Louise GUYON

Chercheure , Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

(novembre 1996)

“Les femmes âgées”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

"Les femmes âgées".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 12, pp. 203-215. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 22 juillet 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“**Les femmes âgées**”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DERRIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 12, pp. 203-215. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Table des matières

[Introduction](#)

[Vivre ou survivre... une question de qualité de vie](#)
[Vivre autonome et en santé](#)

[Autonomie fonctionnelle](#)
[Journées d'incapacité](#)

[Quand le moral nous lâche...](#)

[La dépression](#)
[La détresse psychologique](#)
[La vie sociale](#)

[Les petites pilules qui promettent gros...](#)

[Faits saillants](#)

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

"Les femmes âgées".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 12, pp. 203-215. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

En 1994, il y avait au Québec 506200 femmes âgées de 65 ans et plus, soit 14% de la population féminine et 7% de l'ensemble de la population québécoise (Duchesne, 1995). On prévoit qu'en 2031, elles seront plus de 900 000 et formeront alors la grande majorité des personnes du troisième âge, puisque l'on comptera seulement 65 hommes pour 100 femmes chez les 65 ans et plus. Les femmes âgées de 75 ans et plus (218 100 en 1994) représenteront alors près de 50% des femmes âgées. Cette croissance importante en proportion et en nombre justifierait à elle seule le choix d'inclure la population des femmes âgées dans cette monographie. Mais c'est surtout l'importance des problèmes de santé physique et psychologique et la précarité des conditions socio-économiques d'un grand nombre d'entre elles qui ont présidé à ce choix. En fait, toutes les études qui ont été menées sur les femmes âgées dans les sociétés occidentales font ressortir deux éléments principaux : la présence de maladies chroniques et l'appauvrissement (Smeeding, 1991 ; Hardy et Hazelrigg, 1993).

Vivre ou survivre... une question de qualité de vie

[Retour à la table des matières](#)

La première chose qui vient à l'esprit lorsqu'il est question des femmes âgées est la notion de survivance. En effet, la génération des Québécoises qui forment aujourd'hui la population âgée est née autour des années vingt. En termes d'espérance de vie*, elles disposent de six fois plus d'années de vieillesse que leurs aïeules (Asselin et al., 1994). Elles survivent également à leurs compagnons et on a vu que ces années sont des années difficiles pour un certain nombre d'entre elles, à cause des problèmes de santé et d'incapacité liés au vieillissement (voir le chapitre 2, qui porte sur l'espérance de vie), mais aussi à cause de la baisse de leurs revenus et d'une plus grande solitude à mesure que les témoins de leur génération disparaissent. On prévoit que « le temps vécu au-delà du 65^e anniversaire croîtra encore de génération en génération pendant des décennies » (Asselin et al., 1994, p. 221) et que les femmes continueront à dominer démographiquement ce groupe d'âge.

La précarité de la situation d'un bon nombre de femmes âgées a fait l'objet de plusieurs travaux de recherche au cours des dernières années. Et ceci venait combler un vide face aux travaux antérieurs qui hésitaient à donner un sexe à la population du troisième âge, occultant ainsi les problèmes spécifiques des femmes âgées, particulièrement les problèmes de pauvreté qu'elles vivaient. En moyenne, le salaire des femmes est beaucoup moins élevé que celui des hommes (Morgan, 1991). La distribution du revenu en fonction du sexe n'est cependant pas le seul élément qui contribue à la féminisation de la pauvreté. L'absence de sécurité d'emploi et d'avantages sociaux, ainsi que l'impossibilité de bénéficier d'autres formes de revenus à cause d'une base

salariale insuffisante, forment un ensemble qui caractérise davantage la réalité des femmes que celle des hommes. Ainsi, les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'appauvrissement parce qu'elles ont moins de revenus, parce qu'elles épuisent rapidement un capital moins élevé, alors que leurs besoins sur le plan de la santé sont plus importants et qu'elles vivent plus longtemps que les hommes (Hardy et Hazelrigg, 1993). Les différences entre les hommes et les femmes quant au risque de pauvreté s'expliquent d'une part par la discrimination liée au sexe qui s'est manifestée à des étapes antérieures de leur vie (par exemple l'accès à l'éducation et les possibilités de travail). D'autre part, certains événements qui se produisent à un âge plus avancé (par exemple le décès du conjoint) ont un impact différent selon qu'on soit un homme ou une femme (Hardy et Hazelrigg, 1993).

La poussée démographique d'une génération de femmes qui avaient vécu leurs années actives en dehors du marché du travail et qui se retrouvaient mises à la retraite sans les avantages financiers habituellement associés à cet état a attiré l'attention des chercheurs (David et Pinard, 1994 ; Charpentier, 1995 ; McDaniel, 1989). Les plus optimistes d'entre eux posent l'hypothèse que les prochaines générations de femmes âgées devraient connaître un meilleur sort parce qu'elles auront participé à la vie active et à ses bénéfices (Marcil-Gratton et Légaré, 1987). Cette prospective se base sur l'hypothèse que la pauvreté des femmes âgées est due au seul fait qu'elles n'ont pas suffisamment travaillé pour se prévaloir des prestations de remplacement de revenus d'emploi. Ce que contestent Hélène David et Rolande Pinard dans une analyse critique des travaux consacrés aux femmes vieillissantes au travail et à la retraite depuis les 15 dernières années. Selon elles, la présence des femmes sur le marché du travail a été plus importante que ce qui est rapporté dans la plupart des études : « il y a donc une occultation complète des conditions qui sont faites aux femmes sur le marché du travail ; on sait pourtant qu'elles sont concentrées dans un faible nombre d'emplois dévalorisés et sous-payés ; cette situation, ainsi que des avantages sociaux moindres et

des interruptions d'emplois plus fréquentes, n'est pas sans affecter leur passage et leur vie à la retraite » (David et Pinard, 1994, p. 9).

Selon l'enquête sociale et de santé, près de 40% des femmes de 65 ans et plus vivent seules ; elles sont alors séparées, divorcées, veuves ou célibataires (figure 12.1 et tableau 12.2, en annexe). Cette situation leur est particulière, puisque seulement 19% des hommes du même âge vivent cette solitude. Par ailleurs, plus des deux tiers (68%) des femmes âgées qui vivent seules se déclarent heureuses et même très heureuses de cette situation. Ces derniers résultats vont probablement surprendre, d'autant plus que, parmi l'ensemble des personnes qui vivent seules, ce sont les femmes âgées qui semblent s'en accommoder le mieux (Santé Québec, 1995, volume 1, p. 135). D'un côté, on pourra se réjouir du fait qu'une situation présumée négative (le fait de vivre seule) soit perçue positivement par un plus grand nombre de femmes. Par ailleurs, on pourra s'interroger sur le sens de cette affirmation ; ces femmes sont-elles heureuses de vivre seules parce que cela leur convient particulièrement ou est-ce vu en comparaison avec d'autres femmes du même âge qui vivent en institution —situation considérée habituellement comme la moins désirable ? Les données de l'enquête ne nous apprennent rien de plus sur cette question, mais on peut y voir une piste de recherche : il serait particulièrement pertinent de pousser plus à fond l'étude de la perception que les femmes âgées ont de leur vie, en fonction de leur situation sociale et économique. Pour les femmes, les meilleurs prédicteurs du maintien des habiletés fonctionnelles sont le fait de sortir au moins trois fois par semaine, les contacts sociaux, l'état de santé perçue et un sentiment de contrôle sur sa santé (Strawbridge et al., 1993).

La pauvreté est également le lot d'un plus grand nombre des femmes âgées de 65 ans et plus : plus du tiers d'entre elles (38%) sont pauvres ou très pauvres, comparativement au quart de la population masculine du même groupe d'âge (27%) (figure 12.1). On retrouve des résultats semblables dans l'étude canadienne sur la pauvreté (Conseil national du bien-être social, 1995), avec un taux de pauvreté de 34%

chez les Québécoises de 65 ans et plus (le taux masculin est de 21%). Ce taux grimpe à 47% chez les femmes seules (hommes seuls : 32%).

Vivre autonome et en santé

[Retour à la table des matières](#)

L'association entre la mauvaise santé et la pauvreté est particulièrement forte chez les femmes âgées. À elles seules, elles cumulent les deux principales conditions préalables à un mauvais état de santé : le vieillissement et la pauvreté. Elles sont plus nombreuses que les hommes à être plus vieilles et à être plus pauvres. On ne sera pas surpris de constater que près d'une femme âgée sur quatre (24%) s'estime en moyenne ou en mauvaise santé. Résultat plus surprenant, les hommes du même groupe d'âge obtiennent des résultats assez semblables, puisqu'un peu plus d'un homme sur cinq (21%) considère que sa santé est de qualité moyenne ou mauvaise.

Autonomie fonctionnelle

Mais tout n'est pas négatif dans la vie des femmes âgées, puisque près de quatre femmes sur cinq (79%) âgées entre 65 et 74 ans et vivant à domicile déclarent conserver leur pleine autonomie fonctionnelle, ce qui est également le cas de deux femmes sur trois après 75 ans. Elles n'ont besoin d'aucune aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne et considèrent qu'elles ne sont pas limitées dans celles-ci. Les hommes sont un peu plus nombreux à conserver cette autonomie (82% entre 65 et 74 ans et 78% après 75 ans), mais les différences entre les sexes ne sont pas significatives*.

figure 12.1

**POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE
DE 65 ANS ET PLUS**
selon l'état matrimonial et la suffisance du revenu,
Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993.

À partir de 65 ans, deux fois plus de femmes que d'hommes ont besoin d'aide pour les soins instrumentaux (s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses courses ou se déplacer à l'extérieur). Les proportions sont respectivement de 30% chez les femmes et de 13% chez les hommes. Il s'agit en fait de la seule sphère d'activité qui distingue, de façon significative, les femmes des hom-

mes pour ce qui est de l'autonomie fonctionnelle, les autres niveaux (soins personnels, activité principale et autres limitations) ne présentant pas de différences entre les hommes et les femmes de ce groupe d'âge. Encore une fois, il convient de replacer ces résultats dans le contexte de la division sexuelle du travail de la génération des personnes qui ont aujourd'hui plus de 65 ans. Pour la plupart d'entre elles, les tâches domestiques étaient assumées par les femmes et le sont encore. On peut poser l'hypothèse que si les femmes âgées mentionnent plus souvent leur besoin d'aide pour les soins instrumentaux (dont plusieurs sont des tâches domestiques), c'est que ces soins faisaient auparavant partie de leur travail quotidien. À l'inverse, pour les hommes, ces tâches ayant de tout temps été assumées par les femmes, ils ne sentiront pas le besoin d'en faire mention, même s'ils reçoivent une telle aide de leur entourage.

Peu de femmes sont confinées au domicile pour des raisons de santé. À partir de 65 ans, 3,7% des femmes ne se déplacent plus à l'extérieur. Ce pourcentage grimpe à 6,3% lorsqu'on ne considère que les femmes de 75 ans et plus. Les différences entre le groupe (65 ans et plus) et le sous-groupe (75 ans et plus) sont significatives. Le confinement au lit dénote un état de santé plus détérioré. C'est pourtant la réalité de plus d'une femme sur 20 vivant à domicile à partir de l'âge de 65 ans (5,9%).

Journées d'incapacité

Les journées d'incapacité traduisent des limitations d'activités. On estime que l'incapacité est « sévère » si la personne est obligée de garder le lit toute la journée ou presque. L'incapacité est « modérée » si la personne est incapable d'assumer les tâches qui découlent de son activité principale (par exemple, aller travailler ou tenir maison). Enfin, l'incapacité est « légère » si la personne doit modérer certaines de ses activités. En moyenne, les femmes de 65 à 74 ans ont signalé 32 jours d'incapacité dans l'année précédant l'enquête, alors que leurs consœurs plus âgées (75 ans et plus) ont déclaré 40 jours d'incapacité au cours

de la même période (tableau 12.1). Plus de la moitié des journées dénombrées sont dues à des incapacités légères, et ce, dans les deux groupes d'âge concernés. Les femmes de 65 à 74 ans connaissent un peu plus de journées d'incapacité que les hommes du même âge, alors qu'on observe la situation inverse à partir de 75 ans. Contrairement aux femmes, les hommes de 75 ans et plus signalent autant de journées d'incapacité modérée que de journées d'incapacité légère.

Tableau 12.1
NOMBRE DE JOURNÉES D'INCAPACITÉ
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS,
 population de 65 ans et plus, Québec, 1992

NOMBRE DE JOURNÉES D'INCAPACITÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS					
		TYPE D'INCAPACITÉ			TOTAL
GROUPE D'ÂGE/SEXE		Sévère (alitement)	Modérée (activité principale)	Légère (autres activités)	
65-74 ans	H	5,3	5,6	14,8	25,7
	F	6,4	7,3	18,6	32,3
75 ans et plus	H	9,2	16,3	17,5	43,0
	F	7,6	10,6	21,5	39,7

Une femme âgée sur cinq a déclaré une limitation dans ses activités au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les causes les plus fréquentes de limitation sont les maladies ostéo-articulaires et cardiovasculaires, touchant respectivement 28% et 20% des femmes âgées vivant avec ces limitations. Quoique les hommes du même groupe d'âge déclarent un peu moins souvent être limités dans leurs activités (17%), les différences observées entre les hommes et les femmes ne sont pas significatives*. Chez les hommes, ce sont surtout les maladies cardiovasculaires qui sont invoquées et beaucoup moins souvent les problèmes ostéo-articulaires. Enfin, ainsi qu'on peut le

voir au chapitre 3 (tableau 3.5), sur l'ensemble de la population, près de 2% des femmes de 65 à 74 ans et 14% des femmes de 75 ans et plus se retrouvent en centre de soins de longue durée.

Quand le moral nous lâche...

[Retour à la table des matières](#)

Les problèmes de santé mentale des personnes âgées sont rarement diagnostiqués et traités par des équipes spécialisées en santé mentale (Strawbridge et al., 1993). En plus de cette accessibilité réduite aux services de santé mentale, les personnes âgées sont souvent réfractaires à l'idée d'y avoir recours. Dans la littérature, les taux de prévalence de la dépression dans la communauté âgée sont très variables, en raison de la diversité des instruments de mesure et des procédures que l'on utilise pour établir les scores. Ces taux peuvent varier de 2% à 34% selon les études (Gurland et Toner, 1982). L'enquête Santé Québec de 1987 estimait à 2,8% la prévalence de la dépression sévère chez les femmes âgées de 65 ans et plus, comparativement à 1,8% chez les hommes du même âge.

La dépression

L'identification d'états dépressifs chez les personnes âgées présente certaines difficultés. Leurs symptômes dépressifs ne sont pas identiques à ceux que l'on retrouve dans d'autres groupes d'âge. Les personnes âgées dépressives sont plus apathiques et se dévalorisent davantage (Epstein, 1976). Le sentiment d'inutilité, la tristesse, la fatigue, le pessimisme et la difficulté à dormir accompagneraient davantage leurs états dépressifs (Blazer, 1982). De plus, la somatisation (traduction d'un conflit psychique en affection physique) est plus fréquente chez les personnes âgées (Auso-Gutierrez, 1983 ; Blumenthal, 1980). Certaines affections physiques, telles les maladies cardiovasculaires, le can-

cer et les pertes auditives ou visuelles peuvent également entraîner des problèmes de santé mentale (Grau, 1989). Enfin, certaines médications peuvent aggraver des symptômes dépressifs existants ou même en provoquer qui s'apparentent à des états dépressifs (Blazer, 1982). À ces problèmes, on peut rajouter l'incertitude quant à sa situation financière et la crainte de se retrouver dans des situations violentes, fréquentes à cet âge.

La détresse psychologique

En 1987, les femmes de 65 ans et plus arrivaient au second rang des groupes ayant un indice élevé de détresse psychologique, les adolescentes présentant le niveau le plus élevé. Cette situation a évolué depuis cinq ans, puisqu'en 1992, les femmes âgées sont celles qui obtiennent les scores de détresse psychologique les plus faibles¹. Une femme âgée sur cinq se retrouve dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique ; c'est deux fois plus que les hommes appartenant au même groupe d'âge (9%). Les femmes âgées se comparent maintenant avantageusement à l'ensemble de la population féminine où, en moyenne, 30% des femmes obtiennent un score élevé de détresse psychologique. Finalement, près du tiers des femmes âgées se disent « très heureuses » et plus de 55% s'estiment « plutôt heureuses ».

La vie sociale

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses études épidémiologiques ont été réalisées en vue de mettre en lumière les relations entre le réseau social et différents indicateurs de santé, tels les taux de morbidité et de mortalité. De façon générale, la littérature indique que les liens sociaux exercent un effet protecteur sur la santé. Seeman et al. (1993) mentionnent 16 études sur le sujet. Ces associations pour-

¹ On se rappellera toutefois qu'en 1987, l'indice de détresse psychologique se basait sur une série de 29 questions qui ont été ramenées à 14 en 1992-1993.

raient cependant varier en fonction de l'âge et du sexe des répondants. Par exemple, la littérature suggère que l'effet protecteur du soutien social serait plus prépondérant chez les hommes que chez les femmes (Seeman et al., 1987 ; Schoenbach et al., 1986 ; Berkman et Syme, 1979 ; House, Robbins et Metzner, 1982 ; Shumaker et Hill, 1990). Quoique moins nombreuses, les données disponibles sur les différents groupes d'âge indiquent que le soutien social exerce une influence sur les risques pour la santé parmi les individus d'âge plus avancé (Seeman et al., 1987 ; Schoenbach et al., 1986). La littérature suggère que les contacts sociaux sont des prédicteurs de la mortalité, de l'institutionnalisation (Seeman et al., 1987 ; Steinbach, 1992) et du maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées, et que cette influence s'exerce chez les hommes comme chez les femmes (Strawbridge et al., 1993).

Les données de l'enquête sociale et de santé nous apprennent qu'une femme âgée sur sept (15%) vivant à domicile passe la majorité de ses temps libres seule, ce qui semble une amélioration notable par rapport à 1987, alors que plus du quart se retrouvaient dans cette situation. À cet égard, la situation des femmes ne diffère pas significativement* de celle des hommes.

Les petites pilules qui promettent gros...

[Retour à la table des matières](#)

Près des deux tiers des Québécoises de tous âges (61%) ont déclaré consommer au moins un médicament au moment de l'enquête. Cette proportion augmente à 87% chez les femmes de 65 ans et plus. La plupart de ces médicaments sont prescrits. Les femmes de 65 ans et plus constituent le groupe qui fait le plus grand usage de médicaments, comparativement à 72% chez les hommes du même âge. En

fait, plus de trois femmes sur quatre (76%) appartenant à ce groupe d'âge consomment des médicaments sur recommandation médicale, comparativement à 64% des hommes du même âge, et cette différence est significative* (figure 12.2 et tableau 12.3, en annexe).

Les femmes âgées prennent principalement des médicaments pour le cœur (47%), des vitamines (33%), des analgésiques (27%) et des tranquillisants (22%); ces médicaments sont prescrits dans la très grande majorité des cas, à l'exception des vitamines (figure 12.3 et tableau 12.4, en annexe).

En 1992-1993, tout comme c'était le cas en 1987, plus d'une femme âgée sur cinq (22%) a reçu une prescription de tranquillisants alors qu'on n'a prescrit ce même type de médicament qu'à 14% des hommes du même groupe d'âge. Les différences entre les sexes sont statistiquement significatives. Les femmes âgées constituent toujours le groupe de femmes à qui l'on prescrit le plus de tranquillisants : en

effet, on constate que les proportions triplent entre les 25-44 ans et les 45-64 ans, pour encore doubler après 65 ans (figure 12.4 et tableau 12.5 en annexe).

Par ailleurs, alors que la détresse psychologique des femmes diminue avec l'âge, leur consommation de tranquillisants augmente (Santé Québec, 1995, chapitre 16). Ces résultats entrent en contradiction avec l'association générale que l'enquête montre entre la détresse psychologique élevée et la prise de tranquillisants. Peut-on poser l'hypothèse d'un lien de cause à effet ? Autrement dit, la prise de tranquillisants ferait diminuer sensiblement la détresse chez les femmes âgées. Elle contribuerait à endormir cette détresse, mais en aura-t-on pour autant touché les causes ? Et si c'était le cas ici, comment expliquer que l'association soit différente dans les autres groupes d'âge ? On peut aussi supposer que les tranquillisants sont souvent prescrits aux femmes âgées pour des raisons autres que la détresse psychologique : par

exemple pour des troubles du sommeil ou des symptômes d'anxiété. Il est possible également que l'habitude de prescrire ces médicaments aux femmes âgées soit devenue routinière chez une bonne partie des praticiens. Ce sont là des hypothèses et cette première lecture des données de l'enquête ne permet pas encore de les confirmer. Cependant, elles soulèvent un questionnement majeur et il sera important de déterminer si la détresse psychologique de ces femmes est réellement en diminution et d'évaluer la pertinence de leur niveau de consommation de tranquillisants.

On peut s'interroger sur les ressources et les modes d'intervention mis à la disposition des femmes âgées. La perspective du vieillissement inéluctable, l'accroissement de la perte d'autonomie fonctionnelle et des problèmes de santé, la baisse du revenu, le veuvage, tout cela fait partie de la réalité du grand âge et contribue certainement à la détresse chez un certain nombre de ces femmes. Le médicament est-il perçu, par le professionnel de la santé et par sa cliente, comme la solu-

tion à long terme plutôt que comme une aide passagère ? Quelles sont les solutions de rechange aux problèmes de solitude et d'angoisse des femmes âgées ? Cette question n'est pas nouvelle pour les personnes qui interviennent auprès des personnes âgées. Mise en parallèle avec l'augmentation prévue du nombre des femmes âgées (mais aussi d'hommes âgés) dans les prochaines décennies (voir chapitre 1), elle devra être posée à l'ensemble de la société.

FAITS SAILLANTS

[Retour à la table des matières](#)

- **La proportion des femmes âgées continue à augmenter au sein de la population ; en 1994, elles constituaient 14% de l'ensemble des femmes.**
- **40% des femmes âgées vivent seules, mais la plupart se déclarent satisfaites de cette situation.**
- **Une femme âgée sur trois vit dans la pauvreté.**
- **La majorité des personnes âgées sont en bonne santé ; une sur cinq vit avec une forme quelconque d'incapacité ; après 75 ans, c'est le cas d'une femme sur trois.**
- **Le niveau de détresse psychologique des femmes âgées est plus faible que celui des autres femmes ; cependant, elles consomment des tranquillisants en plus grande quantité (22%).**

Fin du texte