

Conclusions générales

Problèmes de méthodologie

Le présent rapport présente une vue en coupe de la population âgée, de ses conceptions de la santé, de ses modes de vie individuels, de ses conditions de vie et de l'utilisation qu'elle fait des services sociaux et de santé. Comme avec toute étude en coupe, on ne peut distinguer les effets de l'âge des effets de cohorte, autrement dit on ignore si une population âgée aujourd'hui de 60 à 64 ans sera, dans dix ans, semblable à celle âgée aujourd'hui de 70 à 74 ans. Indépendamment de tout changement à long terme dans le service des prestations et de toute modification de la situation économique générale, tous les groupes d'âges considérés ici ont vraisemblablement été soumis à des pressions sélectives différentes de celles qui se sont exercées sur d'autres cohortes. Seules des études longitudinales permettraient de mesurer l'étendue de ces différences, études qui, selon les prévisions, seront réalisées dans quelques-uns au moins des centres participants. Il faudra utiliser des plans de recherche encore plus complexes, assortis de véritables examens physiques, pour déceler les différences entre les processus du vieillissement, les groupes d'âges et les effets du temps.

Avant de passer aux résultats, il faut d'abord s'arrêter sur un certain nombre de problèmes de méthode. Le premier tient au fait qu'on a présenté les résultats en général par groupes d'âges quinquennaux et par sexe. On a découpé les échantillons de cette façon afin d'avoir suffisamment de sujets aux âges les plus élevés. Comme la composition âge/sexe variait suivant les régions étudiées, on n'a pas jugé bon de chercher à évaluer la situation des personnes âgées dans leur ensemble. On pourrait donc penser, à première vue, que les résultats décrivent par trop la situation des grands vieillards, si l'on oublie que ceux-ci ne représentent qu'une proportion relativement faible des plus de 60 ans dans les populations actuelles.

Toute enquête internationale de ce type pose le problème de l'uniformité dans la collecte des données. On a donc utilisé un questionnaire normalisé, mis au point par le groupe d'enquêteurs responsables et testé dans un certain nombre de centres. Malgré cette planification coordonnée et la visite de certains centres par des fonctionnaires de l'OMS, l'interprétation du protocole de l'étude et la traduction du questionnaire en plusieurs langues

ont posé quelques difficultés. Les différences d'âge et de formation des enquêteurs de terrain, ainsi que l'impossibilité, dans certains centres, de les instruire conformément aux directives du groupe de responsables, ont encore posé d'autres difficultés. Les études de ce type doivent adopter une démarche interdisciplinaire qui fasse appel au savoir-faire des cliniciens, des gérontologues, des épidémiologistes et des sociologues. Cette démarche exige, elle aussi, un terrain d'entente, et les divers centres collaborateurs ont mis du temps à le trouver.

Il ne faut pas perdre de vue que les régions sélectionnées représentaient des combinaisons variables de districts ruraux et urbains, qui n'étaient pas nécessairement représentatives du dosage urbain/rural du pays tout entier. Les enquêtes réalisées dans les seize régions devaient cependant fournir la matière nécessaire pour des comparaisons. Or, pour réaliser une étude transnationale ou transculturelle, il faut analyser en profondeur un grand nombre de facteurs qui influent sur les résultats et sur leur interprétation, et, là encore, les comparaisons ne réussiraient qu'en partie sur plusieurs points délicats qui ont fait l'objet de l'étude. A bien des égards, une des comparaisons les plus valables entre les régions considérées serait celle établie entre zones urbaines des grandes agglomérations. Cette comparaison sera, il faut l'espérer, effectuée à partir des données réunies. En fait, les résultats présentés ici sont loin de répondre totalement à la vision initiale, à certains égards optimiste, du protocole de l'étude, pour ce qui concerne le choix des régions comme sur d'autres points.

Ce premier rapport a pour but de donner une description de la situation des personnes âgées qui puisse servir pour la planification et la mise en place, dans chaque pays, de services sociaux et de santé à l'intention de ces personnes. Des analyses plus poussées des données fourniront l'occasion de réaliser une étude plus approfondie des questions qui se sont posées durant la rédaction du rapport.

A propos de cette étude, il convient de préciser que l'on n'a pas interrogé les sujets en trop mauvaise santé, ni ceux placés dans des établissements. La situation présentée ici diffère donc probablement tant soit peu de celle qui existe dans les régions étudiées, en particulier pour ce qui est des grands vieillards. Le contrôle de la qualité a, lui aussi, posé des problèmes, malgré les grands efforts déployés pour planifier et normaliser les conditions de l'étude. Certaines questions n'ont pas été comprises partout de la même façon, et le contrôle de la qualité a varié selon les centres, en fonction, jusqu'à un certain point, de leur compétence et de leur expérience des enquêtes de ce type. On a exclu du rapport les points sur lesquels des problèmes sont apparus.

Dans certaines régions, le faible taux de réponse rend les résultats un peu moins fiables. Bien qu'on ne puisse définir un taux à juger satisfaisant, il importe, dans les comparaisons, d'avoir présent à l'esprit le taux de réponse obtenu au sujet du point considéré.

On pourrait se demander si l'étude n'était pas trop ambitieuse, le nombre de centres trop élevé et la diversité des âges trop grande risquant de nuire à la normalisation, à tous les niveaux, de sa conception et de son exécution. Cependant, c'est justement la grande diversité des conditions

géographiques, des bases de sondage et de la gamme des âges retenus qui confèrent à ce rapport un intérêt particulier.

Les observations

Comme le résumé des observations figure à la fin de chaque chapitre, elles ne seront pas reprises ici. En général, on peut comparer toutes les données pour déterminer si elles dénotent des tendances selon l'âge, des différences entre hommes et femmes, ainsi que des différences géographiques et, dans l'affirmative, si ces différences correspondent à des profils culturels ou économiques.

Dans les zones urbaines, la majorité des personnes âgées se compose de retraités, tandis que, dans les zones rurales, cette majorité continue à travailler même aux âges les plus avancés. La plupart des citadins avaient plus de cinq ans de scolarité à plein temps, ce qui était plus rare chez les ruraux, surtout chez les femmes. La formation professionnelle à plein temps, élémentaire ou avancée, était relativement peu courante; dans certaines régions, elle concernait moins de 5% des personnes âgées, avec des pourcentages peu différents d'un groupe d'âges à l'autre. Même si l'on prévoit pour l'avenir une amélioration du niveau général d'éducation et de formation des personnes âgées, les données actuelles donnent à penser qu'en l'an 2000 la majorité de ces personnes aura encore un niveau d'instruction relativement modeste, sera composée d'anciens travailleurs manuels ou agricoles, mais ne fera plus partie de la population active. La façon de donner aux retraités une fonction sociale riche de sens sera une des questions les plus importantes à prendre en compte lors de la planification des mesures sociales à l'intention des personnes âgées.

L'idée que se faisaient les femmes de leur santé et de leur bien-être a constitué un des résultats les plus surprenants. Les «personnes ne se sentant actuellement pas en bonne santé» étaient plus souvent des femmes. Le pourcentage des sujets qui s'estimaient en bonne santé était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. De même, on a dénombré plus de femmes que d'hommes parmi les personnes qui s'étaient plaintes de malaises dans les deux semaines précédant l'enquête et, en général, les femmes plus que les hommes ont signalé que leur état de santé compromettait leurs activités quotidiennes. Les variables affectant l'état de santé différaient beaucoup moins selon l'âge qu'entre hommes et femmes. Les femmes ont également déclaré avoir plus de mal à s'acquitter des activités quotidiennes, et on a observé chez elles une plus grande prévalence d'infirmités physiques diverses, les difficultés de circulation dans les membres inférieurs par exemple. Cependant, le tableau change si l'on considère certains problèmes particuliers : on note par exemple un accroissement marqué de la prévalence des difficultés d'audition avec l'âge, et ces difficultés sont généralement plus courantes chez les hommes que chez les femmes.

La grande diversité des indicateurs de l'état de santé des populations concernées mériterait davantage d'attention si l'on devait poursuivre l'étude. Les résultats amènent à penser que la capacité physique des personnes âgées tient à des différences d'acculturation. Il convient cependant de rappeler que

le modèle utilisé ici pour évaluer l'état de santé est fonctionnel et non médical. Pour procéder à un examen plus approfondi de l'état de santé des personnes âgées, des évaluations cliniques et épidémiologiques s'imposent.

Dans l'ensemble, la qualité des logements semblait assez satisfaisante, même si, dans certains cas, l'habitation ne convenait manifestement pas (logement sur plusieurs étages, nombreux escaliers, etc.). A première vue, il y avait peu de différences notables dans la qualité du logement selon l'âge, mais, là encore, on a remarqué que les femmes, en avançant en âge, vivaient plutôt dans des logements moins convenables. Cette situation reflète, du moins en partie, des différences entre cohortes, les générations nouvelles disposant au départ d'un logement de meilleure qualité que celui des générations précédentes. Le nombre élevé des personnes vivant seules, en particulier parmi les femmes âgées et dans les zones urbaines industrialisées, risque d'avoir des effets dommageables si la société ne prend pas des mesures pour améliorer l'intégration sociale des personnes âgées.

Les modes de vie différaient beaucoup, à plusieurs égards, selon le sexe, le groupe d'âges et la région étudiée. Les femmes avaient en général moins de plaisir de vivre que les hommes et, partout, elles se sentaient plus seules que les hommes. Les résultats font également apparaître une renonciation progressive aux activités sociales, mais ceux qui participaient activement à des rencontres étaient une fois encore plus souvent les hommes que les femmes.

Les différences d'«habitudes d'hygiène» étaient souvent plus marquées entre populations étudiées que d'un groupe d'âges ou d'un sexe à l'autre dans chaque population. Par exemple, la proportion de femmes qui consommait de l'alcool allait de la grande majorité dans certaines régions à moins de 10% dans les groupes plus âgés ailleurs. Dans l'ensemble, une plus grande proportion d'hommes que de femmes consommait de l'alcool, mais avec une différence beaucoup plus marquée dans certaines régions. En ce qui concerne la prévalence du tabagisme dans les régions, on a observé de très grandes différences, surtout chez les hommes. L'exercice physique apparaissait comme une habitude largement répandue dans les zones urbaines des sociétés très industrialisées, alors que les habitants de la plupart des zones rurales ne s'y intéressaient que très modérément. Il faudrait accorder davantage d'attention à ces variables lorsqu'on s'efforce de prévenir une dégradation prématurée de l'état de santé et de la capacité fonctionnelle des personnes âgées. Les grandes différences de modes de vie observées entre les populations étudiées laissent entendre que, plus que le vieillissement en soi, les traditions culturelles et les conditions économiques et sociales pèsent sur la détermination des activités et sur le comportement des personnes âgées. On peut également supposer qu'il serait possible de faciliter l'adaptation à la retraite par la mise en œuvre de programmes spécifiques à cet effet.

Comme on pouvait s'y attendre, les prestations de services diffèrent largement d'un centre à l'autre. Dans certains, on a constaté que les personnes les plus âgées y recouraient nettement plus que les autres et qu'en général les femmes y faisaient un peu plus appel que les hommes. Les prestations de santé étaient relativement plus courantes que les prestations sociales. Certaines prestations sociales n'étaient pas encore monnaie courante dans plusieurs pays, alors qu'ailleurs on observait une différenciation

de plus en plus marquée de la gamme de prestations proposées. Il est maintenant largement admis qu'il faut organiser les différentes formes de prestations en un système polyvalent qui prenne en compte les besoins individuels de toutes les personnes âgées.

La médecine contemporaine se caractérise par une forte consommation de médicaments, mais on a observé, dans cette consommation, de grandes différences, qu'il s'agisse des médicaments prescrits ou non. Il faudra étudier la question plus en profondeur lorsqu'on poursuivra l'étude. Personne n'ignore qu'en plus des effets recherchés les médicaments produisent des effets secondaires chez les sujets âgés. L'analyse des différences de consommation selon les groupes de personnes âgées peut procurer des renseignements précieux sur le juste équilibre à établir entre le traitement pharmacologique et les autres formules de thérapeutique et de rééducation.

On procède actuellement au recensement des services existants dans certaines régions, ce qui donnera, entre autres, l'occasion d'analyser avec plus de précision les relations entre la consommation de prestations, les variables déterminant l'état de santé, et les réseaux de services en place.



L'enquête, qui avait trait à l'état de santé et à la capacité des personnes âgées, à l'utilisation qu'elles font des services et à leurs modes de vie, fait apparaître des différences considérables entre les régions, les sexes et les groupes d'âges. Dans l'ensemble, les différences semblent plus marquées entre les populations étudiées qu'entre groupes d'âges, mais il faut tenir compte de la proportion croissante de personnes d'âges les plus élevés placées en établissement, ainsi que d'autres facteurs de sélection.

L'enquête a non seulement mis en évidence les problèmes de santé des personnes âgées, mais a également montré que beaucoup de ces personnes, y compris les grands vieillards, ont relativement peu de contacts avec les services sociaux et de santé. Les sujets les plus âgés sont les survivants d'un groupe de personnes beaucoup plus nombreux. Comme une proportion croissante de la population va parvenir à un âge avancé, du fait de la forte baisse de la mortalité avant 60 ans, on peut se demander si les cohortes futures de grands vieillards éprouveront les mêmes problèmes que celles d'aujourd'hui. Il faut souhaiter que cette étude permette de mieux connaître les problèmes de santé que pose le vieillissement, question récemment étudiée dans la Région européenne de l'OMS (108).

Les résultats de l'enquête pourront servir à ceux qui entendent organiser des services à l'intention des personnes âgées en faisant appel à leur participation, et en particulier à développer ces services à mesure que la proportion de personnes âgées augmentera dans la plupart des régions du monde. Il faut espérer aussi qu'ils inciteront la société à adopter une attitude positive à l'égard de ces personnes. Il ne suffit pas de multiplier les prestations sociales et de santé au fur et à mesure que les bénéficiaires avancent en âge, il faut également adopter une vision globale de la santé et de la place des personnes

âgées dans la société, et déployer des efforts collectifs et individuels pour remédier tant soit peu à l'isolement, à la solitude et aux invalidités mis en évidence par l'enquête chez ces personnes, en particulier chez les femmes. Il faudra encore étudier les raisons qui incitent les personnes âgées à se considérer en bonne santé et répondre, dans la mesure du possible, à leurs aspirations en s'efforçant de leur donner des satisfactions et de leur assurer une autonomie aussi grande que possible.

L'âge en soi ne constitue pas la source de la plupart des problèmes des personnes âgées. Les conclusions de l'étude font apparaître de grandes différences entre les populations étudiées, pour ce qui concerne non seulement leurs impressions ou leurs réactions mais également leur faculté de faire face à la vie quotidienne, leur activité et leur rôle social. Ces conclusions permettent d'envisager avec optimisme la possibilité d'atténuer les disparités sociales entre personnes âgées et d'assurer leur autonomie, comme leur épanouissement, en leur offrant des prestations appropriées et en renforçant leurs relations sociales.

Bibliographie

1. OMS, Série de Rapports techniques, N°548, 1974 (*Planification et organisation des services de gériatrie : rapport d'un comité d'experts de l'OMS*).
2. *La question des personnes âgées : rapport du secrétaire général*. New York, Nations Unies, 1981 (document inédit 81-00774 8877E(E)).
3. **Amann, A.** *The status and prospects of the aging in western Europe*. Vienne, Eurosocial, 1981 (Occasional Papers, N°8).
4. **Chebotarev, D.F. et al.** *La situation des personnes âgées dans les pays socialistes d'Europe de l'Est*. Graz, Eurag, 1981 (document destiné à l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, 1982).
5. **Royal Commission on the National Health Service.** *Report*. Londres, H.M. Stationery Office, 1979 (Cmnd 7615).
6. **Harris, A.** *Handicapped and impaired in Great Britain*. Londres, H.M. Stationery Office, 1971.
7. **Townsend, P. & Wedderburn, D.** *The aged in the welfare state*. Londres, Bell, 1965.
8. **Booth, C.** *The aged poor*. Londres, Macmillan, 1884.
9. **Sheldon, J.H.** *The social medicine of old age*. Londres, Oxford University Press, 1948.
10. **Shanas, E. et al.** *Old people in three industrial societies*. Londres, Routledge & Kegan Paul, 1968.
11. **Maddox, G.L. & Douglass, E.G.** Self-assessment of health : a longitudinal study of selected elderly subjects. *Journal of health and social behavior*, **14** : 87-93 (1973).
12. **George, L.K. & Maddox, G.L.** Subjective adaptation to loss of the work role : a longitudinal study. *Journal of gerontology*, **32** : 456-462 (1977).
13. **Shanas, E. & Maddox, G.** Aging, health and the organization of health resources. In : Binstock, R. & Shanas, E., ed. *Handbook of aging and the social sciences*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1976, pp. 529-618.
14. **Shanas, E.** Health status of older people. *American journal of public health*, **64** : 261-264 (1974).
15. **Katz, S. et al.** Studies of illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, **185** : 914-919 (1963).
16. **Lawton, M.P.** The functional assessment of elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*, **19** : 465-481 (1971).

17. **Kalimo, E. et al.** *Health and health care of elderly population in Finland.* Helsinki, Societas Gerontologica Fennica, 1980, p. 65 (Geron 22, Year Book 1978–1979).
18. **Binstock, R.H. & Shanas, E., ed.** *Handbook of aging and the social sciences.* New York, Van Nostrand Reinhold, 1976.
19. **Sachuk, N.N. & Moskalec, G.M.** Komplexe Einschätzung der Frage der rationellen individuellen Lebensweise nichtarbeitender Rentner. *Zeitschrift für Altersforschung*, **34** : 241–254 (1979).
20. **Cunningham, D.A. et al.** Active leisure time activities as related to age among males in a total population. *Journal of gerontology*, **23** : 551–556 (1968).
21. **Eitner, S. et al., ed.** *Praktische Gerohygiene.* Dresde, Steinkopff, 1975.
22. **Chebotaiev, D.F. et al.** *Handbuch der Gerontologie, Band 1. Grundlagen der Gerontologie.* Iéna, VEB Gustav Fischer, 1978.
23. **Gentleman, J.F. et al.** Smoking and its effect on mortality of the elderly. *American journal of medical sciences*, **276** : 173–183 (1978).
24. **Palmore, E.** The effects of aging on activities and attitudes. *Gerontologist*, **8** : 259–263 (1968).
25. **Schmitz-Scherzer, R.** Longitudinal change in leisure behaviour of the elderly. In : Thomae, H., éd. *Patterns of aging, findings from the Bonn longitudinal study on aging.* Bâle, Karger, 1976.
26. **Pfeiffer, E.** Survival in old age. In : Palmore, E., ed. *Normal aging II.* Durham, NC, Duke University Press, 1974, pp. 269–280.
27. **Amann, A. & Weiser, G.** Zur Praxis der Altenhilfe im Wohlfahrtsstaat — am Beispiel der Heimhilfe in Wien. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* : 3/4 (1977).
28. **Ward, R.A.** Services for older people: an integrated framework for research. *Journal of health and social behavior*, **81** : 61 (1977).
29. **Ward, R.A.** The meaning of voluntary association participation to older people. *Journal of gerontology*, **34** : 438–445 (1979).
30. **Bergman, S.** The aged in Israel : some preliminary remarks for a discussion on the situation of the aged and some recommendations for future programmes. *Society and welfare.* Quarterly for social work, August, 1978.
31. **Coward, R.T.** Planning community services for the rural elderly : implications from research. *Gerontologist*, **19**(3) : 275–282 (1979).
32. **Brückel, K.W.** Krankheit und Alter. In : *Grundzüge der Geriatrie.* Munich, Berlin, Vienne, Urban & Schwarzenberg, 1975.
33. **Wilkinson, J. et al.** Old people at home : their unreported needs. *Lancet*, **1** : 1117–1120 (1964).
34. **Svanborg, A.** Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. II. General presentation of social and medical conditions. *Acta medica scandinavica*, Suppl. 611 : 5 (1977).
35. **Ruikka, I., et al.** The health of the aged in Turku. *Annales Academiae Scientiarum Fennicae, Series A, V Medica*, Vol. 120, 1966.
36. **Landahl, S. et al.** Digitalis therapy in a 70-year-old population. *Acta medica scandinavica*, **202** : 437 (1977).

37. Svanborg, A. et al., ed. *Frisk eller sjuk på äldre dar*. Rapport från populationsstudien «70-åringar i Göteborg (H70)». Delegation för social forskning, Rapport 4, 1980.
38. Pohjola, P. et al. Longitudinell studie av hälsotillståndet och funktionsförmågan hos 67–71-åringar i Jyväskylä. In: *Nordisk gerontologi*, Fjerde Nordiske Kongress i Gerontologi. Oslo, 1980, pp. 48–52.
39. Linn, M.W. A rapid disability rating scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 15 : 211–214 (1967).
40. Shanas, E. Measuring the home health needs of the aged in five countries. *Journal of gerontology*, 26 : 37–40 (1971).
41. Insel, P.M. & Moos, P.H. *Health and the social environment*. Toronto et Londres, Lexington Books, 1974.
42. Rosenmayr, L. Problems in sociogerontological theory. *Aktuelle Gerontologie*, 9 : 163–210 (1979).
43. Dooghe, G. & Ockers, J. *Les personnes âgées en Belgique*. Bruxelles, centre d'études de la population et de la famille, Ministère de la santé publique et de la famille, 1967–1970, vol. I–IV.
44. Piotrowski, J. *Old people in Poland and their vital capacity*. Varsovie, 1970.
45. Drewnowski, J. *On measuring and planning the quality of life*. La Haye et Paris, Mouton, 1974 (Série brochée de l'Institut d'études sociales, Vol. XI).
46. *Report on international definition and measurement of standards and levels of living* : rapport d'un comité d'experts réuni par le secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, l'Organisation internationale du travail et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. New York, Nations Unies, 1954.
47. *Report on international definition and measurement of levels of living : an interim guide*. New York, Nations Unies, 1961.
48. Drewnowski, J. *Studies in the measurement of level of living and welfare*. Genève, United Nations Research Institute for Social Development, 1970 (Rapport N°70.3).
49. Johansson, S. *Om Levnadsnivåundersökningen*. Utkast till kap. 1 och 2 i betänkande om svenska folkets levnadsförhållanden. Stockholm, Almänna Förlaget, 1971.
50. Stevens-Long, J. *Adult-life, developmental processes*. Californie, Mayfield Publishing Company, 1979.
51. Carp, F.M. Housing and living environments of older people. In: Binstock, R.H. & Shanas, E., ed. *Handbook of aging and the social sciences*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1976, pp. 244–263.
52. *Pensionär '75*. En kartläggning med framtidsaspekter. Statens offentliga utredningar 98. Stockholm, Département des affaires sociales, 1977.
53. Dieck, M. *Wohnen und Wohnumfeld Alterer Menschen in Österreich*. Veröffentlichung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung. Vienne et New York, Springer, 1979.
54. Rosenmayr, L. The family — a source of help for the elderly ? In: Shanas, E. & Sussman, M.B., ed. *Family, bureaucracy, and the elderly*. Durham, NC, Duke University Press, 1977, pp. 132–155.

55. **Gordon, L. & Klopov, E.** *Man after work*. Moscou, Nauka, 1972.
56. **Mantz, G.** Zur Auffassung von der Lebensweise und dem Lebensniveau in der sozialistischen Volkswirtschaftsplanung der DDR. In: Koskiaho, B. et al., éd. *Lebensweise und Lebensniveau. Wohnen und Wohnumwelt*. Tampere, Finn-publishers, 1979.
57. **Butenko, A.P.** *Sotsialisticheskii obraz zhizni : problemy i suzhdeniya*. Moscou, Nauka, 1978.
58. **Hanke, H.** Sozialistische Lebensweise und Kultur. *Weimarer Beiträge*, 8 (1978).
59. **Bestuzhev-Lada, I.V.** Prognozirovanie obraza zhizni (nekotorye metodologicheskie problemy). *Sotsiologicheskie issledovaniya*, 2 : 58–69 (1974).
60. **Maas, H.S. & Kuypers, J.A.** *From thirty to seventy. Forty year longitudinal study of adult life styles and personality*. San Francisco, Jossey-Bass, 1977.
61. **Havighurst, R.** A social-psychological perspective on aging. *Gerontologist*, 8 : 67–71 (1968).
62. **Havighurst, R.J. et al.** *Adjustment to retirement. A cross-national study*. Assen, Van Gorcum, 1972.
63. **Weg, R.B.** Changing physiology of aging : normal and pathological. In: Woodruff, D.S. & Birren, J.E., ed. *Aging, scientific perspective and social issues*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1978, pp. 229–256.
64. **McGlone, F.B. & Kick, E.** Health habits in relation to aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 26 : 481–488 (1978).
65. **de Vries, H.A.** Physiological effects of an exercise training regimen upon men age 52 to 88. *Journal of gerontology*, 25 : 325–336 (1970).
66. **Heikkinen, E. et al.** Health situation and related social conditions among 66-year-old Finnish men. *Scandinavian journal of social medicine*, 4 : 71–74 (1976).
67. **Willie, C.M. & Bear, M.R.** Should we discourage cigarette smoking in elderly patients ? *Geriatrics*, 33 : 95–104 (1978).
68. **Palmore, E.** The effects of aging on activities and attitudes. In: Palmore, E., ed. *Normal aging I*. Durham, NC, Duke University Press, 1970, pp. 332–341.
69. **Cutler, S.J.** Age profiles of membership in sixteen types of voluntary associations. *Journal of gerontology*, 31 : 462–470 (1976).
70. **Gordon, C. et al.** Leisure and lives : personal expressivity across the life span. In: Binstock, R.H. & Shanas, E., ed. *Handbook of aging and social sciences*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1976, pp. 310–314.
71. **Arndt, W. & Werling, H.** Soziologische Aspekte der sozialen Situation von Bürgern im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Altersforschung*, 34 : 225–229 (1979).
72. **Zborowski, M. & Eyde, L.D.** Aging and social participation. *Journal of gerontology*, 17 : 424–430 (1962).
73. **Havighurst, R.J.** Leisure and aging. In: Hoffman, A.M., ed. *The daily needs and interests of older people*. Springfield, IL, Thomas, 1970, pp. 165–174.

74. **Itzin, F.** Social relations. In : Hoffman, A.M., ed. *The daily needs and interests of older people*. Springfield, IL, Thomas, 1970, pp. 137-164.
75. **Pflanz, M.** Development of cross-national comparisons of health services use. In : *Cross-national sociomedical research : concepts, methods, practice*. Stuttgart, Thieme, 1976.
76. **Myerhoff, B.G. & Simic, A., ed.** *Life's career — aging. Cultural variations on growing old*. Londres, Sage publications, 1978 (Cross-cultural Research and Methodology Series, N°4).
77. **Gill, D.G.** Cross-national sociomedical research : summary statement. In : *Cross-national sociomedical research : concepts, methods, practice*. Stuttgart, Thieme, 1976.
78. **Palmore, E. & Luikart, C.** Health and social factors related to life satisfaction. *Journal of health and social behavior*, 13 : 68-80 (1972).
79. **Lawton, M.P.** The dimension of morale. In : Kent, P.D. et al., éd. *Research planning and action for the elderly*. New York, Behavioral Publications, 1976, pp. 144-165.
80. **Medley, M.L.** Satisfaction with life among persons sixty-five years and older. *Journal of gerontology*, 31 : 448-455 (1976).
81. **Cutler, S.J.** Aging and voluntary association participation. *Journal of gerontology*, 32 : 470-479 (1977).
82. **Toseland, R. & Sykes, J.** Senior citizens center participation and other correlates of life satisfaction. *Gerontologist*, 17 : 235-241 (1977).
83. **Tunstall, J.** *Old and alone. A sociological study of old people*. Londres, Routledge & Kegan Paul, 1966.
84. **Berg, S. & Johansson, B.E.A.** Det sociala nätverket — en viktig faktor för äldreomsorgen. *Socialmedicinsk tidskrift*, 55 : 579-583 (1978).
85. **Gubrium, J.F.** Being single in old age. *International journal of aging and human development*, 6 : 24-41 (1975).
86. **Neugarten, B. et al.** The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology*, 2 : 135-143 (1961).
87. **Shapiro, V.D.** *Chelovek na pensii*. Moscou, 1980.
88. **Panina, N.V.** [Les difficultés psychosociales d'adaptation à la retraite]. In : *Adaptatsiya i starenie*. Kiev, 1980.
89. **Sachuk, N.N.** [Les problèmes socio-médicaux et sociologiques de l'adaptation à la retraite]. In : *Adaptatsiya i starenie*. Kiev, 1980.
90. **Beattie, W.M.** Aging and the social services. In : Binstock, R. & Shanas, E., ed. *Handbook of aging and the social sciences*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1976, pp. 619-642.
91. **Schram, S.F.** Elderly policy particularism and the new social services. *Social service review*, 53 : 76-91 (1979).
92. **Rowlings, C.** *Social work with elderly people*. Londres, Allen & Unwin, 1981 (Studies in the personal social services, N°3).
93. **Gibson, R.M. & Fisher, C.R.** Age differences in health care spending, fiscal year 1977. *Social security bulletin*, 42 : 3-16 (1979).
94. **Gelfand, D.E. & Olsen, J.K.** *The aging network. Programs and services*. New York, Springer, 1980.

95. **Lowy, L.** The role of social gerontology in the development of social services for old people. In : Kent, D.P. et al., ed. *Research planning and action for the elderly*. New York, Behavioral Publications, 1976, pp. 20-76.
96. **Brody, S.J.** Comprehensive health care for the elderly : an analysis. The continuum of medical, health and social services for the aged. *Gerontologist*, 13(4) : 412-418 (1973).
97. **Holmes, M.B. & Holmes, D.** *Handbook of human services for old persons*. New York, Human Sciences Press, 1979.
98. **Tobin, S.S.** Social and health services for the future aged. *Gerontologist*, Suppl. 32-37 (1975).
99. **Kahana, E. et al.** Community services and facilities planning. In : Lawton, M.P. et al., éd. *Community planning for an aging society*. Stroudsburg, Hutchinson & Ross, 1976, pp. 227-239.
100. **Brandt, F.** *Modelle offener Altenhilfe*. Bonn, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1979 (Band 70).
101. **Amann, A., ed.** *Open care for the elderly in seven European countries. A pilot study in the possibilities and limits of care*. Oxford, Pergamon, 1980.
102. **Shanas, E. & Sussman, B.B., ed.** *Family, bureaucracy and the elderly*. Durham, NC, Duke University Press, 1977.
103. **Kohn, R.** Development of cross-national comparisons of health services use. In : Pflantz, M. & Schach, E., ed. *Cross-national socio-medical research : concepts, methods, practice*. Stuttgart, Thieme, 1976.
104. **Little, C.V.** *Innovative programs and services for the elderly : a look at 24 countries*. Connecticut, 1977 (ronéographié).
105. **Kahn, A.J. & Kamerman, S.B.** *Social services in international perspective*. New Jersey, Transaction Books, 1979.
106. **Lowy, L.** *Social work with the aging. The challenge and promise of the later years*. New York, Harper & Row, 1979.
107. **Radebold, H. et al.** *Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen. Ein Handbuch*. Fribourg, Lambertus, 1981.
108. **Svanborg, A. et al.** *Epidemiological studies on social and medical conditions of the elderly : rapport sur une enquête*. Copenhagen, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1982 (Rapports et Etudes EURO, N°62) (français en préparation).