capacité fonctionnelle et la santé chez les adultes plus âgés (Plouffe & Kalache, 2010) et, par conséquent, la politique devrait viser à atténuer ces disparités (OMS, 2007). En effet, les études récentes ont largement exploré l'impact de l'environnement physique sur la santé et les choix de style de vie (Menec et coll., 2011). Une étude de Dunn (2002) a trouvé que les disparités en conditions de logement jouaient un rôle dans la création d'inégalités en santé, ce qui est conforme aux résultats de l'OMS selon lesquels un logement approprié influence l'accès aux services au sein de la communauté et affecte par conséquent la qualité de vie des adultes plus âgés (OMS, 2007). Les

mesures politiques et les services favorables aux aînés peuvent aider à réduire ces inégalités; certains ont déjà été mis en place, tel qu'à Ponce, où le transport des aînés à un rendez-vous médical est pris en charge par les centres pour personnes âgées (OMS, 2007).

Un autre exemple d'initiative favorable aux aînés contribuant à réduire les inégalités parmi les personnes âgées est le modèle Initiative AvantÂge, utilisé pour évaluer jusqu'à quel point une communauté de l'ouest de l'État de Washington était favorable aux aînés (Hanson & Emler, 2006). Suite à l'évaluation, le programme de renseignement et d'aide aux aînés (*Senior Information and Assistance program*) de cette communauté a accru la distribution d'information et de sensibilisation aux personnes âgées isolées et de revenus plus faibles; entre 2003 et 2004, le nombre de personnes âgées cherchant de l'aide par ce programme a augmenté de deux fois et demie. De plus, l'Initiative AvantAge a mené à la création d'un guide qui indique les programmes d'exercice gratuits ou à faible coût offerts aux personnes âgées et à la création de groupes de marche aux deux semaines pour les aînés. Toutefois, Hanson et Emler (2006) soulignent que, dans le cas de l'Initiative AvantAge, il faudrait que le modèle évalue le revenu viable, puisque dans l'ouest de l'État du Washington, les adultes plus âgés dont les revenus étaient moins de deux fois le seuil fédéral de pauvreté obtenaient de moins bons résultats dans plusieurs indicateurs que ceux dont les revenus étaient de plus de 200 % du seuil fédéral de pauvreté (Hanson et Emler, 2006).

En somme, alors que le Guide mondial des villes-amies des aînés a été créé à l'origine en consultation avec des individus de classe moyenne et plus faible, et que l'on peut donc lui présumer un accent sur les besoins particuliers de ces sous-groupes de personnes âgées, il faudrait peut-être que ces politiques évaluent spécifiquement le niveau des inégalités dans leurs populations et l'impact différent de ces interventions dans la population. Dans ce même esprit, le manque de certains services dans une communauté peut augmenter les inégalités en santé; le projet de l'OMS a trouvé que, dans de nombreuses villes, les services de soins à domicile n'existaient pas ou alors étaient mal organisés, coûtaient trop cher et étaient trop difficiles d'accès à cause de critères limitant l'admissibilité (OMS, 2007). En conséquence, beaucoup de personnes âgées qui avaient besoin de ces services n'auront pas accès à des soins et pourraient voir leur santé se détériorer.

3. PISTES PROMETTEUSES POUR LA RECHERCHE SOCIOLOGIQUE

Alors que l'étude des inégalités sociales en santé a prospéré depuis les années 1970, c'est seulement dans les deux dernières décennies que les gouvernements ont commencé à mettre en œuvre des politiques qui s'attaquent explicitement aux inégalités en santé et à la distribution inégale de leurs déterminants sociaux (Graham et Power 2004). Ainsi, dans nombreux pays, la politique de santé publique a élargi son mandat pour y inclure, en plus de la santé de la population, une préoccupation pour l'équité en santé. Cela est particulièrement manifeste en Europe, mais on retrouve aussi cette préoccupation aux États-Unis avec l'accent du *Healthy People* sur la réduction des disparités, ou au Canada avec la définition suivante de la santé de la population « est une approche qui vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes de la population. » (Santé Canada 2008).

Graham et Power (2004) soutiennent pourtant que ces initiatives confondent les déterminants (sociaux) de la santé et les processus sociaux qui créent une distribution inégale de ces déterminants en société. Cette confusion a mené à des perspectives politiques qui supposent à tort que traiter les déterminants de santé réduira aussi de facto les inégalités. Ainsi, alors qu'on a vu lors des décennies récentes des améliorations dans les déterminants de la santé (par exemple, augmentation des standards de vie, hausse du niveau moyen de scolarité, taux de tabagisme plus faibles), avec des bienfaits concomitants dans la population, les inégalités en santé ont persisté ou même augmenté. En accord avec la perspective des causes fondamentales de Link et Phelan's (1995), beaucoup en sont donc venus à recommander que, afin de vraiment combattre les inégalités en santé, les programmes politiques devront s'attaquer non seulement aux déterminants de la santé, mais aussi aux déterminants de l'inégalité sociale qui influencent les multiples façons par lesquelles l'avantage social se cumule au cours du parcours de vie et d'une génération à l'autre (Coburn 2004; Graham et Power 2004).

Exworthy (2008) identifie sept défis inhérents à l'approche des déterminants sociaux de la santé de l'élaboration de politiques, défis qui aggravent les difficultés conceptuelles soulignées par Graham et Power (2004). Parmi ceux-ci, il y a la tâche exigeante de mettre en œuvre des politiques face aux expositions multifactorielles et aux chaînes causales complexes qui appellent des initiatives concertées de nombreux ministères gouvernementaux et incite à une meilleure collecte de données. De plus, la perspective du parcours de vie qui sous-tend une grande part de cette recherche pose le problème additionnel que le cycle de politique est mal équipé pour traiter des processus ayant cours sur un si long terme (puisque la plupart des processus électoraux suivent des échéances mesurées en années et non en décennies). Alors qu'à la demande de l'OCDE (2007), les décideurs politiques ont récemment abordé les problèmes liés au besoin de repenser la politique face aux nouveaux risques dans l'ensemble du parcours de vie, Exworthy (2008) soutient qu'une partie de la solution à ces défis peut venir d'autres chercheurs, par la création de modèles conceptuels et de méthodologies appropriées qui s'adaptent mieux aux subtilités de l'approche des déterminants sociaux de dans un contexte de politique. C'est en reconnaissance de ces défis que nous avons souligné les initiatives de politiques qui semblent les plus prometteuses à cet égard, notamment l'approche *la santé dans toutes les politiques* de l'OMS et le programme d'environnement favorable aux aînés. Comme nous l'avons noté, il reste beaucoup à faire dans l'évaluation de ces programmes et nous serions d'avis qu'une perspective de théorie sociologique illuminerait d'importantes facettes de ces processus.

Cette recherche est par contre truffée de défis empiriques. Il y a d'abord l'absence de variation dans l'exposition aux programmes universels en un pays donné à un moment donné. Et pourtant, comme nous l'avons souligné, il y a des expériences de politique naturelles tout autour du monde. On pourrait les exploiter empiriquement pour comprendre comment le contexte des politiques façonne la structure d'opportunité des individus. De la théorie des causes fondamentales à celle de l'inégalité cumulative, toutes les théories que nous examinons fourniraient des cadres féconds pour l'étude de ces effets. Nous avons souligné dans ce chapitre comment, pour la majeure partie, les réformes des politiques telles que celles qui portent sur les pensions sont toujours mises en œuvre sans grande considération pour leurs conséquences sur les inégalités (et par extension, sur les inégalités en santé), même si une analyse de politique de l'OCDE et toutes les théories que nous avons présentées identifient un risque d'augmentation des inégalités suite à ces

changements. De nombreuses occasions de recherche découlent donc de ces variations des politiques, en particulier avec des approches méthodologiques tirées du récit contre-factuel de la causalité, comme les modèles de l'écart dans les différences par exemple (voir Schlotter, Schwerdt et Woessmann, 2010, pour un examen de certaines de ces approches causales de l'évaluation des politiques).

De plus, les enjeux partagés que nous avons mis à nu dans ce chapitre à travers les pays développés signifient que nous pouvons apprendre les uns des autres, et que la recherche comparative entre nations peut s'avérer particulièrement avantage à cet égard. Ici, l'imagination sociologique peut apporter une contribution distincte. En effet, l'évaluation de l'impact de ces interventions de politiques (lorsqu'il y a évaluation) porte souvent son regard sur les résultats en santé, ce qui cache l'existence, la persistance ou l'avènement d'inégalités sociales. Et pourtant comme nous le rappelle Foner (2000), les sociologues sont particulièrement bien placés (et équipés) pour dévoiler ces processus, en particulier en ce qui a trait au vieillissement.

Bien sûr, cet axe de recherche comporte ses propres épreuves, dont les principales sont l'harmonisation des données et le contexte de mesure des politiques. On note heureusement du progrès sur ces deux fronts. En ce qui a trait à l'harmonisation des données, des initiatives de taille comme l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), ainsi que la *English Longitudinal Study of Ageing* (l'étude longitudinale anglaise du vieillissement — ELSA), sont harmonisés avec le *Health and Retirement Study* (étude de la santé et de la retraite — HRS), et portent plus en plus des fruits (par exemple Banks et coll. 2006; Crimmins, Kim et Solé-Auró, 2011). En outre, on crée de nouvelles ressources pour aider à la diffusion de ces initiatives de données : voir la liste du *Chicago Core on Biomarkers in Population-Based Aging Research* (CCBAR) d'autres enquêtes longitudinales sur le vieillissement (CCBAR, 2014), ainsi que le réseau du *Integrative Analysis of Longitudinal Studies of Aging* (analyse intégrative des enquêtes longitudinales sur le vieillissement — IALSA) et des initiatives pour l'harmonisation après coup pour d'autres enquêtes sur le vieillissement (IALSA, 2014), et enfin, le réseau *Healthy Ageing across the Life Course* (Vieillir en santé au cours du parcours de vie — HALCyon) (HALCyon, 2014) sur les études britanniques de cohortes.

Une stratégie, en ce qui a trait aux indicateurs de politiques, consiste à porter le regard sur des politiques particulières, ce qui a l'avantage de voir un impact plausible sur des résultats très spécifiques (p. ex. Garcia et Crimmins, 2013 sur les politiques de dépistage du cancer). Inversement, les évaluations internationales de l'impact de politiques sociales plus larges rencontreront le défi du manque de spécificité des résultats, puisque ces politiques ont des effets diffus : où pourrait-on s'attendre à voir les répercussions sur la santé de politiques de pension, par exemple? Lundberg et coll. (2008) fournissent un exemple convaincant de la recherche qui progresse dans ce domaine, en utilisant notamment des indicateurs de politiques particuliers qui correspondent au résultat (c.-à-d. politiques de famille et mortalité infantile, et politiques de pension et mortalité à 65 ans). Ainsi, la recherche la plus prometteuse dans ce domaine s'appuie sur des indicateurs du contexte de politique qui mesurent précisément les prestations, comme ceux que fournissent le *Welfare State Entitlements Data Set* (ensemble de données sur les prestations de l'État providence) (Scruggs, Jahn et Kuitto, 2013) et le *Social Citizenship Indicator Program* (programme d'indicateurs de citoyenneté sociale SCIP, 2014) pour les prestations générales des États providence, de même que le *Comparative Family Policy Database* (Gauthier,

2014) pour les politiques familiales et le *Health Insurance Access Database* en ce qui concerne les politiques d'assurance maladie (Quesnel-Vallée et coll. 2012).

En résumé, dans ce chapitre, nous avons espéré montrer qu'il y avait fort à gagner d'une intersection des théories sociologiques des inégalités en santé et de l'étude (et de la création basée sur des données probantes) de politiques sociales. Lorsque les politiques sociales ne reconnaissent pas que les inégalités actuelles parmi les personnes âgées résultent de parcours de vie de dés/avantage cumulatif, il se peut que même les prestations universelles n'arrivent pas à atténuer les inégalités en santé. Nous avons souligné qu'il y a des changements considérables dans les politiques et que ces changements pourraient faire l'objet d'études sociologiques fructueuses par l'usage des bonnes théories, méthodes microdonnée et données contextuelles. Ainsi nous espérons avoir indiqué des questions qui pourraient faire avancer ce programme de recherche.

4. RÉFÉRENCES

- Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., Banerjee, T., et Choi, I. H. (2007). Creating elder-friendly communities. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(1-2), 1–18. doi:10.1300/J083v49n01_01
- Banks, J., Marmot, M., Oldfield, Z., et Smith, J. P. (2006). Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2037–2045. doi : 10.1001/jama.295.17.2037
- Bayer, A.-H., Management, A. K., Harper, L., et Group, A. P. G. (2000). Fixing to stay: A national survey on housing and home modification Iss... *AARP*. Récupéré le 7 décembre 2013, de <http://www.aarp.org/home-garden/housing/info-2000/aresearch-import-783.html>
- Beckfield, J., et Krieger, N. (2009). Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews*, 31(1), 152–177. doi:10.1093/epirev/mxp002
- Bergqvist, K., Yngwe, M. Å., et Lundberg, O. (2013). Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review. *BMC Public Health*, 13(1), 1234. doi:10.1186/1471-2458-13-1234
- Brennenstuhl, S., Quesnel-Vallée, A., et McDonough, P. (2012). Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(5), 397–409. doi:10.1136/jech-2011-200277
- Briggs, A. (2000). The welfare state in historical perspective. *The Welfare State Reader*, 2. Récupéré de [http://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=OdWdQs8RT1QC&oi=fnd&pg=PA16&dq=Briggs+\(2000\)+Welfare+States+&ots=BjCwQeWoL7&sig=PkZud4akyFR-tXghynNAE8IJVTO](http://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=OdWdQs8RT1QC&oi=fnd&pg=PA16&dq=Briggs+(2000)+Welfare+States+&ots=BjCwQeWoL7&sig=PkZud4akyFR-tXghynNAE8IJVTO)
- Carrière, G. (2006). Seniors' use of home care. *Health reports/Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information= Rapports sur la santé/Statistique Canada, Centre Canadien d'information sur la santé*, 17(4), 43.
- CCBAR. (2014). Chicago core on biomarkers in population. *The University of Chicago NORC Center on Aging*. Récupéré le 31 janvier 2014, de <http://biomarkers.uchicago.edu/chicagocoreonbiomarkers.htm>
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 58(1), 41–56.
- Corna, L. M. (2013). A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in Life Course Research*. Récupéré de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040260813000038>
- Crimmins, E. M. (2004). Trends in the health of the elderly. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 79–98.
- Crimmins, E. M., Kim, J. K., et Solé-Auró, A. (2011). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *The European Journal of Public Health*, 21(1), 81–91. doi:10.1093/eurpub/ckq022
- Crystal, S. (2006). Dynamics of late-life inequality: modeling the interplay of health disparities, economic resources, and public policies. *Aging, Globalization and Inequality: The New Critical Gerontology*, 205–213.
- Dannefer, D. (1987). Aging as intracohort differentiation: accentuation, the Matthew effect, and the life course. In *Sociological Forum* (Vol. 2, pp. 211–236). Springer. Récupéré de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01124164>

- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327–S337.
- Dunn, J. R. (2002). Housing and inequalities in health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 671–681. doi:10.1136/jech.56.9.671
- Dupre, M. E. (2007). Educational differences in age-related patterns of disease: reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), 1–15.
- ECHP. (1999). *Gothenburg consensus: health impact assessment* (Report). HIA Gateway, West Midlands Public Health Observatory, hia@wmpo.org.uk. Récupéré de <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44163>
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1–12.
- Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning*, 23(5), 318–327.
- Feder, J., Komisar, H. L., et Niefeld, M. (2000). Long-term care in the United States: An overview. *Health Affairs*, 19(3), 40–56.
- Ferraro, K. F., et Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: how does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3), 333–343.
- Ferraro, K. F., Shippee, T. P., et Schafer, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. *Handbook of Theories of Aging*, 413–433.
- Foner, A. (2000). Age integration or age conflict as society ages? *The Gerontologist*, 40(3), 272–276.
- Frohlich, K. L., et Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221. doi:10.2105/AJPH.2007.114777
- Garcia, K., et Crimmins, E. M. (2013). Cancer screening in the U.S. and Europe: policies, practices, and trends in cancer incidence and mortality. In N. Hoque, M. A. McGehee, et B. S. Bradshaw (Eds.), *Applied Demography and Public Health* (pp. 125–154). Springer Netherlands. Récupéré de http://link.springer.com.proxy2.library.mcgill.ca/chapter/10.1007/978-94-007-6140-7_9
- Gauthier, A. (2014). The comparative family policy database. *Max Planck Institute for Demographic Research*. Récupéré le 31 janvier 2014, de <http://www.demogr.mpg.de/cgi-bin/databases/fampoldb/index.plx>
- Grabowski, D. C. (2008). The market for long-term care services. *Inquiry*, 45(1), 58–74.
- Graham, H. (2002). Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science & Medicine*, 55(11), 2005–2016.
- Graham, H., et Power, C. (2004). *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework*. Health Development Agency London. Récupéré de http://www.gserve.nice.org.uk/niceMedia/pdf/childhood_disadvantage_health.pdf
- Grundy, E., et Holt, G. (2001). The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(12), 895–904.
- HALCyon. (2014). Health Ageing Across the Life Course. *HALCyon*. Récupéré le 30 janvier 2014, de <http://www.halcyon.ac.uk/>

- Hanson, D., et Emlet, C. A. (2006). Assessing a community's elder friendliness: a case example of The AdvantAge Initiative. *Family et Community Health*, 29(4), 266–278.
- Herd, P. (2006). Do functional health inequalities decrease in old age? Educational status and functional decline among the 1931-1941 birth cohort. *Research on Aging*, 28(3), 375–392. doi : 10.1177/0164027505285845
- Hooyman, N. R., et Kiyak, H. A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Pearson Education.
- House, J. S., Lantz, P. M., et Herd, P. (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 (Americans' Changing Lives Study). *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60 (Special Issue 2), S15–S26.
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C., et Herzog, A. R. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(3), 213. doi:10.2307/2137277
- Huisman, M., Kunst, A. E., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J.-K., Borrell, C., ... Mackenbach, J. P. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(6), 468–475. doi:10.1136/jech.2003.010496
- IALSA. (2014). Integrative analysis of longitudinal studies of aging (IALSA). IALSA. Récupéré le 31 janvier 2014, de <http://www.ialsa.org/?q=Home>
- Keefe, J., Légaré, J., et Carrière, Y. (2007). Developing new strategies to support future caregivers of older Canadians with disabilities: Projections of need and their policy implications. *Canadian Public Policy*, 33, S65–S80.
- Kelley-Moore, J. A., et Ferraro, K. F. (2004). The black/white disability gap: persistent inequality in later life? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(1), S34–S43.
- Komisar, H. L., Feder, J., et Kasper, J. D. (2005). Unmet long-term care needs: an analysis of Medicare-Medicaid dual eligibles. *Inquiry*, 42(2), 171–182.
- Lafortune, G., Balestat, G., et Disability Study Expert Group Members. (2007). Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. *Health Working Papers*, (26).
- Link, B. G., et Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94.
- Lowsky, D. J., Olshansky, S. J., Bhattacharya, J., et Goldman, D. P. (2013). Heterogeneity in healthy aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, glt162. doi:10.1093/gerona/glt162
- Lui, C.-W., Everingham, J.-A., Warburton, J., Cuthill, M., et Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), 116–121. doi:10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x
- Lutfey, K., et Freese, J. (2005). Toward some fundamentals of fundamental causality: socioeconomic status and health in the routine clinic visit for diabetes1. *American Journal of Sociology*, 110(5), 1326–1372.

- Marmot, M., et Wilkinson, R. G. (1999). *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford. Récupéré de <http://www.canadian-nurse.com/images/pdf/2008/cnj-sept-2008/files/assets/downloads/page0026.pdf>
- Marmot, Michael. (2004). Status syndrome. *Significance*, 1(4), 150–154.
- McDonough, P., Sacker, A., et Wiggins, R. D. (2005). Time on my side? Life course trajectories of poverty and health. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1795–1808.
- McMunn, A., Nazroo, J., et Breeze, E. (2009). Inequalities in health at older ages: a longitudinal investigation of the onset of illness and survival effects in England. *Age and Ageing*, 38(2), 181–187. doi : 10.1093/ageing/afn236
- McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C., et Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences. Récupéré le 23 janvier 2014, de <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,—actions-and-experiences>
- Menec, V. H., Means, R., Keating, N., Parkhurst, G., et Eales, J. (2011). Conceptualizing age-friendly communities. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 30(03), 479–493. doi:10.1017/S0714980811000237
- Merton, R. K. (1968). Social theory and social structure. Récupéré de <http://www.citeulike.org/group/14777/article/8898545>
- Messinger-Rapport, B. (2009). Disparities in long-term healthcare. *Nursing Clinics of North America*, 44(2), 179–185.
- Ministry of Social Affairs and Health (Finland). (2008). National action plan to reduce health inequalities 2008-2011. Récupéré le 23 janvier 2014, de <http://pre20090115.stm.fi/pr1227003636140/passthru.pdf>
- Myles, J., et Quadagno, J. (2002). Political theories of the welfare state. *Social Service Review*, 76(1), 34–57.
- O'Connor, J. S., Orloff, A. S., et Shaver, S. (1999). *States, markets, families: gender, liberalism and social policy in Australia, Canada, Great Britain and the United States*. Cambridge Univ Press. Récupéré de <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=6273056>
- O'Rand, A. M. (1996). The cumulative stratification of the life course. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 4, 188–207.
- O'Rand, A. M. (2006). Stratification and the life course: life course capital, life course risks, and social inequality. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 145–62.
- O'Rand, A. M., et Henretta, J. C. (1999). *Age and inequality: diverse pathways through later life*. Westview Press. Récupéré de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-04196-000>
- OCDE. (2007). *Life risks, life course and social policy*. Récupéré le 23 janvier 2014, de <http://www.oecd.org/els/soc/seminarontheliferiskslifecourseandsocialpolicy.htm>
- OCDE. (2007). *Modernising social policy for the new life course*. OECD. Récupéré le 31 janvier 2014, de <http://www.oecd.org/social/soc/modernisingsocialpolicyforthenewlifecourse.htm>
- OCDE. (2012). *OECD pensions outlook 2012*. Récupéré le 30 janvier 2014, de <http://www.oecd.org/daf/fin/private-pensions/oecd-pensions-outlook-2012.htm>
- OCDE. (2013). *Pensions at a glance 2013 : retirement-income systems in OECD and G20 countries*. Récupéré le 23 janvier 2014, de <http://www.oecd.org/pensions/pensionsataglance.htm>

- Organisation mondiale de la santé. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Genève. Récupéré de <http://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=luqgKK2euxoC&oi=fnd&pg=PR7&dq=World+Health+Organization+2000+&ots=sKq3469IVe&sig=LcgiKBg6GT1ncsMFwlbZsrzVMuQ>
- Organisation mondiale de la santé. (2002). Active ageing: a policy framework. Récupéré le 23 janvier 2014, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé. (2007). Global age-friendly cities : a guide. WHO. Récupéré le 23 janvier 2014, de http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2012). Good health adds life to years: global brief for World Health Day 2012. Récupéré le 5 décembre 2013, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2014a). Mandate by Member States on Social Determinants of health. Récupéré le 30 janvier 2014, de http://www.who.int/social_determinants/implementation/en/
- Organisation mondiale de la santé. (2014b). Age-friendly Environments Programme. Récupéré le 30 janvier 2014, de http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/
- Pavalko, E. K., et Caputo, J. (2013). Social inequality and health across the life course. *American Behavioral Scientist*. Récupéré de <http://abs.sagepub.com/content/early/2013/05/13/0002764213487344.abstract>
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 241–256.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., et Levin, B. (2004). “Fundamental causes” of social inequalities in mortality: a test of the theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 265–285.
- Plouffe, L. A., et Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gaceta Sanitaria*, 25, Supplement 2, 131–137. doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.001
- Prus, S. G. (2007). Age, SES, and health: a population level analysis of health inequalities over the lifecourse. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 275–296.
- Quadagno, J., Kail, B. L., et Shekha, K. R. (2011). Welfare states: Protecting or risking old age. In *Handbook of Sociology of Aging* (pp. 321–332). Springer. Récupéré de http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-7374-0_20
- Quesnel-Vallee, A, et Jenkins, T. M. (2009). Social policies and health inequalities. In W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 455–483). Oxford : Blackwell Publishing.
- Quesnel-Vallée, A., Renahy, E., Jenkins, T., et Cerigo, H. (2012). Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective: the health insurance access database. *BMC Health Services Research*, 12(1), 107. doi:10.1186/1472-6963-12-107
- Quesnel-Vallee, Amelie. (2004). Is it really worse to have public health insurance than to have no insurance at all? Health insurance and adult health in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(4), 376–392.
- Rantz, M. J., Marek, K. D., et Zwygart-Stauffacher, M. (2000). The future of long-term care for the chronically ill. *Nursing Administration Quarterly*, 25(1), 51–58.

- Robert, S. A., Cherepanov, D., Palta, M., Dunham, N. C., Feeny, D., et Fryback, D. G. (2009). Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the national health measurement study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(3), 378–389. doi : 10.1093/geronb/gbp012
- Robert, S., et House, J. S. (1996). SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging and Health*, 8(3), 359–388.
- Schlotter, M., Schwerdt, G., et Woessmann, L. (2010). *Econometric methods for causal evaluation of education policies and practices: a non-technical guide* (No. 4725) (p. 39). Récupéré de <http://ftp.iza.org/dp4725.pdf>
- Schoeni, R. F., Martin, L. G., Andreski, P. M., et Freedman, V. A. (2005). Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly : 1982–2002. *American Journal of Public Health*, 95(11), 2065–2070. doi:10.2105/AJPH.2004.048744
- Schöllgen, I., Huxhold, O., et Tesch-Römer, C. (2010). Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German ageing survey. *European Journal of Ageing*, 7(1), 17–28.
- SCIP. (2014). Social citizenship indicator program (SCIP). *DSpace at Stockholm University: Social Citizenship Indicator Program*. Récupéré le 31 janvier 2014, de <https://dspace.it.su.se/dspace/handle/10102/7>
- Scott, A. J. (2001). *Global city-regions : trends, theory, policy*. Oxford University Press. Récupéré de <http://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=mHE0b45cEEUC&oi=fnd&pg=PR8&dq=Scott+2001+institution+theory&ots=MySpDqYmk-&sig=HSybVRPC6k492DPhy2dSmMymjR8>
- Scruggs, L., Kuitto, K., et Detlef, J. (2013). Comparative welfare entitlements dataset 2 (CWED 2). *CWED*. Récupéré le 31 janvier 2014, de <http://cwed2.org/>
- Service public. (2014). Réforme des retraites : la loi est publiée au Journal officiel. *Service Public*. Récupéré le 30 janvier 2014, de <http://www.service-public.fr/actualites/002825.html>
- Sultz, H. A., et Young, K. M. (2009). Long-term care. In *Health Care, USA: Understanding Its Organization and Delivery* (pp. 279–315). Jones et Bartlett Publishers.
- Taylor, M. G. (2008). Timing, accumulation, and the black/white disability gap in later life : a test of weathering. *Research on Aging*, 30(2), 226–250. doi : 10.1177/0164027507311838
- Wagmiller, R. L., Lennon, M. C., Kuang, L., Alberti, P. M., et Aber, J. L. (2006). The dynamics of economic disadvantage and children's life chances. *American Sociological Review*, 71(5), 847–866.
- Weymann, A. (2009). The life course, institutions, and life course policy. In *The Life Course Reader: Individuals and Societies Across Time* (pp. 139–58). Francfort : Campus Reader.
- Wiener, J. M., et Tilly, J. (2002). Population ageing in the United States of America: implications for public programmes. *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 776–781.
- Willson, A. E. (2009). Fundamental causes of health disparities : a comparative analysis of Canada and the United States. *International Sociology*, 24(1), 93–113.
- Willson, A. E., Shuey, K. M., et Elder Jr, G. H. (2007). Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health. *American Journal of Sociology*, 112(6), 1886–1924.
- Wolf, D. A., Hunt, K., et Knickman, J. (2005). Perspectives on the recent decline in disability at older ages. *Milbank Quarterly*, 83(3), 365–395.