

François Höpflinger Lucy Bayer-Oglesby
Andrea Zumbrunn

La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée

Scénarios actualisés pour la Suisse



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé

François Höpflinger
Lucy Bayer-Oglesby
Andrea Zumbrunn

La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée

Scénarios actualisés pour la Suisse

Editions Hans Huber

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus: Höpflinger u.a., La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, 1. Auflage.

Adresse des auteurs :
François Höpflinger
Soziologisches Institut
Universität Zürich
Andreasstr. 15
CH-8050 Zürich
hoepflinger@bluemail.ch

Édition : Dr. Klaus Reinhardt
Production : Peter E. Wüthrich
Couverture : Claude Borer, Bâle
Préresse : punktgenau gmbh, Bühl
Impression et reliure: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany



Verlag Hans Huber
CH-3000 Bern 9
Tel : 0041 (0)31 300 4500
Fax : 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1^e édition 2011
© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book ISBN 978-3-456-95043-3)
ISBN 978-3-456-85043-6

Table des matières

Résumé	7
Introduction	17
1 Evolutions démographiques	19
1.1 Scénarios démographiques actuels pour la Suisse	19
1.2 Espérance de vie à un âge avancé : tendances et scénarios	21
1.3 Démographie des familles et des ménages : prévisions	24
2 Evolution des besoins de soins des personnes âgées	31
2.1 Espérance de vie en bonne santé et espérance de vie sans incapacité	31
2.2 La santé perçue : la dimension subjective	35
2.3 Problèmes de santé des personnes âgées	36
2.4 Limitations fonctionnelles chez les personnes âgées et très âgées vivant à domicile	39
2.5 Fréquence des besoins d'aide et de soins des personnes âgées vivant à domicile	43
2.6 Besoins de soins dans les établissements médico-sociaux.	49
3 Estimation des taux de soins des personnes âgées, selon le groupe d'âges et le sexe	53
3.1 Scénarios de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes	57
3.2 Gros plan : fréquence des démences chez les personnes âgées	60
4 Aide et soins informels : réseaux de soutien familiaux et extrafamiliaux	65
4.1 Distinction entre prestations d'aide et prestations de soins	65
4.2 Aide et soutien informels en cas de limitations pour des raisons de santé	67

4.3	Soins informels à l'intérieur et à l'extérieur du ménage.	74
4.4	Facteurs de stress chez les soignants familiaux.	77
4.5	Gros plan : démences et aide informelle.	79
5	Prise en charge à domicile.	83
5.1	Services d'aide et de soins à domicile	83
5.2	Utilisation des prestations des services d'aide et de soins à domicile par les personnes âgées	86
5.3	Relation entre aide et soins professionnels et aide et soins informels	88
5.4	Logement accessible et logement protégé.	90
5.5	Gros plan : évolution des démences et services d'aide et de soins à domicile	93
6	Prise en charge en institution.	95
6.1	Gros plan : conséquences de la progression des démences sur la prise en charge en institution.	99
7	Les soins aux personnes âgées : en Suisse et dans les autres pays européens	103
8	Evolutions futures des soins aux personnes âgées – Tendances sur le plan qualitatif.	109
9	Conclusions	119
	Bibliographie.	122
	Tableaux en annexe	129

Résumé

Evolutions démographiques et besoins de soins des personnes âgées

Avec le vieillissement des générations nombreuses de l'après-guerre (les enfants du baby boom), le nombre et la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) augmenteront sensiblement au cours des prochaines décennies. L'accroissement tant absolu que relatif des personnes très âgées (octogénaires et nonagénaires, voire centenaires) va en outre s'accélérer parce que l'espérance de vie à un âge avancé continuera probablement de progresser. Il faut donc s'attendre à une hausse du nombre des femmes et des hommes âgés nécessitant des soins, même si, en même temps, la santé des aînés s'améliore.

Les changements intervenant dans la démographie familiale ont des répercussions sur les soins : soins dispensés par des membres de la famille ou par des professionnels, soins à domicile ou en institution. L'évolution du nombre de descendants, par exemple, a un impact déterminant sur l'entraide intergénérationnelle. Au cours des prochaines décennies, la proportion de personnes sans enfants et de personnes avec peu d'enfants va s'accroître, mais la majorité de la population âgée et très âgée continuera de pouvoir recourir à l'aide des plus jeunes (enfants et petits-enfants). Les hommes âgés étant plus nombreux à vivre plus longtemps en couple que les femmes du même âge, les modes de vie, à un âge avancé, se différencient nettement selon le sexe : les hommes sont ainsi beaucoup plus souvent soignés à domicile par leur partenaire que ne le sont les femmes. A l'avenir, il faudra tabler sur un nombre de couples très âgés en hausse, mais aussi sur davantage de secondes unions, de personnes apparentées faisant ménage commun et de couples de personnes du même sexe. Dans le même temps, il est plus fréquent, chez les nouvelles générations, de vivre des relations de couple individualisées. Cette tendance contribuera à intensifier le recours à des professionnels pour compléter les soins donnés par le ou la partenaire.

Jusqu'ici, l'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée en Suisse d'un allongement de l'espérance de vie sans incapacité pour les aînés, une évolution qui confirme la thèse d'une compression de la morbidité grave sur une relativement

courte période en fin de vie. Il est à noter toutefois que la santé et, inversement, la maladie des personnes âgées sont le résultat de l'interaction d'une multitude de facteurs sociaux, personnels et génétiques, qui exercent une influence favorable ou défavorable, d'où une grande hétérogénéité des processus de vieillissement.

Le besoin d'aide de la population qui vieillit s'accroît plus vite que ses besoins de soins. Chez les personnes âgées qui vivent à domicile, en particulier, il est essentiel de faire cette distinction entre besoin de soins et besoin d'aide.

La grande majorité de la population âgée de 65 ans et plus, mais aussi une nette majorité des personnes de 85 ans et plus vivant à domicile n'ont pas de difficultés à accomplir de manière autonome les actes élémentaires de la vie quotidienne (manger, se mettre au lit, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, prendre un bain ou une douche). Cela tient en partie au fait que toute limitation notable dans l'exercice de ces actes peut contraindre à un transfert dans un établissement médico-social (EMS), surtout si la personne vit seule et ne peut pas compter sur le soutien d'un autre membre du ménage.

Une minorité des personnes âgées vivant à domicile dépendent de soins régulière pour les activités de la vie quotidienne. Le besoin de soutien est particulièrement fréquent pour prendre un bain ou une douche. Parmi les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile, un peu plus de 4 % sont moyennement à fortement dépendantes de soins et 6 % tout au plus légèrement dépendantes. Par la force des choses, la fréquence des besoins de soins s'intensifie avec l'âge, même si la proportion de personnes très dépendantes qui vivent à domicile diminue en raison d'un effet de sélection (transfert dans un EMS en cas de degré de dépendance élevé). Près d'un tiers des personnes de 85 ans et plus vivant à domicile souffrent de limitations fonctionnelles dans l'exercice des actes de la vie quotidienne, dont la moitié légèrement et l'autre moitié moyennement à fortement.

Les personnes âgées connaissent de plus fortes limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (faire les courses, effectuer les tâches ménagères, préparer les repas ou régler les questions administratives) que dans les activités élémentaires. Nombreuses sont les personnes très âgées vivant à domicile qui ne sont pas dépendantes de soins au sens strict, mais qui n'en ont pas moins besoin d'aide pour certaines activités. Les limitations fonctionnelles sont particulièrement fréquentes dans le cas d'activités exigeant des forces : courses, tâches ménagères pénibles ou utilisation des moyens de transport publics. Un peu plus d'un cinquième des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile rencontrent de sérieuses difficultés dans l'exercice d'au moins une activité instrumentale ou ne peuvent plus l'exécuter sans aide. Sans surprise, le besoin d'aide augmente fortement avec le grand âge : plus de la moitié des personnes de 85 ans et plus vivant à domicile se trouvent dans l'incapacité d'accomplir seules au moins une activité instrumentale, qu'il s'agisse de tâches ménagères ou d'activités hors du domicile (courses, déplacements).

Même si c'est en premier lieu le besoin de soins qui est à l'origine, chez les personnes âgées, d'un transfert en EMS, d'autres facteurs peuvent jouer un rôle:

problèmes sociaux, psychiatriques et économiques (isolement social, dépression, alcoolisme et autres dépendances, pauvreté) et fragilité liée à l'âge (risque accru de chutes, troubles cognitifs). Il ressort de l'enquête réalisée en 2008/09 sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI) qu'un peu plus de trois quarts d'entre elles, à l'échelle suisse, ont besoin de soins quotidiens, tandis que le quart ou presque restant n'a pas besoin de soins ou n'en a que légèrement besoin.

A partir des taux de soins¹ relevés chez les personnes âgées vivant à domicile et les résidents d'EMS, il est possible d'estimer des taux de soins actualisés, selon l'âge et le sexe, pour la population âgée et très âgée de la Suisse : moins de 10 % de la population de 75 à 79 ans a besoin de soins, contre plus de 13 % des 80 à 84 ans et un peu plus de 34 % des 85 ans et plus. Dans la population de 90 ans et plus, le taux de personnes nécessitant des soins est estimé à plus de 50 %. Sur la base de la définition² retenue, on peut estimer que le nombre de personnes de 65 ans et plus nécessitant des soins s'échelonnait entre 115 000 et 119 000 en 2008, dont plus de la moitié avait plus de 84 ans. A un âge avancé, les femmes sont plus nombreuses à avoir besoin de soins que les hommes. Cet écart s'explique par l'incidence de la structure par âge (les femmes sont plus nombreuses à atteindre un grand âge) et par le fait qu'à degré de dépendance équivalent, les femmes survivent plus longtemps que les hommes.

Les dernières estimations des besoins de soins des personnes âgées en Suisse sont inférieures aux valeurs calculées précédemment, en particulier chez les moins de 85 ans. Deux raisons l'expliquent: d'une part, il est à présent possible de réaliser de meilleures analyses, plus différenciées, qu'il y a dix ans. D'autre part, l'espérance de vie sans incapacité s'est encore accrue ces dernières années en Suisse, entraînant une compression de la dépendance lourde à un âge avancé. Ces nouvelles estimations pour la Suisse sont comparables à ce qui est observé en France. Elles sont un peu plus faibles que les taux établis pour l'Allemagne. Ces derniers se différencient plus particulièrement dans les groupes d'âges supérieurs, en raison probablement d'effets de cohortes (génération de la guerre) et de différences du niveau de vie des personnes âgées.

Il faut donc s'attendre – comme on l'a vu – à ce que l'accroissement du vieillissement démographique entraîne une augmentation du nombre des personnes âgées nécessitant des soins. Toutefois, l'importance de cette augmentation dépendra aussi, dans une mesure non négligeable, de facteurs tels que l'évolution de l'espérance de vie à un âge avancé ou le début et la durée de la dépendance. Si les personnes âgées vivent plus longtemps sans incapacité, l'effet démographique

1 Part de personnes ayant des besoins de soins modérés à élevés

2 Selon cette définition, est réputée avoir besoin de soins toute personne qui éprouve de grandes difficultés à accomplir au moins une des cinq activités quotidiennes ou qui n'est plus capable de l'accomplir sans aide (AVQ, selon la définition proposée par Katz et al. 1963 : se vêtir et se déshabiller, se mettre au lit ou en sortir, faire sa toilette et se mouvoir au moins à l'intérieur du logement).

sera atténué. Inversement, un début de dépendance plus précoce ou une durée plus longue de cet état peuvent renforcer l'effet du vieillissement démographique. Quatre scénarios (de référence, pessimiste, optimiste, vieillissement accentué avec une espérance de vie élevée) ont été calculés pour mettre en lumière l'importance de tels effets.

Si la durée de la dépendance reste constante malgré l'augmentation de l'espérance de vie à un âge avancé (scénario d'une compression relative de la morbidité grave), le nombre des personnes de 65 ans et plus nécessitant des soins passera de 125 000 à 182 000 entre 2010 et 2030, en hausse de 46 %. Selon l'hypothèse retenue pour l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité, les chiffres calculés pour 2030 varient : le nombre de personnes dépendantes atteint à peine 170 000 en cas d'évolution positive de l'espérance de vie sans incapacité, contre un peu plus de 230 000 si le vieillissement s'accroît et la durée de la morbidité s'allonge.

Du fait qu'un nombre plus élevé d'individus atteignent un très grand âge, une nette hausse du nombre de personnes souffrant de démences et troubles apparentés est en outre prévisible. Dans l'hypothèse où les taux de prévalence de démence par âge restent constants et où l'on applique le scénario de référence (A-00-2010) à l'évolution de la population, le nombre de personnes âgées souffrant de démence devrait passer de 124 770 à 218 370 entre 2010 et 2030. Il est possible que cette augmentation soit freinée par l'amélioration des traitements et des mesures de réadaptation susceptibles de retarder de un à deux ans les conséquences sur la vie quotidienne des troubles cognitifs. Mais, même si cette évolution positive a lieu, une hausse rapide du nombre des cas de démence est prévisible ces prochaines années, notamment parce que les générations nées dans les années à forte natalité atteindront un âge à risque.

Aide et soins informels fournis aux personnes âgées

Près de quatre cinquièmes des personnes âgées et très âgées vivant à domicile, mais pas seules, et souffrant de limitations fonctionnelles reçoivent de l'aide d'autres membres du ménage (le plus souvent de leur partenaire). La proportion de celles qui bénéficient d'une aide informelle extérieure au ménage est plus faible puisqu'elle représente à peine 50 %. Comme on pouvait s'y attendre, le besoin d'aide et l'aide informelle reçue augmentent avec l'âge. La progression est particulièrement marquée à partir de 80 ans. L'âge n'est pas le seul facteur qui joue un rôle : le niveau de formation exerce aussi une influence. Ainsi, les personnes n'ayant pas de formation scolaire ou professionnelle poussée sont proportionnellement plus nombreuses à recevoir, pour des raisons de santé, de l'aide informelle en vieillissant. La raison principale est qu'elles souffrent aussi plus souvent de troubles somatiques et de limitations fonctionnelles que les personnes ayant suivi une formation supérieure.

Si l'on analyse le réseau d'aide informelle des personnes âgées et très âgées, dépendantes et vivant à domicile, on peut faire cinq observations essentielles :

- premièrement, l'importance relative de l'aide apportée par le ou la partenaire diminue avec l'âge de la personne dépendante ; pour des raisons de démographie familiale, toutefois, les hommes bénéficient plus souvent de l'aide de leur épouse qu'inversement ;
- deuxièmement, les filles – pour autant qu'il y en ait – restent une source d'aide déterminante pour leurs parents âgés ;
- troisièmement, les fils continuent d'être moins souvent indiqués comme aidants que les filles ; seulement 29 % des personnes âgées dépendantes mentionnent leurs fils comme aidants importants, contre 46 % qui attribuent ce rôle à leurs filles ; plus leurs parents vieillissent, plus les garçons jouent un rôle important, pour finir par aider autant que les filles leurs parents très âgés ; le rôle d'aidants des fils tend à prendre de l'importance durant la période 2002–2007, probablement parce qu'avec la baisse du taux de natalité, le nombre de personnes âgées n'ayant pas de filles a augmenté ;
- quatrièmement, les frères et sœurs des personnes dépendantes – pour autant qu'ils vivent encore – jouent un rôle moins important comme aidants familiaux ; c'est également le cas d'autres membres de la parenté, dont le rôle ne s'accroît que chez les personnes très âgées ; il s'agit sans doute, à part les belles-filles, en premier lieu des petits-enfants devenus adultes ; l'aide familiale est donc surtout le fait du ou de la partenaire, des filles et, de manière croissante, des fils ; pour l'aide informelle, c'est par conséquent le réseau familial restreint, qui est en première ligne ;
- cinquièmement, l'aide extra-familiale (amis, voisins) n'est mentionnée que dans une minorité de cas ; ce potentiel d'aide des voisins, connaissances et amis est cependant loin d'être négligeable : un peu plus d'un cinquième des personnes dépendantes indiquent recevoir de l'aide de leurs voisins et un quart de l'aide de connaissances, amis, etc.

Le fait de s'occuper de manière intensive de son ou de sa partenaire ou de l'un de ses parents a des répercussions multiples. Les personnes concernées, principalement les filles et les fils, évaluent ainsi leur état de santé plus défavorablement que la population de référence du même âge. Elles se trouvent aussi dans une moins bonne condition psychique que la population de référence. Le stress chronique est en particulier fréquent chez les soignants familiaux qui sont fortement sollicités. Les filles en souffrent plus que le ou la partenaire, qui en revanche se sent davantage isolé socialement. Les soignants familiaux font une consommation significativement plus grande de somnifères, de tranquillisants et d'antidépresseurs que la population de référence. Les répercussions sont particulièrement lourdes si la personne soignée souffre d'une forme ou l'autre de démence. L'état du ou de la malade ne cessant de s'aggraver, le soignant familial est confronté à une situation qui change et se dégrade constamment. Au fil du temps, la relation

émotionnelle et sociale qu'il a avec la personne malade se transforme du fait que cette dernière perd de plus en plus ses facultés cognitives et son autonomie pour exécuter les actes de la vie quotidienne. Une analyse détaillée des diverses situations montre toutefois que les répercussions physiques et psychiques chez le soignant familial dépendent de plusieurs facteurs : sur le plan physique, c'est en premier lieu l'âge du soignant et les conditions-cadres dans lesquelles les soins sont donnés – durée des soins, temps qui y est consacré, isolement social, surcharge de travail – qui jouent un rôle. Les répercussions d'ordre psychiques sont par contre principalement imputables à un manque de ressources individuelles, relationnelles et financières.

Il est délicat de calculer le coût effectif des prestations de soins informelles, car la valeur d'une heure de soins non rémunérée peut être estimée selon différentes méthodes (calcul des coûts du marché ou des coûts d'opportunité). On peut néanmoins procéder à quelques estimations sommaires. A partir des coûts qui seraient à la charge des pouvoirs publics si les soins non rémunérés étaient donnés par des professionnels, on arrive pour 2007 à un total de 2,1 milliards de francs de soins et d'encadrement assurés par les membres du ménage, auxquels s'ajoute 1 milliard de francs pour les soins prodigués gratuitement par des proches et des connaissances ne faisant pas partie du ménage. La valeur totale de l'encadrement et des soins non rémunérés fournis à des adultes dans le propre ménage ou dans d'autres ménages dépasse de loin les coûts des services d'aide et de soins à domicile.

Aide et soins professionnels fournis aux personnes âgées, à domicile et en institution

Les services professionnels d'aide et de soins à domicile sont devenus depuis un certain temps déjà un pilier central de la prise en charge des personnes âgées et il est à prévoir que leur importance va continuer de s'accroître. Cette évolution est liée à des facteurs démographiques, mais aussi à de nouveaux comportements, par exemple la volonté de rester le plus longtemps possible chez soi. Un nouvel allongement de l'espérance de vie sans incapacité peut aussi entraîner une hausse de la demande d'aide et de soins à domicile plus forte que celle de la demande de soins en institution. Enfin, des stratégies telles que la construction de logements adaptés et le développement de formes de logements protégés peuvent contribuer à renforcer la prise en charge à domicile des aînés.

A l'heure actuelle, plus d'un quart de la population âgée de 80 ans et plus bénéficie de prestations d'aide et de soins à domicile, à un degré qui est étroitement lié aux problèmes de santé et aux limitations fonctionnelles des activités de la vie quotidienne. Le type de ménage joue aussi un rôle, de même que le fait de vivre seul ou seule, qui entraîne un recours plus fréquent à ces services. Le rapport entre l'aide informelle (généralement familiale) et l'aide professionnelle

(services d'aide et de soins à domicile) évolue par conséquent en fonction des besoins de soins et du type de logement: les personnes âgées nécessitant des soins et vivant seules peuvent bien souvent rester à domicile seulement si une collaboration s'instaure entre les services d'aide et de soins à domicile et le réseau informel. Dans le cas des personnes âgées vivant avec un ou une partenaire, l'aide commence souvent par être uniquement informelle. Puis, lorsque les besoins de soins augmentent, la tendance va de plus en plus vers une combinaison de diverses formes d'aide. Cette combinaison entre des soins lourds donnés par des proches et ceux fournis par des professionnels est souvent le seul moyen de permettre à des personnes souffrant de démence de rester à domicile.

L'analyse empirique de la situation ne permet pas de confirmer qu'un accroissement de l'offre de services professionnels tend à réduire l'aide informelle, comme certains le supposent. Les soignants familiaux se déclarent en général très satisfaits de l'aide et des soins à domicile. Les conflits ouverts et les divergences d'opinion semblent rares et concernent le plus souvent les changements fréquents de personnel dans ces services.

En cas de forte dépendance ou de forme grave de démence, il est difficile de donner les soins à domicile et le transfert dans un établissement médico-social devient souvent inévitable. L'âge d'entrée dans un EMS est toutefois de plus en plus élevé, et ce pour plusieurs raisons: les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible autonomes, des formes de logement protégé se sont développées et l'espérance de vie sans incapacité a augmenté. Un peu plus de 90 % des personnes de 80 à 84 ans vivent encore chez elles ; passé cet âge, la proportion de celles qui vivent en institution augmente rapidement, pour atteindre 45 % chez les 95 ans et plus. De ce fait, les EMS se transforment de plus en plus en lieux d'accueil de personnes d'un grand âge, voire en fin de vie. La diversité des atteintes et des maladies dont souffrent les résidents très âgés des EMS exigent de la part du personnel des compétences élevées dans le domaine des soins, mais aussi de solides connaissances des syndromes gériatriques. Les atteintes cardio-vasculaires sont fréquentes, de même que celles liées à l'hypertension, sans oublier les troubles cognitifs. Des dépressions sont diagnostiquées chez plus d'un quart des résidents. Cela tient au fait, entre autres, que l'apparition de symptômes dépressifs en cas de limitations fonctionnelles conduit de plus en plus, et de plus en plus tôt au transfert en EMS. Une minorité non négligeable de résidents souffrent en outre de maladies rhumatismales, de diabète, d'ostéoporose et de troubles auditifs et oculaires. L'affirmation selon laquelle les résidents d'EMS seraient dans la majorité des cas des personnes âgées socialement isolées ne se confirme pas. La majorité d'entre eux sont effectivement âgés et nécessitent des soins, mais il ne s'agit en aucun cas de personnes sans liens sociaux. Sauf exception, la prise en charge par les EMS s'avère meilleure que l'image négative que l'on en a.

L'évolution future du nombre de résidents d'EMS dépendra de la mesure dans laquelle ces établissements pourront être remplacés par des structures de soins à domicile, des structures intermédiaires telles que des unités d'accueil temporaires,

des offres semi-résidentielles ou encore des formes de logement protégé. Dans les cantons alémaniques, en particulier, où la proportion de personnes vivant dans un EMS est relativement élevée, des structures de soins à domicile peuvent encore être développées. Un autre élément sera déterminant : l'espérance de vie sans incapacité va-t-elle encore augmenter grâce à la promotion de la santé et aux progrès de la médecine ? Si une proportion moins grande de personnes âgées entrent à un âge plus élevé en institution, elles sont généralement plus dépendantes. Cela signifie que les EMS doivent remplir des exigences plus élevées en matière de soins. On peut donc prévoir, d'une part, une nouvelle hausse de l'âge d'entrée en EMS, ce qui conduira ces établissements à prendre davantage en charge des personnes très âgées atteintes de multimorbidité et en fin de vie. D'autre part, le nombre et la proportion de résidents atteints de démence vont continuer de progresser dans beaucoup d'EMS avec pour corollaire des exigences spécifiques en matière d'hébergement et de soins. Il convient par ailleurs de remarquer que l'opposition entre la prise en charge à domicile des personnes âgées et la prise en charge en institution a de moins en moins lieu d'être, compte tenu des nouveaux concepts de structures intégrées qui voient le jour. Certaines régions ont ainsi systématiquement développé des offres semi-résidentielles ou semi-ambulatoires, telles des accueils de jour, des logements pour personnes âgées à proximité d'EMS ou des formes de logement protégé. Comme pour le logement, où l'alternative « habiter chez soi ou en institution ? » est dépassée même dans le cas de personnes dépendantes, l'opposition classique entre soins à domicile et soins en institution correspond de moins en moins à la réalité chez les personnes âgées.

Les soins aux personnes âgées en comparaison internationale

En raison, entre autres, de sa prospérité, la Suisse fait partie des pays d'Europe dont la population jouit d'une longue espérance de vie sans incapacité. Si l'on considère la situation des personnes âgées, on peut faire deux constats : premièrement la Suisse, comparée aux autres pays européens, compte une proportion relativement élevée de personnes âgées en institution. Cette situation explique qu'un peu plus de 80 % des dépenses publiques que la Suisse consacre aux soins de longue durée financent les soins en institution. Deuxièmement, la Suisse fait partie des pays où le financement des soins de longue durée est principalement d'origine privée. A la différence d'autres pays européens, il n'y a pas de soutien public direct aux prestations de soins familiales (par exemple, sous forme d'une assurance de soins longue durée ou d'allocations de dépendance³).

3 Sauf des allocations pour impotence dans le cadre de l'AVS (pour les personnes âgées) et de l'AI (jusqu'à l'âge de l'AVS)

Les politiques sociale et de santé publique ne déterminent pas seulement le rapport entre les soins de longue durée à domicile et les soins en institution. Elles conditionnent également la fréquence et l'intensité de l'aide et des soins intergénérationnels, donc informels.

C'est ainsi que le volume des dépenses sociales influence favorablement la fréquence de l'aide intergénérationnelle. Dans les pays européens aux dépenses sociales élevées, les enfants sont plus nombreux à aider leurs parents âgés, mais leur aide est souvent moins intensive. Inversement, dans les pays au faible budget social, les proches sont moins nombreux à aider leurs parents, mais quand ils le font, c'est de manière intensive. Une comparaison entre les pays européens met en évidence des différences significatives entre le Nord et le Sud, la fréquence de l'aide aux parents âgés diminuant du Nord (fréquente) au Sud (rare), tandis que son intensité s'amointrit du Sud (élevée) au Nord (faible). Dans cette comparaison, la Suisse fait figure de cas à part en ce qui concerne l'intensité de l'aide: tout en se situant à mi-chemin entre le Nord et le Sud, elle est le pays où l'aide, mesurée en heures, est la moins intensive. En Suisse, les enfants aident relativement souvent leurs parents âgés, mais y consacrent moins de temps. En Italie, en revanche, l'aide intergénérationnelle est moins fréquente, mais si elle est fournie, c'est souvent de manière très intensive. Ces corrélations ne signifient pas que l'offre professionnelle supplante l'aide informelle de la famille. Elles traduisent plutôt une tendance à la spécialisation entre la famille, l'Etat et l'économie privée : en présence d'une offre complète de services professionnels, la famille se spécialise sur des aides ponctuelles, à court terme et moins exigeantes en temps (les prestations coûteuses en temps étant laissées aux professionnels).

On observe aussi des différences entre le Nord et le Sud pour ce qui est des soins apportés par les enfants à leurs parents âgés (notamment les soins corporels, comme prendre un bain, faire sa toilette, s'habiller) : le rôle de la famille et des amis diminue à mesure que l'on va vers le Nord. Les soins informels sont davantage répandus dans les pays méridionaux orientés sur la famille. Inversement, dans les pays nordiques, les services professionnels ont plus d'importance dans l'organisation des soins aux aînés. Cette comparaison de la situation en Europe fait apparaître une corrélation négative entre les soins par les proches et les soins professionnels : plus ces derniers sont développés dans un pays, moins les proches interviennent. En Suède, au Danemark, aux Pays-Bas et en Suisse, les soins sont principalement donnés par des professionnels. En Belgique, en France et un peu plus rarement en Allemagne et en Autriche, les proches et les connaissances comme les services professionnels jouent un rôle important. Dans les pays du Sud, les personnes âgées vivant à domicile sont en revanche soignées essentiellement par des membres de leur entourage. En Suisse, les soins sont plus rarement donnés par les enfants que dans les pays voisins. Et pourtant, les Suisses ne sont pas plus disposés à recourir aux services publics que les Allemands ou les Italiens. D'où une situation paradoxale en Suisse entre la réalité et l'idéologie familiale pour ce qui est des soins aux aînés.

Si l'on récapitule les corrélations mises en évidence entre solidarité collective et solidarité intergénérationnelle (au niveau de l'aide et des soins), on obtient le schéma suivant: un Etat providence développé – c'est-à-dire qui offre une couverture sociale aux personnes âgées et aux jeunes familles – contribue, d'un côté, à accroître l'aide intergénérationnelle – des jeunes aux personnes âgées et inversement – et, de l'autre, à réduire les soins prodigués entre générations, lesquels sont davantage fournis par des services professionnels. En d'autres termes, les tâches intensives – telles que les soins proprement dits – sont déléguées à des institutions publiques, tandis que le recours à l'aide intergénérationnelle, moins exigeante en temps, s'intensifie. Un développement de l'Etat social n'affaiblit par conséquent pas la solidarité intergénérationnelle. Il renforce en revanche la complémentarité et la répartition des tâches entre réseaux formels et informels (soins fournis par les professionnels et aide apportée par les proches).

Si l'on considère les évolutions actuelles et future sur les plans démographique, social, médical et dans le domaine des soins, on constate que l'on va vers un accroissement de la demande d'aide et de soins à domicile professionnels à mesure que la population vieillit, tandis que le recours aux soins en institution intervient plus tard et plus souvent en fin de vie. Parallèlement, la qualité des soins aux personnes âgées évolue, grâce par exemple à la télémédecine ou à des spécialisations qui ont pour effet que les services de soins professionnels à domicile doivent fournir davantage de tâches médicosociales, mais aussi une part plus importante de fonctions de coordination et d'intermédiaire entre divers systèmes d'aide (proches, médecins, hôpitaux).

Les tendances économiques à long terme – telles que la mondialisation, les inégalités économiques, les coupes dans les budgets sociaux – vont renforcer la coexistence des offres privées et publiques ou leur concurrence. Les offres transfrontalières (soins à l'étranger, soignants de l'étranger) vont aussi probablement jouer un rôle accru. Toutes ces évolutions ne vont pas faire complètement disparaître les oppositions qui avaient cours dans le domaine des soins aux personnes âgées – locaux vs internationaux, privés vs publics, à domicile vs en institution, professionnels vs informels –, mais elles vont fortement les atténuer.

Introduction

Dans le cadre d'un mandat de l'Observatoire suisse de la santé, François Höpflinger et Valérie Hugentobler ont réalisé, il y a quelques années, les deux études suivantes:

- a) Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse – Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle ; éd. Hans Huber, Berne, 2003 ; 2^e édition : 2004.
- b) Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives, Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène 2006.

Ces deux études se fondaient sur les scénarios démographiques de l'an 2000 de l'Office fédéral de la statistique et sur des données, alors lacunaires, dans les domaines de la démographie de la famille, de l'épidémiologie et de la santé (il avait toutefois été tenu compte des données de l'enquête suisse sur la santé 2002 dans la deuxième étude).

Depuis, l'Office fédéral de la statistique a publié de nouveaux scénarios démographiques pour la Suisse (2010–2060), qui prennent notamment en compte une hausse sensible de l'espérance de vie de la population âgée (cf. Office fédéral de la statistique 2010a). Il ressort de ces scénarios actualisés que le nombre des personnes de 90 ans et plus, principalement, a augmenté et continuera d'augmenter plus fortement que ne le prévoient les scénarios précédents. Cet allongement de la durée de vie a des répercussions importantes sur la dépendance à un âge avancé.

Grâce à l'extension de l'enquête suisse sur la santé (ESS), à l'amélioration de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et à la mise sur pied d'une enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI), il est par ailleurs possible d'effectuer des analyses plus différenciées sur les besoins de soins des personnes âgées. De nouvelles études sur la fréquence des démences ont en outre vu le jour ces dernières années, qui donnent une estimation plus précise des taux de prévalence des affections démentielles à un âge avancé (EuroCoDe 2009).

Enfin, certaines évolutions apparaissent sur le plan épidémiologique et dans le domaine des soins, qui devraient être déterminantes ces prochaines années. Il convient de mentionner à cet égard trois nouvelles tendances :

- Premièrement, on peut supposer que si l'espérance de vie sans forte incapacité va continuer d'augmenter, cela ne signifiera pas nécessairement que le nombre d'années sans limitations fonctionnelles va progresser. Il est évident qu'un écart plus marqué entre le nombre d'années sans limitations fonctionnelles et le nombre d'années sans incapacité à un âge avancé aurait des conséquences non négligeables sur le système de santé et de prise en charge.
- Deuxièmement, on observe que, ces dernières années, la part des soins en institution a continué de diminuer au profit des soins à domicile. L'entrée dans un établissement médico-social intervient plus tard. Avec l'apparition de nouveaux modèles de prise en charge – communautés de personnes dépendantes, logements protégés, offres semi-résidentielles –, la séparation traditionnelle entre soins à domicile et soins en institution chez les personnes âgées n'est en outre plus aussi nette, quand elle n'a pas tout simplement disparu.
- Troisièmement, la modification du rapport entre l'aide et les soins informels et ceux fournis par des professionnels reflète des changements sociaux importants, que ce soit suite à l'apparition de nouvelles formes de vie à deux chez les personnes âgées ou en raison de l'évolution de la démographie familiale (moins de descendants, entre autres). Les soignants familiaux potentiels tendent à céder davantage la place aux intervenants extérieurs à la famille. En même temps, on observe une plus grande spécialisation dans ce domaine (les proches fournissant l'aide informelle et les spécialistes les soins professionnels), qui peut faire naître de nouveaux modes de prise en charge des personnes âgées.

Compte tenu de ces nouvelles tendances démographiques, familiales et sociétales, et de l'amélioration des données disponibles, il était nécessaire d'actualiser et d'étayer les analyses sur la dépendance et les soins de longue durée en Suisse. De telles analyses – est-il besoin de le rappeler – fournissent des bases de planification aux cantons et aux communes.

1 Evolutions démographiques

1.1

Scénarios démographiques actuels pour la Suisse

Si l'on étudie l'évolution de l'effectif de la population âgée, il convient de tenir compte en premier lieu de l'évolution de l'espérance de vie. C'est particulièrement vrai si les futures personnes âgées sont déjà nées et donc que la population de départ est connue. L'effectif de la population âgée est par ailleurs influencé par l'immigration et l'émigration. Le nombre de personnes dépendantes en Suisse peut ainsi diminuer si les travailleurs étrangers à la retraite retournent dans leur pays ou si un nombre croissant de Suisses et de Suissesses âgés se font soigner à l'étranger. Avec la mondialisation de la médecine et des soins, de telles évolutions ne peuvent que s'accroître, du moins dans certains groupes de la population âgée. Inversement, le nombre de personnes dépendantes peut augmenter en Suisse si les Suisses et les Suissesses de l'étranger rentrent au pays une fois qu'ils ont besoin de soins ou si les résidences pour personnes âgées et les homes privés en Suisse visent une clientèle internationale.

A l'exception du retour des travailleurs étrangers âgés dans leur pays d'origine, les flux migratoires des aînés auront toutefois moins d'incidence à l'échelle suisse sur l'évolution future du nombre de personnes âgées que l'évolution de l'espérance de vie à un âge avancé. Aux niveaux cantonal et communal, par contre, les arrivées et les départs de personnes âgées peuvent avoir certaines répercussions. La mobilité géographique de la population résidente d'un certain âge a en effet sensiblement progressé en Suisse durant les dernières décennies. La part des ménages dont la personne de référence est âgée de 60 à 74 ans et qui ont changé de domicile au cours des 5 dernières années a ainsi augmenté de 8 % en 1970 à un peu plus de 20 % en 2007. La proportion des personnes de 75 ans et plus vivant chez elles qui ont changé de lieu de domicile s'est aussi accrue entre 1970 et 2007, de 5 % à 16 % (cf. Farago, Brunner 2005, Höpflinger 2009).

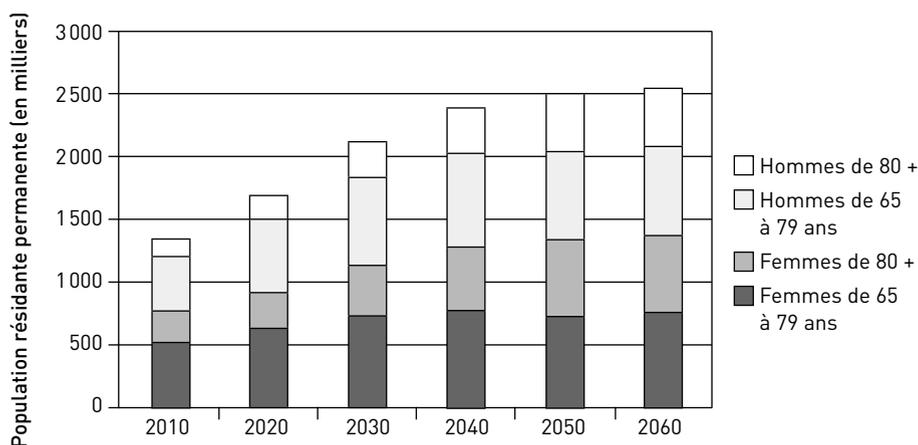
La proportion de personnes âgées – c'est-à-dire leur part dans la population totale – dépend encore de deux autres facteurs : la fécondité et le solde migratoire. Une hausse de la natalité, de même qu'une forte immigration de jeunes

adultes en Suisse, entraînera une baisse du vieillissement démographique. Indépendamment de l'influence d'autres facteurs, la Suisse n'en connaîtra pas moins une forte progression du nombre et de la part des personnes âgées et très âgées durant les prochaines décennies en raison du vieillissement des générations nombreuses de l'après-guerre, les baby-boomers.

D'après le scénario de référence actualisé (A-00-2010-2060) de l'Office fédéral de la statistique, la part des personnes de 65 ans et plus dans la population résidente de la Suisse devrait passer de 17,1 % en 2010 à 24,2 % en 2030, puis à 28,3 % en 2060. L'effectif de la population très âgée devrait augmenter particulièrement rapidement et la part des personnes de 80 ans et plus dans la population résidente de la Suisse pourrait progresser de 4,9 % en 2010 à 7,8 % en 2030, avant d'atteindre 11,9 % en 2060, selon le scénario « tendance » actualisé (cf. Office fédéral de la statistique 2010a).

Le **figure 1** illustre l'augmentation absolue de la population résidente de la Suisse de 65 ans et plus d'ici à 2060, selon les données du scénario de référence actualisé. Une forte hausse est prévue dans tous les groupes d'âges indiqués. Le nombre de « jeunes » personnes âgées (65-79 ans) enregistrera un net accroissement en raison du vieillissement des baby-boomers. Celui des personnes âgées et surtout très âgées augmentera rapidement, en particulier si l'espérance de vie continue de progresser. La hausse attendue du nombre de femmes et d'hommes très âgés est un indicateur clé pour évaluer la dépendance future de la population âgée. Les femmes continuant de bénéficier d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes, la population âgée et, surtout, très âgée sera en majorité féminine.

Si l'on compare les scénarios démographiques les plus récents avec les précédents en centrant l'analyse sur le groupe des personnes âgées – le plus intéressant pour notre étude de la dépendance –, on obtient des résultats forts intéressants. On constate, par exemple, que les scénarios calculés en 2000 (cf. Office fédéral de la statistique 2002) avaient sous-estimé la hausse du nombre des personnes très âgées jusqu'en 2010. L'augmentation de l'espérance de vie entre 2000 et 2008 a en fait été plus forte que prévu. De même, alors que le scénario « tendance » A-00-2000-2060 prévoyait 67 400 personnes de 90 ans et plus en 2030, le même scénario actualisé A-00-2010-2060 estime à 147 900 le nombre de nonagénaires et centenaires en 2030. Même le scénario A-10-2000-2060, qui se fondait sur une croissance plus forte de l'espérance de vie à partir de 65 ans, arrivait à des valeurs plus faibles. Les scénarios démographiques, surtout ceux à long terme, sont toujours entachés d'une grande incertitude, mais le fait est que l'on avait considérablement sous-estimé la hausse de l'espérance de vie (comme l'on a aussi souvent sous-estimé l'immigration) dans ceux des dernières décennies. Or, l'évolution de l'espérance de vie à un âge avancé est et restera un facteur déterminant à prendre en compte dans les prévisions des besoins de soins. Comme il est très probable, en raison notamment du vieillissement des générations nombreuses du baby-boom, que le nombre des personnes très âgées va fortement s'accroître, il faut s'attendre à une hausse des cas de dépendance et des coûts des soins.



Source : Scénario OFS A-00-2010

Figure 1 : Evolution de la population de 65 ans et plus selon le scénario « moyen » de l'OFS A-00-2010 pour la Suisse, 2010–2060

1.2

Espérance de vie à un âge avancé : tendances et scénarios

Depuis la fin du 19^e siècle, l'espérance de vie moyenne en Suisse a progressé de manière presque ininterrompue, passant d'un peu plus 40 ans (en 1876) à plus de 80 ans (2009 : 79,8 ans chez les hommes et 84,4 ans chez les femmes). Entre 1876 et 1950, elle s'est accrue de 4 à 5 mois en moyenne annuelle. De 1950 à 2000, la croissance a été un peu plus faible, se chiffrant à environ 3 mois par an (cf. Office fédéral de la statistique 2009a). La hausse de l'espérance de vie au cours des dernières décennies résulte essentiellement d'un recul des taux de mortalité chez les personnes arrivées à l'âge de la retraite. D'où une hausse sensible de l'espérance de vie des hommes et des femmes de 65 ans, qui pouvaient espérer en 2008 vivre en moyenne respectivement 19,0 ans et 22,2 ans.

L'âge au décès le plus fréquent (dit âge modal au décès) s'est aussi sensiblement élevé, passant de 70 à 84 chez les hommes et de 70 à 88 ans chez les femmes de 1876/80 à 2001/02. L'âge au décès le plus élevé a également augmenté depuis les années 1950. En Suisse, il est passé de 102 ans au cours de la période 1880–1920 à 104 ans en 1960 et il atteint à présent 110 ans, avec des valeurs supérieures chez les femmes à celles des hommes (cf. Robine, Paccaud 2005).

Tout en affichant toujours une espérance de vie moyenne plus faible que les femmes, les hommes ont continué de combler leur écart durant les dernières décennies : de 6,7 ans durant la période 1978/83, la différence a reculé à 4,6 ans en 2009. L'une des causes de ce recul est la mortalité due au cancer des poumons (liée au tabagisme), qui a augmenté chez les femmes alors qu'elle s'inscrivait à la

baisse chez les hommes. Simultanément, les différences entre les sexes en matière de mortalité par accident et de taux de suicide se sont un peu réduites, même si les hommes continuent de présenter des risques sensiblement plus élevés.

Quant à savoir si l'espérance de vie va encore augmenter, les avis sont partagés. D'un côté, il est possible que les progrès de la médecine, comme les développements sociaux – par exemple, le meilleur niveau de formation des nouvelles générations de personnes âgées – contribuent à une nouvelle hausse de l'espérance de vie. De l'autre, certaines tendances défavorables à la santé apparaissent, telles que l'augmentation des cas d'obésité (la cause possible, pour certains, d'une future baisse de l'espérance de vie). Il est aussi difficile de savoir si l'accroissement de l'espérance de vie à un âge très élevé ne se heurtera pas peu à peu à une limite supérieure de nature biologique. Dans ce contexte, il est important de savoir que, jusqu'à présent, la hausse de l'espérance de vie moyenne était due en premier lieu au fait qu'un nombre plus élevé d'individus atteignaient la durée de vie biologiquement possible. Les connaissances montrent que la durée de vie maximale de l'être humain n'a par contre guère évolué au cours du dernier millénaire (cf. Crews 1990).

Jusqu'à aujourd'hui, les calculs effectués pour déterminer la limite maximale de la durée de vie ou longévité (« maximal life-span ») ont donné des résultats divergents, mais les valeurs estimées n'ont cessé de progresser. A la fin des années 1970, les estimations donnaient une espérance de vie maximale de 80,3 ans pour les femmes et de 73,8 ans pour les hommes (Bourgeois-Pichat 1978). Au début des années 1990, Olshansky prévoyait une limite maximale de 82 ans pour les hommes et de 88 ans pour les femmes, compte tenu de l'évolution des taux de mortalité enregistrée jusque-là (Olshansky et al. 1990). Des travaux plus récents, se basant sur des études de jumeaux, partent en revanche de l'hypothèse d'une longévité de l'espèce humaine de 93–94 ans (cf. Yashin, Iachine 1997). Cette estimation présuppose toutefois que la constitution génético-biologique des êtres humains reste fondamentalement inchangée. Il est en réalité trop tôt pour dire si des développements de nature génético-biologique vont faire augmenter la longévité humaine (cf. Stuckelberger 2008).

On retiendra en tout cas que le vieillissement humain est un phénomène complexe et multifactoriel et qu'il existe plusieurs théories à propos du vieillissement biologique (cf. Schachtschabel 2004). Des aspects importants de la sénescence humaine sont le résultat de divers processus cumulatifs, c'est-à-dire d'une accumulation d'influences nocives. Ajouté à une diminution des capacités réplcatives, ce phénomène finit par conduire à la mort. Selon cette théorie, les taux de mortalité selon l'âge servent d'indicateur des altérations qui se sont accumulées à l'âge correspondant. La croissance exponentielle des taux de mortalité selon l'âge confirme une telle théorie (qui postule aussi une limite maximale de la durée de vie humaine). Le fait que la durée de vie des individus d'une génération donnée présente une grande dispersion des valeurs tend à prouver que de nombreux facteurs sociaux et génétiques influencent la durée de vie de l'être humain.

Les études de jumeaux montrent qu'un quart des différences de durée de vie sont imputables à des facteurs génétiques (cf. McGue, Vaupel et al. 1993). Les trois quarts restants dépendent de facteurs sociaux et socioéconomiques : situation économique, conditions de logement, état de santé et comportement en matière de santé différents selon le niveau de formation, le mode de vie (cf. Höpflinger 2002). Le rapport entre les facteurs sociaux et les facteurs génético-biologiques évolue toutefois au cours de la vie. Ce sont avant tout des facteurs sociaux et individuels favorables, empêchant de vieillir et de mourir prématurément, qui permettent d'arriver à l'âge de 70 ou 80 ans. Ensuite, c'est davantage la constitution génétique qui est déterminante chez les individus qui deviennent nonagénaires, voire centenaires.

Il existe plusieurs méthodes pour estimer l'évolution future de l'espérance de vie. Une méthode de plus en plus courante consiste à exclure une ou plusieurs causes de décès importantes et à étudier quelles seraient les conséquences de l'élimination de ces causes de décès. De nos jours, les principales causes de décès chez les femmes et les hommes âgés sont des affections dégénératives à évolution lente. Ainsi, 60% des décès de personnes de 60 ans et plus sont dus à des maladies cardio-vasculaires et à des cancers. Dès lors, une nouvelle progression de l'espérance de vie de la population âgée dépend beaucoup de l'évolution des risques de souffrir d'une maladie dégénérative. En interprétant les scénarios établis à partir de telles hypothèses, il faut toutefois ne pas perdre de vue que si une cause de décès (par ex. l'infarctus du myocarde) disparaît, d'autres maladies entraîneront la mort des êtres humains, même si c'est plus tard. Raymond Kohli (2008) a calculé pour la Suisse les chiffres correspondants en se fondant sur la mortalité des années 1998/2003. Suite à l'élimination des maladies cardio-vasculaires, l'espérance de vie pourrait augmenter au maximum – à condition que les décès évités ne soient pas neutralisés par d'autres affections ou causes de décès – de 4,6 ans chez les hommes et de 4,5 ans chez les femmes. L'élimination de la mortalité cancéreuse pourrait élever l'espérance de vie des hommes de 3,7 ans et celle des femmes de 3,0 ans au maximum. La suppression des décès dus à des accidents de la circulation ne ferait par contre progresser l'espérance de vie que de 0,3 an (hommes) et de 0,1 an (femmes) et si le taux de suicide équivalait à zéro, il en résulterait une hausse de l'espérance de vie d'au maximum 0,6 an (hommes) et de 0,2–0,3 an (femmes) (cf. Kohli 2008: 62). L'espérance de vie future dépendra donc étroitement, comme cela était le cas au cours des dernières décennies, des évolutions des maladies cancéreuses et des maladies cardio-vasculaires.

Il faut cependant noter que la hausse de l'espérance de vie durant les dernières décennies a été freinée par une consommation de tabac plus élevée. En l'absence de cette consommation de tabac, l'espérance des femmes serait supérieure d'une demi-année et celle des hommes de presque deux ans (cf. Kohli 2008). Une baisse de cette consommation pourrait donc avoir un impact non négligeable sur l'espérance de vie à l'avenir. Le surpoids, devenu plus fréquent chez les jeunes comme chez les personnes plus âgées, est un autre facteur à considérer, car il peut faire

diminuer l'espérance de vie de la population ou, du moins de certains groupes de la population. Il jouera un rôle significatif dans l'évolution de la longévité ces prochaines années parce qu'il favorise l'apparition de maladies cardio-vasculaires, du diabète et de certains cancers. Son influence sur la longévité n'est toutefois pas toujours évidente, car les liens entre l'obésité et les maladies cardio-vasculaires sont plus complexes qu'on l'a supposé au début.

Quelle que soit la méthode utilisée, les experts prévoient un nouvel accroissement de l'espérance de vie à un âge avancé durant les prochaines décennies. Sur la base de prévisions concernant les développements économiques et sociaux, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a réalisé des projections de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance pour la période 2002–2030 pour plusieurs régions du monde. D'après ces projections, qui tablent sur une corrélation inchangée entre le développement socioéconomique et la mortalité, l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes devrait encore gagner 4 à 5 ans dans tous les pays à revenu élevé d'ici à 2030 (cf. Mathers, Loncar 2006). En basant ses calculs sur une répartition des causes de mortalité pour la Suisse, John Bongaarts (2006) a chiffré l'espérance de vie des hommes à 84–85 ans en 2050 et celle des femmes à 90 ans (Office fédéral de la statistique 2009a : Tab. 5). Les scénarios actuels de l'Office fédéral de la statistique (2010a) situent l'espérance de vie des hommes en 2060 dans une fourchette comprise entre 83,0 et 89,0 ans. Quant à l'espérance de vie des femmes, elle est évaluée toujours en 2060 à 87,5 ans au minimum et à 92,5 ans au maximum.

Il est donc probable que l'espérance de vie continuera de progresser, notamment celle de la population âgée. Une hausse de l'espérance de vie à la naissance des hommes de près de 80 ans à l'heure actuelle à une valeur comprise entre 85 et 88 ans en 2050/2060 serait ainsi de l'ordre du possible. Pour les femmes, une augmentation de 84 ans et demi à un peu plus de 88 ans au minimum et 92 ans au maximum est tout à fait prévisible. Quel que soit le chiffre exact, la longévité et le grand âge joueront à l'avenir un rôle encore plus important qu'à présent, avec des répercussions notables sur le système des retraites, sur les successions, sur les troubles cognitifs et sur les dépenses de soins. Toutefois, plus que l'accroissement même de l'espérance de vie, ce sera l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité qui sera déterminante pour les besoins de soins de la population âgée.

1.3

Démographie des familles et des ménages : prévisions

La prise en charge des personnes dépendantes – qu'elle soit interne ou externe au ménage, familiale ou professionnelle – est influencée par l'évolution des structures des ménages et de la démographie familiale. Dans ce contexte, l'évolution, absolue et relative, des ménages de couples et des ménages d'une personne est

importante, car la prise en charge interne au ménage dépend de la présence d'un ou d'une partenaire. Pour les personnes dépendantes qui vivent seules, le recours à des services externes doit permettre de pallier le manque d'aide et de soins par d'autres membres du ménage. En ce qui concerne la démographie familiale, l'évolution de la proportion de personnes âgées sans descendants n'est pas non plus à négliger, car ces dernières ne peuvent pas compter sur une aide informelle intergénérationnelle. Les modifications intervenant dans les réseaux d'aide informelle par suite de la démographie familiale peuvent accroître les besoins en services d'aide et de soins à domicile professionnels, mais aussi la demande de places en institutions.

Structures des ménages et vie à deux des personnes âgées : tendances

L'évolution démographique des ménages privés en Suisse devrait suivre les tendances suivantes d'ici à 2030 (cf. Office fédéral de la statistique 2008):

- Premièrement, la tendance actuelle qui voit le nombre des ménages privés et celui des personnes par ménage augmenter à un rythme différent va se poursuivre. De 2005 à 2030, le nombre de personnes vivant dans des ménages privés devrait s'accroître de 9 % selon le scénario des ménages AM-00-2005-2030, tandis que celui des ménages privés progresserait de 20 %. Ces taux reflètent la tendance des ménages à compter toujours moins de personnes. Dans la foulée, le nombre et la proportion de couples ayant des enfants devraient continuer de diminuer, en grande partie parce que les générations du baby-boom vont être toujours plus nombreuses à atteindre un âge où les enfants quittent définitivement le toit familial, ce qui entraînera une hausse du nombre des couples âgés vivant à nouveau seuls.
- Deuxièmement et selon l'Office fédéral de la statistique (2008), le vieillissement de la population aura un autre effet, moins prévisible celui-là : avec le départ des enfants de la génération du baby-boom, les couples âgés sans enfants vont commencer par devenir plus nombreux. Puis, en vieillissant, un nombre croissant de personnes de cette génération vont devenir veuves, augmentant de ce fait le nombre des personnes âgées vivants seules. Mais il pourrait y avoir aussi un accroissement du nombre des personnes âgées seules qui vivront avec leur père ou leur mère très âgés : personnes qui ne sont jamais mariées, mères ayant élevé seules leurs enfants (devenus adultes), veufs et veuves. La taille plus grande des appartements et des maisons individuelles pourrait faciliter cette cohabitation intergénérationnelle. A moins que la hausse des loyers et le coût des soins n'en contraignent beaucoup à adopter cette solution. On en conclut donc que la tendance – jusqu'ici à la baisse – à vivre sous le même toit qu'un enfant adulte ou un parent très âgé devrait se renforcer dans certains groupes de la population (même si le modèle le plus courant continuera d'être celui de relations intergénérationnelles entre des personnes n'habitant pas ensemble une fois âgées).

- Troisièmement, la vie à deux reste une valeur permanente de nos sociétés modernes, malgré une augmentation de la divortialité. Ce sont essentiellement la forme et le mode de fonctionnement des relations de couple qui ont évolué : le mariage n'est plus le modèle exclusif, les unions libres sont de plus en plus fréquentes. Ce constat s'applique aussi aux personnes très âgées. Les chiffres du **tableau 1** confirment un fait connu: les hommes très âgés sont relativement beaucoup plus nombreux que les femmes du même âge à vivre en couple. Cela tient à trois facteurs: premièrement, les femmes vivent plus longtemps que les hommes et sont donc proportionnellement plus nombreuses à connaître le veuvage. Deuxièmement, les hommes prennent le plus souvent comme partenaire une femme plus jeune qu'eux ce qui accentue l'effet des différences d'espérance de vie selon le sexe sur le risque de veuvage. Troisièmement, les hommes âgés, veufs ou divorcés sont proportionnellement plus nombreux que les femmes du même âge à se remettre en ménage ; la probabilité pour eux de trouver une nouvelle partenaire est plus grande du fait qu'âgés, ils constituent une minorité démographique.

Le nombre et la proportion de personnes âgées vivant en couple se sont accrus ces dernières décennies, une tendance qui devrait se poursuivre ces prochaines années. Cette évolution est due à trois facteurs: premièrement, l'espérance de vie des femmes et des hommes a continué d'augmenter, améliorant ainsi les chances de vieillir en couple. Deuxièmement, les remariages sur le tard sont devenus plus fréquents. Notons toutefois que, dans certains cas, les personnes âgées se mettent en ménage sans se remarier. Les données qui se basent uniquement sur l'état civil sont par conséquent trompeuses. Troisièmement, les femmes et les hommes aujourd'hui âgés – qui ont pour la plupart fondé leur famille dans les décennies d'après-guerre – appartiennent aux générations favorables au mariage et à la famille. Du point de vue de la sociologie de la famille, l'évolution observée durant les décennies d'après-guerre a constitué un phénomène historique particulier, combinant la prépondérance du modèle bourgeois du mariage et de la famille et une hausse rapide du niveau de vie, qui a permis aux ouvrières et aux ouvriers, qualifiés ou non, de réaliser leur rêve d'une vie de famille heureuse (cf. Leimgruber, Fischer 1999, Musée national suisse Zurich 2008).

Ces prochaines années, le changement ne résidera pas tant dans une diminution du nombre des hommes et des femmes qui vivent ensemble (même si, s'agissant des personnes vivant seules, les différences liées au sexe vont subsister) que dans la forme de ces relations de couple : il y aura plus de secondes unions, de personnes apparentées faisant ménage commun et de couples de personnes du même sexe. Des changements apparaissent dans les structures même de la relation de couple : les nouvelles générations entretiennent un plus grand individualisme (tendance croissante à prendre des vacances chacun de son côté, à faire chambre à part, par exemple), mais aussi des relations basées sur un partenariat plus organisé.

Tableau 1 : Relation de couple selon l'âge et le sexe

	Part de relations de couple*					
	Groupes d'âges					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Hommes :						
2000	84 %	81 %	76 %	69 %	58 %	43 %
2010	83 %	83 %	78 %	71 %	62 %	48 %
2020 extrapolation	82 %	82 %	80 %	72 %	63 %	51 %
Femmes :						
2000	63 %	53 %	37 %	24 %	13 %	6 %
2010	64 %	56 %	43 %	30 %	18 %	8 %
2020 extrapolation	63 %	56 %	46 %	35 %	22 %	12 %

* personnes mariées et personnes vivant en union libre, sans les partenariats enregistrés.

Source : *Calculs des auteurs : proportion de personnes mariées selon le recensement de la population et la statistique du mouvement de la population. Données relatives aux couples non mariés : données du Panel suisse des ménages (PSM).*

Evolution de la démographie familiale : les proches des personnes âgées

Lorsqu'il est question de dépendance des personnes âgées et de l'aide qu'elles peuvent attendre de leurs proches, un certain pessimisme est de rigueur. Beaucoup évoquent une disparition de la solidarité familiale ou présument qu'un grand nombre de ces personnes n'ont plus de proches parents. Comme les enfants, adultes, de personnes très âgées ne vivent le plus souvent plus avec leurs parents, on ne peut guère se faire une idée du nombre d'enfants vivants si l'on s'en tient aux données sur les ménages.

Dans le cadre de l'enquête du Panel suisse des ménages, les personnes interrogées ont dû indiquer le nombre de relations étroites qu'elles entretiennent avec leur parenté en répondant à la question : avec combien de proches ne vivant pas dans votre ménage avez-vous une bonne relation et des contacts fréquents ? Les données de l'enquête 2007 attestent que la plupart des personnes âgées ont indiqué plusieurs proches répondant à ces critères : en moyenne de cinq à sept. La grosse majorité peut, aujourd'hui encore, s'appuyer sur un réseau de proches plus ou moins étendu. Une minorité seulement d'hommes et de femmes âgées déclarent ne pas avoir de proches parents ou ne pas avoir de bons contacts avec eux. Les femmes et les hommes de 75 ans et plus qui vivent à domicile ne sont pas plus

de 15 % à ne pas avoir de relations privilégiées avec des proches, et ce pour deux raisons principalement : soit parce qu'ils n'ont plus de proches en vie, soit parce qu'ils se sont brouillés avec toute leur parenté. S'ils deviennent dépendants en vieillissant, cette absence d'aide potentielle de la famille proche peut les pousser à entrer dans un EMS.

Les enquêtes réalisées en 2003 et en 2008 en Suisse alémanique auprès des personnes de 60 ans et plus par la fondation Age, qui promeut des logements adaptés à la population âgée, fournit plus d'informations sur leur réseau de proches, c'est-à-dire sur la présence d'enfants, de petits-enfants, de frères et sœurs (cf. Höpflinger 2009).

Les données du **tableau 2** qui suivent confirment que la plupart des personnes âgées et très âgées continuent de pouvoir compter sur leurs descendants (enfants et petits-enfants). Celles qui ont des enfants sont un peu plus de 95 % à avoir des contacts rapprochés avec au moins l'un d'entre eux, indépendamment de leur âge, de leur type de ménage et de leur lieu de vie. Une enquête réalisée en Europe chez les 50 ans et plus (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe SHARE 2004) montre également que la proportion de personnes âgées ayant des descendants reste élevée. En Suisse, il s'avère qu'un peu plus de 70 % des personnes de 60 à 79 ans ont deux enfants ou plus et que plus de 80 % des personnes de 70 ans et plus ont deux petits-enfants ou davantage (cf. Kohli et al. 2005: Table 4A.9). La crainte çà et là exprimée selon laquelle la baisse de la natalité ferait qu'un nombre élevé de personnes âgées n'auraient déjà plus de descendants doit donc être relativisée. C'est ce qui ressort des données empiriques. Cette situation tient beaucoup au fait que les personnes qui font actuellement partie de la population âgée appartiennent à des générations favorables au mariage et à la famille et que les femmes nées dans les années 1930–1940 ont été proportionnellement moins nombreuses à ne pas avoir d'enfants que les générations précédentes ou suivantes (cf. Fux 2005).

Si l'on compare les pourcentages de 2003 et 2008, on constate que la part des couples sans enfant a augmenté dans le groupe d'âges le plus jeune (60–64 ans). Les personnes de cet âge appartiennent en effet à des générations qui sont plus souvent restées sans enfants. Seulement 18 % des personnes nées dans les années 1939–43 n'ont pas eu d'enfants, contre 28 % de celles nées en 1944–1948. Logiquement, les générations plus jeunes ont aussi eu proportionnellement moins de petits-enfants biologiques. A l'heure actuelle, l'absence de descendance concerne en premier lieu les générations plus jeunes. Mais, à l'avenir, elle ne sera pas sans importance pour la prise en charge des personnes âgées. Le manque d'aide et de soins potentiels venant de la descendance devra en effet être compensé, soit par le recours à des personnes extérieures à la famille (amis, voisins), soit par l'intervention accrue de professionnels. Cependant, il s'agit là d'un problème qui se posera vraiment dans une vingtaine d'années seulement, sauf dans les centres urbains, où la proportion de personnes âgées sans enfants est déjà plus élevée que dans les régions agro-industrielles.

Tableau 2 : Personnes de 60 ans et plus vivant en Suisse alémanique et ayant des enfants et des petits-enfants, en 2003 et en 2008

	Personnes interrogées de 60 ans et plus, vivant à domicile, selon l'âge						Résidents d'EMS
	Age :	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	80+
Ont un/des enfant(s)	2003	82 %	87 %	89 %	89 %	84 %	68 %
	2008	72 %	81 %	84 %	87 %	84 %	78 %
Ont un/des petits-enfant(s)	2003	56 %	71 %	78 %	79 %	79 %	59 %
	2008	48 %	64 %	77 %	79 %	78 %	75 %
N :	2003	205	205	210	158	234	236
	2008	232	229	200	145	207	232

Source : enquêtes sur le logement de la fondation Age 2003 et 2008 (exploitation par les auteurs).

Les relations intergénérationnelles en Suisse se caractérisent par une longue tradition qui consiste pour les différentes générations d'une même famille à ne pas habiter sous le même toit et à ne pas faire ménage commun. C'est le modèle dit de « famille plurigénérationnelle multilocale » qui domine. La grosse majorité des personnes âgées habitant à domicile vivent aujourd'hui dans des ménages d'une génération, une situation entre autres favorisée par la mise en place du pacte intergénérationnel avec le développement de l'Etat-Providence (AVS, notamment). La plupart des personnes très âgées, de 80 ans et plus, ne vivent pas non plus avec leurs enfants. Seules celles qui ont une plus grande descendance sont proportionnellement un peu plus nombreuses à vivre avec un ou des enfants, surtout les veufs. Ainsi, 5 % des hommes de 80 ans et plus ayant 1 à 2 enfants vivent dans le ménage de l'un d'entre eux, contre 8 % des hommes de 80 ans et plus ayant 3 enfants ou plus (cf. Sauvain-Dugerdil 2005). Comparée à d'autres pays d'Europe, la Suisse est l'un de ceux – comme l'Allemagne, les Pays-Bas et les pays scandinaves – qui comptent relativement peu de personnes de 80 ans et plus vivant chez leurs enfants. La cohabitation intergénérationnelle entre parents âgés et enfants est en revanche plus fréquente dans les pays de l'Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal, Grèce) et en Pologne (cf. Huber, Rodrigues et al. 2009: 51). En Suisse, les proches qui fournissent l'aide et le sou-

tien– et en particulier des filles et des fils – ne vivent généralement pas dans le même ménage que le parent dépendant. Quant aux soins informels fournis dans le cadre du ménage, ils sont principalement le fait du ou de la partenaire.

Des relations sociales avec les proches peuvent être entretenues malgré l'éloignement géographique, par exemple par des contacts téléphoniques ou électroniques réguliers. L'aide quotidienne informelle, par contre, dépend beaucoup de la proximité du domicile des proches (cf. Brandt 2009: 27). C'est encore plus vrai pour les soins, car l'éloignement rend difficile, voire impossible de les fournir quotidiennement. Toutes les études mettent en évidence une corrélation négative entre les soins intergénérationnels quotidiens et l'éloignement du domicile des proches. Ainsi, le recours aux soignants professionnels est significativement plus fréquent si les enfants habitent loin et le risque que ces derniers ne fournissent pas du tout de soins aux parents âgés va en augmentant avec leur éloignement (cf. Haberkern 2009: tableau 7.2).

Une solution qui s'avère particulièrement favorable à des relations familiales intensives sur le plan de l'aide et des soins consiste à habiter ensemble, pas dans le même ménage, mais sous le même toit. Ces cas de cohabitation intergénérationnelle sont ainsi plus fréquents en Suisse également que les cas de communauté de vie intergénérationnelle au sein du même ménage. D'après l'étude SHARE 2004, c'est le cas en Suisse d'un peu plus d'un huitième des personnes de 70 ans et plus ayant des descendants. Par ailleurs, seule une minorité d'un peu plus d'un cinquième des personnes de 70 à 79 ans et d'un peu plus 30 % des personnes de 80 ans et plus vivant à domicile habitent à plus de 25 km de l'un de leurs enfants (cf. Kohli; Künemund; Lüdicke 2005: tableau 4A12). La corrélation observée entre l'éloignement des domiciles et le besoin de soins peut toutefois s'inverser dans la mesure où la dépendance des parents âgés peut les inciter à chercher un logement à proximité de proches susceptibles de les aider. Les parents âgés envisagent ainsi plus souvent de se rapprocher de leurs enfants – et le font effectivement – quand leur état de santé les limite pour accomplir les actes de la vie quotidienne, la proximité géographique facilitant l'aide intergénérationnelle (cf. Höpflinger 2009: 118f.).

De nos jours, la plupart des personnes âgées et très âgées qui vivent en Suisse ont donc encore au moins un enfant qui habite à proximité. La part des parents dont les enfants vivent à l'étranger est encore faible, même si elle est en augmentation. La situation inverse, c'est-à-dire des parents âgés restés à l'étranger, est en revanche plus fréquente, surtout chez les étrangers. Autrement dit, l'éloignement par delà les frontières de parents âgés et de leurs enfants qui pourraient s'occuper d'eux est un problème qui concerne, actuellement, moins les parents âgés en Suisse que ceux, restés au pays, d'étrangers vivant en Suisse. A l'avenir, même si la proportion de personnes âgées sans enfants va s'accroître, la grosse majorité des personnes âgées continuera de pouvoir compter sur de bonnes relations avec leurs proches et la solidarité familiale restera très présente.

2 Evolution des besoins de soins des personnes âgées

2.1

Espérance de vie en bonne santé et espérance de vie sans incapacité

La santé, à l'heure de la vieillesse, est le résultat de l'interaction d'une multitude de facteurs, tant positifs que négatifs, dont les effets s'additionnent tout au long de la vie, de l'enfance à la vieillesse en passant par la jeunesse et l'âge adulte. Dans cette optique, deux constats essentiels pour la politique de santé peuvent être faits : premièrement, la santé à un âge avancé est déterminée tout au long de la vie et, deuxièmement, l'état de santé varie autant d'un individu à l'autre que les parcours de vie (Kickbusch et al. 2009 : 130). Si la fréquence des atteintes à la santé augmente aux âges élevés, d'autres facteurs personnels et sociaux, outre l'âge, influencent l'état de santé de manière déterminante. La pénibilité des travaux effectués durant leur vie professionnelle explique notamment pourquoi les travailleurs étrangers âgés sont souvent confrontés, à la retraite, à des problèmes de santé tels que maux de dos, douleurs articulaires et dans les membres (cf. Effionayi-Mäder, Wyssmüller 2008). On observe ainsi que l'état de santé des immigrés âgés originaires des Balkans est particulièrement mauvais (cf. Bolzman et al. 2004).

L'évolution des besoins en prestations de soins des personnes âgées dépend de l'évolution non seulement de l'espérance de vie, mais aussi des années de vie en bonne santé et sans incapacité. Les effets du vieillissement démographique et, en particulier, de l'allongement de l'espérance de vie sur ces besoins sont atténués quand les individus vivent plus longtemps en bonne santé et qu'ils requièrent donc des soins plus tard. Inversement, une hausse de l'espérance de vie en mauvaise santé peut aggraver les effets du vieillissement démographique sur les besoins de soins (cf. Eberstadt, Groth 2008).

L'espérance de vie en tant qu'indicateur de santé ne livre des informations pertinentes que pour les populations qui sont confrontées à des pathologies, maladies infectieuses par exemple, dont l'issue est mortelle à brève échéance.

Dans les sociétés où dominent les maladies chroniques et les maladies dégénératives, c'est-à-dire des maladies qui ne tuent pas ou qui entraînent la mort seulement très tardivement, un allongement de l'espérance de vie est possible même si l'état de santé de la population se dégrade, par exemple si la médecine et les soins permettent à un plus grand nombre de malades de survivre plus longtemps. La politique de la santé ne vise pas l'accroissement des années de vie en mauvaise santé, mais l'augmentation des années de vie en bonne santé. C'est ce qui explique les nombreux essais entrepris ces dernières années pour appréhender la qualité des années de vie (pour la Suisse, cf. Höpflinger 2003, 2004). Pour cela, plusieurs concepts qui présentent des différences méthodologiques ont été utilisés (cf. Office fédéral de la statistique 2009a) :

- a) Espérance de vie en bonne santé (« healthy life expectancy ») : c'est le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre en bonne santé. Etant donné que la santé est une notion vaste qui recouvre plusieurs dimensions, il existe plusieurs définitions de l'espérance de vie en bonne santé. Dans la pratique, l'espérance de vie en bonne santé sert souvent de terme générique à des indicateurs qui réunissent les données sur la mortalité et la fréquence des maladies (morbidité) en un seul chiffre-clé. L'indicateur de l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (« health-adjusted life expectancy ») – tel qu'il est utilisé par l'Organisation mondiale de la santé OMS (cf. Mathers, Murray et al. 2001) – mesure le nombre d'années vécues en bonne santé (les années de vie marquées par la maladie étant déduites de l'espérance de vie totale).
- b) Espérance de vie sans douleurs somatiques (« painless life expectancy ») : il s'agit là du nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans troubles ou douleurs somatiques majeurs (par exemple douleurs dans les membres ou dans les articulations, maux de dos, lombalgies, maux de tête, etc.). L'espérance de vie sans douleurs somatiques, qui n'a guère été utilisée jusqu'à présent, devrait gagner en importance, notamment aussi en raison des progrès pharmacologiques et de nouvelles approches palliatives. Chez les personnes âgées, l'absence de douleur – même en cas de limitations fonctionnelles – est une dimension centrale de la qualité de vie.
- c) Espérance de vie sans incapacité (« disability-free life expectancy ») : cet indicateur mesure le nombre d'années de vie sans limitations fonctionnelle d'activités quotidiennes. Il combine la prévalence par âge des limitations fonctionnelles avec la mortalité par âge. Inversement, l'espérance de vie avec incapacité (« disabled life expectancy ») représente le nombre moyen d'années vécues avec des limitations fonctionnelles de la capacité à accomplir des activités quotidiennes en raison de problèmes de santé. La comparaison dans le temps du rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie totale permet de vérifier s'il y a une extension relative ou, au contraire, une compression de la morbidité aux âges élevés.

Pour prévoir les besoins de soins des personnes âgées et les prestations de soins à domicile et de soins en institution qui en résulteront, les experts utilisent en premier lieu en Suisse l'espérance de vie sans incapacité, le niveau de capacité ou d'incapacité étant mesuré à l'aide d'échelles répertoriant des activités de la vie quotidienne (AVQ, « activity of daily living » ADL). Le **tableau 3** illustre l'espérance de vie moyenne sans incapacité et l'espérance de vie moyenne avec incapacité fonctionnelle des hommes et des femmes à l'âge de 65 ans en Suisse.

Deux constats s'imposent. D'une part, les femmes âgées vivent plus longtemps que les hommes sans incapacité, mais leur nombre d'années de vie avec incapacité est également plus grand. D'autre part, les gains d'espérance de vie sans incapacité à 65 ans ont évolué durant les deux dernières décennies à peu près parallèlement à ceux de l'espérance de vie résiduelle, et cela tant chez les hommes que chez les femmes. La hausse simultanée des deux indicateurs indique que les 65 ans et plus en Suisse vivent souvent longtemps sans incapacité et que les limitations d'activités se manifestent souvent à un âge élevé. Une légère compression de la morbidité sévère s'observe après 1981/82, la part de la période de vie sans incapacité dans l'espérance de vie résiduelle à partir de 65 ans s'accroissant légèrement chez les hommes et nettement chez les femmes. La part d'années vécues avec incapacité à partir de 65 ans a particulièrement reculé chez les femmes. Chez les hommes, la compression de la morbidité sévère est moins marquée.

Dans l'ensemble, on remarque que l'évolution favorable de l'espérance de vie en Suisse s'est accompagnée d'une évolution positive de l'espérance de vie sans

Tableau 3 : Evolution de l'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans en Suisse

	1981/82	1997/99	2002	2008*
Hommes à l'âge de 65 ans				
Espérance de vie totale	14.6	16.7	17.5	19.0
Années de vie sans incapacité	11.5	13.0	14.6	16–17
Années de vie avec incapacité	3.1	3.7	2.9	2–3
Femmes à l'âge de 65 ans				
Espérance de vie totale	18.5	20.6	21.1	22.2
Années de vie sans incapacité	12.2	16.3	15.9	17–18
Années de vie avec incapacité	6.3	4.3	5.2	4–5

Source : Office fédéral de la statistique 2009a : tableau 3.

* Estimation sur la base des données les plus récentes sur l'état de santé de la population âgée.

incapacité. Durant les trente dernières années, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a augmenté, tout comme la part des années de vie sans incapacité dans la durée de vie résiduelle. Cette évolution corrobore la thèse d'une compression de la morbidité sévère sur une période relativement courte à la fin de la vie, du moins pour une part importante d'hommes et de femmes âgés. Etant donné qu'elle dépend en premier lieu de la fréquence des maladies chroniques de l'âge qui entraînent des limitations fonctionnelles (incapacités), elle peut avoir pour origine divers phénomènes. Il se peut que l'espérance de vie sans incapacité augmente parce que les individus vivent plus longtemps en bonne santé et que les maladies chroniques de l'âge ne se déclarent pas ou se manifestent seulement à un âge avancé. Mais il se peut aussi que les maladies chroniques – grâce à la prévention secondaire, aux interventions médicales et à une meilleure réadaptation – provoquent moins souvent ou plus tardivement des incapacités (comme cela pu être observé passagèrement en France (cf. Robine et al. 1997).

L'évolution future de l'espérance de vie sans incapacité des personnes âgées dépendra d'abord de l'évolution de maladies dégénératives importantes (affections cardiovasculaires et cancer). Une exclusion de la morbidité sévère pour les principales maladies dégénératives pourrait entraîner en Europe de l'Ouest un allongement de l'espérance de vie sans incapacité de cinq ans environ par rapport au niveau de 2000 (cf. Fries 2005). Inversement, une fréquence accrue de l'obésité (adiposité) et des maladies concomitantes (tel le diabète) pourrait produire un revirement de la tendance à long terme en ce qui concerne la fréquence des incapacités. Les tendances actuelles en matière d'obésité pourraient faire reculer l'espérance de vie en bonne santé de 2,8 ans dans le monde. Une analyse réalisée entre 1985 et 2002 et extrapolée jusqu'en 2020 sur les risques d'obésité chez les Américains d'âge moyen montre que le taux d'incapacité augmente de 1 % supplémentaire si la fréquence de l'obésité ne baisse pas (cf. Sturm et al., 2004).

La généralisation des habitudes de vie nuisibles pour la santé (en particulier un mode de vie sédentaire, le manque d'exercice physique, une mauvaise alimentation) conjuguée à une augmentation des possibilités d'intervention et de réadaptation médico-sociales pourrait ainsi accroître l'écart entre l'espérance de vie avec une morbidité légère et l'espérance de vie avec une morbidité sévère. Dès lors, le proche avenir des personnes âgées pourrait tout à fait se présenter ainsi : elles vivront certes encore plus longtemps, mais aussi plus longtemps en mauvaise santé, par exemple pour cause d'obésité, sans pour autant que leur nombre d'années de vie avec incapacité augmente, la qualité de l'offre médicale et des soins contrebalançant cette évolution. Il est dans tous les cas essentiel – et important pour l'offre de soins – de distinguer entre morbidité légère et morbidité sévère entraînant des limitations fonctionnelles dans la vie de tous les jours. De plus, on observe actuellement une dualisation des besoins de soins des personnes âgées. On trouve, d'un côté, un large groupe d'individus qui vivent longtemps sans incapacité et qui ont besoin de soins pendant une période souvent relative-

ment courte vers la fin de leur vie et, de l'autre, un petit groupe de personnes qui vivent avec une incapacité et qui nécessitent des soins pendant de longues années (par exemple les personnes qui sont atteintes de démence mais qui ne souffrent pas d'une maladie cardiovasculaire).

2.2

La santé perçue : la dimension subjective

Quand elles sont interrogées directement, les personnes âgées jugent souvent leur état de santé bon à très bon. On considère ici les hommes et les femmes âgés et très âgés vivant à domicile. Entre 1992/93 et 2007, la part des hommes et des femmes vivant à domicile qui évaluent positivement leur état de santé s'est légèrement accrue chez les moins de 80 ans, mais est restée stable ou a quelque peu régressé chez les plus de 80 ans (**tableau 4**). Aucune différence marquée entre les sexes n'apparaît en 2007 dans les réponses sur l'état de santé subjectif, sauf chez les 70 à 74 ans. Ce résultat est en contradiction avec des études antérieures qui constataient une dégradation de l'opinion des femmes âgées sur leur état de santé (cf. Stuckelberger, Höpflinger 1996). Il convient cependant de souligner que les femmes âgées comparent leur santé avec celle des femmes (et non avec celle des hommes) et que les hommes âgés comparent la leur avec celle des hommes. L'absence de différences entre les sexes en ce qui concerne la perception de la santé ne permet ainsi pas de conclure à une absence de différences entre les hommes et les femmes face à la santé.

Dans l'interprétation des données sur la santé telle qu'elle est perçue, il convient en outre de relever que les personnes âgées n'évaluent pas leur état de santé sur la base de critères médicaux. Leurs références sont plutôt la représentation qu'elles en ont pour leur âge et la comparaison avec des personnes du même âge (« Je suis

Tableau 4 : Femmes et hommes vivant à domicile en bonne santé subjective, 1992/93 et 2007

Groupe d'âges :	Femmes		Hommes	
	1992/93	2007	1992/93	2007
65–69 ans	71 %	82 %	78 %	82 %
70–74 ans	68 %	66 %	74 %	78 %
75–79 ans	61 %	67 %	74 %	70 %
80–84 ans	66 %	62 %	74 %	68 %
85+ ans	62 %	56 %	63 %	59 %

Source : enquêtes suisses sur la santé 1992/93 et 2007 (données pondérées)

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Höpflinger u.a., La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, 1. Auflage.

encore en bonne santé pour mon âge », « Je souffre certes de troubles liés à la vieillesse, mais en comparaison avec d'autres personnes de mon âge, je suis encore en bonne santé »). Avec l'âge, les attentes en matière de santé sont souvent revues à la baisse. Le bien-être des personnes âgées comprend une forte composante subjective. C'est ce qui explique pourquoi même des personnes âgées qui souffrent de troubles et de problèmes de santé divers s'estiment en relative bonne santé (cf. Perrig-Chiello, Sturzenegger 2003). Lorsque l'on demande par contre aux personnes âgées si elles souffrent de problèmes durables de santé (« Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps ? »), on obtient une image moins réjouissante : alors que 72 % des 65 ans et plus vivant à domicile jugent leur état de santé bon à très bon, seuls 55 % déclarent ne pas souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé qui dure depuis longtemps. Plus des deux cinquièmes (44 %) font état d'une maladie ou d'un problème de santé de cette nature. Il est intéressant de noter que 53 % des personnes qui ont répondu par l'affirmative à la question jugent néanmoins leur état de santé bon à très bon. Chez les personnes âgées en particulier, la santé perçue ne coïncide pas avec la santé objective. La perception de l'état de santé est au contraire étroitement liée au bien-être psychique d'une personne. Dans ce contexte, une offre médicale et de soins de qualité peut aussi jouer un rôle important : une personne atteinte durablement dans sa santé qui bénéficie d'un bon traitement médical se sentira en effet subjectivement mieux (les problèmes de santé étant alors perçus comme surmontables).

2.3

Problèmes de santé des personnes âgées

La fréquence des problèmes de santé chroniques qui peuvent entraîner directement ou indirectement des besoins de soins augmente avec l'âge. Les maladies cardiovasculaires représentent un risque fréquent de morbidité chez les personnes âgées. Plus de 30 % des 75 ans et plus souffrent de cardiopathies ischémiques (les hommes étant plus souvent touchés que les femmes). Plus de 12 % des 75 ans et plus ont été victimes d'une attaque (« stroke »), ce qui entraîne souvent des besoins de soins de courte durée, mais aussi de longue durée. Le diabète aussi fait partie des maladies irréversibles assez fréquentes, tout comme l'arthrose (cf. Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud et al. 2007). Un dixième des 75 ans et plus souffre d'obésité (indice de masse corporelle de 30 et plus). Les valeurs des générations suivantes sont encore plus élevées. De 1992 à 2007, les chiffres ont progressé : en 1992, 45 % des 65 à 74 ans affichaient un indice de masse corporelle de 25 et plus. En 2007, ils étaient déjà 52 %. L'obésité, en particulier quand elle est sévère, due à l'inactivité et à une mauvaise alimentation fait partie des facteurs de risque qui augmentent avec l'âge. A cet égard, une promotion active de la santé peut se révéler très efficace (à ce sujet, cf. Office fédéral de la statistique 2007).

Le risque de symptômes dépressifs durant la vieillesse n'est pas négligeable non plus. Les femmes les mentionnent plus souvent que les hommes (cf. Adam 1998, Seidl et al. 2004). Si les symptômes dépressifs à la vieillesse sont importants pour la politique de santé, c'est parce qu'ils accentuent le déclin cognitif et les besoins de soins pour des raisons de santé. En outre, les dépressions chez les personnes âgées, notamment chez les hommes, peuvent conduire au suicide.

Une partie des problèmes de santé – tel le diabète (mentionné par 12 % des 65 ans et plus vivant à domicile) – n'entraîne aucune diminution de la qualité de vie si le sujet bénéficie d'un traitement adéquat et qu'il adapte son alimentation. D'autres maladies chroniques peuvent par contre avoir une influence négative sur le bien-être et augmenter les besoins de soins, en particulier à long terme et en cas de polypathologie. Une insuffisance cardiaque chez une personne âgée peut contribuer par exemple à accroître les besoins d'aide au ménage ou en services de transport.

D'une manière générale, les atteintes physiques importantes ont une influence négative sur le bien-être. Les problèmes physiques, mais aussi psychiques (dépression notamment), peuvent déclencher des besoins accrus d'aide et de soins, sous la forme par exemple de traitements contre la douleur, de traitements médicamenteux ou d'un soutien dans les activités quotidiennes.

Avec l'âge, les troubles somatiques deviennent plus fréquents et plus prononcés. Plus d'un tiers (37 %) des 65 ans et plus vivant à domicile ne souffrent d'aucune atteinte physique ou presque. Cette part recule sensiblement d'un groupe d'âges à l'autre, passant de 42 % (65–69 ans) à 29 % (85 ans et plus). Un peu plus d'un tiers (34 %) mentionne quelques troubles, et plus d'un cinquième (29 %) des troubles importants. A partir de la quatre-vingtième année, plus d'un tiers des personnes vivant à domicile souffrent d'atteintes physiques.

La fréquence et l'intensité des troubles somatiques varient sensiblement selon le sexe. Les femmes de plus de 65 ans mentionnent plus souvent des atteintes physiques importantes que les hommes du même âge (cf. **tableau 5**). Les différences de mortalité entre les sexes peuvent accentuer ces écarts, puisque pour un même degré de morbidité, les hommes meurent à un âge plus jeune que les femmes. Si les femmes vivent plus longtemps et, en partie aussi, plus longtemps en bonne santé que les hommes, elles souffrent aussi plus longtemps de troubles importants que les hommes. De fortes différences entre les hommes et les femmes apparaissent en particulier en ce qui concerne les douleurs dans les membres et les articulations, le mal de dos ou lombalgie et les troubles du sommeil (d'où une consommation plus élevée de somnifères chez les femmes que chez les hommes).

Des différences significatives d'un point de vue statistique apparaissent également selon le niveau de formation. Les personnes âgées ayant un bas niveau de formation scolaire et professionnelle sont plus souvent atteintes de troubles somatiques que les personnes âgées au bénéfice d'un niveau élevé de formation. Ainsi, 37 % des 65 ans et plus ayant achevé la scolarité obligatoire seulement se

Tableau 5 : Etendue des troubles somatiques (sans la fièvre) selon le sexe, en 2007

	Hommes vivant à domicile âgés de :					Total 65+
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
Troubles :						
- pas/peu	52 %	47 %	45 %	41 %	39 %	47 %
- quelques-uns	31 %	37 %	30 %	35 %	33 %	33 %
- importants	17 %	16 %	25 %	24 %	28 %	20 %
	Femmes vivant à domicile âgées de :					Total 65+
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
Troubles :						
- pas/peu	33 %	31 %	27 %	28 %	23 %	29 %
- quelques-uns	36 %	35 %	36 %	29 %	33 %	34 %
- importants	31 %	34 %	37 %	43 %	44 %	37 %

Indice construit à partir des réponses aux questions sur le mal de dos, le sentiment de faiblesse, le mal de ventre, la diarrhée/constipation, les troubles du sommeil, les maux de tête, les palpitations et les douleurs dans la poitrine (toujours durant les quatre dernières semaines). Critère d'exclusion : fièvre (durant les quatre dernières semaines).

Source : ESS 2007 (interview téléphonique, données pondérées).

plaignent de fortes douleurs, contre 29 % des répondants âgés ayant un niveau moyen de formation (degré secondaire II) et 20 % des personnes âgées ayant une formation du degré tertiaire. Jusque dans la vieillesse et la dernière période de la vie, les facteurs socio-économiques jouent donc un rôle. Les entretiens réalisés durant la dernière période de vie (« End-of-life-Interviews ») révèlent par exemple que les personnes ayant une meilleure formation vivent leur dernière année avec moins d'incapacité que les personnes dont la formation est plus élémentaire et qui meurent également plus tôt (cf. Andersen-Ranberg, Robine et al. 2008).

Entre 1992/93 et 2007, la part des hommes et des femmes âgés qui souffrent de troubles somatiques importants a peu varié. Comme l'âge moyen des personnes à la retraite a continué d'augmenter dans le même temps, une stabilité du taux signifie que les troubles importants se sont décalés vers le haut, c'est-à-dire vers le grand âge. Compte tenu de l'accroissement de l'espérance de vie après 65 ans, on peut supposer qu'il ne s'est produit aucun allongement clair des années de vie sans douleurs somatiques, contrairement à ce qui s'est passé avec les années de vie sans incapacité. Il y a deux explications à cela. D'abord, les avancées dans la

médecine et dans le domaine des soins permettent aux personnes très âgées qui souffrent de troubles somatiques de rester plus longtemps autonomes. Ensuite, les progrès pharmacologiques et les développements dans le traitement de la douleur ont pour effet de réduire ou de retarder les limitations fonctionnelles dues à des atteintes physiques.

2.4

Limitations fonctionnelles chez les personnes âgées et très âgées vivant à domicile

Une question de l'enquête suisse sur la santé 2007 demandait de manière très générale si et dans quelle mesure les personnes interrogées étaient limitées pour des raisons de santé dans les activités de la vie quotidienne : « Etes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités de la vie quotidienne et dans quelle mesure ? Diriez-vous que vous êtes fortement limité(e), que vous êtes limité(e) mais pas fortement, ou que vous n'êtes pas limité(e) ? »

Par la force des choses, la part des personnes qui éprouvent des limitations s'élève avec l'âge. Alors que 26 % des 65 à 69 ans se déclarent légèrement ou fortement limités, ce taux atteint 61 % chez les 85 ans et plus vivant à domicile (ce qui signifie une augmentation des besoins de soins). Comme pour les troubles somatiques, on constate ici aussi des différences entre les sexes, et cela dès 70 ans. La formulation de la question ne permet pas de savoir quelles formes de limitations surviennent ni quelles activités quotidiennes sont concrètement concernées. Des questions additionnelles de l'enquête suisse sur la santé fournissent des informations détaillées sur ces deux aspects.

Limitations sensorielles – Troubles de la vue et de l'ouïe

La diminution des capacités sensorielles chez les personnes âgées peut rendre difficile, voire impossible la conduite d'une vie autonome. Ce constat est vrai en particulier pour les troubles de la vue. Dans l'ensemble, 7 % des personnes de 65 ans vivant à domicile souffrent de troubles légers de la vue, 2 % de troubles sévères et 1 % n'est plus capable de lire un livre ou un journal même avec des lunettes. C'est surtout après 80 ans que la proportion des malvoyants augmente. La part des personnes qui souffrent de troubles graves de la vue ou qui sont atteintes de cécité atteint un peu plus de 8 % chez les 80 à 84 ans et même 10 % chez les 85 ans et plus, alors qu'elle ne dépasse pas 3 % chez les 75 à 79 ans. Moyennant une bonne organisation, les personnes âgées malvoyantes peuvent demeurer autonomes, mais elles ont plus souvent besoin d'une aide pour faire les courses, le ménage, la préparation des repas ou le règlement des questions administratives. En outre, une diminution de la vue peut favoriser l'isolement social en limitant les contacts avec l'extérieur. Une perte de l'ouïe peut avoir les mêmes

effets. Avec l'âge, les troubles de l'audition ayant une incidence sur le quotidien augmentent, même si les appareils auditifs rendent aujourd'hui de précieux services dans de nombreux cas. Les troubles de l'ouïe ne peuvent pourtant pas tous être compensés par la technologie. Si 7 % des 65 à 69 ans – porteurs le cas échéant d'un appareil auditif – déclarent avoir quelques difficultés ou beaucoup de difficultés à suivre une conversation à laquelle participent au moins deux autres personnes, cette part grimpe à 18 % chez les 80 à 84 ans et même à 31 % chez les 85 ans et plus. Les hommes sont victimes un peu plus souvent ou plus tôt que les femmes d'une perte significative de l'ouïe. Ainsi, environ 18 % des hommes de 75 à 79 ans font état de troubles légers à graves de l'ouïe, contre 10 % des femmes du même groupe d'âges. Les troubles de l'audition chez les personnes âgées nécessitent une formation adéquate du personnel soignant pour éviter les risques de malentendus et l'utilisation par ce dernier d'un langage infantilisant (« secondary baby-talk »), caractérisé par des phrases simples et accentuant la relation de dépendance (cf. Sachweh 1998).

Troubles de la mobilité

Des besoins d'aide et de soins importants dans le quotidien apparaissent en particulier en cas de réduction de la mobilité. Pour les personnes touchées, il devient en effet difficile ou impossible de faire les courses, de se rendre chez le médecin ou dans une pharmacie ou de s'occuper du ménage (nettoyer, passer l'aspirateur, faire la lessive, etc.) de manière autonome. Les personnes à mobilité réduite ont souvent besoin d'aide pour l'habillage et les soins corporels quotidiens. Plus encore que la diminution des capacités sensorielles, une baisse des capacités motrices est souvent à l'origine d'une admission dans un établissement médico-social (EMS) ou dans un logement protégé.

Les troubles de la mobilité des personnes vivant à domicile augmentent surtout après 80 ans. Souvent, ils s'accompagnent d'autres limitations et troubles somatiques, et l'immobilité qu'ils entraînent peut engendrer d'autres conséquences négatives (prise de poids, fonte musculaire) ou nécessiter des soins plus importants (podologie, massage, adaptation de l'alimentation, etc.).

Chez les plus âgés (85 ans et plus), les troubles de la mobilité concernent plus souvent les femmes que les hommes. Dans ce groupe d'âges, 22 % des femmes souffrent d'une mobilité nettement réduite contre 13 % des hommes. Cet écart peut refléter les effets de la structure par âge (âge plus élevé des femmes). Il peut aussi tenir au fait que, chez les hommes – et en particulier quand ils vivent seuls – les troubles de la mobilité entraînent plus rapidement un transfert en EMS que chez les femmes, qui ont l'habitude d'effectuer des tâches ménagères même dans des conditions plus difficiles. Entre 1992/93 et 2007, la part des femmes très âgées (85 ans et plus) atteintes dans leur mobilité s'est sensiblement accrue, passant de 16 % à 22 %. Cette hausse indique que les femmes âgées sont plus nombreuses qu'autrefois à vivre à domicile même lorsqu'elles souffrent de troubles de la mobilité. Cette évolution peut s'expliquer par une progression du nombre de

logements adaptés à l'âge (aménagés de manière à ne présenter aucun obstacle) ou par un développement, en Suisse aussi, des logements protégés. L'augmentation du nombre des logements accessibles en fauteuil roulant et des logements protégés devrait contribuer à accroître le nombre et la proportion des personnes âgées vivant à domicile malgré des difficultés motrices.

Restrictions des activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne chez les personnes âgées

Les données exploitées à ce jour montrent qu'en dépit d'une bonne santé subjective souvent longue, les personnes âgées et surtout très âgées souffrent fréquemment de problèmes de santé et d'une limitation des capacités sensorielles. Elles ne disent rien en revanche sur les activités de la vie quotidienne dans lesquelles les personnes âgées sont limitées. Pour cela, il est nécessaire de recourir à des questions plus spécifiques sur les activités concrètes de la vie quotidienne. Dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé 2007, cinq items sur les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ, en anglais « activity of daily living » ADL) et huit items sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ, « instrumental activity of daily living » IADL) ont été étudiés. Il est ainsi possible d'asseoir sur une base empiriquement plus claire le concept de santé fonctionnelle développé par l'OMS (cf. INSOS Suisse 2009).

Activités élémentaires de la vie quotidienne (items AVQ) : la plupart des personnes âgées (65 ans et plus), mais aussi une nette majorité des personnes très âgées vivant à domicile (85 ans et plus) n'ont aucune difficulté à accomplir de manière autonome les activités élémentaires de la vie quotidienne (comme se nourrir, aller au lit, s'habiller ou se déshabiller, aller aux toilettes, se baigner ou se doucher) (cf. tableau A en annexe). S'il en est ainsi, c'est en grande partie parce que des restrictions notables d'activités nécessitent souvent un transfert dans un EMS, surtout si la personne concernée vit seule et qu'elle ne peut bénéficier d'aucun soutien à l'intérieur du ménage.

Une minorité des personnes très âgées vivant à domicile requiert en revanche une aide régulière pour les activités de la vie quotidienne. Ces personnes ont notamment plus souvent besoin d'aide pour se baigner ou se doucher, mais elles sont relativement peu nombreuses à devoir solliciter une aide extérieure pour les repas, principalement parce que l'absence d'autonomie alimentaire entraîne la plupart du temps un transfert en EMS. A première vue, les femmes ont plus souvent besoin d'aide que les hommes du même âge pour les activités élémentaires de la vie quotidienne, mais ce constat reflète en grande partie un effet de la structure par âge (âge moyen des femmes plus élevé).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (items AIVQ) : outre l'autonomie ou l'absence d'autonomie dans les activités élémentaires de la vie quotidienne, l'enquête suisse sur la santé 2007 s'est intéressée à la capacité des personnes âgées à

accomplir elles-mêmes des activités instrumentales de la vie quotidienne. Il faut entendre par là des activités qui sont également importantes, sans être toutefois élémentaires. Quelques-unes des activités énumérées, par exemple faire la lessive, effectuer des travaux ménagers, faire les comptes, ne doivent pas être exécutées quotidiennement, pendant que d'autres, par exemple utiliser les transports publics ou faire des courses, obligent les personnes âgées à sortir de chez elles. S'il est important de téléphoner pour établir des contacts avec l'extérieur, cela n'est pas toujours nécessaire hormis les situations d'urgence. Contrairement aux activités élémentaires, les activités instrumentales de la vie quotidienne sont des activités dont l'accomplissement dépend fortement des capacités d'adaptation individuelles et des facteurs environnementaux. Les difficultés peuvent être dues en effet non seulement à des limitations fonctionnelles individuelles, mais aussi à un environnement défavorable : absence de magasins, formulaire de déclaration d'impôt compliqué ou moyens de transport peu ou pas développés.

De fait, il s'avère que les personnes âgées ont de plus grandes difficultés à accomplir des activités instrumentales (faire des courses, effectuer des travaux ménagers, préparer les repas, régler des tâches administratives) et que leur besoin d'aide est souvent prononcé (cf. tableau B en annexe). Deux cinquièmes des personnes âgées de 85 ans et plus vivant à domicile ne sont plus en mesure d'effectuer de gros travaux ménagers, et un sixième a besoin d'aide même pour les petits travaux ménagers. Un quart ne peut plus faire les courses et 13 % ne sont plus en mesure de préparer les repas de manière autonome (d'où le recours à des services de repas à domicile). Faire la lessive à un âge élevé n'est souvent plus possible non plus. Enfin, un peu plus d'un cinquième des répondants très âgés ont besoin d'aide pour faire leurs comptes.

Quand l'accomplissement des activités instrumentales devient difficile, les prestations d'aide à domicile assurées par des membres de la famille, les services d'aide et de soins à domicile, Pro Senectute et des groupes de seniors peuvent devenir déterminants pour le maintien à domicile. Quelques restrictions d'activités instrumentales peuvent, du moins en partie, être compensées par des solutions techniques : appareil téléphonique adapté aux besoins des personnes âgées (cf. www.fst.ch), l'accessibilité des moyens de transports publics, courses sur Internet, service de repas à domicile, etc.

Des limitations fonctionnelles dans l'exercice d'une activité s'accompagnent souvent de limitations dans d'autres activités. Chez les personnes âgées, les difficultés à accomplir, pour des raisons de santé, des activités instrumentales – dont certaines en dehors du domicile – et les difficultés à accomplir des activités élémentaires sont étroitement corrélées. Le degré de corrélation entre les valeurs de l'échelle AVQ et celles de l'échelle AIVQ s'établit ainsi à 0,72 chez les 65 ans et plus qui vivent à domicile.

Les femmes âgées semblent souffrir plus souvent de limitations fonctionnelles, mais il se peut que les chiffres reflètent un effet de la structure par âge. Une analyse multivariée des variables âge, sexe et niveau de formation (trois

niveaux) chez les 65 ans et plus interrogés atteste que seul l'âge (en nombre d'années) a une influence statistiquement significative sur les difficultés rencontrées dans l'accomplissement des activités élémentaires. Ni le sexe ni le niveau de formation ne jouent un rôle. En se concentrant sur les activités élémentaires de la vie quotidienne, l'échelle AVQ représente a contrario un instrument de mesure neutre du point de vue du sexe et de la formation pour appréhender la santé fonctionnelle des personnes âgées.

Les différences entre les sexes s'atténuent pour les restrictions d'activités instrumentales quand l'âge (en nombre d'années) et le niveau de formation sont contrôlés. L'âge (chronologique) reste significatif statistiquement, tout comme le niveau de formation. Les difficultés à accomplir des activités instrumentales de la vie quotidienne sont plus prononcées chez les rentiers AVS ayant un bas niveau de formation (scolarité obligatoire seulement) que chez les personnes au bénéfice d'un niveau moyen de formation ou d'une formation du degré tertiaire. La capacité à accomplir des activités instrumentales à un âge avancé – notamment gérer l'argent, faire les courses – est fonction du niveau de formation et des capacités cognitives.

2.5

Fréquence des besoins d'aide et de soins des personnes âgées vivant à domicile

Les données sur les limitations dans les activités élémentaires (AVQ) et dans les activités instrumentales (AIVQ) de la vie quotidienne peuvent être utilisées pour déterminer la fréquence (prévalence) des besoins d'aide et de soins des personnes âgées et très âgées vivant à domicile. Pour cela, il est essentiel de procéder à une opérationnalisation claire et transparente, car la fréquence des besoins d'aide et de soins dépend fortement des définitions et des catégorisations choisies.

Dans le texte ci-après, les besoins d'aide et de soins sont définis comme suit :

- a) *Opérationnalisation des besoins de soins* : la saisie des besoins de soins se fonde sur les questions portant sur les activités élémentaires. Il s'agit ici d'une définition fonctionnelle (et non d'une définition médicale) des besoins de soins. Si un diabétique a besoin d'un suivi médical régulier et éventuellement de soins, il peut la plupart du temps vaquer à ses activités quotidiennes sans rencontrer de difficultés. Les personnes qui ne peuvent plus accomplir elles-mêmes au moins l'une des cinq activités élémentaires de la vie quotidienne sont considérées comme ayant des besoins élevés de soins. Si elles peuvent encore accomplir elles-mêmes les cinq activités élémentaires de la vie quotidienne mais en rencontrant de grandes difficultés dans au moins une activité, elles entrent dans la catégorie des personnes avec des besoins modérés de soins. Enfin, les

personnes qui déclarent rencontrer quelques difficultés mais aucune difficulté majeure dans l'accomplissement d'au moins une activité élémentaire ont des besoins légers de soins.

- b) *Opérationnalisation des besoins d'aide* : à la différence des besoins de soins, les besoins d'aide sont appréhendés sur la base des questions portant sur les activités instrumentales. Ont des besoins d'aide élevés les personnes qui ne peuvent plus accomplir elles-mêmes au moins l'une des huit activités instrumentales analysées. Les besoins d'aide sont qualifiés de modérés quand une personne peut encore accomplir elle-même toutes les activités instrumentales, mais en éprouvant de grandes difficultés pour au moins l'une d'elles. Quant au terme de besoins légers, il est utilisé lorsque les personnes rencontrent quelques difficultés, mais aucune difficulté majeure, dans au moins une activité instrumentale.

Fréquence et intensité des besoins de soins à domicile : le **tableau 6** présente la fréquence et l'intensité des besoins de soins des personnes qui éprouvent des difficultés dans l'accomplissement des activités élémentaires de la vie quotidienne. Dans l'ensemble, 4 % des personnes âgées vivant à domicile (65 ans et plus) ont des besoins de soins modérés à élevés et 6 % des besoins légers.

L'enquête européenne SHARE de 2004 a révélé, également sur la base de critères AVQ, que près de 11 % des plus de 50 ans vivant à domicile souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle. Des différences considérables apparaissent cependant entre les pays. Le taux de besoins de soins est très élevé (13 %) en Espagne, mais relativement bas en Suisse et aux Pays-Bas. En Suisse, à peine plus de 6 % des 50 ans et plus ont déclaré devoir restreindre leurs activités (cf. Haberkern 2009 : 89). Si ce chiffre est comparé à celui de la population des 50 ans et plus de l'ESS 2007, on s'aperçoit que le taux des personnes connaissant des limitations d'activités est également de 6 % (les limitations étant modérées à fortes dans 4 % des cas). La relative bonne santé fonctionnelle des personnes interrogées en Suisse peut s'expliquer par un contexte économique et sociopolitique favorable. Ainsi que le relève Haberkern, un niveau élevé de formation et de prospérité semble se répercuter favorablement sur la santé physique des personnes âgées. Un taux élevé d'actifs occupés chez les 50 ans et plus va dans la même direction. (Haberkern 2009 : 93).

Par la force des choses, la fréquence des besoins de soins s'accroît avec l'âge, même si des effets de sélection (transfert dans un EMS en cas de besoins élevés de soins) réduisent la part des personnes vivant à domicile très dépendantes. Ainsi, 5 % des 80 à 84 ans et 12 % des 85 ans et plus ont des besoins élevés de soins. En d'autres termes, ces personnes ne sont plus capables d'accomplir elles-mêmes au moins une activité élémentaire, telle que se baigner ou se doucher, s'habiller ou se déshabiller (activités les plus souvent citées). En outre, 6 % des 85 ans et plus ont des besoins modérés et 14 % des besoins légers de soins. Au total, près d'un tiers des 85 ans et plus vivant à domicile éprouvent des difficultés dans

Tableau 6 : Fréquence et intensité des besoins de soins des personnes âgées vivant à domicile, selon l'âge et le sexe, en 2007

Personnes interrogées vivant à domicile :	Groupe d'âges					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
Activités élémentaires de la vie quotidienne :						
- besoins légers	3.1 %	4.5 %	6.1 %	8.6 %	14.2 %	5.9 %
- besoins modérés	0.3 %	0.9 %	1.6 %	2.1 %	5.5 %	1.4 %
- besoins élevés	0.5 %	1.4 %	2.0 %	4.5 %	12.1 %	2.6 %
Besoins moyens à élevés	0.8 %	2.3 %	3.6 %	6.6 %	17.6 %	4.0 %
Hommes	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
Activités élémentaires de la vie quotidienne :						
- besoins légers	3.8 %	3.7 %	5.0 %	6.2 %	10.8 %	4.8 %
- besoins modérés	0.1 %	0.4 %	2.8 %	2.0 %	4.0 %	1.2 %
- besoins élevés	0.4 %	1.9 %	2.4 %	2.3 %	7.4 %	1.9 %
Besoins moyens à élevés	0.5 %	2.3 %	5.2 %	4.3 %	11.4 %	3.1 %
Femmes	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
Activités élémentaires de la vie quotidienne :						
- besoins légers	2.5 %	5.1 %	6.9 %	10.3 %	15.7 %	6.6 %
- besoins modérés	0.5 %	1.3 %	0.9 %	2.1 %	6.1 %	1.6 %
- besoins élevés	0.6 %	1.0 %	1.6 %	6.0 %	14.3 %	3.2 %
Besoins moyens à élevés	1.1 %	2.3 %	2.5 %	8.1 %	20.4 %	4.8 %

Source : ESS 2007 (données pondérées, réponses aux items AVQ).

l'accomplissement des activités quotidiennes. Les limitations sont légères dans une moitié des cas, et modérées à élevées dans l'autre moitié.

La comparaison entre les sexes révèle à première vue que les limitations fonctionnelles sont plus fréquentes chez les femmes de 80 ans et plus. Après un contrôle minutieux des effets de la structure par âge, les différences entre les sexes s'estompent. Si les femmes âgées vivant à domicile éprouvent plus souvent des

difficultés que les hommes à accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne, c'est parce que leur âge moyen est plus élevé. La fréquence des relations de couple peut aussi jouer un rôle. Le maintien à domicile d'une personne avec des besoins élevés de soins repose en grande partie sur le soutien apporté par le ou la partenaire. Chez les 85 ans et plus, 15 % seulement de ceux qui vivent seuls ont des besoins moyens ou élevés de soins, contre 45 % chez ceux qui vivent en couple. Le type de ménage (ménage d'une personne, ménage de plus d'une personne) n'est toutefois déterminant qu'à un âge élevé. Une corrélation apparaît ainsi entre le grand âge et le type de ménage. En effet, la fragilité liée au phénomène du vieillissement se traduit lors de limitations fonctionnelles par une élévation des besoins de soins, par exemple parce que les risques (de chute, entre autres) ou la multimorbidité requièrent davantage de prestations de soins. La présence d'une autre personne dans le ménage influence de manière déterminante, à un âge très élevé surtout, la probabilité d'être soigné à domicile. Comme les hommes âgés vivent plus souvent en couple que les femmes âgées, ce facteur peut contribuer à expliquer les différences entre les sexes en matière de besoins de soins.

Le niveau des besoins de soins à un âge donné dépend aussi de facteurs sociaux. Selon de nombreuses études, il existe une corrélation négative entre, d'une part, le risque de devoir recourir à des soins et, d'autre part, le niveau de revenu et, surtout, de formation (cf. Jungbauer-Gans 2006). De fait, dans une comparaison bivariée, des différences de limitations fonctionnelles liées au niveau de formation se manifestent chez les 65 ans et plus vivant à domicile : 2 % des personnes ayant un niveau élevé de formation (degré tertiaire) ont des besoins modérés ou élevés de soins, et 4 % tout au plus des besoins légers. Chez les personnes dont le niveau de formation est moyen (degré secondaire II), 4 % sont modérément à fortement limitées, et 5 % légèrement. Les taux grimpent encore chez les personnes ayant un bas niveau de formation (scolarité obligatoire seulement). Dans ce cas, 6 % ont des besoins modérés ou élevés de soins, et 9 % des besoins légers. Etant donné que le niveau de formation des personnes très âgées (et surtout des femmes très âgées) est plus bas que celui des rentiers AVS plus jeunes pour des raisons de cohorte, le lien de cause à effet est peut-être biaisé. Les différences AVQ liées au niveau de la formation s'atténuent effectivement si le sexe et l'âge sont contrôlés statistiquement. Des effets de sélection peuvent aussi contribuer à ce que les effets du niveau de formation diminuent chez les personnes âgées vivant à domicile. Soit parce que les personnes ayant un bas niveau de formation meurent plus tôt et que les personnes très âgées se composent principalement de personnes ayant un niveau élevé de formation; soit parce que les personnes âgées ayant un bas niveau de formation (et, partant, un bas niveau de revenu) sont placées plus souvent dans un EMS.

Fréquence et intensité des besoins d'aide à domicile : les données du **tableau 7** mettent en évidence – comme dans l'analyse précédente – la part des hommes et des femmes âgés vivant à domicile qui ont des besoins d'aide légers, modérés ou

Tableau 7 : Fréquence et intensité des besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile, selon l'âge et le sexe, en 2007

Personnes interrogées vivant à domicile :	Groupe d'âges					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
Activités instrumentales :						
- pas de besoin	83.3 %	70.9 %	62.6 %	51.4 %	24.1 %	66.0 %
- besoins légers	8.1 %	14.1 %	16.4 %	18.5 %	14.6 %	13.5 %
- besoins modérés	1.4 %	4.7 %	4.8 %	6.2 %	10.6 %	4.5 %
- besoins élevés	7.2 %	10.3 %	16.2 %	23.9 %	50.7 %	16.0 %
Hommes vivant à domicile :						
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
Activités instrumentales :						
- pas de besoin	84.4 %	74.4 %	66.7 %	58.7 %	26.6 %	71.0 %
- besoins légers	6.9 %	13.0 %	15.0 %	17.0 %	20.7 %	12.5 %
- besoins modérés	0.9 %	2.9 %	2.6 %	5.3 %	12.8 %	3.1 %
- besoins élevés	7.8 %	9.7 %	15.7 %	19.0 %	39.9 %	13.4 %
Femmes vivant à domicile :						
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65+
Activités instrumentales :						
- pas de besoin	82.3 %	67.9 %	59.7 %	46.4 %	22.9 %	62.3 %
- besoins légers	9.1 %	15.1 %	17.4 %	19.6 %	11.9 %	14.3 %
- besoins modérés	1.9 %	6.2 %	6.4 %	6.9 %	9.7 %	5.4 %
- besoins élevés	6.7 %	10.8 %	16.5 %	27.1 %	55.5 %	18.0 %

Source : ESS 2007 (données pondérées, réponses aux items AIVQ).

élevés dans l'accomplissement des activités instrumentales énumérées. Il ressort du tableau qu'un bon cinquième des 65 ans et plus vivant à domicile éprouvent beaucoup de difficultés dans au moins une activité instrumentale ou ne sont plus capables d'accomplir au moins l'une d'elles. Un septième des répondants ont des besoins d'aide légers, en particulier pour les activités qui requièrent beaucoup de force (tels les gros travaux ménagers).

Les besoins d'aide augmentent chez les personnes très âgées. Plus de la moitié (51 %) des 85 ans et plus vivant à domicile ne sont plus capables d'accomplir de manière autonome au moins une activité instrumentale. Il s'agit en premier lieu des travaux ménagers qui exigent de la force, mais aussi des activités à l'extérieur (faire les courses, utiliser les transports publics). La hausse des besoins d'aide est plus prononcée que celle des besoins de soins, car les besoins d'aide ne nécessitent pas, en cas de constellation favorable, de placement. Une personne âgée qui ne peut plus utiliser les transports publics restera à la maison (ce qui peut accentuer son isolement social). Si elle a de la peine à faire les courses, elle confiera cette tâche à des tiers ou achètera moins, ce qui peut, selon les cas, nuire à son alimentation. Si elle éprouve des difficultés à faire le ménage, elle n'utilisera éventuellement plus qu'une partie de son logement. Plus encore que pour les activités élémentaires, l'étendue et la gestion des difficultés découlant des limitations instrumentales dépendent des stratégies d'adaptation personnelles, des réseaux d'aide informels, mais aussi de la qualité du logement, de l'environnement et des infrastructures.

Comme pour les besoins de soins, les besoins d'aide à un âge très avancé sont à première vue très différents entre les hommes et les femmes. Si d'autres facteurs (structure par âge, niveau de formation, type de ménage) sont contrôlés, les différences disparaissent. Après contrôle de la répartition par âge, le type de ménage ne joue aucun rôle significatif, car contrairement aux activités élémentaires, les activités instrumentales peuvent être effectuées avec une aide de ménage extérieure ou être confiées à des tiers. La personne peut par exemple faire ses courses sur Internet, recourir à une aide pour ses courses, déléguer des tâches ménagères (lessive) à sa fille ou à une voisine, etc. En revanche, l'effet du niveau de formation est net, puisqu'il reste significatif même après le contrôle de l'âge et de l'appartenance à une cohorte. Ainsi, près de 30 % des personnes âgées dont le niveau de formation est bas ont des besoins d'aide modérés à élevés, contre 14 % des personnes âgées au bénéfice d'un niveau élevé de formation. Une analyse détaillée montre qu'il existe des différences importantes liées au niveau de formation pour pratiquement toutes les activités instrumentales : faire les courses, effectuer des tâches ménagères, faire les comptes et utiliser les transports publics. La question reste ouverte de savoir dans quelle mesure ces différences reflètent des différences de ressources – niveau de revenu, propriété du logement – ou des différences de santé physique et psychique.

Des limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités élémentaires et des activités instrumentales s'accompagnent de manière significative de problèmes psychiques accrus. Ces difficultés peuvent être liées : les restrictions fonctionnelles d'activités peuvent favoriser des sentiments d'abattement, de découragement ou d'irritation, tout comme inversement un état dépressif peut diminuer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. Quoi qu'il en soit, les besoins d'aide et de soins de ces dernières sont liés non seulement à des problèmes physiques, mais aussi souvent à des troubles psychiques : une personne

malade psychiquement nécessite souvent des besoins plus importants d'aide et de soins. A l'inverse, des besoins élevés d'aide et de soins peuvent aussi peser sur le psychisme.

2.6

Besoins de soins dans les établissements médico-sociaux

Les besoins de soins des personnes âgées sont la cause principale d'un placement en EMS. Par conséquent, il n'est pas étonnant qu'une grande majorité des résidents de ces établissements réclament des soins importants. Toutefois, des problèmes économiques et sociaux (isolement social, désarroi après le décès du conjoint, pauvreté, démolition d'un logement ancien, etc.) et la fragilité liée au vieillissement (augmentation du risque de chute, diminution des capacités sensorielles) peuvent aussi être à l'origine d'un transfert dans un EMS (cf. Guilley 2005). Des troubles psychiques et des problèmes de dépendance liés à la vieillesse peuvent aussi motiver une admission rapide en EMS. C'est ce qui explique pourquoi une minorité non négligeable des résidents n'a pas, ou n'a pas encore, de réels besoins de soins. Il peut aussi arriver que deux conjoints entrent ensemble en EMS quand l'un des eux nécessite des soins.

Le **tableau 8** présente la répartition des résidents en EMS de 65 ans et plus selon le niveau de soins et le niveau de besoins de soins.

Lors de l'exploitation des données de l'enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI 2008/09), l'autonomie ou l'absence d'autonomie dans l'accomplissement de cinq activités de la vie quotidienne (manger sans aide, se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil sans aide, aller aux toilettes sans aide, prendre un bain ou une douche sans aide) a servi à catégoriser les niveaux de soins.¹ La définition des niveaux de soins a été établie selon des critères analogues à ceux qui avaient été utilisés pour les personnes âgées vivant à domicile (de manière à pouvoir calculer les taux de soins des personnes âgées indépendamment du type de logement).

Les résidents qui n'ont aucune difficulté à accomplir les cinq activités de la vie courante entrent dans la catégorie des personnes qui n'ont aucun besoin de soins. Leur part s'élève à 13 % des résidents. Les personnes qui éprouvent des difficultés légères (mais aucune difficulté majeure) dans au moins une activité de la vie courante sont considérées comme ayant des besoins légers de soins. Leur part atteint 11 %. Près d'un quart (24 %) des personnes âgées vivant en institution n'ont ainsi aucun besoin de soins pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Des raisons économiques et sociales ou des problèmes psychiques sont à l'origine de leur placement en institution. Il est à relever qu'en offrant des condi-

1 Le sixième item AVQ (se déplacer sans aide dans sa chambre/dans l'établissement) n'a pas été pris en compte pour permettre la comparaison avec les personnes vivant à domicile.

Tableau 8 : Etendue des besoins de soins des personnes âgées et très âgées vivant en EMS

	Groupe d'âges :		
	65-79	80+	65+
A) ESAI 2008/09¹			
Niveau de soins :			
pas de besoin	12.5%	13.4%	13.3%
besoins légers	14.1%	10.0%	10.7%
besoins modérés	10.1%	9.5%	9.6%
besoins élevés	63.3%	67.2%	66.4%
B) SOMED 2008²			
Besoins de soins :			
nuls ou insignifiants	17.9%	19.9%	19.5%
légers à élevés	82.1%	80.1%	80.5%

1 Données pondérées, réponses aux items AVQ,

2 N = 74709 (valeurs valables « degré de dépendance ») ; les EMS où l'âge moyen des résidents est inférieur à 65 ans n'ont pas été pris en compte (N EMS = 43; N résidents = 590) .

Source : ESAI : Office fédéral de la statistique, enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI) 2008/09, SOMED 2008 : Office fédéral de la statistique, statistique des institutions médico-sociales (SOMED) 2008, Neuchâtel : OFS., Analyse : Obsan 2010

tions de logement et de soins adaptées aux personnes âgées (absence d'obstacles, environnement soignant), les structures médico-sociales permettent à des personnes qui, à domicile, auraient besoin d'aide et de soins d'avoir, en institution, une meilleure emprise sur le quotidien.

Entrent dans la catégorie des résidents ayant des besoins modérés de soins les personnes qui ont beaucoup de difficultés dans au moins une des cinq activités de la vie courante. Enfin, les personnes qui ne sont plus capables d'accomplir elles-mêmes une ou plusieurs activités élémentaires de la vie courante sont considérées comme ayant des besoins élevés de soins. Deux tiers des résidents sont actuellement dans ce cas. Si l'on additionne les niveaux « modérés » et « élevés », on constate que trois quarts (76%) des résidents d'un EMS ont besoin de soins pour accomplir des activités de la vie courante.²

2 La variable binaire sur les besoins de soins (besoins modérés/élevés de soins) est utilisée ci-après pour le calcul des taux de soins.

La statistique des institutions médico-sociales (SOMED) livre depuis 2006 des informations complémentaires sur les besoins de soins des personnes vivant en EMS. Depuis sa révision en 2006, la statistique recueille, outre des informations administratives sur les institutions elles-mêmes, des données individuelles sur les résidents et le personnel. Le niveau de soins selon l'instrument de relevé de chaque institution est également saisi. Il est ainsi possible d'exploiter les données correspondantes selon l'âge, le sexe, l'institution, la commune d'origine et le niveau de soins. Etant donné que les EMS de Suisse utilisent neuf instruments de relevé différents comptabilisant entre 4 et 44 niveaux de soins (état SOMED 2008), les niveaux de soins entre les cantons ne peuvent pas être comparés directement entre eux. En revanche, chaque instrument permet de distinguer deux niveaux (besoins de soins nuls à occasionnels, besoins de soins légers à élevés). L'exploitation des données 2007 et 2008 par institution et niveau de soins révèle en outre que la qualité des données du paramètre « niveau de soins » est encore insuffisante dans quelques cantons. Les informations sur le niveau de soins font défaut dans environ 10 % des cas. La part varie entre 1 % (Tessin) et 55 % (Appenzell Rhodes-Intérieures) par canton d'établissement des institutions, et entre 1 % (Tessin) et 45 % (Appenzell Rhodes-Intérieures) par canton d'origine. Pour l'analyse du tableau 8, il a été admis que les résidents pour qui les données font défaut présentent la même répartition entre niveaux de soins que les résidents pour qui des données existent. Sur la base de cette hypothèse, on constate qu'un cinquième des résidents âgés ont tout au plus des besoins légers de soins. Pour quatre cinquièmes des résidents, les besoins de soins sont modérés à élevés.

Même si les deux sources de données ne recouvrent pas les mêmes populations, il apparaît sans surprise qu'une nette majorité des résidents en EMS requièrent des soins, mais aussi qu'une minorité non négligeable vit en EMS pour des raisons sociales, économiques ou psychiques.

3 Estimation des taux de soins des personnes âgées, selon le groupe d'âges et le sexe

Après avoir analysé les taux de soins (= part des personnes ayant des besoins de soins modérés à élevés) des personnes âgées vivant à domicile et des résidents des établissements médico-sociaux (EMS), il est possible d'établir les taux de soins totaux tous types de logement confondus. On peut ainsi déterminer l'ampleur de la dépendance de la population âgée en Suisse. Le **tableau 9** présente des estimations du nombre de personnes âgées et très âgées nécessitant des soins et du taux de soins par groupe d'âges.

Conformément aux attentes, le risque de dépendance augmente avec les années. Jusqu'au groupe des 75 à 79 ans, la part des personnes âgées qui requièrent des soins est nettement inférieure à 10 %. Elle grimpe ensuite à plus de 13 % chez les 80 à 84 ans et à un peu plus de 34 % chez les 85 ans et plus¹. Selon des estimations, elle s'inscrit à plus de 50 % chez les 90 ans et plus.

Au total, la Suisse comptait en 2008 quelque 115 000 hommes et femmes dépendants âgés de 65 ans et plus. La délimitation du dernier groupe d'âges (85 ans et plus) ne permet cependant pas de connaître précisément les chiffres pour les plus âgés. Les données empiriques disponibles en Suisse ne sont pas suffisantes pour calculer le taux de soins des 90 ans et plus. Dans un scénario additionnel, nous avons par conséquent repris les taux de l'enquête française HID (cf. Duée, Rebillard 2006a) pour les 90 ans et plus (cf. tableau E en annexe). Quand les données sont subdivisées en six groupes d'âges au lieu de cinq de manière à différencier les taux de soins des 85 à 89 ans et ceux des 90 ans et plus, le nombre des personnes dépendantes progresse légèrement (à 118 574 personnes pour 2008). Sur la base de la définition choisie (sont réputées nécessiter des soins les

1 Chez les 65 à 69 ans, les chiffres sont probablement trop bas. En effet, une partie des 65 à 69 ans nécessitant des soins (souvent des personnes âgées devenues handicapées) résident non pas dans des EMS, mais dans des établissements de pédagogie curative (qui n'ont pas été pris en compte dans notre analyse). Le taux des 65 à 69 ans devrait par conséquent se situer plutôt aux alentours de 2 % et non de 1,4 %.

Tableau 9 : Estimation des taux de soins et du nombre de personnes âgées dépendantes en 2008

	Groupe d'âges				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Besoins de soins en % : *					
Total	1.4 %	3.5 %	6.3 %	13.3 %	33.9 %
Hommes	1.1 %	3.4 %	7.2 %	9.0 %	23.3 %
Femmes	1.7 %	3.6 %	5.7 %	15.9 %	38.2 %
Nombre de personnes dépendantes*					
Total	5 044	10 306	15 767	24 998	59 023
Hommes	1 848	4 547	7 657	6 362	12 463
Femmes	3 242	5 758	8 237	18 676	46 156

* Soins en EMS et soins à domicile.

Base démographique : OFS, ESPOP 2008.

Source pour le nombre des personnes dépendantes et les taux de soins : OFS, SOMED 2008, OFS, ESPOP 2008, OFS, ESS 2007, OFS; ESAI 2008/09, analyse : Obsan/Höpflinger 2010.

Pour le détail, cf. tableau D en annexe.

personnes qui éprouvent de grandes difficultés à accomplir au moins une des cinq activités AVQ saisies ou qui ne sont plus capables d'accomplir cette activité sans aide), on estime que le nombre des personnes dépendantes âgées de 65 ans et plus était compris en Suisse entre 115 000 et 119 000 en 2008. Plus de la moitié d'entre elles avaient plus de 84 ans.

S'il y a plus de femmes que d'hommes parmi les personnes âgées dépendantes, c'est parce que les femmes atteignent un âge plus élevé. En outre, si leur taux de soins est également plus élevé, sauf chez les 75 à 79 ans, c'est parce qu'à degré de dépendance équivalent, les femmes survivent plus longtemps que les hommes. Compte tenu des risques, différents selon le sexe, de maladies cardiovasculaires, il se peut, par exemple, que les femmes âgées souffrent plus fréquemment d'une insuffisance cardiaque chronique, alors que les hommes sont plus souvent victimes d'un infarctus du myocarde. Les différences de taux de soins selon le sexe peuvent dans tous les cas avoir diverses causes. Chez les 85 ans et plus, il convient également de tenir compte de la répartition par âge. Si les femmes très âgées nécessitent plus souvent des soins que les hommes, ce n'est pas parce qu'elles courent un risque de dépendance accru, mais en premier lieu parce qu'elles atteignent plus souvent un âge très élevé et parce que les femmes dépendantes très âgées survivent généralement plus longtemps que les hommes.

Parmi les personnes dépendantes âgées de 65 ans et plus, 43 % reçoivent des soins à domicile et 57 % dans un EMS (cf. Bayer-Oglesby, L., Höpflinger F. 2010). La part des personnes dépendantes résidant en institution est nettement plus élevée en Suisse que dans de nombreux autres pays européens (cf. Huber, Rodrigues et al. 2009). Cette différence s'explique notamment par une longue tradition de la prise en charge de la vieillesse au niveau communal, en particulier dans les cantons alémaniques où l'offre d'établissements est très développée. Une autre raison réside dans le nombre moins élevé de ménages multigénérationnels en Suisse. Dans notre pays, les familles multigénérationnelles multilocales (chaque génération vit et habite dans des ménages séparés tout en entretenant des relations familiales étroites) sont plutôt la norme (cf. Perrig-Chiello, Höpflinger, Suter 2008).

Les estimations actualisées des taux de soins liés à l'âge sont inférieures aux estimations antérieures de l'Observatoire suisse de la santé (cf. Bayer-Oglesby 2009a, 2009b). Pour les moins de 85 ans, elles sont également plus faibles que les estimations des besoins de soins basées sur des données de 2000 (cf. Höpflinger, Hugentobler 2003; cf. **tableau 10**).

Les différences entre ces estimations s'expliquent, d'une part, par le fait que les analyses se sont nettement améliorées et affinées en dix ans. De nouvelles données détaillées sur la santé fonctionnelle des personnes vivant à domicile et des personnes résidant en institution sont ainsi disponibles. D'autre part, l'espérance de vie sans incapacité a continué d'augmenter en Suisse au cours des dix dernières années, ce qui a entraîné une compression relative des besoins de soins à un âge très avancé.

Les nouvelles estimations sur les besoins de soins par groupe d'âges en Suisse se situent dans la fourchette de ce qui a été observé en France. Elles sont en revanche plus faibles que les taux allemands (cf. tableau 10). Des écarts significatifs avec l'Allemagne apparaissent avant tout à un âge avancé. Les taux de soins plus élevés – selon l'assurance soins de longue durée (Pflegeversicherung) – des personnes très âgées en Allemagne peuvent refléter des effets de cohorte (génération de la guerre), mais aussi des différences de bien-être. Selon l'Enquête Sociale Européenne 2008/09, les personnes âgées en Suisse ont une meilleure opinion de leurs conditions de vie et de leur état de santé que leurs voisins du Nord. Des incitations financières (existence d'une assurance soins de longue durée) peuvent aussi exercer un effet sur les taux de soins mesurés. Si le cumul de limitations liées à la vieillesse et à la maladie fait naître une demande de soins, celle-ci reflète aussi un phénomène social lié à la façon dont la société et la politique sociale traitent la dépendance des personnes âgées. Les taux de soins indiqués reflètent tant l'état de la recherche que l'état de santé fonctionnel perçu par les personnes âgées (raison pour laquelle les taux doivent toujours être abordés d'un œil critique). Pour cette raison, les prévisions sur le nombre de personnes âgées nécessitant des soins ont été calculées selon différents scénarios dans ce qui suit.

Tableau 10 : Estimation des taux de soins en 2008, en comparaison européenne et dans le temps

Base	Groupe d'âges						
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	85-89	90+
Précédentes estimations							
Suisse : estimations Obsan							
Hommes	2.7	4.6	8.0	13.4		22.8	40.4
Femmes	2.5	4.6	8.2	18.4		33.4	62.8
Suisse : estimations pour 2000							
Total	2.5	5-6	8-10	18-20	30-35	-	-
Estimations actualisées							
Suisse 2008 (nouveau)							
Total	1.4	3.5	6.3	13.3	33.9	26.3	54.6*
Hommes	1.1	3.4	7.2	9.0	23.3	16.0	41.5*
Femmes	1.7	3.6	5.7	15.9	38.2	31.0	59.2*
Comparaisons internationales							
Allemagne 2007							
Total	2.6	4.8	10.0	20.0	44.7	37.2	61.6
Hommes	2.8	4.8	8.9	15.6	30.8	27.5	38.9
Femmes	2.5	4.9	10.7	22.2	49.5	40.7	68.8
France (Enquête HID 99)							
Hommes	2.5	4.2	7.5	11.0		18.6	41.5
Femmes	2.5	4.2	6.0	14.5		27.0	59.2

* Chiffres de l'enquête HID, la valeur N pour les 90 ans et plus dans l'ESS 2007 et l'ESAI 08/09 ne suffisant pas pour des analyses.

Source : Allemagne : *Pflegestatistik*, cf. *Statistisches Bundesamt 2008*, France : *Duée, Rebillard 2004, 2006a, 2006b*, estimations Obsan : cf. *Bayer-Oglesby 2009a, 2009b*, Suisse : estimations 2000, cf. *Höpflinger, Hugentobler 2003*.

3.1

Scénarios de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes

En raison du vieillissement démographique, le nombre des personnes âgées dépendantes devrait augmenter. L'étendue de l'effet démographique dépendra fortement de l'évolution future de l'espérance de vie des personnes âgées. Le début et la durée des besoins de soins des personnes âgées seront également déterminants. Si les personnes très âgées vivent plus longtemps sans incapacité, l'effet du vieillissement démographique (augmentation du nombre de personnes très âgées) sera atténué. A l'inverse, il s'accroîtra si les besoins de soins apparaissent plus tôt ou s'ils durent plus longtemps. Dans la littérature scientifique, trois scénarios sont envisagés (cf. Office fédéral de la statistique 2009a; Seematter-Bagnoud, Paccaud 2008) :

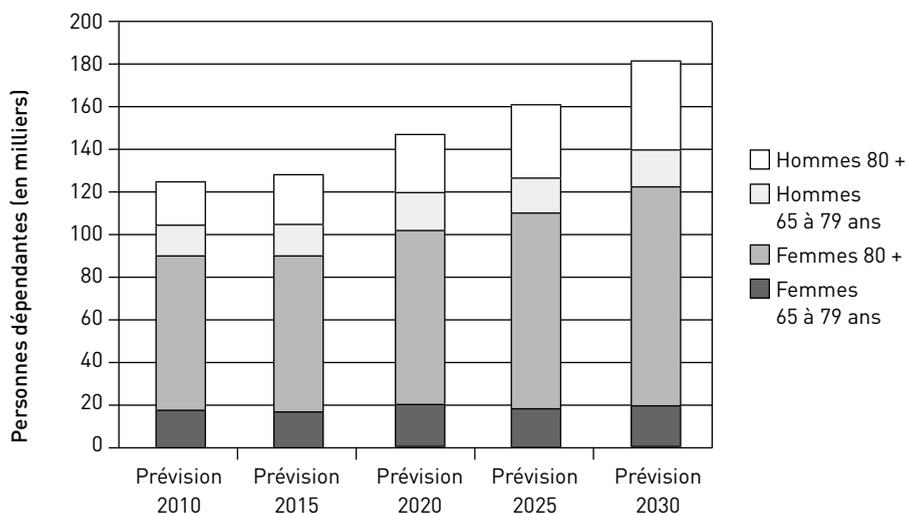
- a) *Le scénario I* (scénario de référence) part de l'hypothèse que la durée des besoins de soins des personnes âgées reste constante et que les années de vie gagnées sont des années sans incapacité (compression relative de la morbidité sévère).
- b) *Le scénario II* (pessimiste) table sur des taux de soins constants. Les besoins de soins apparaissent en moyenne au même âge qu'aujourd'hui et durent plus longtemps du fait de l'accroissement de l'espérance de vie (allongement de la phase de morbidité sévère).
- c) *Le scénario III* (optimiste) suppose que les besoins de soins débutent à un âge moyen plus tardif et que le recul est plus grand que les années de vie gagnées. Par conséquent, la durée des besoins de soins des personnes âgées diminue (compression absolue de la morbidité).

Dans ce qui suit, ces trois scénarios seront pris en compte pour estimer l'évolution future des besoins de soins. Ils seront complétés par un quatrième scénario fondé sur le scénario alternatif « Accentuation du vieillissement et plus haute espérance de vie à la naissance » (2010a) de l'Office fédéral de la statistique :

- d) *Le scénario IV* (pessimiste avec accentuation du vieillissement) se fonde sur le scénario alternatif de l'Office fédéral de la statistique et sur des taux de soins constants.

Le scénario IV présente probablement la limite supérieure du nombre attendu de personnes âgées dépendantes, et le scénario III la limite inférieure. Les deux autres scénarios évoluent entre les deux. Les chiffres de chaque scénario sont calculés avec les nouveaux taux de soins 2008 selon cinq ou six groupes d'âges.²

2 Les hypothèses retenues pour la hausse de l'espérance de vie à partir de 2010 selon le sexe et le groupe d'âges sont indiquées dans les tableaux F et G en annexe, cf. aussi Menthonnex 2009.



Source : OFS, ESPOP 2008; OFS, SOMED 2008; OFS, ESS 2007; Menthonnex 2009
OFS, enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution, 2008/09.

Figure 2 : Evolution du nombre de personnes dépendantes de 65 ans et plus de 2010 à 2030, scénario de référence 1b (6 groupes d'âges)

La **figure 2** illustre l'évolution du nombre de personnes dépendantes de 65 ans et plus en Suisse. Les chiffres ont été calculés sur la base du scénario de référence (allongement de l'espérance de vie des personnes âgées, mais durée inchangée des besoins de soins, soit une compression relative de la morbidité sévère).

Selon ce scénario de référence, le nombre des personnes âgées dépendantes passerait de 125 000 personnes en 2010 à 182 000 personnes en 2030 (soit une hausse relative de 46 %). La part des 80 ans et plus progresserait pour atteindre près de 80 % en 2030, contre 74 % en 2010. Autrement dit, non seulement les personnes nécessitant des soins – majoritairement des femmes – devraient être plus nombreuses, mais elles seront aussi plus âgées dans de nombreux cas (ce qui accroît par ex. le risque de multimorbidité).

L'évolution des besoins de soins dépendra tant de l'évolution de l'espérance de vie que de l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité des personnes âgées. L'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes peut varier sensiblement selon les tendances socio-médicales et sociodémographiques considérées. Le **tableau 11** présente les minima et les maxima des différentes évolutions possibles jusqu'en 2030. Les chiffres varient de près de 170 000 personnes dépendantes en 2030 en cas d'évolution positive de l'espérance de vie sans incapacité (scénario II) à 230 000 personnes dépendantes en cas d'accentuation du vieillissement et d'allongement de la morbidité (scénario IV).

Tableau 11 : Evolution du nombre de personnes dépendantes (65 ans et plus) en Suisse, selon quatre scénarios, de 2010 à 2030

		2010	2015	2020	2025	2030	Hausse de 2010 à 2030 en %
Scénario I (de référence)	avec 5 ga	120 841	123 209	140 436	151 703	167 941	39.0 %
	avec 6 ga	124 885	127 575	147 077	161 060	181 914	45.7 %
Scénario II (pessimiste)	avec 5 ga	120 841	137 748	156 811	178 957	208 099	72.2 %
	avec 6 ga	124 885	144 523	166 475	191 788	221 972	77.7 %
Scénario III (optimiste)	avec 5 ga	120 841	123 575	135 309	146 346	162 128	34.2 %
	avec 6 ga	124 885	127 575	141 949	155 704	176 101	41.0 %
Scénario IV (vieillessement accentué)	avec 5 ga	121 084	139 134	159 645	183 763	215 758	78.2 %
	avec 6 ga	125 170	146 244	170 144	198 252	232 299	85.6 %

Remarques

5 ga : taux de soins calculés pour cinq groupes d'âges (jusqu'à 85 ans et +), cf. tableau D en annexe.

6 ga : taux de soins calculés pour six groupes d'âges (85–89 ans, 90 ans et +), cf. tableau E en annexe.

Les scénarios II et IV semblent marqués par un trop grand pessimisme compte tenu des études réalisées sur la santé des personnes âgées et de divers effets de cohorte : tout porte à croire, en effet, que la grande majorité des futures générations de personnes âgées jouiront d'une meilleure qualité de vie et d'une meilleure santé psychique, et qu'elles bénéficieront de conditions socio-économiques améliorées et de plus grandes possibilités d'intervention socio-médicales, y compris durant la vieillesse. Dans l'ensemble, les scénarios I et III paraissent plus plausibles. Ne serait-ce que pour des raisons démographiques, une hausse du nombre des 65 ans et plus nécessitant des soins durant les prochaines décennies est inéluctable, mais elle devrait demeurer au-dessous de 50 % entre 2010 et 2030. En outre, si les moyens existants de prévention primaire et de prévention secondaire de la dépendance des personnes âgées sont correctement utilisés, il sera possible de contenir de manière significative les effets du vieillissement démographique sur les besoins de soins.

3.2

Gros plan : fréquence des démences chez les personnes âgées

Les démences font partie des maladies gériatriques les plus fréquentes. Du fait du nombre toujours plus grand de personnes très âgées, elles représentent, sous leurs multiples formes, un enjeu majeur pour les politiques sociale et de la santé dans un contexte d'allongement de l'espérance de vie. Les démences englobent un large éventail de maladies qui se caractérisent par une diminution sévère des capacités cognitives et de mémorisation. Ce déclin entraîne des limitations notables dans les activités de la vie quotidienne des personnes atteintes, et peut même se traduire par une perte totale de l'autonomie. Selon Brand et Markowitsch (2005 : 14–15), le diagnostic d'une démence – telle la maladie d'Alzheimer, qui est la plus fréquente – repose notamment sur le constat qu'outre la mémoire, dont l'altération peut être considérée comme le symptôme cardinal d'une démence, au moins un autre domaine cognitif est altéré et que les deux altérations sont si marquées qu'elles limitent considérablement les capacités du patient dans les activités de la vie quotidienne.

Même si les démences peuvent aussi se manifester tôt dans la vie – elles sont alors souvent clairement d'origine génétique –, elles n'en demeurent pas moins pour la plupart des « maladies de l'âge ». Tant les taux d'incidence que les taux de prévalence des démences augmentent avec l'âge, et cela de manière presque exponentielle. Les analyses des taux d'incidence montrent, du moins pour les pays développés, que les démences liées à l'âge évoluent de manière analogue. Si le risque annuel de nouveaux cas est de 0,3–0,4 % chez les 65 à 69 ans, il augmente à 0,8–0,9 % chez les 70 à 74 ans et grimpe encore dans les deux groupes d'âge suivants à respectivement 1,8–1,9 % chez les 75 à 79 ans et à 3,4–3,9 % chez les 80 à 84 ans. Le taux d'incidence annuel s'établit à 5,3–6,5 % chez les 85 à 89 ans, avant d'atteindre 8–10 % chez les 90 ans et plus (cf. Bickel 2002; Gao et al. 1998). Les études standardisées par âge n'ont révélé jusqu'à présent aucune différence significative liée au contexte ni aucun effet de cohorte de l'incidence de la démence (du moins durant les dernières décennies), ce qui signifie que le risque d'atteintes cognitives est étroitement corrélé à l'âge. En d'autres termes, si les personnes âgées atteintes de démence sont aujourd'hui plus nombreuses, ce n'est pas parce que le risque de démence a augmenté, mais surtout parce que beaucoup plus de personnes parviennent à un âge où les troubles démentiels sont plus fréquents.

Des différences méthodologiques dans la mesure des troubles démentiels et des disparités dans les procédures d'enquête entraînent des variations dans le calcul des taux de prévalence, notamment chez les personnes très âgées. Dans des études plus anciennes – comme la première étude berlinoise sur la vieillesse (cf. Helmchen et al. 1996 : 199) –, on a constaté que la progression des taux de prévalence avait tendance à se tasser chez les personnes très âgées et que le taux

Tableau 12 : Troubles démentiels pour 100 personnes, selon EuroCoDe (European Collaboration on Dementia)

	Groupes d'âges							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Hommes	0.2	1.8	3.2	7.0	14.5	20.9	29.2	32.4
Femmes	0.9	1.4	3.8	7.6	16.4	28.5	44.4	48.8
Total	0.6	1.6	3.5	7.4	15.7	26.0	41.0	46.3

Source : EuroCoDe 2009.

de prévalence de la démence après 90 ans semblait s'écarter, parfois de manière significative, du modèle d'une hausse exponentielle de la prévalence de la démence (cf. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002 : 167). Il n'est toutefois pas possible de savoir dans quelle mesure le tassement constaté était dû à des effets de sélection génétique ou sociale (seules les personnes en bonne santé vivent aussi longtemps) ou à des distorsions des échantillons chez les personnes très âgées.

Un nouvel allongement de l'espérance de vie à la vieillesse – un âge avancé devenant alors la norme – et les progrès socio-médicaux pourront contribuer à faire augmenter les taux de prévalence par âge même si les taux d'incidence par âge restent inchangés. En effet, si le nombre des personnes qui atteignent un âge élevé (90 ans et plus) s'accroît, les effets de sélection génétique ou sociale au grand âge seront moins marqués, de sorte que les effets de plafonnement de la démence à un âge avancé s'atténueront ou disparaîtront entièrement. Simultanément, grâce aux progrès socio-médicaux, des personnes très âgées atteintes de démence pourront vivre plus longtemps qu'autrefois grâce à une bonne condition physique et à des soins de qualité. Une méta-analyse de 21 études européennes récentes consacrées à la prévalence de la démence montre en tout cas que les taux actualisés de la prévalence de la démence au grand âge sont beaucoup plus élevés qu'il y a dix ans (cf. Eurocode 2009). L'amélioration des échantillons peut également expliquer des taux de prévalence plus précis, notamment chez les 90 ans et plus (**tableau 12**).

Tandis que les taux de prévalence de la démence dans les groupes d'âges inférieurs demeurent à peu près constants ou n'augmentent que légèrement (en raison de l'allongement de l'espérance de vie des personnes atteintes à un jeune âge), ils s'accroissent sensiblement dans les groupes d'âges supérieurs, notamment chez les femmes très âgées : « While dementia prevalence rates for all men and for women up to age 85 largely confirmed previous findings, age-specific prevalence rates were higher than previously documented in the female < oldest old > age groups, rising to over 50 % in those over 95 years. » (Alzheimer Europe 2009 : 1).

La disparition des effets de plafonnement ainsi qu'un allongement de l'espérance de vie des hommes et des femmes souffrant de démence augmentent sensiblement le nombre estimé des malades à un grand âge. Pour autant que l'on puisse en juger, les taux plus élevés de prévalence des troubles démentiels chez les femmes très âgées reflètent bien plus le fait que les femmes atteintes de démence survivent plus longtemps que les hommes (et moins un risque supérieur avec l'âge). Si les taux de prévalence actualisés par âge sont extrapolés à la population âgée, le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) qui souffrent de démence s'accroît fortement. Selon les précédents taux de prévalence, 105 270 personnes âgées étaient atteintes de démence en Suisse en 2010. Selon les nouveaux taux, elles seraient 124 769, dont plus d'un cinquième (21,1 %) aurait plus de 90 ans.

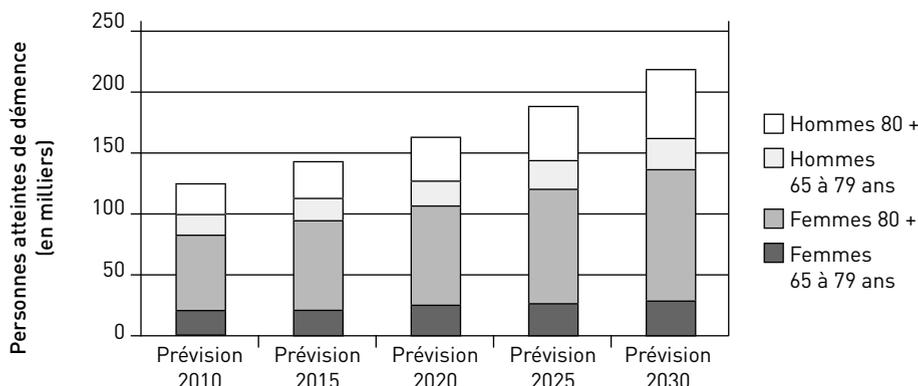
Pour des raisons démographiques (= augmentation du nombre de personnes très âgées et extrêmement âgées), il faut s'attendre à une hausse sensible du nombre de personnes atteintes de démence au cours des prochaines décennies. Ainsi, selon la **figure 3**, le nombre d'hommes et de femmes (65 ans et plus) qui souffrent de démence passe de 124 770 en 2010 à 218 370 en 2030 dans le scénario démographique A-00-2010 (scénario moyen) si les taux de prévalence par âge restent inchangés.

A l'instar des personnes nécessitant des soins, les personnes qui souffrent de démence sont en majorité de sexe féminin. En raison d'une espérance de vie plus élevée, les femmes sont plus souvent frappées par cette maladie de l'âge que les hommes aussi bien en tant que malades elles-mêmes qu'en tant que proches de malades. Les démences sont de plus en plus des maladies qui touchent les personnes les plus âgées. Selon ce scénario, la part des 90 ans et plus qui souffrent de démence devrait passer de 21 % actuellement à 27 % en 2030.

Si l'âge auquel une démence se déclare recule de deux ans jusqu'en 2030 – par exemple grâce à de nouveaux médicaments ou à de meilleures performances cognitives des générations plus jeunes –, le nombre des personnes atteintes de démence augmentera moins rapidement (à 164 000 personnes). La question de savoir si un tel scénario est réaliste, en particulier pour la durée à un grand âge, reste encore ouverte.

Si les traitements médicaux prophylactiques contre la démence appartiennent à un avenir encore très lointain, ils sont néanmoins vraisemblables à long terme. Il est probable que des traitements préventifs seront développés et appliqués d'abord pour les types de démence qui ont une composante clairement génétique. Ainsi, dans un premier temps, le développement des formes de démence qui se manifestent tôt dans la vie devrait être limité, ce qui fera reculer encore un peu plus la répartition par âge des personnes atteintes de démence.

Outre la prévention, il existe une seconde piste possible pour retarder l'apparition des symptômes et les conséquences des altérations cognitives sur la vie de tous les jours. Aujourd'hui déjà, des médicaments et des exercices ciblés d'entraînement de la mémoire permettent de retarder la diminution des capacités cognitives ayant une influence sur le quotidien. Comme les futures générations de



Source : Scénario OFS A-00-2010, EuroCoDe 2009.

Figure 3 : Evolution du nombre des 65 ans et plus atteints de démence, de 2010 à 2030 (taux de prévalence constants)

rentiers disposeront aussi d'une meilleure formation, elles réussiront à compenser mieux et plus longtemps une diminution de ces capacités cognitives. Par conséquent, les démences pourraient nécessiter des soins à un âge plus avancé. Les conséquences d'une telle évolution seraient diverses :

- une plus longue autonomie même en cas de diminution des capacités cognitives et, partant, une augmentation en partie ralentie du nombre des personnes atteintes de démence avec des besoins élevés de soins
- une nouvelle progression du nombre de personnes atteintes de démence nécessitant des soins à un âge moyen
- une phase souvent difficile à surmonter sur les plans éthique et individuel entre le diagnostic de la démence, qu'il sera possible de poser de plus en plus tôt, et la diminution des capacités cognitives ayant une incidence sur le quotidien. Plus cette phase entre le diagnostic de la maladie et la dépendance sera longue, plus les besoins en conseil seront élevés.
- une plus longue phase avec des degrés de démence légers à moyennement sévères, ce qui nécessitera des soins accrus, car les personnes atteintes d'une démence légère à moyennement sévère sont souvent plus difficiles à suivre que les malades sévères (p.ex. en raison de variations de l'humeur, du niveau d'activité, de la prise de conscience de la perte des capacités cognitives, etc.).

A court terme et à moyen terme, il est tout à fait possible que le nombre des personnes atteintes de démence soit plus faible que ce que laissent entrevoir les projections linéaires. Il se peut qu'une amélioration des stratégies de traitement et de

réadaptation capables de faire reculer d'un à deux ans les conséquences sur le quotidien des maladies cognitives atténue le effet du vieillissement démographique. Pourtant, même si des progrès sont accomplis, il faut s'attendre, du moins au cours des prochaines décennies, à une hausse rapide du nombre de cas de démence, en particulier lorsque les générations à forte natalité entreront dans les années à risque de la vieillesse.

4 Aide et soins informels : réseaux de soutien familiaux et extrafamiliaux

4.1

Distinction entre prestations d'aide et prestations de soins

Avant d'étudier les prestations de soutien informelles aux personnes âgées et très âgées, il apparaît utile d'opérer une distinction entre les prestations d'aide et les prestations de soins. Tout d'abord, de nombreuses personnes âgées ont besoin d'aide pour accomplir diverses activités de la vie quotidienne sans pour autant nécessiter des soins au sens étroit. Ensuite, les prestations d'aide et les prestations de soins informelles sont déterminées à chaque fois par des constellations différentes, comme l'ont révélé les analyses détaillées de l'enquête SHARE 2004 sur les transferts intergénérationnels (cf. Brandt 2009, Haberkern 2009) :

Par prestations d'aide, il faut entendre des prestations de soutien spécifiques, au contenu souvent limité. La plupart du temps, il s'agit d'une aide dans les activités de la vie quotidienne et les tâches ménagères. Les prestations d'aide sont fréquemment subdivisées en deux catégories. Elles comprennent, d'une part, l'aide pratique dans le ménage (p.ex. petites réparations, travaux de jardinage, courses, nettoyage du logement) et, d'autre part, l'aide dans les contacts avec les autorités et les services administratifs, par exemple pour compléter des formulaires ou régler des affaires juridiques ou financières.

Les prestations de soins désignent quant à elles des activités souvent exigeantes, de type médicosocial et en relation avec le corps. Les soins doivent être donnés sur place et à un rythme souvent régulier (alors que les prestations d'aide peuvent être sporadiques). Le terme de soins informels se réfère plus à un soutien dans l'accomplissement des activités élémentaires de la vie quotidienne qu'à des soins au sens médical du terme, même s'il n'est pas rare que des proches de personnes âgées effectuent des prestations médicales simples (p.ex. aide à la prise de médicaments, changement des pansements, soins des pieds, etc.).

Il faudrait en outre éviter de parler de manière générale d'aide ou de soins fournis par des proches. L'important, en effet, est d'analyser précisément qui apporte une aide ou des soins informels et à quelle fréquence. Les prestations d'aide et de soins à l'intérieur d'un couple répondent à d'autres règles que les prestations intergénérationnelles apportées par les filles ou les fils. Par ailleurs, les prestations d'aide familiales n'obéissent pas aux mêmes motivations que les prestations d'aide extrafamiliales fournies par des amis ou des voisins.

La relation entre l'aide et les soins informels apportés par des membres de la famille, des amis ou des voisins et l'aide et les soins formels apportés par des professionnels rémunérés donne lieu à des représentations parfois erronées. Dans les modèles de pensée traditionnels, l'aide informelle et l'aide formelle sont considérées comme des systèmes qui se substituent et qui se font concurrence. L'aide formelle serait nécessaire quand l'aide informelle n'est plus disponible ou quand elle ne suffit plus. Selon cette hypothèse, une extension de l'offre d'aide et de soins formelle contribue à supplanter (« crowding out ») les prestations d'aide et de soins informelles et familiales. De nouveaux courants de pensée soulignent le caractère complémentaire du soutien formel et du soutien informel : tous deux ont leurs points forts et leurs points faibles, l'idéal étant qu'ils soient associés l'un à l'autre, en particulier quand le besoin de soutien est élevé (soins apportés conjointement par des membres de la famille et par des professionnels; cf. Blüher 2004).

Dans la pratique, il n'est pas rare de voir les prestations formelles et informelles se compléter, en particulier quand les besoins d'aide et de soins d'une personne âgée sont élevés. Une tendance à la spécialisation se dessine dans la société : les membres de la famille, mais aussi les amis et les voisins (le réseau extrafamilial), se concentrent essentiellement sur les prestations d'aide informelles tandis que les professionnels se chargent plus spécifiquement des soins corporels (soins de base, traitements). En d'autres termes, une forte aide informelle est conjuguée à des soins formels étendus. D'un côté, les membres de la famille et les réseaux extrafamiliaux fournissent des prestations d'aide informelles, de l'autre les professionnels assurent les soins de base et les traitements. Cette tendance à la spécialisation se manifeste notamment dans l'aide et les soins intergénérationnels aux personnes âgées. Elle semble aussi apparaître de plus en plus dans le soutien informel extrafamilial apporté par des amis, des voisins ou des bénévoles; une aide de voisinage se met par exemple en place, tandis que les soins corporels sont donnés par des services à domicile professionnels. La tendance à la spécialisation est moins marquée dans les couples. Quand deux personnes vivent ensemble depuis de longues années, on observe plutôt – selon le modèle de couple – que le soutien du partenaire se substitue au soutien formel ou le complète.

4.2

Aide et soutien informels en cas de limitations pour des raisons de santé

Les participants à l'enquête suisse sur la santé 2007 ont dû répondre à plusieurs questions sur l'aide informelle qu'ils recevaient en cas de limitations fonctionnelles pour des raisons de santé. Il est à noter cependant que ces questions visaient surtout les prestations d'aide informelles lors de difficultés à accomplir des activités instrumentales de la vie quotidienne, et moins les prestations de soins médicosociales (même si les soins corporels avaient été intégrés dans l'aide informelle).

Les personnes qui répondaient avoir quelques ou beaucoup de difficultés à accomplir de manière autonome au moins une activité élémentaire ou instrumentale de la vie quotidienne ou qui déclaraient ne pas être capables d'accomplir une telle activité devaient indiquer si elles recevaient ou pouvaient recevoir une aide. La question a été posée de manière différenciée selon les aidants (parents, amis) ne faisant pas ménage commun avec la personne interrogée et, lorsque cette dernière ne vivait pas seule, selon les aidants faisant ménage commun avec elle.

Dans les ménages d'au moins deux personnes, les personnes âgées et très âgées qui vivent à domicile et qui souffrent de limitations fonctionnelles reçoivent une aide des personnes faisant ménage commun avec elles (souvent le ou la partenaire) dans près de quatre cas sur cinq (78 %). Elles n'attendent aucun soutien dans seulement un cas sur dix, par exemple parce que le ou la partenaire a aussi des problèmes de santé. Ce scénario concerne un peu plus souvent les femmes que les hommes, car ceux-ci sont plus âgés dans de nombreux couples. Il convient en outre de relever que les hommes âgés de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux (86 %) à vivre dans un ménage de plus d'une personne que les femmes âgées (60 %). L'analyse par niveau de formation ne révèle que de faibles différences dans la perception de l'aide reçue à l'intérieur du ménage (et celles-ci disparaissent en cas de contrôle simultané de l'âge).

Les chiffres de l'aide informelle apportée par des personnes extérieures au ménage sont plus bas. Ces dernières sont moins souvent citées que les personnes qui font ménage commun. Près de la moitié (49 %) des personnes âgées interrogées qui souffrent de limitations fonctionnelles peuvent compter sur une aide informelle externe au ménage. Une aide informelle potentielle (« pourraient aider ») est évoquée par 29 % des personnes interrogées, tandis qu'un peu plus d'un cinquième (22 %) ne peut compter sur aucune aide potentielle externe. Les hommes âgés dépendants sont moins souvent aidés par des parents ou des amis, mais estiment plus souvent pouvoir recourir à une aide informelle potentielle que les femmes. Cette différence s'explique principalement par le fait que les hommes âgés bénéficient plus souvent une aide de leur partenaire et qu'ils doivent donc moins souvent faire appel à une aide extérieure. Quant aux écarts

constatés selon le niveau de formation, ils reflètent principalement le fait que les personnes âgées ayant un bas niveau de formation sont proportionnellement plus nombreuses à éprouver des limitations fonctionnelles et, par conséquent, à avoir besoin d'une aide. En revanche, la part des personnes âgées qui ne peuvent compter sur aucune aide informelle ne varie guère selon le niveau de formation ou le sexe.

Le questionnaire écrit de l'enquête suisse sur la santé 2007 contenait – à l'instar des précédentes enquêtes – une question sur l'aide informelle reçue pour des raisons de santé au cours des douze derniers mois.¹ Les personnes interrogées ayant répondu par l'affirmative à la question se voyaient ensuite demander si elles avaient reçu une aide de cette sorte au cours des sept derniers jours. Si tel avait été le cas, elles devaient indiquer de quelle aide il s'agissait et qui avait apporté cette aide.

Conformément aux attentes, le besoin d'aide et l'aide informelle reçue augmentent avec l'âge. La hausse est nette surtout après la quatre-vingtième année. Près d'un cinquième des 80 à 84 ans et plus d'un tiers des plus de 85 ans ont déclaré avoir reçu une aide informelle pour des raisons de santé au cours des douze derniers mois (cf. **tableau 13**). La progression est analogue en ce qui concerne les sept derniers jours. Ainsi, 23 % des 85 ans et plus vivant à domicile ont répondu avoir reçu une aide informelle. Outre l'âge, le niveau de formation a également une influence : les personnes âgées ayant un bas niveau de formation scolaire et professionnelle reçoivent plus souvent une aide informelle pour des raisons de santé. S'il en est ainsi, c'est parce qu'elles souffrent plus souvent d'atteintes physiques et de limitations fonctionnelles que les personnes au bénéfice d'un meilleur niveau de formation.

Les chiffres ont reculé chez les 75 à 84 ans entre 1997 et 2007. Ce fléchissement s'explique en premier lieu par l'amélioration de la santé subjective dans ce groupe d'âges. Quand des personnes âgées vivent plus longtemps sans incapacité, les besoins d'aide pour des raisons de santé s'amenuisent. Par conséquent, une diminution de l'aide informelle dans certains groupes d'âges ne doit pas être interprétée automatiquement comme un recul de la solidarité informelle.

Les aides pour faire les courses et le ménage sont les deux types d'aide informelle les plus souvent utilisés par les personnes âgées. Les prestations d'aide pour les transports, les soins médicaux ou corporels, la préparation des repas et le règlement de questions administratives sont cependant aussi souvent citées. En revanche, il est relativement rare que les personnes âgées mentionnent une aide pour des prestations d'aide financières, un contact pour une aide extérieure ou une aide pour s'occuper d'autres membres de la famille. En 2007, les personnes âgées dépendantes recevaient en moyenne 3,3 prestations d'aide différentes.

1 En ce qui concerne la question sur l'aide reçue au cours des douze derniers mois, il est probable qu'une partie de l'aide reçue il y a longtemps soit oubliée et, inversement, qu'une partie de l'aide reçue il y a encore plus longtemps soit mentionnée (effet de télescopage).

Tableau 13 : Aide informelle reçue pour des raisons de santé

Question : au cours des douze derniers mois, avez-vous, pour des raisons de santé, reçu de l'aide de parents, connaissances ou voisins, par exemple une aide pour faire les courses, pour les soins, pour le repas ? Dans l'affirmative : avez-vous reçu une aide de cette sorte – pour vous-même – au cours des sept derniers jours ?

		Personnes vivant à domicile âgées de					
		65–69	70–74	75–79	80–84	85+	65+
Reçu de l'aide pour des raisons de santé :							
– douze derniers mois	1997	6 %	11 %	15 %	25 %	37 %	15 %
	2002	6 %	11 %	18 %	26 %	38 %	13 %
	2007	6 %	9 %	12 %	18 %	34 %	12 %
– sept derniers jours	1997	3 %	5 %	7 %	17 %	28 %	6 %
	2002	2 %	5 %	8 %	14 %	23 %	7 %
	2007	2 %	4 %	5 %	11 %	23 %	6 %

Source : ESS 2007 (questionnaire écrit, données pondérées) ESS 1997 : interview téléphonique.

La comparaison entre les sexes montre que les femmes bénéficient plus souvent d'une aide informelle pour les courses, les tâches ménagères et les questions administratives et que les hommes se font plutôt aider pour la préparation des repas et les soins corporels. Au total, les femmes reçoivent un plus grand nombre de prestations d'aide que les hommes. Les différences entre les sexes reflètent aussi – outre la définition traditionnelle des rôles – les effets de la structure par âge et du type de ménage (les femmes sont plus âgées et vivent plus souvent seules). Les différences selon le niveau de formation peuvent être influencées par d'autres facteurs, par exemple parce que les générations plus âgées ont plus souvent un niveau de formation moins élevé que les générations plus jeunes. Dans l'ensemble, cependant, le modèle des aides reçues varie peu selon le niveau de formation et, après contrôle de la distribution par sexe et par âge, les différences sociales dans le type et la fréquence des aides reçues s'estompent encore.

Il est cependant plus intéressant de savoir qui apporte une aide informelle, plutôt que de savoir de quelle aide il s'agit. L'enquête suisse sur la santé a le gros avantage de différencier les types d'aidants. Le tableau ci-après (cf. **tableau 14**) fournit des informations détaillées sur les aidants selon l'âge des personnes dépendantes.

Tableau 14 : Aide informelle reçue pour des raisons de santé au cours des sept derniers jours : personnes qui apportent de l'aide, 2007**Question :** qui vous a principalement apporté cette aide ? (Cochez tout ce qui convient !)

A) En % de toutes les personnes vivant à domicile							
Ont été cochés :	Personnes interrogées vivant à domicile âgées de					65+ :	
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	2007	2002
- Mari, femme, partenaire	1.6	2.1	1.9	1.2	2.1	1.8	2.5
- Fille	0.6	1.9	1.9	6.0	9.8	2.7	2.5
- Fils	0.5	1.3	2.2	2.0	9.2	1.7	1.5
- Sœur	0.1	0.2	0.1	0.4	0.2	0.2	0.3
- Frère	0.1	0.2	0.0	0.4	0.2	0.1	0.3
- Autres membres de la famille	0.2	0.3	0.6	1.4	4.9	0.8	1.0
- Voisin(e)	0.3	0.9	0.7	2.0	4.4	1.1	1.3
- Connaissance, ami(e)	0.5	1.0	1.2	3.3	4.5	1.5	1.8
B) En % des personnes qui ont reçu de l'aide informelle au cours des sept derniers jours							
Ont été cochés :	Personnes vivant à domicile âgées de					65+ :	
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	2007	2002
- Mari, femme, partenaire	73	54	40	11	9	31	37
- Fille	26	49	40	58	44	46	37
- Fils	23	32	25	19	42	29	22
- Sœur	3	5	2	4	1	3	5
- Frère	5	5	0	4	1	3	5
- Autres membres de la famille	9	7	13	14	22	14	15
- Voisin(e)	14	22	15	19	20	19	19
- Connaissance, ami(e)	21	26	25	32	20	25	26
Nombre moyen de personnes apportant de l'aide	1.7	2.0	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7

Source : ESS 2007 (questionnaire écrit, données pondérées).

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Höpflinger u.a., La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, 1. Auflage.

Sur la base des données recueillies durant l'enquête, il est possible de dégager six constats à propos des personnes qui apportent une aide informelle :

- Premièrement, l'importance relative de l'aide apportée par le ou la partenaire diminue au fur et à mesure que la personne dépendante avance en âge, les hommes âgés recevant plus souvent, pour des raisons démographiques, une aide de leur compagne que l'inverse. C'est ainsi le cas de trois cinquièmes des hommes dépendants, mais de seulement un cinquième des femmes dépendantes. S'il en est ainsi, c'est en premier lieu parce que les hommes âgés vivent plus souvent en couple que les femmes du même âge. Dans les couples, le ou la partenaire est, dans la plupart des cas, la principale personne qui apporte de l'aide ou, si ses forces diminuent, l'interlocuteur principal. La forme de cette aide dépend largement de l'histoire du couple : plus la relation aura été étroite, plus l'aide se concentrera sur le ou la partenaire. Entre 2002 et 2007, l'aide du ou de la partenaire a eu tendance à diminuer, bien que la part des personnes âgées qui vivent en couple n'ait pas reculé (cf. ci-dessus). Ce recul de l'aide peut être dû au fait que, dans les très vieux couples, chaque partenaire devient dépendant (cf. aussi Backes 2008).
- Deuxièmement, à mesure qu'une personne dépendante vieillit, ses filles, si elle en a, assument une fonction de plus en plus importante. Ainsi, seuls 2 % des 70 à 79 ans vivant à domicile déclarent se faire aider par leur fille, contre 6 % des 80 à 84 ans et près de 10 % des 85 ans et plus vivant à domicile. 46 % des personnes âgées dépendantes reçoivent une aide substantielle de leur fille, cette aide ayant eu tendance à augmenter entre 2002 et 2007. Les parents âgés dépendants ayant un faible niveau de formation affirment plus souvent (57 %) se faire aider par leur fille que les parents dont le niveau de formation est élevé (35 %). Cet écart tient essentiellement au fait, probablement, que les personnes ayant un faible niveau de formation nécessitent une aide pour des raisons de santé plus souvent ou plus tôt que les personnes dont le niveau est élevé. Il est aussi possible que la taille des familles (moins d'enfants dans les niveaux de formation supérieurs) constitue une partie de l'explication.
- Troisièmement, les fils sont – typiquement – moins souvent mentionnés que les filles. Ainsi, seulement 29 % des personnes âgées dépendantes déclarent recevoir une aide principalement de leur fils, contre 46 % qui mentionnent surtout leurs filles. L'aide des fils gagne toutefois en importance avec l'âge pour finir par devenir, chez les personnes dépendantes très âgées, aussi fréquente que l'aide des filles. Une comparaison entre 2002 et 2007 montre que le rôle des fils en tant qu'aidants tend à augmenter, du fait peut-être que les filles nées dans les années à faible natalité sont moins nombreuses. Contrairement aux filles, on ne constate chez les fils aucune différence notable en ce qui concerne le niveau de formation du père ou de la mère âgé(e) dépendant(e). En

revanche, les personnes interrogées qui vivent en milieu urbain déclarent un peu plus souvent (33 %) se faire aider par leur fils que les personnes qui vivent à la campagne (21 %), en raison peut-être d'une définition plus moderne des rôles et d'un moins grand nombre de descendants en ville que dans les milieux ruraux.

- Quatrièmement, les frères et sœurs – quand il y en a encore – n'apportent pas une aide significative. Les taux correspondants sont très faibles. Il en va de même des autres membres de la famille, dont la part augmente seulement lorsque les personnes dépendantes atteignent un âge très avancé, et dans les niveaux de formation supérieure. Il s'agit probablement surtout non seulement des belles-filles, mais aussi des petits-enfants devenus adultes. Pourtant, même à un âge avancé, seules 22 % des personnes dépendantes déclarent recevoir de l'aide d'autres membres de leur famille. L'aide familiale se concentre fortement sur le ou la partenaire, la fille et, de plus en plus, le fils. Le réseau familial restreint représente clairement le pilier central de l'aide informelle.
- Cinquièmement, l'aide extrafamiliale – apportée par des voisins ou des amis – est mentionnée dans un nombre non négligeable de cas. Un cinquième des personnes dépendantes se font aider par des voisins, et un quart par des connaissances ou des amis. Les services rendus par les voisins sont plus fréquents en Suisse romande (28 %) qu'en Suisse alémanique (14 %). Cet écart tient peut-être au fait que dans de nombreuses régions de Suisse romande, l'aide de voisinage s'est organisée plus tôt et de manière mieux coordonnée que dans la plupart des régions de Suisse alémanique. Des différences analogues entre régions linguistiques ont été constatées dans les modules de l'ESPA sur le travail bénévole informel et dans l'Observatoire du bénévolat 2006 (cf. Farago 2007 : 40; Stadelmann-Steffen, et al. 2007 : 82–83).
- Sixièmement, il arrive fréquemment que plusieurs aidants soient indiqués. En 2007, tout comme en 2002, leur nombre s'élevait en moyenne à 1,7. Les répondants ayant un niveau de formation moyen ou supérieur citent en moyenne un plus grand nombre de personnes qui apportent une aide (1,8 et 1,7) que les répondants dont le niveau de formation est faible (1,4). Ces chiffres laissent supposer que le réseau d'aide tend à s'élargir à mesure que le statut social augmente. Il convient cependant de souligner encore une fois que les données recueillies se réfèrent en premier lieu aux services rendus au sens large, et moins aux prestations de soins au sens étroit. Souvent, les prestations d'aide informelle sont plus largement dispersées que les prestations de soins informels (qui tendent plutôt à être assumées par une personne soignante principale).

Si l'on examine qui fait quoi, quelques différences apparaissent, bien que pour certaines catégories de personnes (p.ex. les frères et sœurs) le nombre de cas ne

soit pas suffisant pour une analyse détaillée. Sur la base des catégories utilisées dans l'enquête ESS, il est possible de tirer les conclusions suivantes :

- Le ou la partenaire, le cas échéant, apporte une aide surtout dans l'accomplissement des tâches de la vie courante. Les hommes aident surtout à faire les courses et le ménage, tandis que les femmes apportent une aide dans les soins médicaux et corporels et la préparation des repas. Les différences sont moins marquées en ce qui concerne les autres prestations d'aide.
- Les filles aident principalement à accomplir les tâches ménagères et à faire les courses. Les soins corporels n'occupent pas une place importante, même si 37 % des personnes dépendantes reçoivent une aide de ce type de la part de leur fille. De tous les proches parents, les filles sont les personnes qui tiennent le plus souvent compagnie (ce qui laisse supposer un lien émotionnel étroit). Dans l'ensemble, l'engagement des filles est relativement fort, puisque le nombre de services qu'elles rendent s'élève à près de quatre en moyenne.
- D'une manière générale, les fils aident moins souvent. En revanche, dès qu'ils aident, le catalogue de leurs prestations est très semblable à celui des filles. Les différences dans les services rendus entre fils et filles sont minces. Il serait par exemple faux de croire que les fils apportent une aide surtout pour régler les questions administratives et servir d'intermédiaires. Les fils qui aident leurs parents âgés accomplissent des tâches ménagères ou prodiguent des soins aussi souvent que les filles. Il est possible que les fils qui aident leurs parents très âgés le fassent quand aucune fille ne peut apporter cette aide et qu'ils doivent par conséquent répondre aux mêmes besoins d'aide que les filles.
- Les aides des autres membres de la famille – si elles existent – se concentrent sur certaines activités, telles que faire les courses, les transports et les questions administratives.
- Enfin, les aides apportées par les voisins et les amis – au nombre de quatre en moyenne pour les uns et les autres – offrent une image similaire. Ici aussi, elles consistent à faire les courses et à accomplir les tâches ménagères (il faut y ajouter une aide dans les questions administratives pour les voisins).

Les prestations d'aide informelles en faveur des personnes âgées qui souffrent de limitations fonctionnelles pour des raisons de santé sont donc de nature très variée. Ces personnes bénéficient plus fréquemment d'aide pour les tâches ménagères (faire les courses, tenue du ménage, etc.) que pour les soins médicaux ou corporels (sauf lorsque c'est le ou la partenaire qui aide). Elles disent par contre plus rarement se faire aider pour régler des questions financières ou prendre contact avec une aide extérieure.

4.3

Soins informels à l'intérieur et à l'extérieur du ménage

Le module de l'enquête suisse sur la population active (ESPA) 2007 consacré au « Travail non rémunéré » fournit des informations complémentaires sur les soins informels. Les données recueillies portent sur le travail domestique et familial, ainsi que sur les activités bénévoles, les soins apportés à des membres de la famille handicapés ou dépendants et les soins informels donnés à des adultes en dehors du ménage.

Selon les données de l'ESPA 2007, 1,4 % de la population suisse fait ménage commun avec une personne âgée handicapée ou dépendante. Cette personne est, dans 75 % des cas, le ou la partenaire. Le temps moyen consacré aux soins de la personne âgée dépendante vivant sous le même toit est de 13,4 heures hebdomadaires. Les personnes qui ont uniquement achevé l'école obligatoire vivent plus souvent avec une personne âgée dépendante que les personnes qui disposent d'une formation supérieure, ce qui permet de penser que le milieu social joue un rôle dans la décision de dispenser les soins à domicile (cf. Karrer 2009).

Avec l'âge, la part des personnes qui doivent prendre soin d'une personne dépendante vivant sous le même toit augmente, tout comme le nombre d'heures moyen consacré à ces soins (cf. **tableau 15**). Ainsi, 5 % des 65 à 74 ans et près de 10 % des 75 à 84 ans vivent avec une personne nécessitant des soins. Il s'agit, le plus souvent, du ou de la partenaire, tombé(e) malade ou devenu(e) dépendant(e). Quant aux personnes très âgées (85 ans et plus), elles sont plus d'un cinquième à devoir fournir des prestations de soins souvent importantes. Ce sont en majorité des femmes très âgées qui s'occupent de leur partenaire. La part des hommes qui veillent sur leur compagne s'accroît cependant aussi à un âge avancé. Dans une minorité de cas, les conditions de soins à l'intérieur du ménage se présentent différemment (une sœur âgée qui s'occupe de son frère dépendant, un fils ou une fille à la retraite qui emménage dans la maison de ses parents âgés pour s'occuper d'eux; cf. Stutz, Strub 2006; Perrig-Chiello et al. 2010).

De plus, les prestations d'aide et de soins informelles fournies en dehors du ménage sont tout sauf négligeables. En 2007, 2,2 % de la population a déclaré prendre soin de parents ou de connaissances adultes en dehors du ménage (cf. **tableau 16**).² Une valeur semblable (2,0 %) avait été relevée dans l'enquête 2004 (cf. Schön-Bühlmann 2005 : 277). Les soins se répartissent à parts à peu près égales entre les membres de la famille et les personnes extérieures à la famille (connaissances, amis, voisins). Les premiers reçoivent toutefois une aide plus substantielle que les connaissances : 5,9 heures en moyenne par semaine contre 2,7 heures.

2 Pour des raisons de technique d'enquête, l'âge de la personne soignée n'a pas été pris en compte dans les soins informels en dehors du ménage. Par conséquent, les données du tableau 16 ne se réfèrent pas seulement aux personnes âgées dépendantes.

Tableau 15 : Soins apportés aux personnes âgées faisant ménage commun, en 2007

	Part des personnes qui font ménage commun avec une personne dépendante âgée de 65 ans et plus :	Nombre d'heures consacrées en moyenne à des soins :
Total population de 15 ans et plus	1.4 %	13.4 heures par semaine
Personne qui apporte des soins :		
- moins de 65 ans	0.4 %	10.4 heures par semaine
- 65-74 ans	5.1 %	14.5 heures par semaine
- 75-84 ans	9.8 %	13.7 heures par semaine
- 85+	21.5 %	22.8 heures par semaine

Source : enquête suisse sur la population active (ESPA), exploitations OFS*.

* Nos remerciements à Madame Schön-Bühlmann de l'Office fédéral de la statistique pour l'exploitation des données de l'ESPA.

Tableau 16 : Soins informels en dehors du ménage à des parents et à des connaissances, 2007

	Taux de participation aux activités de soins en dehors du ménage :			Durée moyenne (heures par semaine) :		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Total	1.1 %	3.3 %	2.2 %	2.7	4.9	4.4
Age de la personne qui donne des soins :						
- 15-39 ans	0.5 %	1.1 %	0.8 %	1.5	2.8	2.4
- 40-64 ans	1.6 %	4.7 %	3.1 %	2.8	5.3	4.7
- 65+	1.3 %	4.5 %	3.1 %	3.7	5.0	4.8

Source : enquête suisse sur la population active 2007, exploitations OFS.

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Höpflinger u.a., La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, 1. Auflage.

Avec un taux de participation de 3,3 %, les femmes non seulement fournissent un plus grand nombre de prestations de soins en dehors du ménage que les hommes (1,1 %), mais elles y consacrent aussi un nombre d'heures plus élevé. Ainsi, les soins donnés en dehors du ménage à des connaissances ou à des membres de la parenté (père ou mère âgé(e) en général) occupent les hommes et les femmes à hauteur de respectivement 2,7 heures et 4,9 heures en moyenne par semaine.

La fréquence et l'intensité des soins en dehors du ménage augmentent surtout après la quarantième année, en raison principalement du vieillissement des parents. Chez les personnes âgées (65 ans ou plus), la fréquence des soins donnés à des membres de la famille en dehors du ménage peut diminuer à nouveau, par exemple quand la génération précédente disparaît. L'intensité de ces soins, par contre, ne faiblit pas, car les besoins de soins du père ou de la mère encore en vie s'accroissent. En outre, les soins donnés par les personnes âgées à leurs amis et à leurs connaissances de longue date augmentent aussi parce que ces amis et connaissances ont vieilli et requièrent à leur tour une aide et des soins informels. Il est intéressant de constater que les femmes et les hommes à la retraite ne reçoivent pas seulement de l'aide, ils fournissent aussi beaucoup de prestations de soins informelles.

En ce qui concerne les prestations d'aide et de soins intergénérationnelles en dehors du ménage en faveur du père ou de la mère âgé(e), l'enquête suisse sur la santé 2007 révèle que les mères reçoivent une aide informelle plus fréquente et plus longue que les pères de la part des enfants adultes. Cette réalité reflète à la fois des facteurs sociodémographiques (les mères vivent plus longtemps et sont plus souvent veuves) et des facteurs émotionnels (liens plus étroits avec la mère). Il apparaît également une nouvelle fois de manière frappante que les femmes – en tant que filles – s'engagent plus souvent que les hommes en tant que fils. Cet engagement est destiné toutefois surtout à la mère, ce qui montre une nouvelle fois l'influence du sexe auquel appartient la personne qui donne de l'aide ou la personne qui reçoit de l'aide à l'intérieur d'une famille. Selon Brandt (2009 : 80), les mères reçoivent beaucoup plus souvent une aide, et les filles aident un peu plus que les fils, de sorte que la relation mère-fille est une nouvelle fois celle qui est la plus forte au chapitre de l'aide. Suivent les relations mère-fils et père-fille, le niveau d'aide le plus faible correspondant à l'aide du fils envers le père. Dans l'aide intergénérationnelle en faveur d'un parent âgé, les filles de 45 à 64 ans sont celles qui s'investissent le plus. Quand elles atteignent l'âge de la retraite, leurs parents sont souvent déjà décédés. Aussi, les prestations d'aide et de soins en faveur d'un père ou d'une mère âgé(e) sont-elles souvent fournies durant la dernière phase de la vie active, ce qui peut engendrer un second conflit entre le travail et la vie de famille chez les femmes qui sont très engagées professionnellement (elles doivent réussir à concilier le travail et les soins) (cf. Lettke 2002, Perrig-Chiello, Höpflinger 2005).

S'il est délicat de quantifier la valeur économique des soins informels – à l'intérieur et à l'extérieur du ménage –, c'est parce que la valeur d'une heure de soins

non rémunérée peut être calculée selon différentes méthodes (calcul des coûts du marché ou des coûts d'opportunité). En outre, les soins prodigués à une personne vivant sous le même toit ne peuvent pas être comparés directement aux soins donnés en dehors du ménage. Il est cependant possible d'effectuer quelques estimations (grossières). Ainsi, sur la base des coûts qui échoiraient aux collectivités publiques si les soins non rémunérés devaient être fournis par des professionnels, la valeur des soins donnés par les personnes qui vivent dans le même ménage peut être chiffrée à 2,1 milliards de francs en 2007, auxquels s'ajoute un milliard de francs pour les soins non rémunérés donnés à des parents et à des connaissances en dehors du ménage. La valeur monétaire totale des soins non rémunérés donnés par des adultes dans leur ménage ou à l'extérieur de celui-ci dépasse ainsi sensiblement les coûts des services d'aide et de soins à domicile (cf. Zumbrunn, Bayer-Oglesby 2010). A ce montant, il faut encore ajouter les prestations d'aide informelles au sens large, dont la valeur pour 2004 a été estimée à 4,3 milliards de francs (cf. Schön-Bühlmann 2005). Des études comparatives réalisées à l'échelle européenne montrent aussi qu'en Suisse, la valeur des prestations de soins informelles dépasse largement celle des prestations professionnelles dans le domaine de la prise en charge à domicile de personnes âgées (cf. Mestheneos, Triantafillou 2005).

4.4

Facteurs de stress chez les soignants familiaux

Les résultats d'une enquête conduite en Suisse alémanique en 2009 auprès de 322 soignants familiaux (110 conjointes, 62 conjoints, 80 filles, 34 fils, 14 belles-filles, 22 autres soignants) livre des informations récentes sur les facteurs de stress physique et psychique qui pèsent sur les soignants familiaux (cf. Perrig-Chiello, Höpflinger, Schnegg 2010) : Les soignants familiaux ont une moins bonne perception de leur état de santé que la population de référence du même âge de l'enquête suisse sur la santé 2007. C'est particulièrement le cas pour les filles et les fils soignants. La santé psychique subjective des soignants familiaux est également plus mauvaise que celle de la population de référence. Plus de 60 % des personnes interrogées qui assumaient la charge principale des soins ont déclaré avoir éprouvé un sentiment d'abattement au cours de la dernière semaine, et près de 80 % ont affirmé avoir été tendus ou nerveux durant cette période. Le stress chronique est particulièrement fréquent chez les soignants familiaux qui assument une lourde charge, les filles souffrant plus souvent de stress chronique que la conjointe ou le conjoint soignant(e), ces derniers étant plus souvent guettés par l'isolement social. Les soignants familiaux ont une consommation de somnifères, de tranquillisants et d'antidépresseurs nettement plus élevée que celle de la population de référence. Cette consommation est particulièrement marquée chez les conjoints soignants, qui pour des raisons d'âge souffrent eux aussi souvent de problèmes de santé.

L'enquête s'est également intéressée à l'écart entre la durée souhaitée et la durée effective consacrée aux soins. Il apparaît que les conjoints surtout investissent beaucoup plus de temps qu'ils ne le souhaiteraient. L'écart est plus marqué chez les conjointes soignantes et les filles soignantes que chez les conjoints soignants et les fils soignants.

Une analyse multivariée des situations de soins révèle que le stress physique et psychique ressenti par les soignants familiaux dépend de plusieurs facteurs. Un stress physique élevé (perception plus mauvaise de l'état de santé, nombreux problèmes de santé et visites médicales fréquentes) semble dépendre en premier lieu de l'âge du soignant et du contexte, par exemple la durée de la relation de soins, le nombre d'heures qui leur sont consacrées, l'isolement social et la surcharge de travail. Inversement, un stress psychique intense (faible bien-être, stress chronique élevé) semble être causé principalement par des ressources individuelles limitées. Les facteurs qui contribuent à influencer la charge psychique sont l'incapacité à faire face à la situation, une image négative de sa propre enfance et une propension moins grande à rendre service. Le sentiment que les soins entraînent trop de conséquences négatives sur la vie privée et les contacts sociaux peut également peser sur le psychisme, tout comme le désir de consacrer moins de temps aux soins et un faible degré de satisfaction dans la relation de soins. L'âge et le degré de dépendance du parent soigné ne semblent en revanche jouer aucun rôle. Il en va de même de la durée de la relation de soins, de l'investissement effectif en temps et des solutions de prise en charge proposées.

L'attitude face à la relation de soins diffère selon le bénéficiaire des soins (soins donnés au conjoint, au père ou à la mère) et les ressources individuelles. Une analyse en clusters (charge des soins et bien-être) met en évidence quatre types de soignants familiaux :

- a) Conjoint(e) résilient(e) : malgré un volume de travail élevé et de faibles possibilités de se faire aider, ces personnes déclarent se sentir bien et sont très satisfaites de leur existence.
- b) Soignant(e)s vivant les soins comme une lourde charge : ces soignants familiaux – conjoint, fille ou fils – vivent les soins comme une contrainte considérable et n'ont aucune possibilité de se faire aider, ce qui porte sensiblement atteinte à leur degré de satisfaction dans la vie et à leur bien-être.
- c) Soignantes (conjointe, fille) vivant les soins comme une charge : elles font état d'un sentiment de bien-être nettement diminué, bien que la charge de travail requise par les soins soit moins élevée que dans les deux catégories précédentes.
- d) Soignant(e)s vivant les soins comme une faible charge : il s'agit ici d'enfants qui donnent des soins à des parents ayant des besoins d'aide et de soins variables. Le nombre d'heures consacrées aux soins est le moins élevé de toutes les catégories et les soins ne portent pas atteinte au sentiment de bien-être.

Les soignants familiaux de cet échantillon, qui assument une lourde charge de soins en comparaison, déclarent qu'ils agissent principalement par amour et affection. Les facteurs de motivation ensuite cités sont le sentiment d'obligation morale personnelle ou générale et la nécessité de donner des soins informels. Les motifs indiqués varient selon les sexes : chez les conjoints soignants, le sens du devoir est aussi important que l'amour et l'affection, alors que chez les conjointes soignantes, l'amour et l'affection arrivent nettement avant le sens du devoir. Des différences claires entre les sexes apparaissent également chez les enfants qui s'occupent de leurs parents. Ainsi, les fils citent d'abord le sentiment d'obligation éthique et morale, puis le sentiment de faire du bien et, enfin, l'amour et l'affection. Chez les filles, l'amour et l'affection arrivent en tête. Viennent ensuite le sens du devoir et le sentiment de faire du bien.

Il ressort d'une comparaison européenne avec les données Eurofamcare 2003/05 (cf. Döhner et al. 2007) que les motivations des soignants familiaux en Suisse présentent aussi bien des similitudes que des divergences par rapport à celles qui ont été constatées dans d'autres pays d'Europe. Le lien émotionnel est ainsi partout un facteur de motivation central. Par contre, le sens du devoir est plus élevé en Suisse, et en Allemagne, qu'en Italie ou en Suède. En comparaison européenne, les soignants familiaux en Suisse sont ceux qui déclarent le plus souvent ne pas avoir d'autre solution. Cette réponse s'explique par le fait que les coûts des soins en Suisse (et en particulier les coûts des soins de longue durée) sont supportés en grande partie par les personnes elles mêmes et que les soins donnés à des membres de la famille ne bénéficient d'aucun soutien financier direct ou presque (cf. Huber, Rodrigues et al. 2009).³

4.5

Gros plan : démences et aide informelle

Parmi les personnes qui souffrent de démence, nombreuses sont celles qui reçoivent des soins à domicile grâce à un engagement important de leurs proches (conjointe, conjoint, filles, fils). En 2007, la valeur économique calculée aux coûts du marché des soins informels donnés aux personnes atteintes de démence s'établissait ainsi à près de 2,8 milliards de francs (cf. Ecoplan 2010 : tableau 6.1).

L'évolution inexorable d'une démence oblige les soignants familiaux à relever des défis de taille, notamment parce que le type de soins à donner change constamment. Comme une personne atteinte de démence enregistre une diminution toujours plus grande de ses capacités cognitives et de son autonomie dans

3 Indirectement, les soins prodigués à des proches à domicile peuvent donner droit à une allocation pour impotent de l'AVS/AI. L'allocation pour impotent versée avant l'âge de la retraite AVS pour les soins ambulatoires est deux fois plus élevée que pour les soins en institution. Tel n'est plus le cas après l'âge de la retraite AVS.

la vie quotidienne au fur et à mesure de la progression de la maladie, les liens émotionnels et sociaux entre le soignant familial et le malade se modifient peu à peu. La perte du ou de la partenaire comme compagnon ou compagne et interlocuteur ou interlocutrice est vécue comme un traumatisme quand la relation de couple dure depuis de nombreuses années. De leur côté, les enfants voient la maladie se superposer aux traits de personnalité de leur mère ou de leur père et les rôles s'inverser (le parent devient dépendant de ses enfants). Une étude menée auprès de 67 soignants familiaux (questionnaire) et de personnes atteintes de démence (carnet d'observation) confirme que la perte du lien est ce qui est le plus mal vécu par les proches, indépendamment du degré de gravité de la démence. Comme le relève l'auteur de l'étude, Caroline Moor, accompagner un proche atteint de démence représente pour beaucoup un lent au revoir. En plus de s'acquitter de nombreuses tâches d'accompagnement qui augmentent au fil du temps – d'abord d'ordre organisationnel et de surveillance, puis de plus en plus d'aide et de soins –, les proches doivent aussi supporter les modifications de la personnalité et la disparition de la relation avec le membre de la famille jusqu'à avoir l'impression d'avoir perdu la personne comme conjoint ou comme père ou mère. Selon cet auteur, même si ces changements peuvent être enrichissants, ils n'en restent pas moins douloureux et continuent d'être très mal vécus par de nombreux proches même après des années d'accompagnement (Zentrum für Gerontologie 2010 : 21). La démence pèse psychologiquement moins sur les petits-enfants, car ils ne ressentent pas la démence d'un grand-parent comme une menace. Les petits-enfants ne participent d'ailleurs que rarement aux soins donnés à un grand-parent dément, même si les expériences réalisées à ce niveau sont positives (cf. Philipp-Metzen 2008, 2010).

Une enquête qualitative auprès de 61 proches de personnes atteintes de démence en Suisse a montré que l'attitude face à la démence varie selon les milieux. Plus le niveau de formation du patient est élevé, plus le dépistage intervient tôt, ce qui contribue à l'établissement d'une corrélation positive entre le statut MMS et le niveau de formation lors du premier examen (Karrer 2009 : 43). La perception sociale de la maladie varie également selon les milieux. Selon cette étude, la perception même de la maladie est déterminée par l'appartenance à une catégorie sociale : les personnes issues de classes sociales inférieures relèvent principalement les limitations fonctionnelles (conduire, téléphoner, faire la cuisine), alors que les personnes en haut de l'échelle sociale mentionnent plutôt des modifications dans les capacités communicatives et intellectuelles (Karrer 2009 : 49). Les proches d'un malade issu des classes sociales supérieures vivent plus mal la maladie que la plupart des personnes interrogées dans les classes sociales inférieures. Les épouses qui évoluent dans les milieux favorisés se plaignent plus fortement de la perte du statut social de leur mari. Dans les classes sociales inférieures, les attentes souvent déjà faibles sont revues à la baisse, et les proches considèrent plus souvent qu'il est de leur devoir de s'occuper seuls du conjoint (Karrer 2009 : 80).

La perte progressive de l'autonomie chez les personnes atteintes de démence requiert une prise en charge de plus en plus importante, d'où une implication de plus en plus grande des soignants familiaux. Les symptômes secondaires de la démence – tels que la dépression, l'agressivité, la peur, l'agitation, l'inversion jour-nuit, les hallucinations – agissent souvent comme des facteurs de stress supplémentaires. Dans l'étude du Centre de gérontologie (2010), quatre partenaires interrogés sur cinq s'estimaient sollicités pratiquement jour et nuit. Beaucoup n'étaient pas capables de quantifier exactement le nombre d'heures qu'ils consacraient au malade (p.ex. aucun soin, mais présence permanente indispensable, présence 24 heures sur 24). Les autres estimaient leur engagement à une moyenne de huit heures par jour. Pour près de la moitié des 56 partenaires interrogés, la prise en charge était vécue comme un fardeau. L'engagement des filles et des fils qui s'occupaient d'un parent malade variait dans l'étude entre plusieurs fois par mois et plusieurs fois par jour et comprenait, outre la prise en charge, la coordination avec d'autres intervenants et l'exécution des tâches administratives.

Une démence a fréquemment pour effet de restreindre considérablement le quotidien des soignants familiaux et les soins au sein de la famille sont souvent donnés au détriment du travail, des loisirs et des contacts sociaux (cf. Kesseling 2004). Il n'est pas rare que des proches s'occupent d'un malade au-delà de leurs limites. Ils courent ainsi le risque de tomber malades à leur tour et de se transformer en « hidden patients » ou patients latents. Les troubles émotionnels se manifestant par des symptômes de peur, de dépression et d'épuisement ne sont pas rares (cf. Wettstein 2005). L'étude du Centre de gérontologie (2010) a révélé que, pour préserver leur qualité de vie et prévenir l'épuisement, les soignants familiaux auraient souvent besoin de plus de temps pour prendre soin d'eux-mêmes et de leur propre vie. Elle a montré par ailleurs que plus les partenaires soignants étaient satisfaits des conditions des soins (ce qu'il faut entendre par là varie selon les individus), moins ils souffraient de stress et de dépression. Les autres facteurs prédictifs d'une meilleure qualité de vie des conjoints soignants, statistiquement importants, étaient une faible dépression du conjoint atteint de démence et une évaluation positive de l'aide reçue de l'entourage.

Néanmoins, près d'un répondant sur deux a estimé que ses besoins de soutien n'étaient couverts qu'à moitié, voire qu'ils ne l'étaient pas du tout. Plus de la moitié des proches souhaitait être déchargée d'une plus grande partie de leurs tâches. Si la plupart des personnes interrogées connaissaient les possibilités de soutien existants, telles que les services d'aide et de soins à domicile, les foyers de jour, les possibilités de vacances et les groupes d'entraide, elles ne les utilisaient pas toujours même en cas de besoin (Centre de gérontologie 2010 : 33). Les prestations d'aide facilement accessibles et adaptées à la situation telles que les services de relève, le repos nocturne, les vacances, etc. (cf. Dufay et al. 2003), semblent particulièrement appréciées. Une étude d'évaluation d'un centre de jour/nuit pour personnes atteintes de démence a montré que l'épuisement phy-

sique et psychique et les troubles du sommeil des soignants familiaux, ainsi que l'incontinence du conjoint ou du parent malade étaient les raisons principales d'un recours à une aide temporaire (cf. Oppikofer 2009). Des cours de formation à l'intention des proches de personnes âgées atteintes de démence peuvent également avoir des effets positifs sur le bien-être et la qualité de vie subjective des soignants familiaux. Ils peuvent aussi amener plus facilement ces derniers à se faire remplacer (temporairement) et à recourir à l'aide du voisinage ou à des prestations ad hoc à l'intention des malades et de leurs proches (cf. Wettstein, König et al. 2005).

5

Prise en charge à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile sont devenus depuis un certain temps déjà l'un des piliers de la prise en charge des personnes âgées. Selon les prévisions, les besoins en prestations de soins à domicile professionnelles continueront de croître en raison non seulement de facteurs démographiques, mais aussi des aspirations des personnes âgées (souhait de vivre à domicile le plus longtemps possible) et de nouveaux types de logement (hausse du nombre de logements accessibles, développement des formules de logement protégé; cf. Hagmann 2008). Un nouvel accroissement de l'espérance de vie sans incapacité peut aussi faire augmenter la demande de prestations à domicile plus rapidement que celle de prestations en institution. C'est le cas surtout si les personnes âgées vivent plus longtemps sans incapacité, mais pas forcément plus longtemps sans troubles somatiques.

5.1

Services d'aide et de soins à domicile

Selon la statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex)¹, 28 744 personnes, correspondant à 12 480 emplois à plein temps, fournissaient des prestations à domicile à 210 840 clients en Suisse en 2008. Les 12,7 millions d'heures facturées à ce titre en 2008 étaient consacrées pour 62 % à des prestations de soins, pour 37 % à des prestations d'aide aux tâches ménagères et pour 1 % à d'autres prestations. En 2008, 1,282 milliard de francs a été dépensé au titre de l'aide et des soins à domicile, ce qui représente environ 2 % des coûts de la santé. Les données de la Statistique de l'aide et des soins à domicile permettent de connaître la part qui revient aux personnes âgées (cf. **tableau 17**). En 2008, seuls 25 % des bénéficiaires avaient moins de 65 ans; 28 % étaient âgés de 65 à 79 ans et 47 % de 80 ans et plus. Etant donné que les prestations d'aide et de soins s'intensifient souvent

1 La statistique comprend les organisations d'aide et de soins à domicile de droit privé à but non lucratif et celles qui relèvent du droit public. Elle n'inclut pas les organisations de droit privé à but lucratif.

Tableau 17 : Services d'aide et de soins à domicile en faveur des personnes âgées en Suisse

	Année 2000		Année 2008	
	65-79 ans	80+	65-79 ans	80+
Cas (personnes), total *	77 800	110 900	84 679	139 931
- dont : prestations de soins (prest. OPAS)	43 500	62 200	47 023	76 591
Heures facturées par client	37	48	38	50
Par groupe d'âges :				
- en % du nombre de clients	30 %	42 %	28 %	47 %
- en % du nombre d'heures facturées	27 %	50 %	26 %	55 %
Selon les soins (prestations OPAS)				
- en % du nombre de clients	56 %	56 %	56 %	55 %
- en % du nombre d'heures facturées	49 %	52 %	61 %	66 %
Services d'aide et de soins à domicile pour 100 personnes	9.5	38.1	9.3	38.6

* Nota bene : une personne qui bénéficie de plusieurs types de prestations est comptée autant de fois que le nombre de prestations.

Source : statistiques des services d'aide et de soins à domicile pour les années 2000 et 2008.

avec l'âge des bénéficiaires, il n'y a rien d'étonnant à ce que les 80 ans et plus bénéficient d'un nombre d'heures proportionnellement plus élevé (55 %).

Durant ces dernières années, les services d'aide et de soins à domicile ont concentré leur engagement sur les prestations de soins financées par l'assurance-maladie (LAMal). Entre 1998 et 2008, le nombre d'heures moyen par client a ainsi progressé de 37 à 48 heures pour les soins, mais diminué de 57 heures à 43 heures pour les prestations d'aide à domicile. Dans le futur, la tendance à la spécialisation devrait s'accroître, avec d'un côté des prestations de soins assurées par des professionnels et de l'autre des prestations d'aide à domicile fournies par des aidants informels (parents, voisins, bénévoles) ou des prestataires privés.

Selon la statistique de 2008, 9,3 prestations des services d'aide et de soins à domicile étaient fournies par 100 personnes chez les 65 à 79 ans. Cette part se

montait même à 38,6 prestations par 100 personnes chez les 80 ans et plus. Il convient de relever toutefois qu'une personne qui recourt à plusieurs prestations est comptée autant de fois dans la statistique. Après déduction des doublons, environ 7 % des 65 à 79 ans et 26 à 27 % des 80 ans et plus ont bénéficié de prestations des services d'aide et de soins à domicile. En d'autres termes, plus d'un quart des 80 ans et plus en Suisse ont eu recours à des prestations à domicile professionnelles (prestations de soins, prestations d'aide à domicile). Les soins à domicile professionnels occupent une place prépondérante principalement durant la phase de la vieillesse où les risques et les limitations fonctionnelles dus à l'âge sont certes visibles, mais n'empêchent pas les personnes âgées de mener une existence autonome à leur domicile si les conditions de logement et de soins s'y prêtent. Du fait de la hausse de l'espérance de vie des personnes âgées et de l'apparition plus tardive des besoins de soins, le nombre des hommes et des femmes qui atteindront cette phase critique de la vieillesse augmentera sensiblement durant les prochaines décennies. Les progrès de la médecine (p.ex. médicaments retardant la manifestation des troubles cognitifs ayant une influence sur le quotidien, programmes de promotion de la santé visant à réduire les fractures dues à des chutes, etc.) sont susceptibles d'allonger cette phase critique par rapport à la phase des besoins élevés de soins. Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé, le nombre des clients des services d'aide et de soins à domicile (2008 : 210 840 personnes) devrait s'accroître en Suisse à 330 000 personnes d'ici à 2020 et même à quelque 400 000 personnes d'ici à 2030 si l'état de santé de la population âgée reste inchangé. En cas d'amélioration de l'état de santé de la population âgée, ce nombre augmentera à un rythme plus lent pour s'inscrire à 320 000 en 2020 et à 380 000 en 2030 (cf. (Jaccard Ruedin, Weaver 2009).

On entend souvent dire qu'il existerait une relation de substitution entre les soins à domicile et les soins en institution, autrement dit qu'un développement des soins à domicile aurait pour effet de réduire le nombre d'admissions en EMS ou, du moins, de retarder celles-ci. Les études dans ce sens (cf. Jaccard Ruedin, Weber et al. 2006) démontrent que cette affirmation se vérifie pour les 80 ans et plus, mais pas pour les 65 à 79 ans. Dans les cantons où les services d'aide et de soins à domicile sont très sollicités, la part des admissions en EMS à un âge avancé est effectivement plus faible. Les services d'aide et de soins à domicile ne constituent toutefois une réelle alternative aux EMS que pour un nombre limité de personnes dépendantes de 80 ans ou plus. Quand les besoins de soins sont élevés, des soins à domicile ne sont souvent possibles que si les soins informels (familiaux) et les soins formels se complètent parfaitement. Le soutien que peuvent apporter les proches est déterminant lorsqu'il faut décider si et pendant combien de temps une personne âgée peut être maintenue à domicile (cf. Schwarzmans 2004).

Il convient également de remarquer que l'opposition entre les soins à domicile et les soins en institution perd de sa pertinence à l'heure des structures de soins intégrées (cf. Rosenbrock, Kämpers 2009). La coopération entre les services d'aide

et de soins à domicile et les EMS a été renforcée au cours de ces dernières années dans de nombreuses régions. Différents EMS abritent aussi bien des services d'aide et de soins à domicile que des cabinets médicaux ou paramédicaux, ce qui facilite la transition entre soins externes et soins internes. En outre, dans de nombreuses régions, l'offre en prestations de soins semi-résidentiels ou semi-ambulatoires – hôpitaux ou centres de jour, unités d'accueil temporaire, appartements pour aînés proches d'un EMS, logements protégés – a été systématiquement développée. Pour les personnes très âgées en particulier, une combinaison de structures de soins à domicile et de soins en institution peut s'avérer intéressante notamment en présence de symptômes multiples. Tout comme pour le logement où la question du choix entre le domicile et l'EMS devient peu à peu désuète, y compris pour les personnes dépendantes, la distinction classique entre soins à domicile et soins en institution correspond de moins en moins à la réalité pour les soins aux personnes âgées. Enfin, en raison du vieillissement des personnes issues de l'immigration, les besoins en prestations de soutien pour les migrants âgés augmenteront aussi, en particulier dans les grandes villes qui comptent une forte proportion d'individus âgés qui ne sont pas nés en Suisse (cf. Kobi 2008).

5.2

Utilisation des prestations des services d'aide et de soins à domicile par les personnes âgées

Les participants à l'enquête suisse sur la santé 2007 ont également dû indiquer s'ils avaient eu recours, eux-mêmes, à un service d'aide et de soins à domicile au cours des douze derniers mois. La longueur de la période considérée – un an – a néanmoins pour effet qu'une partie des prestations des services d'aide et de soins à domicile n'est pas mentionnée, en particulier lorsqu'il s'agit de prestations isolées qui ont été fournies il y a longtemps. Par conséquent, le recours aux services d'aide et de soins tend à être sous-estimé (comme le montre la comparaison avec les données de la Statistique de l'aide et des soins à domicile). Les réponses aux questions sur les types de prestations (soins infirmiers, aide ménagère, autre prestation, p.ex. repas, transports; plusieurs réponses possibles) révèlent que les soins infirmiers et l'aide ménagère sont les deux prestations les plus utilisées. 53 % des personnes âgées interrogées bénéficiaient de prestations de soins, 55 % d'une aide ménagère et 24 % d'autres prestations (repas, transports).

Les données de l'enquête suisse sur la santé confirment que les services d'aide et de soins à domicile sont utilisés surtout à partir de la quatre-vingtième année et que le recours régulier à ces prestations devient plus fréquent à mesure que les personnes avancent en âge. C'est ce qui explique pourquoi les répondants très âgés sont plus nombreux à déclarer avoir eu recours à des services professionnels à domicile au cours des sept derniers jours. Cette part s'élève ainsi à 20 % chez les 85 ans et plus vivant à domicile. Le nombre d'heures d'aide et de soins à domicile

durant les sept derniers jours varie fortement d'un individu à l'autre, particulièrement dans les groupes d'âges les plus élevés. On le constate aux écarts sensibles entre les valeurs moyennes et la médiane. Les 65 ans et plus qui ont eu recours à des services d'aide et de soins à domicile au cours des sept derniers jours mentionnent une moyenne de 6,3 heures de prise en charge. La valeur médiane est toutefois de deux heures, ce qui signifie que le recours aux services d'aide et de soins est inférieur à deux heures pour la moitié des bénéficiaires et supérieur à deux heures pour l'autre moitié. L'intensité de la prise en charge est étroitement liée aux restrictions d'activités. Ainsi, le coefficient de corrélation entre les heures d'aide et de soins à domicile et les limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités élémentaires de la vie quotidienne s'établit à 0,42. Avec une valeur de 0,27, le coefficient de corrélation entre les heures d'aide et de soins à domicile et les difficultés à accomplir des activités instrumentales est un peu moins élevé. En revanche, on ne constate aucun lien significatif entre le revenu du ménage et le recours aux services d'aide et de soins. Rien n'indique en effet que les personnes âgées économiquement défavorisées recourent moins aux services d'aide et de soins à domicile que les personnes âgées plus aisées.

Une régression logistique du recours des 65 ans et plus aux services d'aide et de soins à domicile durant les douze derniers mois démontre également l'existence d'une corrélation significativement élevée entre le recours à ces prestations d'une part et les troubles de santé et les limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne d'autre part. Même après le contrôle des variables de la santé, on s'aperçoit que l'âge a un effet significativement marqué, puisque plus les personnes sont âgées, plus le recours aux services d'aide et de soins à domicile devient fréquent (probablement parce qu'à un âge avancé, non seulement les prestations d'aide ménagère, mais aussi les prestations de soins médicaux augmentent). Le degré de gravité des troubles psychiques n'a aucune incidence sur l'utilisation des services d'aide et de soins à domicile. Quand la santé fonctionnelle est contrôlée statistiquement, le recours aux services d'aide et de soins à domicile ne devient pas plus fréquent chez les personnes qui souffrent de troubles psychiques importants. L'absence de lien peut toutefois aussi s'expliquer par le fait que les problèmes psychiques lourds – tels les symptômes dépressifs – entraînent souvent une admission dans un EMS en présence de limitations fonctionnelles.

Parmi toutes les variables sociales prises en compte (niveau de formation, sexe, type de ménage), seul le type de ménage influe de manière significative sur l'utilisation des services d'aide et de soins à domicile : à limitations fonctionnelles identiques, une personne âgée qui vit seule y recourt plus souvent, car elle ne peut pas se faire aider par un autre membre du ménage. En revanche, le sexe et le niveau de formation n'ont qu'une influence marginale, et ces différences disparaissent quand l'état de santé fonctionnel est contrôlé. Le sexe et le niveau de formation ont cependant des effets indirects dans la mesure où ils influent sur la santé fonctionnelle des personnes âgées.

5.3

Relation entre aide et soins professionnels et aide et soins informels

L'enquête suisse sur la santé 2002 a clairement mis en évidence que les prestations des services d'aide et de soins à domicile étaient souvent associées à une aide familiale. Ainsi, en 2002, 69 % des personnes âgées qui avaient eu recours à des services d'aide et de soins au cours des douze derniers mois avaient bénéficié simultanément d'une aide de leur entourage (parents, amis, voisins; cf. Calmonte 2003), soit un peu plus qu'en 2007 où ce taux s'élevait à 60 %. Les services d'aide et de soins à domicile sont souvent utilisés en complément d'une aide informelle. Selon une étude longitudinale menée à la fin des années 1990 dans les cantons de Genève et du Valais, les deux types de prestations se rencontrent souvent simultanément à un âge avancé (80–89 ans) (cf. Lalive d'Épinay et al. 2001). Chez les personnes très âgées vivant à domicile, l'aide professionnelle vient non pas évincer, mais en premier lieu compléter l'aide informelle.

L'analyse ci-après sur la relation entre l'aide informelle et les soins à domicile professionnels (services d'aide et de soins à domicile) tente de répondre aux questions suivantes : quelle est la fréquence de l'aide informelle et de l'aide professionnelle et à quelle fréquence les deux formes d'aide sont-elles associées ?

En cas de restrictions d'activités, la forme de prise en charge dépend de deux facteurs dont il faut toujours tenir compte dans l'analyse de la relation entre le soutien professionnel et le soutien informel. Le premier correspond au type de ménage et de logement : dans les ménages de plus d'une personne, l'aide et les soins apportés par des membres du ménage (partenaire, proches vivant dans le ménage) sont déterminants. Le second facteur est lié au degré de gravité des limitations fonctionnelles, car les prestations des services d'aide et de soins à domicile sont utilisées régulièrement avant tout en cas de problèmes de santé majeurs. Par conséquent, le soutien professionnel et le soutien informel tendent à être associés en premier lieu quand les limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités élémentaires ou instrumentales de la vie quotidienne sont fortes. Si elles sont mineures, c'est le réseau d'aide informel qui est d'abord activé. Si les limitations fonctionnelles s'aggravent, l'aide professionnelle est réclamée, parfois en complément de l'aide informelle. En effet, les personnes âgées qui sont fortement limitées dans les activités de la vie courante sont confrontées non seulement à des problèmes dans l'exécution des tâches ménagères et les soins élémentaires, mais aussi souvent à des problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, hypertension, diabète, etc.) qui requièrent un suivi médical professionnel. Quand une autre personne vit dans le ménage, les prestations professionnelles (tels les services d'aide et de soins à domicile) sont moins utilisées, ou ne sont requises qu'en cas de fortes limitations fonctionnelles. Ainsi, à limitations fonctionnelles identiques, les personnes qui vivent dans des ménages de plus d'une personne recourent beaucoup plus rarement à des services

d'aide et de soins à domicile que les personnes seules. Il apparaît également que la forme de l'aide et le besoin d'aide sont étroitement corrélés, les prestations professionnelles et les prestations informelles se complétant surtout quand la dépendance augmente. C'est chez les personnes qui vivent à domicile et qui souffrent d'importantes limitations fonctionnelles que l'aide professionnelle et l'aide informelle sont les plus souvent associées (notamment aussi parce que seul un réseau de soutien professionnel et informel étendu permet un maintien à domicile).

Une analyse détaillée de la prise en charge selon le degré de gravité des limitations fonctionnelles et le type de ménage (ménage d'une personne, ménage de plus d'une personne) permet de faire le point de la situation (cf. tableau C en annexe).

Un tiers (33 %) des personnes âgées vivant seules et nécessitant des soins légers à moyennement élevés, a recours uniquement à un soutien informel externe au ménage. Près d'un tiers (30 %) compte sur un soutien informel et des prestations professionnelles, tandis qu'un septième (13 %) ne bénéficie que d'une aide professionnelle. Enfin, un quart (24 %) ne sollicite (encore) aucune aide. Plus les besoins de soins augmentent, plus l'association aide informelle et prestations professionnelles devient fréquente. Ainsi, 54 % des personnes seules qui requièrent des soins élevés bénéficient simultanément d'un soutien informel externe et de services d'aide et de soins à domicile. Il est plus rare qu'elles ne s'appuient que sur un soutien exclusivement informel. La part de celles qui ne reçoivent aucune aide diminue aussi, et seulement 5 % des personnes seules qui nécessitent des soins importants ne mentionnent aucun soutien (la question reste ouverte quant à savoir si ces personnes ne reçoivent effectivement aucun soutien ou si des prestations de soutien reçues n'ont pas été mentionnées).

Chez les personnes qui ne vivent pas seules – en général des personnes en couple –, la prise en charge se présente différemment : près de la moitié (48 %) des personnes légèrement à moyennement dépendantes ne bénéficient que d'un soutien à l'intérieur du ménage. Les personnes fortement dépendantes sont plus d'un tiers (36 %) dans ce cas. Par conséquent, il est moins fréquent de voir apparaître simultanément une aide informelle et des prestations professionnelles chez les personnes qui ne vivent pas seules. Un soutien exclusivement professionnel est également plus rare. Néanmoins, plus d'un cinquième (22 %) des personnes dépendantes qui ne vivent pas seules reçoivent un soutien des trois sources d'aide indiquées (services d'aide et de soins à domicile, aide informelle à l'intérieure du ménage, aide informelle externe).

L'association aide informelle et prestations professionnelles existe avant tout chez les personnes très âgées qui vivent seules et qui réclament des soins importants. Souvent, seule cette coopération entre les services professionnels et le réseau informel permet le maintien à domicile. Chez les personnes qui vivent en couple, il est fréquent que seule une aide informelle interne soit apportée (par un autre membre du ménage); si les besoins de soins s'accroissent, le recours simul-

tané aux différentes formes de soutien tend ici aussi à augmenter. La relation entre l'aide informelle (familiale) et l'aide professionnelle se modifie dans chaque cas selon les besoins d'aide et de soins et le type de ménage. En revanche, l'hypothèse qui voudrait qu'une extension de la prise en charge professionnelle contribue à évincer le soutien informel ne se vérifie pas.

Dans le cadre de l'étude SwissAgeCare 2010, 311 entretiens croisés ont été menés (soignants familiaux – collaborateurs des services d'aide et de soins) (cf. Perrig-Chiello, Höpflinger, Schnegg 2010). La comparaison croisée révèle une grande convergence de vue entre les deux catégories d'intervenants sur le degré de dépendance et les troubles du comportement de la personne prise en charge. Dans seulement 4 % des cas, l'appréciation de la dépendance par la personne qui apporte un soutien informel s'écarte de plus d'un degré de l'opinion du professionnel (p.ex. légèrement dépendant contre fortement dépendant). Des différences plus marquées apparaissent en ce qui concerne la perception de l'état de santé : les professionnels ont une perception significativement plus mauvaise que celle des soignants familiaux. On constate également des différences de perception importantes s'agissant des motivations du soignant familial. Les professionnels citent comme principales motivations l'amour et l'affection, puis l'obligation morale. Les autres raisons – nécessité (pas d'autre solution), questions financières (pour éviter des coûts élevés), les convictions religieuses et le hasard – sont sous-estimées. Il semblerait que les collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile tendent à idéaliser les motivations des soignants familiaux et à ne pas prendre assez en considération la réalité des contraintes matérielles.

Les soignants familiaux sont en général très satisfaits des services d'aide et de soins à domicile, les conjoints l'étant un peu plus que les enfants. Les conflits ouverts et les divergences de vues semblent très rares et, lorsqu'ils existent, ils sont dus le plus souvent à des changements fréquents du personnel soignant. Les collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile font cependant plus souvent état de divergences de vues et de conflits ouverts que les soignants familiaux. La rotation du personnel soignant est la cause de conflit qu'ils citent le plus souvent. Viennent ensuite les problèmes de communication et le manque de temps dû à la charge élevée de travail.

5.4

Logement accessible et logement protégé

Quand les limitations fonctionnelles s'aggravent, la possibilité de continuer à mener une vie autonome à domicile dépend en grande partie de l'adéquation entre les conditions de logement et les capacités individuelles (cf. Mollenkopf, Oswald, Wahl 2007). Les logements accessibles et adaptés aux seniors constituent cependant encore l'exception en Europe (cf. Laferrère 2009 : 16). Selon une enquête menée en 2008 auprès de 1013 personnes âgées de plus de 59 ans en

Suisse alémanique, seules 25 % considèrent que leur logement est adapté aux personnes avec un handicap. Un peu moins d'un tiers (31 %) indiquent que leur logement est partiellement accessible en fauteuil roulant, et deux cinquièmes (42 %) estiment que leur logement actuel ne serait pas adapté en cas de mobilité réduite. Les perrons et les escaliers à l'intérieur du logement ont été les deux obstacles les plus fréquemment cités. L'aménagement de la salle de bain et de la cuisine, la largeur insuffisante des encadrements et la hauteur des seuils de porte sont aussi souvent critiqués (cf. Höpflinger 2009). La construction de logements accessibles et adaptés aux personnes âgées fait l'objet de directives (cf. Bohn 2010). Sachant que les personnes qui vivent dans ces logements sont exposées à un moins grand risque d'accident et qu'elles y conservent leur autonomie plus longtemps, ces logements ont une grande importance économique puisqu'ils réduisent les coûts des soins à domicile et les frais de guérison et qu'ils retardent les admissions en EMS (Bohn 2008 : 183). Or, malgré des prescriptions claires sur les exigences architectoniques minimales qu'un logement doit remplir pour être accessible, de nombreuses constructions neuves continuent de ne pas satisfaire aux normes définies. Une étude menée en 2007 et portant sur treize habitations innovantes a montré que même des logements neufs conçus explicitement pour les personnes âgées ne remplissaient pas encore totalement les exigences minimales (Huber, Hugentobler, Walthert-Galli 2008 : 165).

Le logement protégé, sous ses diverses formes, est un autre moyen d'encourager les soins à domicile aux personnes âgées. Cette formule associe un logement accessible et des prestations d'aide et de soins à domicile. Chez les personnes très âgées et, partant, fragilisées, il existe souvent un décalage entre leur souhait de rester autonomes et leur dépendance de plus en plus grande en raison de limitations fonctionnelles, de maladies et de problèmes de santé liés à l'âge. La plupart des personnes âgées dépendantes ne souhaitent ni être admises en EMS, ni emménager chez un enfant adulte. C'est ainsi que sont apparues des formules de logement protégé dans le but d'abord de proposer aux personnes dépendantes une «structure intermédiaire» entre leur logement et l'EMS. C'est le cas dans différents pays, dont l'Allemagne, et dans quelques cantons suisses (VD, FR, BE, notamment). L'offre ne s'adresse cependant pas aux personnes très dépendantes qui ne peuvent pas compter sur l'aide de proches (cf. Lind 2005; Saup 2001, 2003). Le logement protégé tient cependant lieu aussi parfois de solution alternative à l'EMS et de rempart contre une prise en charge excessive.

Les raisons qui peuvent motiver un transfert dans un logement protégé sont nombreuses. En général, cependant, les atteintes à la santé, présentes ou à venir, qui entraîneraient une limitation de l'autonomie en cas de maintien à domicile, jouent un rôle central dans la décision. Les recherches de Winfried Saup (2001, 2003) attestent que de nombreuses personnes âgées qui vivent dans des logements protégés souffrent déjà de problèmes de santé au moment où elles y emménagent (problèmes locomoteurs, problèmes cardiovasculaires, troubles de la vision et de l'audition).

Dans l'idéal, les formules de logement protégé associent étroitement deux éléments centraux, à savoir un logement accessible (sans obstacles) et des prestations de service (soutien, conseil, aide ménagère et, éventuellement, prestations de soins). La structure sociale qui en résulte se distingue d'un EMS traditionnel sur des points importants. Ainsi, à la différence des résidents d'EMS, les occupants d'un logement protégé disposent d'un logement privé fermé, comprenant une salle de bain et une cuisine. En ce qui concerne les prestations de service, ils peuvent choisir eux-mêmes les services qu'ils souhaitent utiliser et avec quelle intensité. Il convient de noter toutefois que les EMS proposent eux aussi de plus en plus souvent des services à la carte.

Le logement protégé et le logement avec prestations de services pour aînés présentent indubitablement de grands avantages. Mais ils posent aussi quelques problèmes. La question de savoir si un résident qui nécessite des soins en permanence peut être maintenu dans le logement protégé ou s'il doit être transféré en EMS est un exemple de conflit qui peut surgir. Cette question se pose avec de plus en plus d'acuité à mesure que les résidents avancent en âge, car le logement protégé atteint ses limites quand les résidents sont très dépendants, en particulier en cas de démence sévère. Les principales raisons qui justifient un transfert d'un logement protégé en EMS sont des besoins importants en soins corporels et une démence à un stade avancé (cf. Lind 2005, Saup, Eberhard 2005). Des symptômes dépressifs sévères ou des problèmes d'addiction peuvent également compliquer ou rendre impossible le maintien dans un logement protégé.

Depuis quelques années, des réflexions et des efforts sont entrepris pour permettre à des personnes très dépendantes de vivre elles-aussi en logement protégé. L'extension de groupes de logements avec offre de soins à l'intérieur de résidences protégées constitue un exemple de telles mesures. Des modèles nouveaux (« very sheltered housing », « assisted living ») montrent qu'il est possible d'intégrer une offre de soins légers à moyennement élevés dans le concept du logement protégé. Selon les cas, il est même possible de tenir compte des besoins des personnes atteintes de démence (cf. Eberhard, Saup 2006). Pour cela, il peut s'avérer intéressant de rattacher plus étroitement des résidences protégées à des EMS ou de construire des ensembles de logements regroupant les deux types d'offre de manière à faciliter le transfert du logement protégé dans un EMS.

Dans tous les cas, les nouvelles formules de logement et de soins – du logement avec prestations de service au logement protégé avec offre de soins – tendent à atténuer ou à faire disparaître la distinction traditionnelle entre la prise en charge à domicile et la prise en charge en institution. Elles donnent naissance à des structures de soins à domicile professionnels qui répondent mieux aux besoins d'une société vieillissante et individualiste.

5.5

Gros plan : évolution des démences et services d'aide et de soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile sont souvent confrontés à des troubles démentiels. De nombreuses personnes âgées atteintes de démence sont en effet soignées à la maison. Une enquête menée en 2009 en Suisse alémanique auprès des soignants familiaux et des collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile a montré que, parmi les personnes âgées régulièrement aidées à parts égales par les professionnels et par les proches, près de la moitié souffrent de troubles perceptible de la mémoire. Toutefois, dans la moitié des cas seulement, la démence a été confirmée par un diagnostic médical. Dans l'autre moitié des cas, soit la démence n'a pas encore fait l'objet d'un diagnostic médical, soit les troubles de la mémoire ne sont pas d'origine démentielle (cf. Perrig-Chiello, Höpflinger, Schnegg 2010).

En cas d'aggravation de la maladie, seule une prise en charge simultanée par les proches et les professionnels permet un maintien à domicile. Une précédente étude (Volz et al. 1998) auprès de proches de malades soignés à domicile a révélé que 39% des personnes atteintes de démence soignées à la maison recouraient en parallèle à des prestations des services d'aide et de soins à domicile. L'étude Eco-plan (cf. Eco-plan 2010) est parvenue à un résultat similaire pour 2007. Selon cette étude, 45% des personnes atteintes de démence bénéficient de prestations des services d'aide et de soins à domicile. Les coûts de la prise en charge de la démence par les services d'aide et de soins ont été estimés dans l'étude à environ 302 millions de francs en 2007, ce qui correspond à près d'un quart des dépenses totales des services d'aide et de soins à domicile. En raison de l'évolution démographique, ces services seront de plus en plus souvent confrontés au problème de la démence. Le développement et l'administration de médicaments qui freinent l'évolution de la démence et allongent la durée de la prise en charge à domicile sont susceptibles d'accentuer cette tendance.

Dans le cas des démences, une étroite collaboration entre les réseaux de soutien formels et informels est indispensable. Selon une étude sur la question (Martin 2005 : 269), il est indispensable de délimiter les compétences, car une multitude d'acteurs doivent collaborer entre eux. Pour que chaque malade puisse réaliser des progrès, il conviendrait d'établir et de développer un système de « Case Management », c'est-à-dire de gestion des soins intégrés, axé sur l'autonomie et la sécurité et incluant l'environnement familial et le voisinage. Les éléments traditionnels de thérapies efficaces ou qui apportent un soulagement peuvent ainsi être utilisés effectivement.

L'absence de proches a pour effet non seulement de renchérir les soins à domicile professionnels, mais aussi souvent de les rendre impossibles en raison des troubles de comportement du malade. Ce constat vaut aussi pour les formules de logement protégé avec offre de soins. Comme le relèvent Saup et Eberhard (Saup,

Eberhard 2005 : 147), les logements protégés à l'intention des aînés ne représentent pas à long terme une alternative à une prise en charge en milieu institutionnel pour les personnes atteintes de démence. Durant les phases de la maladie qui sont marquées par des troubles du comportement, la prise en charge à domicile de la démence atteint souvent ses limites, même en présence d'un soignant familial à domicile.

6

Prise en charge en institution

Au cours des dernières décennies, les établissements de soins ont peu à peu remplacé les maisons de retraite. En 1973, 71 % des structures pour personnes âgées étaient des maisons de retraite et 29 % des homes médicalisés (cf. Commission fédérale « Vieillir en Suisse » 1979). En 2007, la part des maisons de retraite, au sens classique du terme, dans le total des établissements médico-sociaux (EMS) recensés dans la statistique avait reculé à 4 % (cf. Office fédéral de la statistique 2009c). Contrairement aux maisons de retraite, les EMS sont autorisés à fournir des prestations de soins et à les facturer aux caisses-maladie¹. Comme la plupart des maisons de retraite hébergent aujourd'hui aussi des personnes nécessitant des soins, elles ont été comptabilisées dans le calcul du taux de prise en charge.

Il ressort du **tableau 18** que le taux de prise en charge (part des résidents dans les EMS rapportée à la population résidente totale) enregistre une hausse marquée seulement à partir de 80 ans. Si 90 % des 80–84 ans vivent encore à domicile, le taux de prise en charge augmente ensuite rapidement. Ainsi, 45 % des personnes de 95 ans et plus vivent en institution.

Etant donné que les hommes âgés vivent plus fréquemment en couple et qu'ils sont souvent soignés par leur conjointe en cas de dépendance, les séjours en home médicalisé à un âge avancé sont d'abord le lot des femmes. La plus longue espérance de vie des femmes joue également un rôle. Les femmes qui accomplissent leur dernière période de la vie dans un EMS sont dès lors plus nombreuses que les hommes. Du fait de la part élevée des femmes dans le personnel soignant aussi, les EMS sont des univers majoritairement féminins.

Entre 2002 et 2008, le taux de prise en charge a fléchi légèrement chez les moins de 94 ans et nettement chez les plus de 94 ans. Les admissions en EMS sont devenues plus rares ou plus tardives. La part des personnes âgées qui séjournent en EMS varie cependant sensiblement selon les cantons. Ainsi, le taux de prise en charge des personnes âgées est nettement plus élevé dans de nombreuses régions de Suisse centrale et de Suisse orientale que dans la plupart des

1 Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) RS 832.10, art.39, al.3. A propos des questions juridiques sur le financement d'un séjour en institution, cf. Breitschmid, Gächter 2010.

Tableau 18 : Part des personnes vivant en institution, selon l'âge et le sexe, en 2002 et en 2008 en Suisse

Groupe d'âges	Taux de prise en charge en 2002 (en %)			Taux de prise en charge en 2008 (en %)		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
- 65-69 ans	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8
- 70-74 ans	1.6	1.5	1.8	1.6	1.4	1.7
- 75-79 ans	4.0	3.0	4.7	3.7	2.9	4.4
- 80-84 ans	10.4	7.3	12.3	9.6	6.5	11.4
- 85-89 ans	23.5	16.5	26.7	21.7	14.6	25.2
- 90-94 ans	39.7	29.2	43.3	38.1	26.7	42.5
- 95+	56.4	42.8	59.8	45.0	32.3	48.6
65+	6.8	4.1	8.8	6.5	3.8	8.5
80+	19.8	12.9	23.2	18.4	11.7	21.9
85+	30.4	21.0	34.3	27.9	18.5	32.1

Source: Office fédéral de la statistique, *statistique des institutions médico-sociales 2002 et 2008 (état au 31 décembre)*, ESPOP 2002 et 2008 (*état de la population résidente au 31 décembre*).

Analyses: Obsan 2010.

régions de Suisse romande. Ces écarts s'expliquent par des traditions sociales et par des stratégies de prise en charge différentes des personnes âgées (cf. Jaccard Ruedin, Weber et al. 2006 et Bayer-Oglesby, Höpflinger et al. 2010).

Les EMS sont aujourd'hui des lieux où maladies et troubles liés à l'âge s'additionnent. Comme il l'a été mentionné plus haut, la plupart des résidents (76%) sont moyennement à fortement dépendants. Le **tableau 19** expose la liste des maladies diagnostiquées chez les personnes âgées qui vivent en institution (à un âge avancé, des diagnostics multiples sont fréquents).

Les problèmes cardiovasculaires, l'hypertension mais aussi les démences sont les diagnostics les plus fréquents. Plus d'un résident sur quatre souffre d'une dépression diagnostiquée. Chez les 65-79 ans, la dépression concerne une personne sur trois; en effet, à limitations fonctionnelles identiques, les symptômes

Tableau 19 : Diagnostics les plus fréquents chez les personnes âgées et très âgées vivant en institution, en 2008/09

	Total	65-79 ans	80+
Problèmes cardiovasculaires	49 %	37 %	52 %
Hypertension	47 %	44 %	48 %
Démence	39 %	30 %	41 %
Dépression	26 %	32 %	24 %
Maladies rhumatismales	24 %	18 %	26 %
Diabète	19 %	22 %	19 %
Ostéoporose	17 %	12 %	18 %
Attaque cérébrale	13 %	17 %	12 %
Malvoyance	12 %	11 %	18 %
Insuffisance rénale	10 %	6 %	11 %
Maladie pulmonaire	10 %	11 %	10 %
Surdité (partielle)	9 %	3 %	17 %
Anémie	7 %	7 %	7 %
Tumeur / cancer	7 %	4 %	8 %
Psychose	7 %	16 %	4 %
Maladie de Parkinson	6 %	7 %	5 %

Données pondérées. Plusieurs diagnostics/maladies sont possibles simultanément.

Source: Office fédéral de la statistique, enquête sur l'état de santé des personnes vivant en institution (ESAI) 2008/09, analyse: OFS, section Santé de la population et Obsan.

dépressifs entraînent plus rapidement une admission en EMS.² Chez les jeunes seniors, les symptômes psychotiques sont également supérieurs à la moyenne, et une admission précoce en EMS peut aussi être due à des problèmes psychiques. Les différentes formes du délire sont également très fréquentes (cf. von Gunten, Mosimann 2010). Une minorité considérable des résidents souffre de maladies

2 Le cas inverse, à savoir qu'une admission en EMS contribue à déclencher des symptômes dépressifs, existe aussi, mais l'admission en EMS ne constitue pas la cause dominante (dans la plupart des cas, les dépressions entraînent une admission en EMS, et non l'inverse).

rhumatismales, de diabète, d'ostéoporose (femmes surtout) et, à un âge avancé, de troubles de la vue et de l'audition. La multitude des troubles et des maladies dont souffrent les résidents très âgés requiert, de la part du personnel soignant, non seulement de bonnes connaissances des soins (y c. des soins palliatifs), mais aussi des connaissances spécialisées dans les maladies gériatriques.

Le désir de rester autonome le plus longtemps possible, le développement des prestations de soins à domicile, les formules de logement protégé avec offre de soins et une espérance de vie plus longue sans incapacité ont contribué, au cours des dernières décennies, à élever l'âge des admissions en EMS. L'entrée en EMS a lieu à un âge de plus en plus tardif. Cette réalité explique pourquoi les EMS tendent à devenir aussi de plus en plus des lieux où l'on meurt. En 1986, seuls 14 % de tous les décès étaient enregistrés en EMS. En 2001, cette part avait progressé à 34 % (cf. Fischer et al. 2004). En 2007, elle atteignait 51 % chez les 75 ans et plus et même 75 % chez les 90 ans et plus. La durée moyenne de séjour en EMS – de l'admission jusqu'au décès – a tendance à diminuer et varie entre deux ans et deux ans et demi en moyenne (4,6 ans en moyenne si l'admission n'est pas précédée d'une hospitalisation et 1,4 an dans le cas contraire; cf. Office fédéral de la statistique 2009b). Les EMS se transforment de plus en plus en institutions pour personnes très âgées et pour personnes en fin de vie, ce qui implique de développer une approche de la mort éthiquement responsable (cf. Wilkening, Kunz 2003).

L'enquête sur l'état de santé des personnes âgées en institution (ESAI) dément l'hypothèse, souvent formulée, selon laquelle les personnes qui séjournent en EMS sont en majorité des personnes très âgées socialement isolées. D'après cette enquête, seuls 2 % des résidents n'ont plus aucun parent. La majorité (55 %) reçoit des visites d'amis ou de parents au moins une fois par semaine (cf. Office fédéral de la statistique 2010c).

Si de nombreux résidents sont très âgés (en fin de vie) et dépendants, ils ne sont en aucun cas isolés socialement. Dans la plupart des cas, le quotidien en EMS est plus favorable que l'image négative que l'on en a. De nos jours, de nombreux efforts sont entrepris pour faire des EMS de véritables lieux de vie. Les soins aux personnes âgées dépendantes sont, dans l'idéal, des soins qui tiennent compte de leur vécu et de leur mode de vie et qui sont spécialement adaptés à leurs besoins et aux capacités dont elles disposent encore. Pour cela, il faut passer de structures de soins qui soulignent la relation de dépendance et qui sont axées sur les déficiences à des structures de soins allant dans le sens d'un accompagnement. Les EMS doivent viser la «normalité», c'est-à-dire qu'ils doivent chercher à respecter les routines quotidiennes et les rythmes de vie de chacun. La réalité des homes médicalisés est aujourd'hui beaucoup plus complexe que celle qui est véhiculée par certains clichés tenaces.

L'évolution du nombre de résidents dépendra d'une part de la mesure dans laquelle les EMS pourront être remplacés par des structures de soins à domicile, par des prestations semi-résidentielles ou par des logements protégés. Il est pos-

sible de développer les structures de soins à domicile notamment dans les cantons de Suisse alémanique, où le pourcentage de résidents en EMS est relativement élevé. Toutefois, les soins à domicile atteignent leurs limites lorsque les personnes très âgées souffrent de plusieurs affections. Dans les cas lourds ou complexes, une prise en charge en institution s'avère plus efficace économiquement que des soins à domicile équivalents, ainsi que le montre une étude réalisée dans le canton du Tessin (cf. Jaccard Ruedin, Marti et al. 2010). L'autre facteur déterminant sera l'effet des mesures de promotion de la santé et des progrès médicaux : parviendront-ils à prévenir la dépendance des personnes âgées ou à allonger l'espérance de vie sans incapacité ? Si les taux de dépendance des personnes âgées restent inchangés, le nombre des résidents des EMS devrait croître plus fortement que si l'espérance de vie sans incapacité augmente (cf. Weaver, Jaccard Ruedin et al. 2008 et Bayer-Oglesby, Höpflinger et al. 2010). Il convient toutefois de relever que les personnes âgées qui sont admises à un âge avancé en EMS sont en général très dépendantes, ce qui signifie que les soins en EMS doivent être encore plus pointus. Les conséquences prévisibles sont au nombre de trois. D'abord, l'âge d'admission en EMS devrait continuer de s'élever, de sorte que les EMS accueilleront de plus en plus souvent des personnes très âgées en fin de vie avec multimorbidité. Ensuite, la part des résidents qui souffrent de démence continuera de croître dans de nombreux EMS, ce qui obligera ceux-ci à relever de nouveaux défis en matière de conditions de soins et de logement. Enfin, le nombre des personnes dépendantes issues de l'immigration augmentera. Pour ces personnes, des offres spécifiques en EMS – avec un personnel soignant qui parle la même langue – peuvent se révéler pertinentes.

6.1

Gros plan : conséquences de la progression des démences sur la prise en charge en institution

Les démences de l'âge avancé – seules ou associées à d'autres maladies – constituent aujourd'hui déjà un problème central de la prise en charge en EMS. L'enquête menée en 2008/2009 sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution a révélé que deux cinquièmes des résidents de 65 ans et plus souffrent d'une démence diagnostiquée et que 6 % ont la maladie de Parkinson (cf. Office fédéral de la statistique 2010c). Dans les centres médicalisés, la part des personnes atteintes de démence peut être beaucoup plus élevée.

Compte tenu de l'évolution démographique, le nombre des personnes âgées atteintes de démence continuera d'augmenter dans les EMS, car les soins à domicile atteignent leurs limites notamment dans les stades avancés des démences. Une prise en charge en institution devient pratiquement inévitable lorsqu'un malade qui a perdu ses capacités cognitives doit être surveillé 24 heures sur 24 ou quand des symptômes secondaires de la démence – peur, agitation, inversion

jour-nuit, hallucinations – se manifestent. La présence simultanée de troubles cognitifs et d'autres problèmes de santé (dépressions, limitations fonctionnelles, etc.) peut aussi nécessiter une admission en EMS.

Cette réalité oblige les EMS à mener des réflexions sur les conditions de soins et de logement qu'ils peuvent offrir aux personnes démentes. Comme le relèvent Welter et Hürlimann, la pratique et l'expérience ont montré que les structures classiques ne sont pas adaptées à ces malades parce qu'elles les sollicitent trop fortement (grandes unités où il est difficile de s'orienter, etc.), parce qu'elles entraînent des situations de stress (couloirs étroits et mal éclairés, impasses, armoires et portes fermées, etc.) ou parce qu'elles peuvent les mettre en danger (risque de chute ou de fugue) (Welter, Hürlimann et al. 2006 : 12). En outre, de nombreux facteurs se modifient au fil de la maladie, ce qui nécessite de disposer de structures de soins et de conditions de logement flexibles.

Un cadre protégé est en général la structure qui convient le mieux aux personnes atteintes de démence. Les groupes de logements médicalisés qui offrent la possibilité de se concentrer sur les activités de la vie courante permettent plus facilement aux malades de mobiliser les compétences qui leur restent et d'exprimer leurs émotions. Ils facilitent aussi l'intégration des proches dans la prise en charge. Selon des études comparatives, les stations médicalisées décentralisées et les groupes d'habitation à taille humaine se sont révélés être les structures de logement les plus appropriées (cf. Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2006). Durant les dernières décennies, des structures de prise en charge et de logement adaptées à la démence se sont ainsi développées dans toute l'Europe. Elles assurent une prise en charge professionnelle permanente des malades et leur permettent de vivre en communauté en recréant un univers de vie familial qui apporte aux malades un sentiment de sécurité, de proximité et d'intimité (cf. Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2006 : 39).

La question de savoir si les personnes atteintes de démence doivent être soignées dans des établissements spécialisés ou dans des structures mixtes en compagnie de personnes qui ne souffrent pas de démence est controversée. Les partisans d'une prise en charge séparée affirment que les résidents déments ont des besoins psychosociaux particuliers qui nécessitent une prise en charge spécifique, séparée des autres résidents (cf. Weyerer, Schäufele, Hendlmeier 2005 : 87). Pour éviter une ségrégation, des conditions de logement et de soins en partie intégrées sont aujourd'hui mises en place. Dans les EMS qui se sont dotés de telles structures, les personnes démentes vivent avec d'autres personnes dépendantes, mais sont prises en charge à certaines heures de la journée dans des groupes ad hoc.

Les structures destinées aux personnes démentes doivent associer le logement et les soins de manière encore plus optimale que les structures destinées aux personnes qui souffrent de limitations fonctionnelles. Chez les personnes atteintes de démence, beaucoup de troubles du comportement et de désordres émotifs sont en effet exacerbés si les conditions de logement ne sont pas adaptées

à la maladie. Les personnes âgées qui souffrent de démence perdent peu à peu le contrôle de leurs actes et leur capacité à s'adapter à leur environnement (cf. Welter, Hürlimann et al. 2006 : 37). Les critères qualitatifs essentiels à prendre en compte dans l'aménagement des structures de soins et de logement sont la sécurité, la capacité à s'orienter, la sphère privée, l'autonomie et la sociabilisation (cf. Becker, Kruse et al. 2005). Selon ce dernier critère, qui est de plus en plus pris en compte, le logement doit être aménagé de façon à procurer un sentiment de confort, à encourager l'accomplissement des tâches de la vie courante (se préparer, faire la cuisine, nettoyer, etc.) et à intégrer le vécu des résidents. Comme l'écrivent les auteurs d'une étude consacrée à ce sujet, les éléments centraux d'une structure de soins sociabilisante sont les éléments communautaires et l'utilisation commune des locaux. Ils doivent contribuer à stabiliser le comportement en société, à encourager la vie en société et à favoriser le sentiment de sécurité (Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2006 : 103).

D'une manière générale, les logements adaptés à la démence doivent être construits et aménagés selon les mêmes règles que celles qui s'appliquent aux logements accessibles (absence de seuil, salle de bain accessible en fauteuil roulant, etc.). Les symptômes et les conséquences des troubles cognitifs doivent cependant encore être mieux pris en compte (cf. Held, Ermini-Fünfschilling 2006; Welter, Hürlimann et al. 2006). La capacité à s'orienter dans l'espace sera facilitée par des secteurs clairs et aménagés de manière conviviale. La diminution des capacités cognitives sera compensée par exemple par l'emploi de couleurs délimitant les différents secteurs. Il semble aussi que les grands espaces ouverts librement accessibles (corridors, séjours), où il se passe quelque chose et où il y a quelque chose à voir, et la possibilité de choisir entre différents lieux de séjour incitent davantage les personnes démentes à bouger que les espaces fermés ou les recoins. Des cuisines d'où s'échappent de bonnes odeurs et qui sont équipées d'ustensiles visibles peuvent combattre la passivité, tout comme un quotidien clairement structuré. Des systèmes de sécurité – tel le système Quo Vadis II (cf. www.fst.ch) développé par la Fondation suisse pour les téléthèses – préviennent les disparitions. De vastes espaces où il est possible de bouger sont également importants, car les sens et le mouvement sont étroitement liés. Le besoin de déambuler et de tâter ce qui se trouve à sa portée est souvent une tentative pour rester en contact avec soi-même et son environnement. Le mouvement encourage la réflexion et diminue les tensions. Inversement, un espace étroit suscite la peur et l'agressivité. De longs circuits à l'intérieur des établissements, mais aussi des jardins spécialement aménagés (sans plantes toxiques) où se promener sont d'une grande aide. De tels espaces deviendront de plus en plus importants, car la part des personnes âgées atteintes de démence sans limitations fonctionnelles sévères augmentera. Si les troubles cognitifs entraînent souvent la perte de l'identité, la mémoire affective ou implicite fonctionne pendant encore longtemps. Par conséquent, un environnement familial peut favoriser un sentiment d'intimité. Le fait d'apporter des éléments de son mobilier et, donc, une partie de son vécu, peut

aider le malade. Des objets du passé ou le même mobilier qu'à la maison peuvent avoir un effet rassurant. Comme le comportement et la sensibilité des personnes démentes évoluent au fil de la maladie, il est indispensable de disposer de structures flexibles pour pouvoir adapter rapidement les soins et les conditions de logement.

7 Les soins aux personnes âgées : en Suisse et dans les autres pays européens

Tout en étant communs à beaucoup de pays, les phénomènes d'évolution démographique, de vieillissement de la population et de développement des structures de soins présentent des spécificités nationales, qui s'expliquent en partie par des disparités dans les systèmes de protection sociale. Nous allons étudier ci-après les caractéristiques des soins aux personnes âgées en Suisse, en comparaison avec d'autres pays européens.

Pays prospère, la Suisse fait partie des pays d'Europe dont la population jouit d'une longue espérance de vie totale et d'une espérance de vie sans incapacité, à l'âge de la retraite, elle aussi étendue. Les données recueillies dans le cadre l'Enquête Sociale Européenne 2008/09 auprès de 26 pays européens montrent qu'en Suisse, l'état de santé subjectif de la population âgée (65 ans et plus) vivant à domicile est l'un des meilleurs d'Europe. Elles mettent également en évidence des valeurs très élevées pour ce qui est de la satisfaction générale face à la vie et du sentiment de bonheur individuel. Les répondants âgés donnent une évaluation de leur état de santé subjectif qui est aussi bonne que celle de leurs homologues des pays scandinaves ou des Pays-Bas. Ils l'évaluent un peu mieux que les Allemands ou les Français et bien mieux que les habitants des pays d'Europe du Sud et d'Europe de l'Est. S'agissant de la satisfaction générale et du bonheur, les Suisses se classent en deuxième position derrière les Danois. D'après les données SHARE, la Suisse fait aussi partie des pays européens qui comptent une part relativement faible de personnes de 50 ans et plus souffrant de limitations fonctionnelles : un peu plus de 6 % seulement des personnes interrogées de 50 ans et plus souffrent de déficiences physiques en Suisse et aux Pays-Bas, contre plus de 10 % en France et en Italie. La valeur la plus élevée est enregistrée en Espagne (13 % ; cf. Haberken 2009 : 89).

En relation avec les soins aux personnes âgées, on note que la Suisse, comparée aux autres pays européens, se caractérise par une part relativement élevée de personnes âgées en institution et, inversement, une part relativement faible de personnes soignées à domicile. Au cours de la période 2004/07, la Suisse comptait

6,6% de personnes de 65 ans et plus soignées en institution, prenant ainsi la deuxième place du classement derrière l'Islande (9,3%), mais devant les Pays-Bas (6,5%) et la Suède (6,0%). Dans les pays voisins de la Suisse, la part des personnes âgées en institution est sensiblement moins élevée (Allemagne : 3,8%, France : 3,1%, Italie : 2,0% et Autriche 3,3% ; cf. Huber, Rodrigues et al. 2009 : 72). En Suisse, l'offre de soins en institution est bien développée et contribue à ce que 80% des dépenses publiques en faveur des soins de longue durée financent les prestations de soins institutionnels (cf. Huber, Rodrigues et al. 2009 : 98). Cette répartition des coûts est encore renforcée par le fait que la prise en charge institutionnelle se concentre en Suisse sur le groupe des personnes de 80 ans et plus, atteintes de multimorbidité et nécessitant des soins en conséquence. La forte orientation sur la prise en charge de la population très âgée signifie aussi que la proportion de personnes qui finissent leurs vieux jours dans un EMS est plus élevée en Suisse que dans beaucoup d'autres pays européens (cf. Höpflinger 2007).

La Suisse fait aussi partie des pays où domine nettement le financement privé des soins. « Factoring private spending can change the overall picture of expenditure on long-term care. Nowhere else is this truer than in Switzerland, whose reliance on private expenditure is the highest, both in percentage of GDP and the share of total (public plus private) expenditure. Considering private expenditure, Switzerland devotes as many resources to long-term care as Norway or Iceland, the difference being the public-private mix of these resources. Whilst Switzerland is the most extreme case, private households also contribute heavily to finance long-term care in the United States, notably through users's fees. » (Huber, Rodrigues et al. 2009 : 117). A la différence d'autres pays européens, la Suisse n'accorde pas de soutien direct aux prestations de soins familiales, par le biais par exemple d'une assurance de soins longue durée ou d'allocations de dépendance. Le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche, la Suède et l'Italie, en revanche, connaissent de tels systèmes d'allocations publiques en faveur des soins de longue durée. En Angleterre et en Finlande, les soignants familiaux touchent une petite aide financière de l'Etat. Dans les pays du Sud de l'Europe, la prise en charge familiale – la loi impose même certaines obligations aux proches – est prioritaire (cf. Haberkern, Szydlík 2008).

La politique sociale et la politique de santé publique ne déterminent pas seulement le rapport entre les soins de longue durée à domicile et les soins en institution. Elles conditionnent également la fréquence et l'intensité de l'aide et des soins intergénérationnels. Ces relations entre l'aide et les soins familiaux d'une part et les régimes de protection sociale d'autre part ont été clairement mises en évidence pour la première fois dans le cadre de l'étude SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europa).

a) Aide intergénérationnelle aux parents âgés

Dans l'ensemble de l'Europe, un quart des relations parents-enfants (personnes interrogées de 50 ans et plus) sont des relations d'aide. Cette aide porte en premier lieu sur les travaux ménagers, les réparations et le jardinage. Elle concerne ensuite des activités au sein du ménage et les démarches avec les autorités et les services de l'administration. La fréquence de ces relations d'aide dans les dyades enfants-parents passe de 13 % en Espagne à 37 % au Danemark. La Suisse se situe à mi-chemin avec 22 % (cf. Brandt 2009 : 70–71). Si l'on considère l'intensité de l'aide (nombre d'heures fournies), la situation s'inverse : l'aide intergénérationnelle représente le plus grand nombre d'heures dans les pays méditerranéens. Son intensité est nettement plus faible dans les pays scandinaves. Cette comparaison entre les pays européens met donc en évidence des différences significatives entre le Nord et le Sud, la fréquence de l'aide aux parents âgés diminuant du Nord (fréquente) au Sud (rare), tandis que son intensité s'amoindrit du Sud (élevée) au Nord (faible). En Europe du Nord, les enfants aident plus souvent leurs parents âgés mais y consacrent moins de temps; dans les pays du Sud, par contre, leur aide est moins fréquente, mais plus intensive. La Suisse constitue en quelque sorte un cas à part sur ce plan : tout en étant située à mi-chemin entre le Nord et le Sud, elle se caractérise par l'aide la moins intensive, les enfants y consacrant en moyenne 2 heures par semaine contre, par exemple, 8,7 heures en Italie. Autrement dit, en Suisse, les enfants aident relativement souvent leurs parents âgés, mais y consacrent moins de temps. En Italie, en revanche, l'aide intergénérationnelle est moins fréquente, mais si elle est fournie, c'est souvent de manière très intensive (cf. Brandt 2009 : 71–72).

Martina Brandt (2009 : 75 ss) confirme dans son analyse multivariée des données SHARE 2004 que le volume des dépenses sociales (en pour cent du produit intérieur brut) exerce une influence positive sur la fréquence de l'aide intergénérationnelle, mais pas sur son intensité : dans les pays européens qui ont des budgets sociaux plus élevés, les enfants de la génération intermédiaire sont plus nombreux à aider leurs parents âgés. Cette constatation est faite avant et après contrôle statistique des variables structurelles familiales. La corrélation est encore plus marquée entre, d'une part, l'offre de soins ou la part d'emplois dans les services sociaux et sanitaires et, d'autre part, l'aide intergénérationnelle aux parents âgés. L'aide intergénérationnelle est nettement plus fréquente dans les pays où les services professionnels sont bien développés. La corrélation est inverse pour l'intensité de l'aide intergénérationnelle : plus l'Etat intervient, moins cette intensité est élevée.

Ces corrélations ne signifient pas que l'offre professionnelle supprime l'aide informelle de la famille. Elles traduisent plutôt une tendance à la spécialisation entre la famille, l'Etat et l'économie privée : en présence d'une offre complète de services professionnels, la famille se spécialise sur des aides ponctuelles, à court terme et moins exigeantes en temps. La famille aide plus souvent, mais y consacre moins de temps.

b) Soins intergénérationnels aux parents âgés

On retrouve d'un pays européen à l'autre la même hiérarchie des aidants potentiels pour les soins (cf. Haberkern 2009 : 99 ss) : le ou la partenaire ainsi que les filles/fils arrivent clairement en tête, suivis d'autres membres de la parenté, d'amis et de connaissances. Il existe une corrélation négative entre les soins corporels donnés par le ou la partenaire et ceux donnés par les enfants adultes; même dans les familles nombreuses, les soins réguliers ne sont donnés le plus souvent que par un seul et même enfant. Les filles soignent leurs parents âgés quel que soit le nombre de frères et de sœurs qu'elles ont. Il est par contre nettement plus rare que les fils s'acquittent de telles tâches s'ils ont des sœurs. C'est seulement si les besoins augmentent que les soins quotidiens sont davantage répartis entre plusieurs enfants.

La comparaison entre l'Europe du Nord et l'Europe du Sud révèle là aussi des différences. Le rôle de la famille et des amis dans les soins apportés aux personnes âgées diminue à mesure que l'on va vers le Nord. Les soins intergénérationnels informels sont davantage développés dans les pays méridionaux traditionnellement orientés sur la famille. Inversement, dans les pays nordiques, les services professionnels ont plus d'importance dans l'organisation des soins aux personnes âgées. L'analyse détaillée de Klaus Haberkern (2009 : 120ss) confirme l'influence des régimes de protection sociale qui contribuent à une substitution des soins professionnels aux soins familiaux. On observe une corrélation négative entre les deux types de soins : les proches interviennent d'autant plus rarement que les soins professionnels sont bien développés. Dans les pays dotés d'une large offre de soins à domicile, les personnes âgées soignées par leurs proches ou des connaissances sont nettement moins nombreuses ($r = -0.83$). L'obligation que la loi impose aux enfants de soutenir leurs parents nécessiteux a de toute évidence une incidence non négligeable : dans les pays concernés, la part des personnes soignées par leurs enfants est cinq fois plus élevée. En Suède, au Danemark, aux Pays-Bas et en Suisse, les soins sont principalement donnés à domicile par des professionnels. En Belgique, en France et un peu plus rarement en Allemagne et en Autriche, les proches et les connaissances comme les services professionnels jouent un rôle important. Dans les pays du Sud, les personnes âgées vivant à domicile sont en revanche soignées essentiellement par des membres de leur entourage. (Haberkern, Szydlík 2008 : 91). Dans les pays scandinaves, aux Pays-Bas et en Suisse, moins de 2 % des personnes de 65 ans et plus reçoivent des soins de leurs enfants. Dans les pays du Sud de l'Europe, cette proportion atteint 5 à 10 %.

La prise en charge des personnes âgées en Suisse se différencie aussi de celle des pays voisins (Allemagne, France, Autriche et Italie) en ce sens où les soins familiaux y sont moins répandus et l'offre de soins en institution et à domicile bien développée. La réalité des faits montre qu'en matière de soins, la Suisse présente plus de points communs avec les pays de l'Europe du Nord, alors qu'elle est très proche, culturellement parlant, des modèles de soins fondés sur l'entraide

familiale. La Suisse fait ainsi figure de cas à part, les soins aux parents y étant plus rarement donnés par les enfants que dans les pays voisins. En même temps, la préférence en Suisse va aussi peu aux soins publics qu'en Allemagne ou en Italie, pays où nettement plus d'enfants s'occupent de leurs parents âgés. Il y a donc un décalage particulièrement net en Suisse entre l'idéologie de la famille et la réalité des soins.

Si l'on récapitule les corrélations mises en évidence dans les pays européens entre solidarité collective et solidarité intergénérationnelle (au niveau de l'aide et des soins), on obtient le schéma suivant : un Etat providence développé – c'est-à-dire qui offre une couverture sociale aux personnes âgées et aux jeunes familles – contribue, d'un côté, à accroître l'aide intergénérationnelle – des jeunes aux personnes âgées et inversement – et, de l'autre, à réduire les soins intergénérationnels, lesquels sont davantage fournis par des services professionnels. Autrement dit, les tâches intensives – telles que les soins – sont déléguées à des institutions publiques, tandis que les prestations d'aide intergénérationnelle, moins exigeantes en temps, s'intensifient. Un développement de l'Etat social n'affaiblit par conséquent pas la solidarité intergénérationnelle. Il renforce en revanche la spécialisation des relations d'échange entre générations (soins fournis par les professionnels et aide apportée par les proches). Il convient encore de remarquer que la professionnalisation des soins intimes et des soins exigeants en temps a pour effet d'améliorer la qualité des relations entre les parents âgés et leurs enfants adultes, en libérant ces derniers de tâches lourdes et délicates et en rendant les parents moins dépendants de leurs filles et de leurs fils.

8 Evolutions futures des soins aux personnes âgées – Tendances sur le plan qualitatif

Ce chapitre étudie les facteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires qui pourraient influencer les besoins d'aide et de soins de la population âgée et la structure de l'offre dans ce domaine au cours des prochaines décennies. Plutôt que de faire des prévisions chiffrées, il s'agit d'identifier les tendances que l'on peut qualifier de probables.

Les besoins de soins de la population âgée et les formes de prise en charge sont déterminés par les groupes de facteurs suivants, en plus de l'évolution démographique (augmentation du nombre des personnes âgées et très âgées) :

- a) l'évolution épidémiologique
- b) les transformations sociales et les changements dans le domaine du logement
- c) les changements de la démographie familiale et des structures familiales
- d) les conditions économiques et financières
- e) les développements dans les domaines médico-sociaux et technico-sociaux.

Pour chacune de ces dimensions, il est en outre possible d'étudier si les changements en question :

- a) accroissent ou, au contraire, réduisent les besoins d'aide et de soins. Les besoins de soins diminuent si, par exemple, un plus grand nombre d'individus vivent plus longtemps en bonne santé, et certaines aides deviennent moins nécessaires si l'on construit des logements accessibles aux personnes handicapées et faciles d'entretien.
- b) contribuent réellement à un transfert des soins en institution aux soins à domicile. Cette évolution peut être favorisée, par exemple, par le développement de logements protégés, mais aussi par l'encouragement de l'aide informelle, qu'elle soit fournie par les voisins ou par des bénévoles. Les progrès médicaux peuvent aussi permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps chez elles.

c) entraînent une substitution des soins professionnels aux soins informels, par exemple parce que les proches délèguent davantage ces tâches à des professionnels. Inversement, des soucis d'argent peuvent contribuer à différer le recours aux professionnels.

Il est difficile de se faire une idée claire des évolutions à venir, pour deux raisons souvent négligées dans ce genre de prévisions. Premièrement, plusieurs de ces facteurs interagissent ensemble. Si le taux de logements en propriété, par exemple, est plus élevé, il se peut que les personnes âgées aient recours plus longtemps à des soins à domicile, mais qu'à la fin de leur vie, elles soient néanmoins obligées d'aller en institution, faute de moyens pour adapter leur logement à leur état de grande dépendance. Deuxièmement, une forte individualisation de la société ainsi qu'une grande hétérogénéité des modes de vie conjugués à des processus de vieillissement induisent des tendances opposées. Il est, par exemple, toute à fait imaginable de voir naître, dans le cas de certains groupes de personnes âgées, de nouvelles formes de prise en charge partagée entre les proches et les services d'aide et de soins à domicile, tandis que d'autres groupes continueront de privilégier des relations de soins informelles, de type traditionnel entre partenaires. Cette hétérogénéité des situations des personnes âgées et de leur état accroît la nécessité de prévoir des solutions ciblées pour des groupes sociaux spécifiques.

Nous commentons ci-après quelques-unes des tendances susceptibles de se manifester au cours des vingt à trente prochaines années (l'hypothèse étant que beaucoup de choses restent égales par ailleurs dans de nombreux domaines).

a) Evolution épidémiologique

Comme le montrent les modèles mathématiques, une hausse de l'espérance de vie sans incapacité réduit de manière significative l'effet démographique d'une longévité accrue sur les besoins de soins de longue durée (cf. Weaver, Jaccard Ruedin et al. 2008).

Or, il est possible de renforcer la promotion de la santé chez les personnes âgées. Parallèlement, il se peut qu'en raison d'effets de cohorte – niveau de formation plus élevé des futures générations de retraités, par exemple – les personnes âgées soient plus nombreuses à nécessiter des soins plus tard. Ces tendances peuvent freiner la hausse, pour des raisons démographiques, de la demande de soins – et notamment de places en institutions – sans pour autant l'enrayer. En d'autres termes, même en cas d'évolution favorable de la santé à un âge avancé (nette compression des cas graves de dépendance), une progression des besoins de soins au cours des prochaines décennies est prévisible, pour la simple et bonne raison qu'un plus grand nombre de femmes et d'hommes atteignant un âge très élevé, les risques de dépendance pour raison de démence augmenteront rapidement.

D'après les données actuelles à disposition, beaucoup de personnes âgées et très âgées vivant à domicile s'estiment subjectivement en bonne santé. En même

temps, un grand nombre d'entre elles déclarent souffrir de troubles somatiques. D'où ce scénario qui pourrait être réaliste à l'avenir : une compression relative et même absolue de la morbidité sévère n'exclura pas une extension relative, voire absolue de la morbidité légère. En d'autres termes, un plus grand nombre de personnes âgées et très âgées vivront plus longtemps sans incapacité et auront besoin de soins quotidiens à un âge plus avancé, mais cela ne signifie pas pour autant qu'elles bénéficieront d'une extension de l'espérance de vie sans douleurs somatiques. Une extension du nombre d'années de vie sans incapacité, mais pas sans troubles somatiques aurait pour conséquence d'accroître fortement les besoins de soins à domicile professionnels, en particulier de soins médico-sociaux. Pour les EMS, cette évolution signifierait que la tendance à l'élévation de l'âge d'entrée s'accentuerait et qu'en même temps, un plus grand nombre de personnes âgées souffrant de multimorbidité auraient besoin vers la fin de leur vie de soins en institution ou, du moins, semi-résidentiels (la hausse du nombre de places de soins serait freinée, mais l'intensité de ces soins se renforcerait).

On peut par ailleurs s'imaginer, du moins dans une perspective à moyen terme, qu'un plus grand nombre de personnes souffrant de démence pourront être soignées plus longtemps à domicile. En effet, grâce à un meilleur niveau de formation ou à la prise de médicaments qui ralentissent l'évolution de la maladie, les personnes atteintes de troubles cognitifs seront plus nombreuses à vivre plus longtemps avec des symptômes légers à moyennement sévères de démence et à être gravement atteintes seulement plus tard. Si la phase de symptômes légers à moyennement sévères s'allonge par rapport à celle de symptômes sévères, il sera possible de soigner plus longtemps à domicile les personnes souffrant de démence. Mais en même temps, la prise en charge des personnes âgées peu à moyennement atteintes (présentant de brusques changements d'humeur et de comportement) sera plus exigeante. De manière générale, on peut partir de l'hypothèse que les services de soins à domicile auront encore davantage à traiter à l'avenir des cas de démence (sous ses multiples formes).

Les modifications des cohortes (nouvelles générations qui vieillissent) conjuguées à l'évolution épidémiologique, laquelle contribue à ce que les personnes handicapées ou souffrant d'addiction survivent plus longtemps, auront des répercussions sur les services de soins à domicile : ceux-ci devront gérer des situations où les limitations et les déficiences dues au vieillissement s'ajouteront, chez les personnes très âgées, aux limitations fonctionnelles dues à des handicaps ou à des addictions et les aggraveront. Chez les personnes atteintes de handicaps psychiques, des limitations dues à l'âge peuvent interagir de façon complexe avec des incapacités déjà existantes. La prise en charge de personnes handicapées, de malades psychiques ou de personnes souffrant d'addiction qui vieillissent impliquera dès lors des exigences accrues.

Dans l'ensemble, l'évolution épidémiologique devrait par conséquent s'accompagner d'exigences plus élevées pour les soins à domicile, formels et informels. La combinaison, en particulier, de deux phénomènes peut déclencher une augmen-

tation brutale de la demande de soins et de services médico-sociaux exigeants : le fort vieillissement démographique (dû à l'allongement de la durée de vie), d'une part, et l'écart croissant entre le nombre d'années sans incapacité et le nombre d'années sans déficience chez les personnes âgées, d'autre part.

b) Changements dans le domaine du logement

La répartition entre soins à domicile et soins stationnaires, chez les personnes âgées, ne dépend pas seulement de facteurs liés à la santé. Les facteurs en relation avec le logement, notamment, jouent un rôle essentiel quand il s'agit de décider si, en présence de limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes, le maintien à domicile est possible ou si un transfert dans un EMS doit être envisagé. On retiendra ainsi les facteurs suivants :

- Les personnes propriétaires de leur logement restent plus longtemps chez elles, notamment parce qu'elles sont plus libres d'aménager leur logement en fonction de leurs besoins lorsqu'elles vieillissent. En outre, du fait qu'elles jouissent en général d'une bonne qualité de logement, elles sont rarement motivées à déménager dans un EMS. Les propriétaires sont, pour la plupart, plus aisés et ont donc plus souvent les moyens de recourir à des services d'aide et de soins privés. Du fait qu'ils disposent d'une fortune imposable plus élevée, ils doivent par contre financer eux-mêmes une plus grande part des soins (ils n'ont pas droit aux prestations complémentaires à l'AVS). Déménager dans un EMS implique souvent, dans leur cas, la vente de la maison ou de l'appartement (ce qui n'est pas fait pour les inciter à quitter leur domicile pour entrer dans un établissement).
- Des logements accessibles en fauteuil roulant, notamment grâce à l'ascenseur, et de nouvelles formes de « smart-homes » ou d'habitat intelligent permettent de prolonger le maintien à domicile même en cas de limitations fonctionnelles sévères. Plus il existe des logements adaptés, plus les soins à domicile supplantent les soins stationnaires. Les formes de logement avec service et le développement des logements protégés contribuent également à un recours accru aux soins à domicile en lieu et place des soins stationnaires. Les logements protégés font en outre disparaître la séparation classique entre soins à domicile et soins stationnaires, notamment lorsqu'ils sont situés à proximité d'un établissement de soins (cette proximité facilitant le transfert à titre provisoire dans un tel établissement).

Mais il existe aussi des facteurs qui favorisent le déménagement dans un EMS ou une résidence pour personnes âgées. Parmi ces facteurs répulsifs (*push factors*), citons la perte de contacts avec le voisinage par suite de l'arrivée de nouveaux habitants dans le quartier. La probabilité d'un déménagement dans un EMS augmente si les personnes concernées ne se sentent plus chez elles ni en sécurité dans leur quartier, en raison de changements qui interviennent dans celui-ci. L'appau-

vrissement de l'infrastructure de proximité (disparition des petits magasins de quartier, des bureaux de poste, etc.) peut inciter des personnes âgées à chercher un type de logement ou d'hébergement protégé. Les conditions climatiques dans certains cantons (avec beaucoup de neige en hiver) sont une autre raison qui conduit les habitants âgés à quitter leur domicile (la proportion de personnes âgées vivant en EMS est relativement élevée dans les régions de montagne).

Dans les régions urbaines en plein essor, il peut se produire une certaine forme d'exclusion sociale des locataires âgés : la destruction de logements à loyer modéré (et leur remplacement par des logements onéreux à acheter) ou de longs travaux de transformation et de rénovation d'immeubles appartenant à des coopératives d'habitation peuvent les contraindre à entrer dans une institution pour personnes âgées.

Les facteurs répulsifs liés au logement sont variables. Pour simplifier, on peut distinguer, de nos jours, deux types de facteurs très différents selon la région où l'on se trouve. Dans les régions périphériques et rurales de montagne, les conditions naturelles et climatiques (chemins d'accès raides et très enneigés l'hiver) de même que l'appauvrissement de l'infrastructure locale (disparition des petits magasins de village, des bureaux de poste, etc.) peuvent pousser les habitants âgés à déménager dans un EMS. Dans les régions urbaines dynamiques, ce sont plutôt les transformations rapides du voisinage, un sentiment d'insécurité et la destruction de logements bon marché qui risquent de favoriser l'entrée dans un établissement pour personnes âgées.

Comme on vient de le voir, le rapport soins à domicile et soins en institution chez les personnes âgées est donc influencé par des facteurs liés aux conditions régionales de logement (taux de logements en propriété, part de logements accessibles en fauteuil roulant, changement d'affectation de logements, transformations du voisinage). Il convient par conséquent d'en tenir compte dans les prévisions à l'échelle régionale des besoins d'offre en institution et de services à domicile.

c) Changements de la démographie familiale et des structures familiales et nouvelles tendances en matière de soutien informel et professionnel

Les analyses réalisées à ce jour montrent qu'il est exagéré de craindre une baisse du potentiel de soutien familial. La part de personnes âgées vivant en couple est plutôt en augmentation ; quant à celle de personnes âgées sans descendants, elle ne progresse que lentement. Certains processus peuvent toutefois contribuer à un accroissement des besoins de soins professionnels. Mentionnons, entre autres, l'augmentation du nombre de couples très âgés où les deux membres ont besoin d'aide et de soins. Par ailleurs, en raison de la fécondité plus faible, l'aide intergénérationnelle se répartit entre moins d'enfants et du fait que l'activité professionnelle des femmes est plus répandue qu'autrefois, un plus grand nombre de filles ont à concilier non seulement leur travail et leur propre famille, mais aussi le

soutien à leurs parents. D'un autre côté, le nombre d'enfants qui ont à s'occuper d'un de leurs parents une fois retraités est aussi en hausse. Les cas de prise en charge par des enfants déjà à la retraite de leurs parents, en particulier de leurs mères très âgées, devraient ainsi devenir plus fréquents.

Les changements socio-familiaux devraient cependant avoir un plus grand impact que ces tendances dans le domaine de la démographie familiale. Il est probable, par exemple, que les relations dyadiques étroites entre donneur et bénéficiaire de soins soient de plus en plus remplacées par des modèles de partage des tâches (entre la ou le partenaire et les services d'aide et de soins à domicile). Les nouvelles générations de filles délégueront aussi davantage une partie des soins (en cofinçant le recours à des soignants privés). Les coûts d'opportunité des soins informels sont surtout un sujet de discussion pour les enfants qui gagnent bien leur vie. En même temps, les nouvelles générations ressentent moins l'obligation morale de s'occuper de leurs parents âgés. Ces deux tendances pourraient contribuer à un recours accru à des professionnels (services d'aides et de soins à domicile, services privés). Il est en revanche plus improbable – contrairement à ce que l'on pensait – que les petits-enfants adultes s'occupent davantage de leurs grands-parents âgés.

Avec l'apparition de nouveaux modèles de responsabilité intergénérationnelle, la tendance déjà observée qui consiste à distinguer les aides (domestiques) et les soins (professionnels) va se généraliser. Les nouvelles générations d'enfants – de filles et, de plus en plus, de fils – vont accroître leur aide informelle, que celle-ci soit directe ou indirecte par le biais d'un cofinancement de services rémunérés (abonnement ménage, aide ménagère payée, services de courses livrées à domicile et services de transport). Les services professionnels se concentreront davantage sur les soins proprement dits, des soins intimes (soins corporels de base) aux prestations médicales (traitements).

d) Conditions économiques et financières et prestations de soins

Les facteurs économiques et les conditions-cadres financières régies par l'Etat exercent une influence notable sur le type de soins (en institution, à domicile), mais aussi sur la nature des soins informels (à l'exception des soins entre partenaires). Plus les personnes âgées sont aisées, plus elles disposent d'une marge de manœuvre pour financer des prestations d'aide et de soins privées. Elles bénéficient en outre souvent, même si ce n'est pas toujours le cas, d'une plus longue espérance de vie sans incapacité. Inversement, plus les personnes âgées sont pauvres, plus elles ont besoin de soins tôt. Il arrive même que la pauvreté contribue à une mort prématurée (avant que des soins de longue durée soient nécessaires). Les personnes âgées nécessiteuses sont proportionnellement plus nombreuses à aller en EMS et elles y vont plus tôt. Des réductions sensibles de rente pourraient par conséquent inverser la tendance, la prise en charge en institution regagnant du terrain parce que le manque de ressources rend le maintien à domicile plus difficiles.

Actuellement, les inégalités socio-économiques tendent à s'aggraver dans la population âgée, faisant coexister un nombre croissant de personnes aisées à riches et un nombre non négligeable de personnes aux bas revenus, voire sans ressources. Elles accentuent l'hétérogénéité des processus sociaux et biologiques du vieillissement, mais contribuent aussi à faire naître un système de soins à deux vitesses : d'un côté, les soins privés – fournis par des prestataires privés et des résidences pour seniors – pour les personnes aisées ; de l'autre, les soins subventionnés par les pouvoirs publics pour les personnes moins favorisées. Cette situation peut s'aggraver si l'offre de prestations publiques est réduite pour des raisons de politique sociale. Il se peut aussi que les «soins au noir» deviennent plus fréquents, avec par exemple le développement de rapports de travail illégaux ou non déclarés (engagement de personnel soignant des pays d'Europe de l'Est, soins quotidiens rémunérés sur une base informelle, etc.). Quoi qu'il en soit, on peut s'attendre à un renforcement de la concurrence et à un pluralisme des intervenants dans le domaine des soins à domicile professionnels également (*welfare mix*).

Un autre point est encore incertain : quelles vont être les conséquences de la future pénurie de personnel soignant (cf. Jaccard Ruedin, Weaver 2009) ? On peut s'imaginer que cette pénurie entraînera une hausse des salaires, ce qui pourrait accroître les coûts des soins de longue durée. Mais on peut aussi prévoir que la concurrence entre professionnels va se renforcer et que les prestataires privés spécialisés dans la prise en charge d'une clientèle aisée, vont créer des emplois intéressants tandis que les services publics devront subir une perte sensible de la qualité des soins en raison du plafonnement des salaires. Si cela devait être le cas, la tendance aux soins à deux vitesses pourrait s'accroître (prestataires privés qualifiés, système public à bout de souffle). A noter encore, dans ce contexte, que la mondialisation pourrait contribuer à une délocalisation d'une partie des soins aux personnes âgées dans des pays à faibles coûts salariaux.

Enfin, on pourrait imaginer, -même si cela est contesté du point de vue social- d'avoir davantage recours aux recrues (engagement dans les services de soins aux personnes âgées au lieu du service militaire), comme c'est déjà depuis longtemps le cas en Allemagne. mais aussi en Suisse avec le service civil. L'introduction d'une obligation de servir pour tous, y compris pour les femmes, serait une autre possibilité. On pourrait également envisager d'engager des bénévoles, par exemple dans le cadre de programmes «chèques-temps » (cf. Oesch, Künzi 2008) et il serait aussi théoriquement possible de lier le relèvement de l'âge de la retraite à des prestations de soins, du style : quiconque ne voudrait ou ne pourrait pas travailler jusqu'à 67 ans pourrait ou devrait, en compensation, fournir une aide pendant deux ans (de 65 à 67 ans) aux personnes âgées, qui soit adaptée à ses capacités et à son état de santé.

e) Développements dans les domaines médico-sociaux et technico-sociaux

Les progrès médicaux, tels le développement de la télémédecine, tout comme les progrès technico-sociaux qui permettent, par exemple, le recours à des biocapteurs ou à de la robotique¹, peuvent faciliter le transfert des soins du milieu hospitalier aux soins à domicile. Une telle évolution est de nature à renforcer le rôle des médecins de famille et des spécialistes exerçant à leur cabinet vis-à-vis des médecins d'hôpitaux, mais elle peut aussi contribuer à revaloriser la mission médicale des services d'aide et de soins à domicile. La télémédecine et les biocapteurs autoréglables auront en tout cas pour effet d'intensifier le réseau numérique reliant le patient, le médecin et les services d'aide et de soins à domicile. On peut imaginer qu'un jour, des personnes âgées, cardiaques et diabétiques, vivant à domicile soient informées via des biocapteurs du fonctionnement de leur stimulateur cardiaque et d'une éventuelle hypoglycémie (et, en cas de danger, qu'un message soit envoyé aux services d'aide et de soins à domicile ou au médecin de famille).

L'idéal, dans ce contexte, serait que les services d'aide et de soins à domicile et les organismes chargés de la promotion de la santé coopèrent davantage. L'allongement de l'espérance de vie en bonne santé peut en effet atténuer l'effet de l'évolution démographique sur les coûts des soins et de santé. Des projets pilotes menés dans ce sens montrent que, s'ils sont bien formés, les professionnels de santé peuvent largement contribuer à réduire la dépendance des personnes âgées. Dans un proche avenir, ils auront probablement moins à faire de la prévention primaire (promotion d'un mode de vie favorable à la santé) que de la prévention secondaire (empêcher que des limitations fonctionnelles ou des maladies existantes aient des répercussions négatives).

Quoi qu'il en soit, les nouveaux développements médicaux et techniques (numérisation, virtualisation, miniaturisation et systèmes de contrôle automatisés) vont avoir un plus grand impact sur les soins à domicile que les progrès médicaux antérieurs. Avec cette numérisation accrue des relations, il faut s'attendre à ce que les compétences respectives des patients, des soignants familiaux, des services d'aide et de soins à domicile et des médecins doivent sans cesse être redéfinies et négociées. Il convient encore de remarquer que, dans ces conditions, les professionnels qui sont les plus proches de l'utilisateur final sont aussi ceux qui verront leur rôle gagner en importance et en influence.

En conclusion, on retiendra que beaucoup des développements que l'on vient d'évoquer – sur les plans social, familial, du logement, économique, technique et médical – conduiront à une demande accrue de services professionnels d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées (le recours aux soins en institution intervenant plus tard et souvent seulement en fin de vie). Parallèlement, les évolutions

1 En 2010, le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) a lancé un PRN (Pôle de recherche national) « Robotique ».

en cours auront des répercussions sur la nature des tâches que les services professionnels à domicile seront amenés à accomplir : plus d'actes médicaux, mais aussi plus de fonctions de coordination et d'intermédiaire entre divers interlocuteurs (proches, médecins, hôpitaux, etc.). Les tendances économiques – mondialisation, inégalités économiques, coupes dans les budgets sociaux – vont renforcer la coexistence des offres privées et publiques ou leur concurrence. Les offres transfrontalières (soins à l'étranger, soignants de l'étranger) vont aussi probablement jouer un rôle accru. Toutes ces évolutions ne vont pas faire complètement disparaître les oppositions qui avaient cours dans le domaine des soins aux personnes âgées – locaux vs internationaux, privés vs publics, à domicile vs en institution, professionnels vs informels –, mais elles vont les réduire.

9 Conclusions

La future augmentation, tant absolue que relative, de personnes âgées et très âgées est synonyme d'enjeux importants pour le système de soins. En effet, même si l'état de santé de la population âgée évolue de manière positive, le nombre de personnes dépendantes va s'accroître. En Suisse, il est vrai, l'espérance de vie sans incapacité à un âge avancé a autant progressé que l'espérance de vie totale. Il n'en demeure pas moins qu'en raison du vieillissement des générations nombreuses du baby-boom, le nombre de personnes qui atteignent la tranche d'âges à risques croît rapidement. A un âge avancé, ces risques s'additionnent, le début et la durée de la dépendance variant toutefois d'un individu à l'autre. On observe ainsi deux types de situation de nos jours : d'un côté, une majorité de personnes vivent longtemps sans incapacité et ont besoin de soins pendant seulement un court laps de temps, vers la fin de leur vie ; de l'autre, une minorité de personnes âgées vivent longtemps avec des incapacités et sont dépendantes, notamment en raison de démences.

On estime que, toutes catégories confondues (personnes vivant à domicile et résidants d'EMS), le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) qui étaient dépendantes en Suisse en 2008 était compris entre 115 000 et 119 000. Moins de 10 % des personnes de 75 à 79 ans étaient dépendantes, contre plus de 13 % des 80 à 84 ans et un peu plus de 34 % des 85 ans et plus. La dépendance est devenue un facteur de risque surtout parmi la population très âgée, chez qui l'apparition de troubles cognitifs (démence) devient en outre fréquente. Selon l'hypothèse retenue pour l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité, les chiffres calculés pour 2030 varient : le nombre de personnes dépendantes atteint à peine 170 000 en cas d'évolution positive de l'espérance de vie sans incapacité, contre un peu plus de 230 000 si le vieillissement s'accroît et la durée de la morbidité s'allonge. L'augmentation, ces prochaines décennies, du nombre de femmes et d'hommes âgés et dépendants est cependant inéluctable du simple fait de la démographie. Si l'on pouvait exploiter toutes les ressources de la prévention primaire et secondaire chez la population âgée, il devrait toutefois être possible d'atténuer sensiblement les conséquences du vieillissement démographique sur les besoins de soins.

L'analyse du réseau de soutien informel montre que celui-ci se limite essentiellement au réseau familial restreint (partenaire, filles, fils). En dépit des change-

ments qui affectent la démographie de la famille, tels qu'une descendance moins nombreuse, ce type de réseau informel ne semble pas avoir perdu d'importance. La tendance qui se dessine est celle d'une spécialisation entre l'aide, informelle, et les soins, professionnels. Les membres de la famille et les aidants extra-familiaux apportent essentiellement une aide informelle, tandis que les soins (soins de base et traitements) sont davantage professionnalisés. En cas de forte dépendance, le recours simultané aux deux formes de soutien – informel et professionnel – est fréquent.

Selon les pays, la prise en charge de la population âgée est plus ou moins informelle ou professionnelle selon le régime de protection sociale. A cet égard, la Suisse fait partie des pays européens dont le système de soins professionnels est bien développé. Elle est aussi l'un des pays qui compte une proportion relativement élevée de personnes âgées en institution. Cela signifie que dans beaucoup de régions du pays, il reste des possibilités pour opérer un transfert des soins aux personnes âgées des institutions d'hébergement au réseau de soins à domicile, même si ce dernier se heurte à des limites dans les cas de multimorbidité, de démence sévère ou de dépression.

Les évolutions actuelles et futures dans les domaines démographique, social et médical laissent toutes entrevoir une hausse de la demande de soins à domicile. Corollaire obligé, le recours aux soins en institution interviendra encore plus tard, et plus souvent en fin de vie. A noter encore que l'opposition entre prise en charge à domicile et prise en charge en institution a de moins en moins lieu d'être, compte tenu des nouveaux concepts de structures intégrées qui voient le jour. Comme pour le logement, où l'alternative « habiter chez soi ou en institution ? » est progressivement dépassée même dans le cas de personnes dépendantes, l'opposition classique entre soins à domicile et soins en établissement médico-social correspond de moins en moins à la réalité chez les personnes âgées. Avec les innovations qui verront le jour et qui auront une incidence sur la qualité des soins, les champs de compétences respectifs des patients, des soignants familiaux, des services d'aide et de soins et des médecins devront sans cesse être redéfinis et renégociés.

L'avenir des soins ne sera pas seulement marqué par une augmentation, pour des raisons démographiques, du nombre de personnes âgées dépendantes, il connaîtra aussi des améliorations significatives. La nature des soins aux personnes âgées (soins informels ou professionnels, à domicile ou en institution) étant liée aux structures des familles et des ménages et à l'existence ou l'absence de proches, il y a lieu de tenir compte des changements intervenant sur ce plan dans toute prévision des besoins de prise en charge. Les relations de soins aux aînés se caractérisent toujours par un double changement de génération : d'une part, les personnes âgées des nouvelles générations ont eu des parcours de vie, de vie de couple et de santé marqués par un certain individualisme, ce qui accroît les exigences dans le domaine des soins, d'autant plus qu'elles souhaitent conserver le plus longtemps possible leur autonomie à domicile. D'autre part, les nou-

velles générations de filles et de fils qui s'occupent de leurs parents, habitués à une société moderne de services, ont de plus grandes exigences vis-à-vis de l'offre professionnelle de soins. Dans certains cas, on voit à présent les deux générations – celle des parents et celle de leurs enfants adultes –, décider du type de prise en charge.

Bibliographie

- Abelin, T.; Beer, V.; Gurtner, F. (Hrsg.) (1998) La santé des personnes âgées en Suisse. Résultats de l'enquête suisse sur la santé de 1992/93, Berne : Haupt.
- Adam, C. (1998) Depressive Störungen im Alter. Epidemiologie und soziale Bedingungen, Weinheim : Juventa.
- Andersen-Ranberg, K.; Robine, J.-M.; et al. (2008) What has happened to the oldest old Share participants after two years ?, in : A. Börsch-Supan et al. (eds.) First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007), Mannheim : Mannheim Research Institute for the Economics of Aging : 66–73.
- Alzheimer Europe (2009) Numbers of people with dementia in Europe higher than previously reported, Press release 13. July 2009, Wien.
- Backes, G. M. (2008) Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik, Bonn : Friedrich Ebert Stiftung.
- Bayer-Oglesby, L. (2009a) Statistische Grundlagen zur Planung der Langzeitpflege 2010–2025 im Kanton Freiburg. Schlussbericht. Kantonales Mandat, interner Bericht für den Kanton Freiburg, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Bayer-Oglesby, L. (2009b) Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2009–2030 im Kanton Zug, Schlussbericht. Kantonales Mandat, interner Bericht für den Kanton Zug, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé
- Bayer-Oglesby, L., Höpflinger F. (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Obsan Rapport 47 ; résumé en français). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Becker, S.; Kruse, A.; Schröder, J.; Seidl, U. (2005) Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38,2 : 108–121.
- Bickel, H. (2002) Stand der Epidemiologie, in : J. F. Hallauer, A. Kurz (Hrsg.) Weissbuch Demenz, Stuttgart : Thieme : 10–15.
- Blüher, S. (2004) « Liebesdienst und Pflegedienst » – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangments, in : S. Blüher, M. Stosberg (éd.) Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s, Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften : 11–51.
- Bohn, F. (2008) Lebensgerechtes Bauen, in : A. Huber (Hrsg.) Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte, ETH Zürich, Edition Wohnen 2, Birkhäuser : Basel : 173–185.
- Bohn, F. (2010) Altersgerechte Wohnbauten. Planungsrichtlinien, Zürich : Schweiz. Fachstelle für behindertengerechtes Bauen.
- Bolzmann, C., et al (2004). Older labour migrants' well being in Europe : the case of Switzerland. Ageing and Society 24 : 411 – 429.
- Bongaarts, J. (2006) How long will we live ? Population and Development Review 32(4) : 605–628.

- Bourgeois-Pichat, J. (1978) Future outlook for mortality declines in the world, Population Bulletin of the United Nations 11, New York : United Nations.
- Brand, M.; Markowitsch, H. J. (2005) Neuropsychologische Früherkennung und Diagnostik der Demenzen, in : M. Martin, H. R. Schelling (Hrsg.) Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige, Bern : Huber : 11–73.
- Brandt, M. (2009) Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich, Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Breitschmid, P.; Gächter, T. (Hrsg.) (2010) Rechtsfragen zum Heimaufenthalt und dessen Finanzierung, Zürich/St. Gallen : Dike Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation : Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin.
- Calmonte, R. (2003) Wer hilft wem ? Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 zum Thema Nachbarschaftshilfe, in : Spitex Verband Schweiz (Hrsg.) Spitex – am Puls der Zeit, CD-Rom zum 4. Nationalen Spitex-Kongress, 11./12. September 2003 im Kongresshaus Biel, Bern : Spitex Verband Schweiz.
- Commission fédérale « Vieillir en Suisse » (1979) Vieillir en Suisse, Berne : Office central fédéral des imprimés et du matériel.
- Crews, D. E. (1990) Anthropological Issues in Biological Gerontology, in : R. L. Rubinstein (ed.) Anthropology and Aging. Comprehensive Reviews, Dordrecht : Kluwer Academic Publ. : 11–38.
- Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D. et al. (eds.) (2007) Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe : Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for Germany, Hamburg : Hamburg University Medical Centre (<http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/documents/deliverables/nasurede.pdf>).
- Duée, M.; Rebillard, C. (2004) La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Paris : Institut national de la statistique et des études économiques INSEE.
- Duée, M.; Rebillard, C. (2006a) La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Santé et protection sociale 2006/7 : 613–619.
- Duée, M.; Rebillard, C. (2006b) Contexte démographique et économique. Actualité et dossier en santé publique AdSP 2006/56 : 20–24.
- Dufay, A.-F.; Bovey, G.; Beetschen, P. (2003) Maintien à domicile des personnes âgées : Quel soutien pour les proches ? Cahiers du CLPA, No. 1/2003, Lausanne : Fondation Leenaards.
- Eberhard, A.; Saup, W. (2006) Demenzkranke Menschen im betreuten Seniorenwohnen, Augsburg : Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Eberstadt, N.; Groth, H. (2008) Die Demografiefälle. Gesundheit als Ausweg für Deutschland und Europa, Stuttgart : Thieme Verlag.
- Ecoplan (2010) Kosten der Demenz in der Schweiz, Schlussbericht im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Bern : Ecoplan.
- Effionayi-Mäder, D.; Wyssmüller, C. (2008) Migration und Gesundheit, in : K. Meyer (éd.) La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008 (résumé en français), Berne : Huber : 88–105.
- EuroCoDe European Collaboration on Dementia (2009) Prevalence of Dementia in Europe, Workpackage 7/06, Final Report, 7. Aug. 2009 (mimeo.).
- Farago, P. (Hrsg.) (2007) Freiwilliges Engagement in der Schweiz, Zürich : Seismo.
- Farago, P.; Brunner, B. (2005) Conditions de logement d'une sélection de groupes sociaux, in : Office fédéral du logement (éd.) Logement 2000. Etude détaillée du recensement des bâtiments et des logements, Bulletin du logement, volume 75, Berne.
- Fischer, S.; Bosshard, G.; Zellweger, U.; Faisst, K. (2004) Der Sterbeort : « Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz ? », Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 : 467–474.

- Fries, J.F. (2005) Frailty, heart disease, and stroke : The compression of morbidity paradigm, *American Journal of Preventive Medicine*; 29, 5, Supplement 1 : 164–168.
- Fux, B. (2005) Evolution des formes de vie familiale, Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Gao, S., et al. (1998) The Relationship between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer disease, *Archives of General Psychiatry*, 55 : 809–815.
- Guilley, E. (2005) La vie en institution, in : P. Wanner, C. Sauvain-Dugerdil, et al. *Âges et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, Neuchâtel : Office fédéral de la statistique : 117–127.
- Haber Kern, K. (2009) *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*, Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haber Kern, K.; Szydlík, M. (2008) *Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich*, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 60,1 : 78–101.
- Hagmann, H.-M. (2008) *Viellir chez soi, c'est possible. Un choix de vie, un choix de société*, Saint-Maurice : Editions Saint-Augustin.
- Held, Ch.; Ermini-Fünfschilling, D. (2006) *Das demenzgerechte Heim*, Basel : Karger (2. Auflage).
- Helmchen, H.; Baltes, M.M.; Geiselman, B.; et al. (1996) *Psychische Erkrankungen im Alter*, in : K.-U. Mayer, P.B. Baltes (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie*, Berlin : Akademie Verlag : 185–219.
- Höpflinger, F. (2002) *Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit*, in : K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern : Huber : 419–438.
- Höpflinger, F. (2003) *Gesunde und autonome Lebensjahre – Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung*, in : P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.) *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*, Bern : Huber : 59–74.
- Höpflinger, F. (2004) *Viellir avec ou sans handicap : évolution et scénarios pour la Suisse*, in : P. Perrig-Chiello, H. B. Stähelin (éds.) *La santé. Cycle de vie, société et environnement*, Lausanne : Réalités Sociales : 93–104.
- Höpflinger, F. (2007) *Familiale und professionelle Pflege im Alter. Soziodemografische und intergenerationelle Perspektiven*, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 32,3 : 475–493.
- Höpflinger, F. (2009) *Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter*, *Age Report 2009*, Zürich : Seimso.
- Höpflinger, F.; Hugentobler, V. (2003) *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21e siècle* (Berne : Huber (2^e édition : 2004)).
- Höpflinger, F., Hugentobler, V. (2005) *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*, Chêne-Bourg : Editions Médecine et Hygiène 2006.
- Huber, A.; Hugentobler, M.; Walther-Galli, R. (2008) *Neue Wohnmodelle in der Praxis*, in : A. Huber (Hrsg.) *Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte*, ETH Zürich, Edition Wohnen 2, Birkhäuser : Basel : 77–169.
- Huber, M.; Rodrigues, R.; Hoffmann, F.; Gasior, K.; Marin, B. (2009) *Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America*, Wien : European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- INSOS Schweiz (Hrsg.) (2009) *Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe*, Bern.
- Jaccard Ruedin, H.; Weber, A.; Pellegrini, S.; Jeanrenaud, C. (2006) *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*, Document de travail 17, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Jaccard Ruedin, H.; Weaver, F. (2009) *Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030*, *Careum Working Paper 1*, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

- Jaccard Ruedin, H.; Marti, M.; Sommer, H. et al. (2010) Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin, Rapport 36, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Jungbauer-Gans, M. (2006) Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit : theoretische Überlegungen, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 46 : 86–108.
- Karrer, D. (2009) Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede, Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kesselring, A. (2004), Angehörige zu Hause pflegen. Anatomie einer Arbeit, *Schweizerische Ärztezeitung*, 85, 10 : 504–506.
- Kickbusch, I.; Ospelt-Niepelt, R.; Seematter, L. (2009) Alter, in : K. Meyer (Hrsg.) *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008 (résumé en français)*, Berne : Huber : 123–145.
- Kobi, S. (2008) *Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten*, Bern : Lang.
- Kohli, M.; Künemund, H.; Lüdicke, J. (2005) Family Structure, Proximity and Contact, in : A. Börsch-Supan et al. (eds.) *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim : Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing : 164–170.
- Kohli, R. (2008) La mortalité par cause de décès selon les tables de mortalité pour la Suisse 1998/2003, *Démos 3/07*, Neuchâtel : OFS.
- Laferrière, A. (2009) Long-term Care and Housing, Health and Ageing. Research Programme on Health and Productive Ageing, Number 20/April, Geneva : The Geneva Association, Risk and Insurance Economics (www.genevaassociation.org/PDF/HealthandAgeing/GA2009-Health20.pdf)
- Lalive d'Épinay, C.; Pin, S.; Spini, D. (2001) Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale Suisse sur le grand âge : L'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle, *L'Année Gérontologique* : 78–96.
- Leimgruber, W.; Fischer, W. (Hrsg.) (1999) « Goldene Jahre » – Zur Geschichte der Schweiz seit 1945, Zürich : Chronos-Verlag.
- Lettke, F. (2002) Pflegen wollen, sollen, müssen oder dürfen ? Zur Ambivalenz von Generationenbeziehungen im Alter, in : A. Motel-Klingebiel, H.-J. von Kondratowitz, C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*, Opladen : Leske + Budrich : 71–94.
- Lind, S. (2005) *Betreuten Wohnen im Alter. Eine Literaturrecherche und Sekundäranalyse zur Entwicklung des Betreuten Wohnens in Deutschland, Grossbritannien und den USA*, Haan (Internet-Text : <http://people.freenet.de/Sven.Lind>).
- Martin, M. (2005) Demenz : Perspektiven und offene Fragen, in : M. Martin, H.R. Schelling (Hrsg.) *Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*, Bern : Huber : 257–271.
- Mathers, C. D.; Loncar, D. (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11) : e442.
- Mathers, C. D.; Murray, C. J.; et al. (2001) Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000 : methods and results, *Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper, No. 38*, World Health Organization, Geneva.
- McGue, M.; Vaupel, J. W.; Holm, N. V.; Harvald, B. (1993) Longevity is moderately heritable in a sample of Danish twins born 1870–1880, *Journal of Gerontology*, 48;6 : B237–B244.
- Menthonnex, J. (2009) La mortalité par génération en Suisse. Evolution 1900–2150 et tables par génération 1900–2030, *Rapport Technique*, Lausanne : Statistique Vaud SCRIS.
- Mestheneos, E.; Triantafyllou, J. (2005) *Eurofamcare : Supporting Family Carers of Older People in Europe – Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives, the Pan-European Background Report*, Hamburg : Ed. H. Dohner & C. Kofahl.

- Mollenkopf, H.; Oswald, F.; Wahl, H.-W. (2007) Neue Person-Umwelt-Konstellationen im Alter : Befunde und Perspektiven zu Wohnen, ausserhäuslicher Mobilität und Technik, in : H.-W. Wahl, H. Mollenkopf (Hrsg.) *Alternsforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*, Berlin : Akademische Verlagsgesellschaft : 361–380.
- Monod-Zorzi, S.; Seematter-Bagnoud, L.; Büla, C.; Pellegrini, S.; Jaccard Ruedin, H. (2007) *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Document de travail 25, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Münz, R.; Ulrich, R. (2001) *Alterung und Wanderung : Alternative Projektionen der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz*, Zürich : Avenir Suisse.
- Musée national suisse Zurich (éd.) (2008) *FAMILLES – tout reste, pourtant tout change*, Zurich.
- Oesch, T.; Künzi, K. (2008) *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen. Literaturübersicht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis*, Bern : Büro BASS.
- Office fédéral de la statistique (2002) *Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000–2060. Série complète de scénarios*, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2006) *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005–2050*, Neuchâtel; OFS.
- Office fédéral de la statistique (2007) *Excès pondéral chez l'adulte en Suisse. Aspects d'une problématique multifactorielle*, StatSanté 3/2007, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2008) *Scénarios des ménages. Evolution des ménages privés entre 2005 et 2030*, Actualités OFS septembre 2008, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2009a) *Le futur de la longévité en Suisse*, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2009b) *Etude des parcours de fin de vie en institution*, communiqué de presse n° 0351-0910-10 du 17 septembre 2009, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2009c) *Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) 2007*, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2010a) *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010–2060*, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2010b) *Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) 2008*, Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique (2010c) *Etat de santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*, communiqué de presse n° 0351-1005-00 du 7 juin 2010, Neuchâtel : OFS.
- Olshansky, S.J.; Carnes, B. A.; Cassel, C. (1990) *In search of Methuselah : estimating the upper limits to human longevity*, *Science*; 250(634) : 640.
- Oppikofer, S. (2009) *Temporäre Entlastung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Evaluationsprojekt Tag/Nacht-Station Sonnweid*, Zürich : Zentrum für Gerontologie.
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (2005) *Aging parents and their middle-aged children : Demographic and psychosocial challenges*, *European Journal of Ageing*, 2 : 183–191.
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Suter, C. (2008) *Générationen – structures et relations. Rapport « Générationen en Suisse »*, Genève : Seismo 2009.
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010) *SwissAgeCare 2010 – Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz*, Bern (www.spitex.ch/Publikationen).
- Perrig-Chiello, P.; Sturzenegger, M. (2003) *Wohlbefinden, Gesundheit und Ressourcennutzung im mittleren und höheren Lebensalter*, in : P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.) *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*, Bern : Huber : 33–57.
- Philipp-Metzen, H. E. (2008) *Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz. Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie*, Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Philipp-Metzen, H. E. (2010) Wenn die Grossmutter demenzkrank ist : Hilfen für Eltern und Kinder, Berlin : Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Reggentin, H.; Dettbarn-Reggentin, J. (2006) Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden, Stuttgart : Kohlhammer.
- Robine, J.-M.; Paccaud, F. (2005) Nonagenarians and Centenarians in Switzerland, 1860–2001, A Demographic Analysis. *J Epidemiol Community Health*; 59(1) : 31–37.
- Robine, J.-M.; Romieu, I.; Cambois, E. (1997) Health expectancies and current research, *Reviews in Clinical Gerontology* 7 : 73–81.
- Rosenbrock, R.; Kümpers, S. (2009) Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen : Deutschland und die Schweiz im Vergleich, Endbericht Juli 2009, Berlin : Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH.
- Sachweh, S. (1998) Granny darling's nappies : Secondary babytalk in German nursing homes for the aged, *Journal of Applied Communication Research*, 26 : 52–65.
- Saup, W. (2001) Ältere Menschen im Betreuten Wohnen. Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie – Band 1, Augsburg : Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Saup, W. (2003) Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner, Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie – Band 2, Augsburg : Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Saup, W.; Eberhard, A. (2005) Umgang mit Demenzkranken im betreuten Wohnen. Ein konzeptgeleiteter Ratgeber, Augsburg : Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Sauvain-Dugerdil, C. (2005) Etapes de la vie familiale et modes de résidence, in : Office fédéral de la statistique (ed.) Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse, Neuchâtel : OFS : 35–54.
- Schachtschabel, D. O. (2004) Humanbiologie des Alterns, in : A. Kruse; M. Martin (Hrsg.) Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, Bern : Huber : 167–181.
- Schön-Bühlmann, J. (2005) Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und –haushalten, *Soziale Sicherheit CHSS 5/2005* : 274–280.
- Schwarzmann, U. (2004) Spitex : Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik ?, *Cahier de l'IDHEAP 220*, Chavannes-Lausanne : Institut de hautes études en administration publique.
- Seidl, U.; Pantel, J.; Re, S.; Schröder, J. (2004) Depressive Störung und Spätdepression, in : A. Kruse, M. Martin (Hrsg.) Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, Bern : Huber : 240–254.
- Seematter-Bagnoud, L.; Paccaud, F. (2008) The Future of Longevity in Switzerland : Background and Perspectives, Report, Lausanne : Institute of Social and Preventive Medicine (IUMSP).
- Statistisches Bundesamt (2008) Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse : Wiesbaden.
- Stuckelberger, A. (2008) Anti-Ageing Medicine : Myths and Chances, Zürich : vdf Hochschulverlag.
- Stuckelberger, A.; Höpflinger, F. (1996) Vieillesse différentielle : hommes et femmes, Zürich : Seismo.
- Sturm, R.; Ringel, J. S.; Andreyeva, T. (2004) Increasing obesity rates and disability trends. *Health Aff (Millwood)* 23(2) : 199–205.
- Stutz, H.; Strub, S. (2006) Les prestations des familles dans les phases tardives de la vie, in : Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (éd.) Soigner, garder et payer. La famille et les phases tardives de la vie, Bern : COFF : 73–101.
- Volz, A.; Monsch, A.U.; Zahno, A.; Wettstein, A. et al. (2000) Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998 ? Eine präliminäre Analyse, Bern.
- Von Gunten, A.; Mosimann, U. P. (2010) Delirium upon admission to Swiss nursing homes : a cross-sectional study, *Swiss Medical Weekly*. Early Online Publication, 21. Jan. 2010.

- Weaver, F.; Jaccard Ruedin, H.; Pellegrini, S.; Jeanrenaud, C. (2008) Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Document de travail 34, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Welter, R.; Hürlimann, M.; Hürlimann-Siebke, K. (2006) Gestaltung von Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen : Arbeitsbuch für Trägerschaften, Leitungen von Heimen und Pflegewohngruppen, Behörden, Architekten, Innenarchitekten sowie Bauausführende, Hittnau : Pagina.
- Wettstein, A. (2005), Umgang mit Demenzkranken und Angehörigen, in : M. Martin, H. R. Schelling (Hrsg.), Demenz in Schlüsselbegriffen, Bern : Huber : 101–151.
- Wettstein, A.; König, R.; Schmid, R.; Perren, S. (Hrsg.) (2005), Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Eine Interventionsstudie, Bern : Huber.
- Wilkening, K.; Kunz, R. (2003) Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weyerer, S., Schäufele, M.; Hendlmeier, I. (2005) Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38,2 : 85–94.
- Yashin, A. I.; Iachine, I. A. (1997) How frailty models can be used for evaluating longevity limits : Taking advantage of an interdisciplinary approach, Demography, 34, 1 : 31–48.
- Zentrum für Gerontologie (Hrsg.) (2010) Menschen mit einer Demenz zuhause begleiten. Empfehlungen für betroffene Familien, Betreuende, Beratende, Behandelnde, Versicherer, Behörden, Medien und Gesellschaft, Zürich : Universität Zürich.
- Zumbrunn, A; Bayer-Oglesby, L. (2010) Pflege durch Angehörige, in : G. Kocher, W. Oggier, (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012, Bern : Huber.

Tableaux en annexe

Tableau A : Personnes vivant à domicile : difficultés à accomplir des activités élémentaires de la vie quotidienne (items AVQ)

Question : je vais énumérer plusieurs activités de la vie courante. Dites-moi, pour chacune d'elles, si vous pouvez l'accomplir sans difficulté, avec quelque difficulté, avec beaucoup de difficultés, ou pas du tout. (Int : ne pas inclure les problèmes de santé temporaires !)

	Réponses (en %)					
	A	B	C	D	A : H	F
Personnes interrogées de 65 ans et plus						
– manger sans qu'on vous aide	99.1	0.6	0.1	0.1	99	99
– vous coucher, sortir du lit sans aide, vous lever d'un fauteuil, sans aide	95.7	3.2	0.6	0.5	96	95
– vous habiller et vous déshabiller sans aide	96.3	2.4	0.3	1.0	96	96
– aller aux toilettes sans aide	98.3	0.8	0.2	0.7	99	98
– prendre un bain ou une douche sans aide	92.3	3.8	1.2	2.6	95	91
Personnes interrogées de 85 ans et plus						
– manger sans qu'on vous aide	97.6	1.3	0.7	0.4	98	98
– vous coucher, sortir du lit sans aide, vous lever d'un fauteuil, sans aide	82.6	12.4	2.8	2.2	90	80
– vous habiller et vous déshabiller sans aide	86.0	6.2	1.4	6.5	92	83
– aller aux toilettes sans aide	91.3	3.2	1.6	3.9	97	89
– prendre un bain ou une douche sans aide	72.6	10.0	5.2	12.1	84	67

A : oui, sans difficulté; B : oui, avec quelque difficulté; C : oui, avec beaucoup de difficultés;
D : non, pas de réponse
H : hommes; F : femmes

Source : ESS 2007 (interviews téléphoniques, données pondérées)

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Höpflinger u.a., La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, 1. Auflage.

Tableau B : Personnes vivant à domicile : difficultés à accomplir des activités instrumentales (items AIVQ)

	Réponses (en %)							
	A	B	C	D	p. r.	A :	H	F
Personnes interrogées de 65 ans et plus								
– préparer des repas sans aide	94.1	2.4	0.8	2.5	0.4		93	95
– téléphoner sans aide	96.2	2.0	0.7	1.1	0.0		95	97
– faire des achats sans aide	90.2	3.5	1.6	4.5	0.1		93	88
– faire la lessive sans aide	89.6	2.7	1.0	6.0	0.7		87	92
– faire de petits travaux ménagers sans aide	93.2	3.2	0.8	2.7	0.1		94	93
– faire occasionnellement de gros travaux ménagers sans aide	71.1	12.3	4.3	12.0	0.2		77	67
– faire vos comptes sans aide	91.1	3.0	0.6	4.9	0.4		94	89
– utiliser les transports publics sans aide	88.8	3.6	1.3	5.9	0.5		93	86
Personnes interrogées de 85 ans et plus								
– préparer des repas sans aide	73.9	8.7	4.0	13.0	0.4		76	73
– téléphoner sans aide	83.2	7.3	2.5	7.0	0.0		83	84
– faire des achats sans aide	59.3	10.6	3.4	25.9	0.8		70	55
– faire la lessive sans aide	63.7	9.1	2.4	23.9	1.0		70	61
– faire de petits travaux ménagers sans aide	68.3	13.4	2.6	15.7	0.0		75	65
– faire occasionnellement de gros travaux ménagers sans aide	30.5	15.9	9.5	44.1	0.0		37	28
– faire vos comptes sans aide	70.2	7.3	1.8	20.4	0.4		79	66
– utiliser les transports publics sans aide	57.8	9.6	3.2	28.2	1.2		72	51

A : oui, sans difficulté; B : oui, avec quelque difficulté; C : oui, avec beaucoup de difficultés;

D : non, p. r. : pas de réponse

H : hommes; F : femmes

Source : ESS 2007 (interviews téléphoniques, données pondérées)

Tableau C : Formes de soutien aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2007

A) Personnes vivant seules (65 ans et plus)			
Aide et soins à domicile :	Soutien informel externe	Dépendantes pour les activités élémentaires de la vie quotidienne :	
		légèrement à moyennement	beaucoup
Oui	Oui	30%	54%
Oui	Non	13%	18%
Non	Oui	33%	23%
Non	Non	24%	5%
Total		100%	100%

B) Personnes ne vivant pas seules (65 ans et plus)				
Aide et soins à domicile :	Soutien informel :		Dépendantes pour les activités élémentaires de la vie quotidienne :	
	interne	externe	légèrement à moyennement	beaucoup
Oui	Oui	Oui	22%	22%
Oui	Oui	Non	7%	10%
Oui	Non	Oui	0	0
Oui	Non	Non	0	9%
Non	Oui	Oui	6%	13%
Non	Oui	Non	48%	36%
Non	Non	Oui	8%	5%
Non	Non	Non	9%	5%
Total			100%	100%

Remarques :

Soutien informel externe : soutien apporté par des proches/amis externes au ménage

Soutien informel interne : soutien apporté par des membres du ménage

Source : enquête suisse sur la santé 2007 (interviews téléphoniques, données pondérées)

Tableau D : Estimation des taux de soins (dépendance moyenne à forte¹) en Suisse selon cinq groupes d'âges et selon le sexe, en 2008

Sexe	Groupe d'âges	Résidants d'EMS		
		Nombre de résidants d'EMS	% de personnes dépendantes	Nombre estimé de personnes dépendantes
		A (SOMED 08)	B (ESAI 08)	C = A*B/100
Hommes	65-69	1 286	76.0	977
	70-74	1 940	76.0	1 474
	75-79	3 039	76.0	2 310
	80-84	4 625	76.0	3 515
	85+	9 860	76.0	7 494
Femmes	65-69	1 520	76.0	1 155
	70-74	2 781	76.0	2 114
	75-79	6 296	76.0	4 785
	80-84	13 465	76.0	10 233
	85+	38 709	76.0	29 419
Total	65-69	2 806	76.0	2 133
	70-74	4 721	76.0	3 588
	75-79	9 335	76.0	7 095
	80-84	18 090	76.0	13 748
	85+	48 569	76.0	36 912
Total	65+	83 521	76.0	63 476

1 ayant beaucoup de difficultés à accomplir au moins 1 AVQ

Source : SOMED 2008, ESPOP 2008, ESS 2007, OFS, enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution, 2008/09.

Analyse : Obsan/Höpflinger 2010

Personnes âgées à domicile			Population âgée totale		
Nombre de personnes âgées vivant à domicile	% de personnes dépendantes	Nombre estimé de personnes dépendantes	Population au total	Nombre estimé de personnes dépendantes	Taux de soins estimé pour la Suisse
D = G-A	E (ESS 07)	F = D*E/100	G (ESPOP 08)	H = C+F	I = 100/G*H
174 149	0.5	871	175 435	1 848	1.1
133 607	2.3	3 073	135 547	4 547	3.4
102 825	5.2	5 347	105 864	7 657	7.2
66 214	4.3	2 847	70 839	6 362	9.0
43 587	11.4	4 969	53 447	12 463	23.3
189 736	1.1	2 087	191 256	3 242	1.7
158 469	2.3	3 645	161 250	5 758	3.6
138 065	2.5	3 452	144 361	8 237	5.7
104 228	8.1	8 442	117 693	18 676	15.9
82 044	20.4	16 737	120 753	46 156	38.2
363 885	0.8	2 911	366 691	5 044	1.4
292 076	2.3	6 718	296 797	10 306	3.5
240 890	3.6	8 672	250 225	15 767	6.3
170 442	6.6	11 249	188 532	24 998	13.3
125 631	17.6	22 111	174 200	59 023	33.9
1 192 924	4.0	51 470	1 276 445	114 946	9.0

Tableau E : Estimation des taux de soins (dépendance moyenne à forte¹) en Suisse, selon six groupes d'âges et selon le sexe, en 2008

Sexe	Groupe d'âges	Résidents d'EMS		
		Nombre de résidents d'EMS	% de personnes dépendantes	Nombre estimé de personnes dépendantes
		A (SOMED 08)	B (EGBI 08)	C = A*B/100
Hommes	65-69	1 286	76.0	977
	70-74	1 940	76.0	1 474
	75-79	3 039	76.0	2 310
	80-84	4 625	76.0	3 515
	85-89	5 539	76.0	4 210
	90+	4 321	76.0	3 284
Femmes	65-69	1 520	76.0	1 155
	70-74	2 781	76.0	2 114
	75-79	6 296	76.0	4 785
	80-84	13 465	76.0	10 233
	85-89	19 441	76.0	14 775
	90+	19 268	76.0	14 644
Total	65-69	2 806	76.0	2 133
	70-74	4 721	76.0	3 588
	75-79	9 335	76.0	7 095
	80-84	18 090	76.0	13 748
	85-89	24 980	76.0	18 985
	90+	23 589	76.0	17 928
Total	65+	83 521	76.0	63 476

1 ayant beaucoup de difficultés à accomplir au moins 1 AVQ

2 Groupe 90+ : F=H-E

3 Groupe 90+ : H=G*I/100

4 Groupe 90+ : estimation à partir de l'enquête HID (handicaps-incapacités-dépendance), France 1999

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus: Höpflinger u.a., La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, 1. Auflage.

Personnes âgées à domicile			Population âgée totale		
Nombre de personnes âgées vivant à domicile	% de personnes dépendantes	Nombre estimé de personnes dépendantes	Population au total	Nombre estimé de personnes dépendantes	Taux de soins estimé pour la Suisse
$D = G - A$	E (ESS 07)	$F = D * E / 100^2$	G (ESPOP 08)	$H = C + F^3$	$I = 100 / G * H^4$
174 149	0.5	871	175 435	1 848	1.1
133 607	2.3	3 073	135 547	4 547	3.4
102 825	5.2	5 347	105 864	7 657	7.2
66 214	4.3	2 847	70 839	6 362	9.0
32 443	5.7	1 849	37 982	6 059	16.0
11 144	-	3 134	15 465	6 418	41.5
189 736	1.1	2 087	191 256	3 242	1.7
158 469	2.3	3 645	161 250	5 758	3.6
138 065	2.5	3 452	144 361	8 237	5.7
104 228	8.1	8 442	117 693	18 676	15.9
57 695	15.9	9 174	77 136	23 949	31.0
24 349	-	11 178	43 617	25 821	59.2
363 885	0.8	2 911	366 691	5 044	1.4
292 076	2.3	6 718	296 797	10 306	3.5
240 890	3.6	8 672	250 225	15 767	6.3
170 442	6.6	11 249	188 532	24 998	13.3
90 138	12.5	11 267	115 118	30 252	26.3
35 493	-	14 312	59 082	32 239	54.6
1 192 924	4.0	55 098	1 276 445	118 574	9.3

Source : SOMED 2008, ESPOP 2008, ESS 2007 et OFS, enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution, 2008 (jusqu'au groupe des 85-89 ans), enquête HID, F 1999 (90 ans et +)

Analyse : Obsan/Höpflinger 2010

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Höpflinger u.a., La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, 1. Auflage.

Tableau F : Augmentation moyenne de l'espérance de vie à partir de 2015 en Suisse, selon le groupe d'âges et le sexe – hypothèses retenues pour les scénarios de référence 1a/b: l'âge moyen de survenue de la première incapacité est retardé de l'augmentation de l'espérance de vie à partir de 2015

Groupe d'âges	Hommes				Femmes			
	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
65-69	0.5	1.0	1.5	1.9	0.5	1.0	1.4	1.8
70-74	0.5	0.5	1.4	1.8	0.5	0.5	1.3	1.7
75-79	0.4	0.7	1.2	1.5	0.4	0.7	1.2	1.5
80-84	0.4	0.6	1.0	1.2	0.4	0.6	1.0	1.3
85-89	0.3	0.3	0.8	1.0	0.3	0.5	0.8	1.0
90+	0.2	0.3	0.5	0.6	0.2	0.3	0.5	0.6

Source: Menthonnex 2009

Analyse: Obsan 2010

Tableau G : Augmentation moyenne de l'espérance de vie à partir de 2015 en Suisse, selon le groupe d'âges et le sexe – hypothèses retenues pour les scénarios optimistes 3a/b: l'âge moyen de survenue de la première incapacité chez les 65 à 79 ans est retardé de l'augmentation de l'espérance de vie plus 1 année à partir de 2020

Groupe d'âges	Hommes				Femmes			
	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
65-69	0.5	2.0	2.5	2.9	0.5	2.0	2.4	2.8
70-74	0.5	1.5	2.4	2.8	0.5	1.5	2.3	2.7
75-79	0.4	1.7	2.2	2.5	0.4	1.7	2.2	2.5
80-84	0.4	0.6	1.0	1.2	0.4	0.6	1.0	1.3
85-89	0.3	0.3	0.8	1.0	0.3	0.5	0.8	1.0
90+	0.2	0.3	0.5	0.6	0.2	0.3	0.5	0.6

Source: Menthonnex 2009

Analyse: Obsan 2010