



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

François Höpflinger, Valérie Hugentobler

Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse

Observations et perspectives

Résumé

Table des matières

Höpflinger, F., Hugentobler V., Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires de personnes âgées en Suisse - Observations et perspectives; Parution aux Editions Médecine & Hygiène

ISBN 2-88049-216-5

Résumé

A l'instar de tous les autres pays européens, la Suisse connaîtra au cours des prochaines décennies une nette transformation de la répartition des âges dans la population résidente, en raison du vieillissement de la population. Le vieillissement démographique s'accélénera avant tout par l'avancée en âge des cohortes de taille importante, dont les représentants ont eux-mêmes eu peu d'enfants. Durant ces dernières décennies, le vieillissement de la population s'est accentué par l'espérance de vie accrue des personnes âgées. À l'avenir également, la Suisse devrait se trouver confrontée à un double phénomène de vieillissement démographique : d'une part, la proportion des aînés augmente en raison du recul des naissances; d'autre part, le nombre et la proportion des personnes âgées s'accroît en fonction de leur espérance de vie prolongée.

Comme les risques de limitations fonctionnelles du corps ou ceux de perturbation organiques du cerveau augmentent avec l'âge, un vieillissement de la population par le haut de la pyramide (causée par la nette augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées) exerce une influence importante sur la politique de la santé. Selon les scénarios de l'Office fédéral de la statistique, le nombre des personnes âgées de plus de 79 ans s'élèvera, entre 2000 et 2040, de 290'000 à un effectif compris entre 550'000 et 680'000 personnes, les femmes âgées continuant de former à l'avenir également la forte majorité. De même, l'effectif des grands vieillards, de 90 ans et plus s'accroîtra, de 46'000 personnes en 2000 pour atteindre 89'000 à 155'000 personnes en 2040, selon l'évolution de la longévité future. De ce fait, le rapport intergénérationnel de soutien se déplacera aussi massivement.

Les soins prodigués par les partenaires demeurent au premier plan

Comme les classes d'âge à proportion relativement forte de mariages atteignent actuellement un âge élevé, le pourcentage des personnes âgées et très âgées vivant en couple continuera de croître. Pour la classe des personnes âgées entre 65 et 79 ans, les couples forment clairement la catégorie dont les effectifs croîtront le plus fortement. Pour les femmes et les hommes dont l'âge est égal ou supérieur à 80 ans, les couples constituent également le groupe qui augmentera le plus rapidement. Tendanciellement, on continuera de différer le déménagement dans un home pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social (EMS), l'entrée en institution étant aussi déterminée par le mode de vie et qu'un nombre comparativement plus élevé de personnes très âgées, notamment des hommes, seront soignées au cours des prochaines années par leur partenaire. C'est pourquoi, dans un proche avenir, les soins professionnels comprendront davantage de conseil et d'encadrement (conjugaux) des couples d'âge avancé. Ces services incluront la gestion des conflits, des ambivalences et des charges que peut générer le besoin en soins d'un partenaire.

Outre l'encadrement et les soins assurés par le partenaire, les enfants jouent également un rôle prépondérant en matière de soins. Les personnes qui requièrent de l'aide et des soins, et dont les enfants sont encore en vie, demeurent plus longtemps à la maison que les personnes sans enfant. Parmi les générations qui atteindront 80 ans ces prochaines années, la proportion de ceux qui n'ont pas d'enfant est toutefois assez faible, et la proportion des personnes très âgées qui ont des enfants augmentera à court et moyen termes. Selon les données démographiques, il ne faut attendre un pourcentage nettement plus élevé de personnes âgées sans enfant qu'après 2030.

À court et moyen termes, le potentiel d'aide et de soins par le partenaire et les membres de la famille tendra à augmenter pour des raisons démographiques, car les personnes très âgées avec un partenaire et des enfants seront plus nombreuses que dans les cohortes précédentes.

Evolution du besoin en soins des personnes âgées

Plus les personnes sont âgées, plus les limitations liées à des problèmes de santé et d'infirmié deviennent fréquentes, encore que l'équation «âgé = malade» ne fonctionne pas. Si l'on questionne les personnes âgées directement, elles estiment souvent leur santé «bonne» à «très bonne». C'est le cas de la grande majorité des hommes et des femmes entre 80 et 84 ans et qui vivent à la maison : ils se considèrent en «bonne» ou «très bonne» santé. Une comparaison longitudinale entre 1992/93 et 2002 indique que la proportion des hommes et des femmes vivant à la maison et qui jugent positivement leur état de santé s'est encore partiellement accru.

À un âge avancé, les douleurs dorsales ou articulaires sont plus fréquentes. Plus du cinquième des personnes de 80 ans et plus, qui vit à la maison, en est affectée. Un groupe non négligeable se compose en outre de personnes âgées qui, vivant à la maison, connaissent des troubles du sommeil ainsi qu'un état de faiblesse générale. Les autres symptômes de maladie tendent par contre à diminuer avec l'âge. C'est le cas notamment des maux de tête, qui apparaissent plus souvent parmi les jeunes adultes et les personnes d'âge moyen que chez les aînés. En comparaison longitudinale entre 1992/93 et 2002, on observe une diminution de la fréquence des infirmités corporelles importantes au sein de la population des personnes âgées. Cette tendance s'explique avant tout par l'amélioration de la santé physique des personnes entre 65 et 79 ans.

Même si les limitations pour raisons de santé augmentent avec l'âge, une grande part de la population âgée profite d'une longue période de vie en bonne santé également au-delà de l'entrée à la retraite. La comparaison longitudinale de divers indicateurs sanitaires révèle plutôt des améliorations que des péjorations de l'état de santé. Cette observation est également valable lorsque l'on ne considère pas seulement les personnes âgées vivant à la maison. Ainsi, les femmes et les hommes ne vivent pas seulement plus longtemps de nos jours, ils restent aussi plus longtemps exempts d'handicaps que les générations précédentes. Les analyses épidémiologiques confirment cette évolution, qui est importante pour évaluer le développement futur du besoin en soins. En effet, si les personnes âgées requièrent de l'aide et des soins plus tardivement à l'avenir, leur besoin en soins augmentera plus lentement que ne l'indique la projection démographique des taux actuels de besoins en soins.

Si l'on prend en considération toutes les personnes âgées, indépendamment de leur forme d'habitation (ménage privé, home pour personnes âgées, établissement médico-social), le taux de besoin en soins pour l'ensemble des personnes de 65 ans et plus en Suisse est actuellement situé entre 10 et 11,5 pour cent. Jusqu'à 79 ans, moins de dix pour cent des personnes requièrent des soins. Pour la classe de 80 à 84 ans, ce sont déjà un bon cinquième. Et plus d'une personne sur trois de 85 ans ou plus nécessite de l'aide ou des soins.

Des modèles de calcul démographiques mettent en évidence qu'une réduction même modérée du besoin en soins (par exemple grâce à des mesures de promotion de la santé parmi les aînés ou de progrès réalisés en réadaptation) permet d'amortir considérablement l'impact démographique sur l'accroissement du nombre des personnes âgées nécessitant des soins. À la faveur des taux réduits de besoin en soins, le nombre des personnes âgées dépendantes de soins n'atteindrait qu'en 2020 le niveau qui serait observé dès 2010 sans changement de ces taux.

Rôle de la famille dans l'aide informelle aux personnes âgées

Comme on s'y attend, la proportion de personnes qui reçoivent une aide pour des raisons de santé augmente avec l'âge. À un âge élevé, l'aide des proches parents, des connaissances ou des voisins constitue une condition fondamentale pour le maintien à domicile de la personne âgée dépendante, tout particulièrement lorsque sa mobilité est réduite. Si, à l'échelle de la

Suisse, on met en rapport les données des résidents de homes et d'EMS avec le nombre de personnes âgées qui requièrent des soins, on peut estimer à au moins 40%, sur l'ensemble du pays, la proportion de personnes âgées requérant des soins qui résident dans des institutions. Il en résulte que la proportion des personnes âgées soignées à la maison ne devrait pas dépasser soixante pour cent en Suisse (contre plus de 70% en Allemagne).

Les personnes âgées qui reçoivent de l'aide mentionnent en moyenne 1,7 à 1,8 personnes leur prodiguant de l'aide. En Suisse tout comme en Allemagne, la ou le partenaire est alors dans plus d'un cas sur trois la personne qui apporte l'aide ou les soins à titre principal. Eu égard à l'espérance de vie plus élevée des femmes et à la différence d'âge traditionnelle dans les couples, les femmes sont de fait fortement représentées dans ce rôle. Chez les couples âgés qui vivent ensemble, la disposition à s'engager si le ou la partenaire a besoin de soins demeure très importante. Elle est considérée comme allant de soi et ne saurait être mise en question. Adopter une perspective d'aide ou de soignant peut constituer une étape de développement importante à l'âge avancé, tout particulièrement pour les hommes.

Les propres enfants de l'intéressé, notamment les filles, occupent le deuxième rang quand il s'agit de procurer des soins informels. Malgré l'augmentation de la participation au marché du travail des femmes, les filles continuent de se montrer très disposées à aider leurs parents âgés. Les fils, quant à eux, sont moins impliqués, même si leur importance en qualité d'aide va croissante, particulièrement auprès de parents âgés. Les fils s'engagent surtout dans l'organisation de l'aide et particulièrement pour la gestion des affaires administratives, tandis que les femmes (partenaires, filles, etc.) s'occupent très largement des tâches ménagères et des soins.

Globalement, on ne peut guère noter que la disposition à soutenir et à donner des soins par-delà les générations faiblisse de façon nette, tout au plus peut-on constater que les ambivalences des obligations intergénérationnelles s'expriment davantage aujourd'hui.

L'encadrement d'un proche atteint de démence exige, plus que tout autre, un engagement extrêmement lourd sur le plan émotionnel et coûteux en temps : il peut conduire les proches à la limite de la rupture. La progression des maladies démentielles contraint les proches à s'adapter continuellement à de nouvelles situations. Les épouses et les filles soignent souvent leur proche atteint de démence jusqu'au point où leurs forces cèdent sous le fardeau. De ce fait, le risque s'accroît de voir les membres de la famille qui encadrent l'intéressé tomber eux-mêmes malades pour devenir des «patients latents» («hidden patients»). Il est fréquent de constater des perturbations émotionnelles accompagnées de symptômes tels que la peur, la dépression et l'épuisement chez les membres de la famille en charge de soins. Il est donc essentiel de chercher des solutions visant à les appuyer et à les décharger. Une étude pilote, a été conduite à Zurich, pour déterminer les effets d'une formation des proches de personnes âgées atteintes de démence. Si cette démarche ne semble pas retarder l'entrée dans un établissement de soins, l'étude fait clairement apparaître des effets positifs sur le bien-être émotionnel et la qualité de vie subjective perçue par les proches chargés des soins. Tandis que le bien-être des personnes du groupe de contrôle s'amenuisait au fur qu'elles étaient soumises au fardeau des soins, celui des personnes du groupe au bénéfice d'une formation restait stable. L'auto-évaluation de la qualité de vie a abouti à un schéma semblable. Simultanément, la formation des proches a facilité le remplacement et la décharge (temporaires) des personnes d'encadrement, par exemple grâce à l'aide de voisins ou par la participation à des offres spéciales pour les malades de démence et leurs proches. La formation des proches a contribué à organiser et à accepter de l'aide.

Aide extra-familiale aux personnes âgées : les amis, les voisins et les groupes d'entraide

Compte tenu des transformations de notre société, on peut postuler un glissement plus marqué à l'avenir des liens du sang vers les affinités électives. De fait, les relations entre amis à un âge

avancé ont gagné en valeur au cours des dernières décennies. De telles amitiés entre personnes âgées jouent surtout un rôle comme appui personnel et émotionnel, mais elles sont d'importance secondaire s'agissant du soutien pratique et de soins plus intenses. Les amis ou les amies des personnes âgées sont rarement les principaux prestataires de soins au sens étroit, une telle activité devenant rapidement très lourde, mettant en péril un principe fondamental de l'amitié, à savoir la réciprocité.

Contrairement aux relations d'amitié, les rapports entre voisins se sont plutôt distendus. La mobilité accrue des personnes âgées a partiellement contribué à l'extension de leurs relations sociales au-delà des frontières de leur voisinage direct. C'est pourquoi les voisins sont moins souvent cités que les proches parents ou les amis s'agissant de l'aide qu'ils apportent. Toutefois, l'aide des voisins n'est pas dénuée d'importance, en particulier pour les personnes très âgées. Un bon quart des personnes âgées de 80 ans et plus qui, tout en vivant à la maison, requièrent un soutien pour des raisons de santé, reçoivent de l'aide de leurs voisins. Très souvent, il s'agit d'une aide pour les achats, ou pour préparer les repas, ou encore pour des tâches ménagères physiquement astreignantes.

Actuellement, les personnes âgées sont plutôt sous-représentées au sein des groupes d'entraide, même si l'on assiste depuis les années 1990 à une rapide progression des groupements d'intérêts et des organisations d'entraide de personnes âgées. Au nombre des principaux domaines thématiques par les organisations de seniors, on compte le soutien social mutuel, le développement et l'entretien de contacts et de relations, l'engagement social pour les autres, la réalisation d'intérêts communs de nature sociale, culturelle ou créative, l'échange de services organisé dans le cadre d'une communauté d'intérêts, ainsi que l'engagement politique et la défense des intérêts. À un âge avancé, l'entraide au sens classique est confrontée à des limites inhérentes à la situation des intéressés. C'est pourquoi, dans les groupes d'entraide des aînés, les activités se concentrent non seulement sur les personnes âgées concernées, mais aussi sur leurs proches parents. Par ailleurs, on y accorde une grande importance à une bonne coopération avec les professionnels spécialisés, car les handicaps et les maladies survenant à un âge avancé constituent souvent des situations complexes du point de vue gériatrique. En ce sens, les groupes d'entraide de personnes âgées ou destinées aux personnes âgées, qui comportent des aspects sanitaires, ne représentent pas des substituts au système des services professionnels, mais ils constituent un complément important aux structures de prestations de soins existantes, qu'elles soient familiales, ambulatoires ou stationnaires.

Soins ambulatoires pour personnes âgées : grandes différences régionales

Les données statistiques de l'aide et des soins professionnels à domicile (« Spitex » pour la Suisse allemande et « Services d'aide et de soins à domicile » pour la Suisse romande) montrent clairement dans quelle mesure les personnes âgées bénéficient de telles prestations : en 2002, 71% des clients qui recevaient de l'aide et des soins professionnels à domicile étaient âgés de plus de 64 ans, et 42% d'entre eux avaient 80 ans ou plus. Des changements d'ordre socio-gérontologique ont également leur importance s'agissant du besoin croissant des prestations en question. En effet, on a premièrement assisté au cours des dernières décennies à une augmentation des petits et très petits ménages de personnes âgées : après le départ des enfants du domicile familial, nombre de personnes âgées vivent soit à deux, soit seules. Deuxièmement, le standard d'habitation des personnes âgées s'est nettement amélioré ces dernières décennies. Une telle situation encourage les intéressés à demeurer chez eux aussi longtemps que possible. Troisièmement, l'extension de l'espérance de vie exempte d'handicaps chez les personnes âgées accroît leur besoin en prestations ambulatoires, car l'absence d'handicaps ne signifie pas l'absence de maux. De nos jours, nombreuses sont les

personnes âgées qui, tout en étant capables de gérer leur quotidien de façon autonome, dépendent ponctuellement des prestations de services ménagers et soignants.

Au total, quelque 8% des personnes comprises entre 65 et 79 ans et qui vivent à la maison recourent aux prestations d'aide et de soins professionnels à domicile; pour les personnes de 80 ans et plus, qui vivent dans un ménage privé, la proportion atteint 38 à 40%. Une analyse détaillée de l'Enquête suisse sur la santé de 2002 révèle que le recours aux services d'aide et de soins professionnels à domicile connaît une hausse marquée en particulier après 80 ans. À ce sujet, il faut ajouter que la proportion des personnes âgées qui font appel à ces services ambulatoires professionnels est étroitement associée à leur état de santé. Une estimation subjective négative de leur propre état de santé ou des restrictions fonctionnelles dans les activités journalières, ainsi que des problèmes de mobilité entraînent une utilisation plus fréquente des prestations d'aide et de soins professionnels à domicile.

L'aide et les soins ambulatoires professionnels en Suisse (Spitex) sont conçus de manière décentralisée, ce qui facilite une structure d'offres à petite échelle. Outre des avantages, tels la proximité des citoyens et une grande flexibilité locale de l'offre, la structure décentralisée de l'aide et des soins professionnels à domicile présente également certains inconvénients, par exemple la forte dispersion des ressources professionnelles et le risque d'énormes disparités entre les régions quant aux offres en matière de santé. Des différences intercantionales nettes dans les prestations de l'aide et des soins à domicile pour les personnes âgées résultent de la conception fédéraliste de l'organisation et du financement des soins ambulatoires. Trois petits cantons alémaniques (Obwald, Nidwald et Appenzell Rh.-Int.), ainsi que Bâle-Ville présentent un développement supérieur à la moyenne des prestations de Spitex pour les personnes âgées. Par ailleurs, les cantons romands de Vaud, de Neuchâtel, du Jura et de Genève ont également développé les services d'aide et de soins à domicile au-delà de la moyenne. Dans les cantons suivants, les services de Spitex aux aînés sont inférieurs à la moyenne : Lucerne, Uri, Schwyz, Glaris, Zoug, Schaffhouse et Tessin (un développement supplémentaire de l'aide et des soins professionnels à domicile serait approprié dans ces cantons, à tout le moins régionalement).

Rapports entre les soins formels et informels à l'âge avancé

Sur le plan politique, on exprime souvent la crainte que le développement de l'aide et des soins professionnels n'évince l'aide et les soins apportés par la famille. La situation des données relatives à la dynamique des prestations familiales et des services étatiques de soins, ou les rapports entre les soins informels bénévoles d'une part, et les soins professionnels rémunérés d'autre part, sont encore lacunaires. Toutefois, des analyses conduites récemment étayaient plutôt la thèse de la complémentarité que celle de l'évincement. Les données de l'Enquête suisse sur la santé de 2002 mettent aussi en évidence que les prestations d'aide et de soins professionnels à domicile sont souvent fournies en combinaison avec une aide informelle. Ainsi, plus de 69% des personnes âgées bénéficiaires de prestations d'aide ou de soins professionnels à domicile au cours des douze derniers mois ont également été soutenues par leur réseau social (membres de la famille, connaissances, voisins). Par conséquent, les systèmes d'aide ambulatoire, tant formels qu'informels, apportent conjointement leurs services à un groupe cible important. Le soulagement que des services professionnels apportent aux personnes soignantes, notamment si elles sont âgées, peuvent contribuer à éviter que l'aide et les soins familiaux donnés aux personnes âgées malades ne dépassent et ne surchargent les personnes qui les assument à titre principal. Simultanément, le soutien professionnel pour fournir des soins peut renforcer la solidarité intergénérationnelle.

Cependant, la compatibilité des soins professionnels et des soins familiaux dépend des arrangements de soins existants au sein de la famille et de l'approche technique et humaine des professionnels chargés d'apporter des soins. Du point de vue socio-politique, il apparaît

particulièrement problématique de renforcer les obligations familiales dans le domaine des soins tout en affaiblissant simultanément l'autonomie familiale par l'apport de soins professionnels trop fortement axés sur les aspects techniques. Seuls des soins professionnels axés sur la relation aux personnes donnent une chance aux soins familiaux apportés dans une perspective d'autonomie, qui correspondent aux structures familiales actuelles et aux conceptions de soins modernes.

Les personnes âgées dans les ménages institutionnels et les établissements médico-sociaux (EMS)

Dans le cadre des recensements fédéraux de la population, on distingue les ménages privés des ménages collectifs. Les ménages collectifs comprennent d'une part les homes de divers types (institutions pour handicapés, homes pour personnes âgées, établissements médico-sociaux) et d'autre part les institutions telles que les cliniques psychiatriques, les hôpitaux, les prisons, les couvents, etc.. Au cours des quarante dernières années, l'effectif des personnes âgées qui résident dans des ménages collectifs a plus que doublé. Leur nombre dépasse 100'000 en 2005. Toutefois, le pourcentage de personnes âgées en ménages collectifs n'a que légèrement augmenté entre 1960 et 2005, savoir de 7,4 à 8,5 %. Comme il faut s'y attendre, la proportion de personnes qui habitent dans des ménages collectifs augmente nettement à un âge élevé. Si quelque 90% des moins de 80 ans vivent encore dans des ménages privés, le pourcentage de personnes de la catégorie d'âge supérieure dans les homes pour personnes âgées et les établissements médico-sociaux (EMS) grimpe rapidement. Ainsi, environ 24% des personnes âgées entre 85 et 89 ans vivent dans un EMS; pour les personnes dont l'âge est compris entre 90 et 94 ans, la proportion est déjà de 40%; et plus de 58% du (petit) groupe des personnes de 95 ans et plus ont quitté leur domicile privé. On relève toutefois à ce sujet des différences marquées entre les cantons. Les cantons de Glaris, Appenzell Rh.-Ext., Schaffhouse, Uri et Zoug présentent une proportion particulièrement élevée de résidents de homes et d'EMS âgés. Le pourcentage des personnes âgées qui vivent en homes ou en EMS est également supérieur à la moyenne dans les cantons de St-Gall, Schwyz, Lucerne, Zurich, Obwald, et Nidwald. On trouve une proportion faible de personnes âgées dans les homes et les EMS des cantons romands de Genève, du Jura, de Vaud et du Valais, ainsi que dans le canton d'Appenzell Rh.-Int.. Le pourcentage des pensionnaires de homes et d'EMS âgés de plus de quatre-vingts ans est également légèrement inférieur à la moyenne dans les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Soleure.

La demande d'admissions dans les homes pour personnes âgées et dans les EMS ne dépend pas que de l'état de santé des personnes âgées, elle est aussi tributaire de facteurs socio-économiques (statut social, situation familiale). De plus, les structures sociales et économiques passées jouent également un rôle. La demande régionale de soins stationnaires pour les personnes âgées malades est donc déterminée aussi bien par des paramètres liés à l'avenir qu'à des facteurs émanant du passé. Les éléments d'évolution démographique sont au nombre des paramètres liés au futur (évolution des effectifs des personnes âgées). Quant aux facteurs issus du passé, il faut les chercher dans l'histoire sociale, économique et professionnelle de la population vieillissante. Or, l'«art» de bien planifier les établissements médico-sociaux réside dans la capacité à estimer les besoins futurs des personnes âgées, tout en tenant compte de leur expérience de vie spécifique.

Le personnel dans le domaine des soins de longue durée

Les soins aux personnes âgées et les soins de longue durée, ambulatoires et stationnaires, sont devenus des facteurs d'occupation et des paramètres économiques importants. Il s'agit d'une évolution appelée à se prolonger, eu égard aux tendances démographiques et gérontologiques.

Au total, près de 150'000 personnes occupent un emploi dans les soins ambulatoires et stationnaires, non pas exclusivement, mais majoritairement auprès de personnes âgées; 82'000 de ces professionnels fournissent directement des prestations de soins médicaux. Les soins aux personnes âgées et les soins de longue durée, ambulatoires ou stationnaires, ont pour caractéristique frappante d'employer une claire majorité de femmes : le pourcentage de celles-ci dans le personnel des soins de longue durée en Suisse est supérieur à 90%. Ce caractère féminin des métiers soignants a plusieurs effets. Premièrement, la forte proportion de femmes dans les métiers soignants contribue au niveau relativement bas des salaires. Deuxièmement, les postes à temps partiels sont très fréquents dans le domaine des soins ambulatoires et stationnaires. Seuls 15% (soins ambulatoires) et 26% (soins stationnaires) des employés travaillent à plein temps dans les soins de longue durée. Troisièmement, on peut relever une nette tendance à un comportement professionnel altruiste chez le personnel féminin, mais partiellement aussi chez le personnel masculin engagé dans le domaine des soins. Ce point transparait dans les attentes professionnelles, qui comportent un fort désir de venir en aide. C'est pourquoi surviennent des décalages considérables entre la conception que le personnel soignant se fait de sa profession et les exigences d'un système de santé toujours plus régulé selon des principes économiques.

Globalement, le personnel soignant trouve son travail en majeure partie satisfaisant et une majorité est largement satisfaite de ses activités de soins. En outre, la majorité des personnes chargées d'apporter des soins est à même de bien gérer les exigences et les accaparements émotionnels inhérents aux soins des personnes âgées et aux soins de longue durée. Cependant, certaines dimensions critiques se font jour, notamment dans les soins stationnaires aux personnes âgées et les soins stationnaires de longue durée, en particulier dans les établissements d'assez grande taille et en cas de pénurie aiguë de personnel qualifié. La pression du temps et une réglementation toujours plus bureaucratique des prestations de soins menacent l'aspect relationnel de l'activité soignante, considéré comme central, en particulier pour le personnel de soins féminin. Autrement dit et pour simplifier : dans les soins aux personnes âgées qui souffrent de maux chroniques ou de restrictions de nature démentielle, les principaux facteurs de perturbation émotionnels de la profession ne sont pas les clients de l'aide et des soins à domicile ou les résidents des EMS, mais bien plutôt des facteurs organisationnels (établissement trop vaste, organisation rigide du service, forte pression des délais et importance excessive accordée aux critères de performance économique par rapport aux dimensions de soins axées sur les rapports humains, heures supplémentaires non honorées, manque de reconnaissance pour le travail fourni, ainsi qu'une infrastructure insuffisante pour le personnel). Si une pénurie de personnel professionnel soignant devait survenir à l'avenir, ce ne serait donc pas en raison de la pénibilité émotionnelle des soins apportés aux personnes âgées, qui seraient jugés trop astreignants; les conditions de travail et les structures organisationnelles, qui entourent les soins et qui exercent un effet motivant ou démotivant, seront déterminantes.

Nouvelles conceptions des soins aux personnes âgées et situation de l'offre de services

Dans le domaine des soins stationnaires, on met de plus en plus en oeuvre des approches inspirées du milieu de vie, afin de configurer effectivement le home pour personnes âgées ou l'établissement médico-social (EMS) en un lieu où l'on habite et où l'on vive. S'agissant de personnes âgées et malades, soigner en s'inspirant du milieu de vie des intéressés signifie idéalement qu'on les soutienne dans l'accomplissement de leur vie et de leurs actions telles qu'elles s'inscrivent dans leur biographie, que l'on tienne compte de leurs besoins et que l'on valorise les compétences dont elles disposent encore. Il en découle un changement fondamental de perspective : on passe de l'optique d'un service compensateur de déficits qui met les personnes âgées sous tutelle à l'instauration d'arrangements de soins utiles. Le

principe de normalisation, qui met l'accent sur le train-train quotidien, la routine et les rythmes usuels jusque dans les dispositifs de soins, est particulièrement important.

Globalement, les soins ambulatoires et stationnaires des personnes âgées malades ont fait de nets progrès ces dernières années en Suisse, tant pour ce qui est de la qualité des soins que s'agissant de l'ancrage local des dispositifs de soins. L'offre de services est insuffisante pour les personnes âgées souffrant de symptômes dépressifs et de démence, ainsi que pour ceux de leurs proches qui s'en occupent, avec des lacunes plus ou moins importantes selon les régions. Dans certains rares cantons de Suisse alémanique, par contre, on relève une certaine surcapacité dans le domaine des homes pour personnes âgées et des services institutionnels aux personnes âgées qui ne requièrent pas ou peu de soins (cette situation explique notamment qu'on y trouve une proportion supérieure à la moyenne de personnes âgées logées dans des ménages institutionnels). Certaines régions de Suisse sont de plus encore sous-desservies en ce qui concerne l'aide et les soins professionnels à domicile (Spitex). De plus, les structures d'aide et de soins professionnels à domicile sont encore trop morcelées dans maintes régions (même si les services décentralisés comportent leurs avantages). De surcroît, l'offre de services stationnaires partiels est lacunaire à de nombreux égards, particulièrement dans le domaine psychogériatrique. Un consensus existe quant aux objectifs centraux assignés aux conceptions novatrices des soins aux personnes âgées en Suisse, notamment :

- renforcer l'auto-détermination des résidents de homes pour personnes âgées et d'EMS, ainsi que l'ouverture de tels établissements vers l'extérieur;
- renforcer la coopération entre les offres ambulatoires et stationnaires, par exemple en développant des offres mixtes, partiellement stationnaires et ambulatoires;
- améliorer la coordination des soins aigus, des soins de transition et des soins de longue durée pour les personnes âgées;
- développer des formes d'encadrement complémentaires; en font partie les modèles d'habitation encadrée (ou habitation accompagnée), les communautés de soins et les résidences de soins décentralisées;
- améliorer l'appui aux proches en charge des soins et multiplier les offres de décharge.

Table des matières

Geleitwort

Zum Inhalt

Zusammenfassung

1 Demografische Perspektiven

- 1.1 Wandel der Altersverteilung der Wohnbevölkerung
- 1.2 Szenarien zur künftigen Entwicklung von Lebenserwartung und Zahl älterer Menschen
- 1.3 Intergenerationelle Unterstützungsraten
- 1.4 Familiendemografische Entwicklungen und Perspektiven

2 Gesundheit im Alter und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

- 2.1 Zur Gesundheit älterer Menschen – Beobachtungen und Trends
- 2.2 Pflegebedürftigkeit im Alter – bisherige Entwicklungen und erwartbare Tendenzen

3 Familiäre Pflege älterer Menschen

- 3.1 Informelle Hilfeleistungen und familiäre Pflegeleistungen
- 3.2 Familiäre Hilfe und Pflege – die pflegenden Personen
- 3.3 Bereitschaft zur familialen Pflege
- 3.4 Unterstützung von Pflegenden – Pilotstudie zur Schulung von Angehörigen

4 Ausserfamiliäre Hilfeleistungen für ältere Menschen zuhause

- 4.1 Ausserfamiliäre Hilfe – Freunde und Nachbarn
- 4.2 Selbsthilfegruppen – Möglichkeiten und Grenzen

5 Ambulante Pflege älterer Menschen – die Spitex

- 5.1 Dienstleistungen für ältere Menschen – die Schweiz im europäischen Vergleich
- 5.2 Leistungen der Spitex für ältere Menschen – gesamtschweizerische Angaben
- 5.3 Ambulante Leistungen für ältere Menschen im interkantonalen Vergleich
- 5.4 Zum Verhältnis informeller und formeller Pflege im Alter

6 Stationäre Angebote für ältere Menschen – institutionelle Haushaltungen und sozialmedizinische Einrichtungen

- 6.1 Entwicklung von Zahl und Anteil älterer Menschen in institutionellen Haushaltungen
- 6.2 Ältere Menschen in sozialmedizinischen Einrichtungen – gesamtschweizerische Situation
- 6.3 Sozialmedizinische Einrichtungen für ältere Menschen im interkantonalen Vergleich

7 Personalpolitische und konzeptuelle Aspekte der Pflege alter Menschen

- 7.1 Zur Lage des Personals in der Langzeitpflege
- 7.2 Neue Konzepte der Pflege alter Menschen jenseits der Zweiteilung von ambulanter und stationärer Pflege

Zentrale Aussagen und gesundheitspolitische Folgerungen

Literatur