



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

OBSAN RAPPORT 54

54

Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution

Dorith Zimmermann-Sloutskis, Florence Moreau-Gruet, Erwin Zimmermann

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Dorith Zimmermann-Sloutskis, DSc., PT, MPH
(Epidemiology and Biostatistics)
- Florence Moreau-Gruet, lic. soc. (Obsan)
- Erwin Zimmermann, Ph.D.
(Epidemiology and Biostatistics)

Reviewboard

- François Höpflinger, Professeur
- France Weaver, SSPH+ Professeur assistant
- Sonia Pellegrini (Obsan)
- Martine Kaeser (Office fédéral de la statistique)

Direction du projet à l'Obsan

Florence Moreau-Gruet

Série et numéro

Obsan Rapport 54

Référence bibliographique

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F. & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution* (Obsan Rapport 54). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commande

Tél. 032 713 60 60

Fax 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1203

Prix

11 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications

ISBN

978-2-940502-03-5

© Obsan 2012



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

Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution

Dorith Zimmermann-Sloutskis, DSc., PT, MPH

Florence Moreau-Gruet, lic. soc.

Erwin Zimmermann, Ph.D.

Table de matières

Index des tableaux	3
Index des figures	4
Résumé	5
Zusammenfassung	11
1 Introduction	17
1.1 Problématique, prémisses et lieux de vie	17
1.2 Perspectives et enjeux de santé publique	18
1.3 Objectifs de l'étude	18
1.4 Contenu du rapport.....	19
2 La qualité de vie des personnes âgées	21
2.1 Concepts, définitions et mesures de la qualité de vie	21
2.2 Facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées.....	22
2.3 Particularités de la qualité de vie des personnes âgées en institution	23
2.3.1 Raisons de l'entrée en EMS.....	23
2.3.2 Solitude et dégradation du moral	24
2.3.3 Caractéristiques des personnes vivant en EMS par rapport à celles vivant à domicile.....	24
2.3.4 Qualité de vie.....	24
2.3.5 Qualité de vie et santé.....	25
2.4 Aspects différentiels de la qualité de vie dans les deux lieux de vie	26
3 Hypothèses et modèle d'analyse	27
3.1 Hypothèses	27
3.2 Modèle d'analyse et concepts.....	28
3.3 Bases de données, indicateurs et techniques d'analyse.....	29
3.3.1 Bases de données et échantillons.....	29
3.3.2 Questionnaires et indicateurs	30
3.3.3 Indicateurs	31
3.3.4 Techniques d'analyses statistiques	32
4 Résultats	33
4.1 Caractéristiques des personnes âgées selon leur lieu de vie	33
4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées résidant à domicile et en institution	33
4.1.2 Caractéristiques des personnes âgées en institution interviewées ou non (ESAI-Interviews contre ESAI-Proxies).....	35
4.2 Facteurs importants de la qualité de vie selon le lieu de vie	37
4.2.1 Prévalence de la qualité de vie et de ses déterminants selon le lieu de vie	37
4.2.2 Santé, vie sociale et prise en charge médicale comme facteurs de la qualité de vie (analyses bivariées)	40
4.2.3 Aspects spécifiques de la qualité de vie en institution	45
4.3 Modèle explicatif réduit aux facteurs communs aux deux lieux de vie	54
4.3.1 Analyses des principaux facteurs comparables de la qualité de vie des personnes âgées dans les deux lieux de vie.....	54
4.3.2 Interactions entre la participation et le soutien social avec la santé	56

5	Conclusions et discussion	59
5.1	Rappel des principaux résultats.....	59
5.2	Pertinence théorique des mesures de la qualité de vie.....	59
5.3	Caractéristiques des échantillons.....	60
5.4	Modèle explicatif sélectif et validité des analyses comparatives.....	61
5.5	Apports et limitations de l'étude.....	61
5.6	Importance du lieu de vie pour la qualité de vie des personnes âgées.....	62
5.7	Perspectives de recherches.....	62
5.8	Enjeux des résultats pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées.....	63
6	Références	65
7	Annexes	69
7.1	Annexe A – L'étude préliminaire de faisabilité.....	69
7.1.1	Objectifs du concept et de l'étude de faisabilité.....	69
7.1.2	Principaux résultats.....	69
7.2	Annexe B – « Questions et indicateurs ».....	72
7.3	Annexe C – Tableau comparatif des variables PSM, ESS et ESAI.....	77

Index des tableaux

Tableau 2.1	Dimensions de la qualité de vie des personnes en institution.....	25
Tableau 3.1	Echantillons de personnes âgées issus du Panel suisse de ménages (PSM 2000-2010) et de l'Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées vivant en Institution (ESAI 2008-2009).....	30
Tableau 4.1	Qualité de vie, interview en face-à-face, 2008-2009.....	45
Tableau 4.2	Risque de qualité de vie moyenne à (très) mauvaise selon les déterminants sociodémographiques, de participation et de réseau social et de santé, interview en face-à-face, 2008-2009.....	53
Tableau 4.3	Les facteurs d'une « mauvaise qualité de vie » à domicile (PSM 2000-2010).....	55
Tableau 4.4	Les facteurs d'une « mauvaise qualité de vie » en institution (ESAI 2008 / 2009).....	56
Tableau 4.5	Les effets de la participation sociale et du soutien social sur la qualité de vie en fonction du niveau de santé (ESAI 2008 / 2009).....	58
Tableau 7.1	Questions et indicateurs comparables dans le PSM et dans l'ESAI.....	72
Tableau 7.2	Caractéristiques sociodémographiques et de santé des échantillons PSM, ESS et ESAI (données pondérées), personnes de 65 ans et plus.....	77
Tableau 7.3	Prévalence des troubles physiques et limitations fonctionnelles selon les échantillons PSM, ESS et ESAI (données pondérées), personnes de 65 ans et plus.....	78
Tableau 7.4	Risque d'insatisfaction avec la vie en général (odds ratio) à domicile en fonction des principaux déterminants par genre. (PSM 2000-2010 : Régressions logistiques univariées (OR) et multivariées (aOR)).....	79
Tableau 7.5	Risque d'insatisfaction avec la vie en général (odds ratio) en institution en fonction des principaux déterminants par genre. (ESAI 08/09 : Régressions logistiques univariées (OR) et multivariées (aOR)).....	81

Index des figures

Figure 3.1	Les déterminants ou éléments de la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus.....	28
Figure 4.1	Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées vivant à domicile (ESS) et en institution (ESAI).....	33
Figure 4.2	Santé des personnes âgées vivant à domicile (ESS) et en institution (ESAI).....	34
Figure 4.3	Degré de limitations fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile (ESS) et en institution (ESAI)	34
Figure 4.4	Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées vivant en institution (ESAI-Interviews et ESAI-Proxies).....	35
Figure 4.5	Degré de limitations fonctionnelles des personnes âgées vivant en institution interviewées ou non (ESAI-Interviews et ESAI-Proxies)	36
Figure 4.6	Evaluation de la « qualité de vie » à domicile et en institution (% indiquant une « bonne » qualité de vie).....	38
Figure 4.7	Proportions de personnes se disant très satisfaites de leur de vie en général (PSM) ou estimant leur qualité de vie bonne ou très bonne (ESAI) selon l'état de santé et le sexe	42
Figure 4.8	Proportions de personnes se disant très satisfaites de leur de vie en général (PSM) ou estimant leur qualité de vie bonne ou très bonne (ESAI) selon la participation et le soutien social et le sexe	43
Figure 4.9	Proportions de personnes se disant très satisfaites de leur de vie en général (PSM) ou estimant leur qualité de vie bonne ou très bonne (ESAI) selon la prise en charge médicale et le sexe	44
Figure 4.10	Qualité de vie et sexe du répondant, interview en face-à-face, 2008-2009	45
Figure 4.11	Qualité de vie et sexe et âge du répondant, interview en face-à-face, 2008-2009	46
Figure 4.12	Qualité de vie et niveau d'éducation du répondant, interview en face-à-face, 2008-2009	46
Figure 4.13	Qualité de vie et décision de placement, interview en face-à-face, 2008-2009	47
Figure 4.14	Qualité de vie et participation à des activités à l'intérieur de l'institution, interview en face-à-face, 2008-2009.....	48
Figure 4.15	Qualité de vie et participation à des activités à l'extérieur de l'institution, interview en face-à-face, 2008-2009.....	48
Figure 4.16	Qualité de vie et personnes pour soutenir ou pour parler, interview en face-à-face, 2008-2009.....	49
Figure 4.17	Qualité de vie et contacts avec d'autre(s) résident(s), interview en face-à-face, 2008-2009.....	49
Figure 4.18	Qualité de vie et santé en général auto-évaluée, interview en face-à-face, 2008-2009	50
Figure 4.19	Qualité de vie et troubles physiques, interview en face-à-face, 2008-2009	50
Figure 4.20	Qualité de vie et troubles psychiques, interview en face-à-face, 2008-2009	51
Figure 4.21	Qualité de vie et sentiments par rapport au fait de vivre en EMS, interview en face-à-face, 2008-2009.....	52

Résumé

Objectifs

Une meilleure connaissance des éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées constitue une base indispensable pour la prise en charge d'une population vieillissante, confrontée à d'importants problèmes de santé, et dont l'amélioration de la qualité de vie représente une priorité pour les autorités politiques et sanitaires.

Dans le cadre de son domaine de compétences « Population et recours aux soins », l'Observatoire suisse de la santé souhaite développer les connaissances sur les éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées vivant *en institution* par rapport à celles vivant à *domicile*. Cette étude vise en particulier à mieux connaître les principaux éléments, du point de vue des personnes âgées elles-mêmes, dans l'évaluation de leur qualité de vie et à répondre aux trois questions suivantes:

1. *Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées vivant à domicile par rapport à celles vivant en institution ?*
2. *Quels sont les éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées selon qu'elles vivent à domicile ou en institution ?*
3. *Quels sont les groupes de déterminants qui expliquent le mieux la qualité de vie dans chacun des deux lieux de vie ?*

Méthode

Pour répondre à ces questions, trois sources de données ont été considérées : les données provenant de *l'Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions* (ESAI-08/09), du *Panel suisse de ménages* (PSM 2000-2010) et, subsidiairement, de l'Enquête suisse sur la Santé (ESS 2007). Le PSM est une base de données longitudinales dont le but est d'étudier le changement social en Suisse. L'enquête du PSM est menée annuellement auprès d'un échantillon aléatoire de ménages résidant en Suisse, tiré en 1999 et partiellement renouvelé en 2004. Il contient des informations sur la qualité de vie, mais un nombre relativement restreint de ménages composé de personnes de 65 ans et plus. A l'inverse, l'ESS a l'avantage de contenir un plus grand sous-échantillon de personnes de 65 ans et plus et de garantir une meilleure représentativité que le PSM en raison de l'absence de problèmes d'attrition longitudinale, mais n'inclut pas d'informations relatives à l'appréciation de la qualité de vie. Enfin, l'ESAI a été conçue pour compléter les données de l'Enquête suisse sur la santé en interrogeant les personnes vivant en institution directement ou par le biais du personnel soignant. Seuls les résultats issus d'interviews directes avec les personnes ont pu être analysés, car les données provenant de questionnaires remplis par le personnel soignant pour une partie des personnes âgées souffrant de limitations fonctionnelles et cognitives importantes ne contiennent pas d'informations sur la qualité de vie.

Le concept de qualité de vie est multidimensionnel et complexe. Le modèle de la qualité de vie choisi pour l'analyse est basé sur l'hypothèse suivante :

La qualité de vie des personnes âgées se trouve principalement déterminée par leur situation de vie, leur participation active à la vie sociale et le soutien social dont elles bénéficient. La santé et la maladie interviennent secondairement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle. La prise en charge médicale influence indirectement la qualité de vie dans la mesure où elle contribue à maintenir ou à rétablir l'autonomie fonctionnelle.

Ce rapport contient cinq chapitres, la liste des références et une annexe.

- Le *premier chapitre* constitue une introduction dans laquelle sont définis la problématique et les objectifs de l'étude.

- Le *deuxième chapitre* est consacré à une revue de la littérature, des concepts, des définitions et des mesures de la qualité de vie ainsi que des facteurs objectifs et subjectifs de celle-ci. Les particularités de la qualité de vie des personnes âgées en institution en comparaison avec celles qui vivent à leur domicile y sont mises en évidence.
- Le *troisième chapitre* énonce les hypothèses et définit le modèle d'analyse qui guide l'exploitation des données. En outre, il contient une présentation détaillée des enquêtes du PSM et de l'ESAI, accompagnée de précisions quant aux indicateurs et techniques d'analyse utilisées.
- Le *quatrième chapitre* présente les résultats des analyses en trois parties:

La première partie compare les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes vivant à domicile à celles qui vivent en institution. En raison de leur meilleure représentativité, ce sont les données de l'ESS 2007 qui ont été utilisées comme principale base de comparaison avec l'ESAI. Cette comparaison est suivie d'une mise en perspective approfondie des différences importantes entre les personnes interviewées en face-à-face par l'ESAI et celles vivant également en institution, mais qui n'ont pas été interviewées en raison de leur trop mauvais état de santé physique et/ou psychique ou encore de déficiences cognitives trop importantes. L'exclusion des personnes non-interviewées sur leur qualité de vie limite considérablement la portée des résultats concernant les divers facteurs de la qualité de vie.

La deuxième partie décrit la qualité de vie et ses déterminants, suivis de résultats d'analyses bivariées entre les divers facteurs retenus et l'évaluation de la qualité des personnes âgées, accompagnées d'explorations plus approfondies pour les personnes vivant en institution.

La troisième partie est dédiée aux résultats issus du modèle explicatif, réduit aux facteurs communs aux deux lieux de vie, domicile et institution (analyses multivariées de régressions logistiques). Elle est complétée par des résultats bivariés concernant les relations entre la santé et la participation ou le soutien social. Quoique associé, on peut démontrer que le niveau de santé ne modifie pas le lien positif entre la participation sociale, le soutien et la qualité de vie (analyses multivariées des interactions).

- Le *cinquième chapitre* est consacré aux conclusions et à la discussion. Après le rappel des principaux résultats, sont abordés la pertinence des mesures de la qualité de vie, les questions de validité des analyses et les apports et limitations de l'étude. Le chapitre est clos par une esquisse des perspectives de recherche et les possibles enjeux des résultats pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

Résultats

Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées vivant à domicile par rapport à celles vivant en institution ?

Un très fort contraste entre les personnes âgées vivant à *domicile* et celles qui vivent en *institution* confirme que ce sont bien les sévères limitations dans l'exercice des activités de la vie quotidienne qui sont le principal motif pour une entrée en institution.

Les personnes âgées interviewées en *institution* sont majoritairement en mauvaise santé (57% contre 29% à domicile) et ont des problèmes de santé de longue durée (77% contre 45% à domicile). En outre, elles sont le plus souvent « fortement limitées » dans l'exercice des *activités de la vie quotidienne* (50% contre 12% à domicile). Ainsi, 77% d'entre elles sont incapables ou avec beaucoup de difficultés de prendre sans aide « une douche ou un bain » (3,8% à domicile), 54% de « s'habiller » (1,3% à domicile) et 49% de se rendre aux « toilettes » (1% à domicile).

Les différences sociodémographiques sont également très importantes. Par rapport aux personnes âgées vivant à leur *domicile*, les personnes vivant en *institution* sont en très forte majorité des femmes (75% contre 57% à domicile) et très âgées (80% de 80 ans ou plus contre 23% à domicile). En plus,

elles sont presque exclusivement de nationalité suisse (95% contre 80% à domicile) et d'un niveau de formation nettement inférieur (50% de scolarité obligatoire contre 25% à domicile).

Quels sont les éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées selon qu'elles vivent à domicile ou en institution ?

Pour les personnes âgées résidant à *domicile*, le niveau moyen de satisfaction avec la vie en général est de 8.2 sur une échelle allant de 0 à 10, et pour les personnes en *institution* (ESAI) de 6.5. Trois quarts des personnes âgées résidant à *domicile* se déclarent satisfaites avec la vie en général. Près de deux tiers de celles qui résident en *institution* estiment que leur qualité de vie est bonne ou très bonne.

Les principaux facteurs de la qualité de vie dans l'appréciation des personnes âgées elles-mêmes sont la *participation active à la vie sociale* et la *disponibilité d'un fort soutien social* d'une part et la *santé, maladie et autonomie fonctionnelle* d'autre part.

Pour les *personnes âgées vivant à domicile*, tous ces facteurs sont significativement corrélés avec la qualité de vie, et cela de manière très semblable pour les hommes et les femmes. Sont particulièrement à risque d'une mauvaise qualité de vie, les personnes sans conjoint, sans soutien social, en mauvaise santé physique ou psychique ou atteintes d'une limitation fonctionnelle sévère.

Pour les personnes âgées *vivant en institution*, ces facteurs jouent un rôle assez similaire en ce qui concerne l'effet négatif de la non-participation aux activités organisées par l'institution et du manque de soutien social, particulièrement auprès des femmes. Contrairement au bienfait de la présence d'un conjoint pour les personnes vivant à leur domicile, avoir vécu avec un conjoint avant l'entrée en institution se révèle plutôt négatif pour la qualité de vie des personnes en institution, très probablement en raison de la souffrance engendrée par la séparation. La mauvaise santé physique et psychique, ainsi que les limitations fonctionnelles sévères augmentent très considérablement le risque d'une mauvaise qualité de vie pour les personnes vivant en institution. D'autres éléments propres à la situation institutionnelle ont également leur importance. Les personnes ayant elles-mêmes décidé de leur entrée en EMS jouissent d'une meilleure qualité de vie (67% contre 52% pour les autres), de même que les personnes qui maintiennent des contacts avec d'autres résidents (66% contre 50%). Les sentiments concernant la vie en EMS qui interfèrent le plus avec la qualité de vie sont le manque de sérénité et le fait de ne pas se sentir soulagé d'être en EMS.

Quels sont les groupes de déterminants qui expliquent le mieux la qualité de vie dans chacun des deux lieux de vie ?

En complément à l'analyse univariée ci-avant, les différents déterminants de la qualité de vie ont été inclus simultanément dans un modèle multivarié de régression logistique, un pour chacun des deux lieux de vie. **La bonne santé physique et psychique, ainsi que l'absence de limitations fonctionnelles jouent un rôle prépondérant pour la bonne qualité de vie des personnes âgées qu'elles vivent à domicile ou en institution.** Ainsi, une mauvaise santé psychique triple le risque d'une mauvaise qualité de vie. D'autres facteurs ne sont plus statistiquement significatifs. La prise en charge médicale par exemple, très liée aux divers aspects de la santé, n'a pas d'influence indépendante sur la qualité de vie.

Les facteurs de la qualité de vie se différencient selon le lieu de vie des personnes âgées :

- A *domicile*, la *participation associative* et le *soutien social* contribuent très positivement à la qualité de vie en plus des éléments liés à la *santé*. Au delà de ces trois facteurs, la nationalité et le niveau de formation jouent également un rôle. Les Suisses d'origine et les personnes les mieux formées jouissent d'une meilleure qualité de vie que les étrangers non naturalisés et les personnes n'ayant

achevé que l'école primaire. Les femmes âgées les moins bien formées sont particulièrement à risque d'une mauvaise qualité de vie.

- En *institution*, les personnes qui participent aux activités qui y sont organisées jouissent d'une meilleure qualité de vie par rapport à celles qui s'abstiennent. Seule l'absence de tout *soutien pratique et émotionnel* apparaît affecter négativement la qualité de vie.

Quel que soit le lieu de vie, les résultats indiquent d'une manière très nette qu'un mauvais état de santé et une limitation fonctionnelle influencent significativement le risque d'une moindre qualité de vie. Toutefois, le modèle réduit aux déterminants communs des deux lieux de vie atteste d'un meilleur pouvoir explicatif pour les personnes vivant à *domicile* que pour celles qui vivent en *institution*.

Par ailleurs, il s'avère que les personnes âgées en mauvaise santé participent dans une moindre mesure à la vie sociale et estiment bénéficier d'un moindre soutien social. Ainsi, les personnes en mauvaise santé subissent une détérioration de leur qualité de vie par l'effet *direct* qu'exerce leur mauvaise santé sur leur qualité de vie, mais aussi par un effet *indirect* au travers de la diminution de leur participation sociale et du soutien social plus faible dont elles bénéficient.

Conclusions

Pour les personnes âgées quel que soit leur lieu de résidence, la *mauvaise santé* détériore de façon importante leur qualité de vie. Pour les personnes vivant à *domicile* et majoritairement en meilleure santé que celles en *institution*, la participation associative et le soutien social y contribuent très positivement et cela indépendamment de leur niveau de santé. Pour les personnes en *institution* et majoritairement en mauvaise santé, le niveau de santé prend une importance prépondérante pour la qualité de vie.

En *institution*, la qualité de vie des personnes âgées apparaît fortement influencée par l'état de santé physique et psychique comme si la vie sociale se « rétrécissait » à la seule dimension sanitaire. Toutefois, on peut se demander si l'absence d'effet du soutien social extérieur à l'institution résulte du rétrécissement de l'univers social propre au cadre institutionnel et/ou de la sévère diminution des capacités physiques et mentales des personnes âgées qui y résident. En effet, les contacts avec l'extérieur de l'institution tout en étant vécus positivement pourraient également rappeler « l'enfermement » par rapport à la vie antérieure « libre » à domicile.

Apports et limitations de l'étude :

- Les résultats de l'étude mettent en évidence l'intérêt des études sur la qualité de vie et la pertinence du modèle d'analyse adopté, démontrant que la qualité de vie n'est pas réductible aux seules dimensions sanitaires. En plus, ils laissent entrevoir que les facteurs associés à la qualité de vie des personnes âgées devraient être réfléchis et élargis en tenant davantage compte de la disponibilité du soutien social en relation avec la santé physique/psychique et des limitations fonctionnelles, ainsi que des opportunités et limitations propres à chacun des lieux de vie.
- L'exclusion de l'étude des personnes n'ayant pas pu être interviewées donne une image trop positive de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes vivant en *institution*. En quoi consiste la qualité de vie de personnes physiquement et mentalement si fortement diminuées au point de ne plus être capables de s'exprimer à leur sujet ?
- Le « design hiérarchique » et la faible taille de l'échantillon de l'ESAI donnent lieu à des intervalles de confiance particulièrement larges. Par conséquent, les coefficients « odds ratios » peinent à atteindre le seuil de signification statistique de $p \leq 0,05$, tout en étant d'une ampleur comparable à ceux du PSM.

Les deux grandes enquêtes représentatives de la population âgée en Suisse, *l'Enquête suisse sur la santé* (ESS) et *l'Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions* (ESAI) peuvent contribuer à améliorer les connaissances sur qualité de vie des personnes âgées. Pour les enquêtes futures, il s'agira d'introduire la perspective « qualité de vie » dans leur conception et d'effectuer une collecte de données comparable dans les deux lieux de vie tout en développant des questionnements adaptés aux personnes gravement atteintes dans leur santé et aux spécificités du lieu de vie. La collecte de données comparables pour les personnes incapables de répondre elles-mêmes aux questions posées dans ces enquêtes constitue un défi majeur, mais nous paraît indispensable pour ne pas exclure du champ futur de la connaissance les personnes âgées gravement atteintes dans leurs fonctions cognitives.

D'autres études suisses, déjà réalisées ou en voie de réalisation visent à mieux connaître la qualité de vie des personnes âgées. L'étude Swilsoo (Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old) est une recherche longitudinale dont les objectifs principaux sont d'explorer les trajectoires de vie et de santé au cours de la grande vieillesse. Le Pôle de recherche national débuté en 2011 «LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie» étudie les effets de l'économie et de la société postindustrielle sur l'évolution de situations de vulnérabilité par le biais d'études longitudinales et comparatives et s'intéresse aussi aux personnes âgées. Le projet VLV (Vivre / Leben / Vivere) commencé en 2011 vise à explorer les conditions de vie et de santé de la population âgée de 65 ans et plus vivant en Suisse. Il fait suite à un projet réalisé à Genève et en Valais central et s'élargit aux régions alémanique et tessinoise. Au niveau européen, il faut citer le projet de recherche SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) auquel participe la Suisse et qui comprend des questions sur la qualité de vie. C'est une enquête sur la santé, le vieillissement et les retraites qui vise à constituer, à moyen terme, un panel de personnes âgées en Europe. Elle permettra des analyses comparatives de la qualité de vie en Suisse et dans les pays européens.

La médecine a fait des progrès considérables, il n'en reste pas moins que l'action médicale face aux conditions chroniques invalidantes reste limitée avec pour conséquence une qualité de vie péjorée. La médecine se trouve souvent démunie pour soulager les personnes âgées atteintes dans leur santé et encore davantage pour les guérir. Par conséquent, les efforts pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées devraient se focaliser prioritairement sur la participation et le soutien social, ainsi que le maintien et le rétablissement de leur autonomie fonctionnelle dans la vie quotidienne par des moyens appropriés.

La mise en évidence des processus influençant la qualité de vie au cours du vieillissement pourrait aider à la formulation de mesures de politiques sociales et sanitaires, adaptées aux besoins de cette population. Ces mesures devraient viser en priorité les conditions d'existence, jugées par les personnes âgées elles-mêmes comme étant les plus importantes pour maintenir et si possible améliorer leur qualité de vie.

Zusammenfassung

Ziele

Gute Kenntnisse der Aspekte, die für die Lebensqualität der Betagten wichtig sind, stellen eine unverzichtbare Grundlage dar für die Betreuung einer immer älter werdenden Bevölkerung, die mit Gesundheitsproblemen konfrontiert ist und deren Lebensqualität zu verbessern für die politischen Instanzen und die Gesundheitsbehörden Priorität hat.

Im Rahmen seines Kompetenzbereichs «Demografie und Inanspruchnahme» möchte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium mehr darüber erfahren, inwiefern sich die für die Lebensqualität wichtigen Aspekte der Betagten *in Alters- und Pflegeheimen* von jenen der älteren Personen *in Privathaushalten* unterscheiden. Ziel dieser Studie ist es, die Aspekte zu ermitteln, die die Betagten selbst für die Beurteilung der Lebensqualität als wichtig erachten. Die Studie gibt Antworten auf die drei folgenden Fragen:

1. *Welche soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale weisen die älteren Personen in Privathaushalten im Vergleich zu jenen in Institutionen auf?*
2. *In welchen wichtigen Aspekten unterscheidet sich die Lebensqualität der Betagten je nachdem, ob sie in einem Privathaushalt oder in einer Institution leben?*
3. *Welche Gruppen von Determinanten erklären die Lebensqualität in den beiden Fällen am besten?*

Methode

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden drei Datenquellen beigezogen: die *Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen* (EGBI 08/09), das *Schweizer Haushalt-Panel* (SHP 2000–2010) und als Ergänzung die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB 2007). Das SHP besteht aus Längsschnittdaten und hat zum Ziel, den sozialen Wandel in der Schweiz zu analysieren. Die Panelstudie wird jährlich durchgeführt und basiert auf einer Zufallsstichprobe von Haushalten in der Schweiz, die 1999 gezogen und 2004 teilweise erneuert wurde. Das SHP enthält zwar Informationen zur Lebensqualität, jedoch nur wenige Haushalte mit Personen ab 65 Jahren. Die SGB hingegen hat den Vorteil, dass sie eine grössere Unterstichprobe mit Personen ab 65 Jahren umfasst und eine bessere Repräsentativität gewährleistet als das SHP, da bei ihr das Längsschnittproblem entfällt. Dafür verfügt sie über keine Informationen zur Beurteilung der Lebensqualität. Die EGBI schliesslich wurde ergänzend zu den Daten der Gesundheitsbefragung konzipiert und befragt Betagte in Institutionen – direkt oder via das Pflegepersonal. Es konnten nur die Ergebnisse der direkten Interviews analysiert werden, da die Fragebogen, die das Pflegepersonal für einen Teil der älteren Personen, die an bedeutenden funktionalen und kognitiven Einschränkungen leiden, keine Informationen zur Lebensqualität enthalten.

Die Lebensqualität ist ein multidimensionales und komplexes Konzept. Das Modell, das für die Analyse gewählt wurde, basiert auf folgender Hypothese:

Die Lebensqualität älterer Menschen wird hauptsächlich durch ihre Lebenssituation, ihre aktive Teilhabe am sozialen Leben und die soziale Unterstützung, die ihnen entgegengebracht wird, bestimmt. Gesundheit und Krankheit folgen an zweiter Stelle mit ihrer Auswirkung auf Autonomie bzw. funktionelle Behinderungen. Die medizinische Betreuung hat einen indirekten Einfluss auf die Lebensqualität, indem sie dazu beiträgt, die funktionale Autonomie zu erhalten bzw. wieder herzustellen.

Dieser Bericht besteht aus fünf Kapiteln, den Referenzangaben und einem Anhang.

- Das *erste Kapitel* umfasst eine Einleitung, in der die Problematik und die Ziele der Studie erläutert werden.

- Das *zweite Kapitel* ist einer Literaturübersicht, den Konzepten, Definitionen und Massnahmen sowie einigen objektiven und subjektiven Faktoren der Lebensqualität gewidmet. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den Besonderheiten der Lebensqualität von älteren Personen in Institutionen im Vergleich zu jenen in Privathaushalten.
- Im *dritten Kapitel* geht es um die Hypothesen und das Analysemodell, das bei der Datenauswertung angewendet wurde. Zudem werden die Erhebungen SHP und EGBI vorgestellt und das Kapitel enthält Angaben zu den Indikatoren und den verwendeten Analysetechniken.
- Im *vierten Kapitel* werden die Ergebnisse der Analysen in drei Teilen präsentiert:

Im ersten Teil werden die soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale der Betagten in Privathaushalten mit jenen der Personen in Alters- und Pflegeheimen verglichen. Aufgrund ihrer besseren Repräsentativität wurden für den Vergleich mit der EGBI hauptsächlich die Daten der SGB 2007 als Grundlage verwendet. Im Anschluss an diesen Vergleich werden die bedeutenden Unterschiede zwischen den im Rahmen der EGBI persönlich befragten Personen und den Betagten, die ebenfalls in einer Institution leben, aufgrund ihres schlechten physischen und/oder psychischen Gesundheitszustands oder ihrer erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen aber nicht befragt werden konnten, genauer betrachtet. Dass diese Personen ausgeschlossen wurden, schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse zu den verschiedenen Faktoren zur Lebensqualität stark ein.

Der zweite Teil beschreibt die Lebensqualität und ihre Determinanten. Danach folgen die Ergebnisse der bivariaten Analysen zu den verschiedenen Faktoren und der Evaluation der Lebensqualität von älteren Personen, begleitet von vertiefenden Studien für die Personen in Alters- und Pflegeheimen.

Im dritten Teil geht es um die Ergebnisse aus dem erklärenden Modell, die auf die gemeinsamen Faktoren der beiden Aufenthaltsorte – Privathaushalt oder Institution – beschränkt sind (multivariate logistische Regression). Ergänzt wird der dritte Teil durch bivariate Ergebnisse zur Beziehung zwischen der Gesundheit und der sozialen Teilhabe oder Unterstützung. Obschon die beiden Aspekte miteinander verbunden sind, kann aufgezeigt werden, dass der Gesundheitszustand den positiven Zusammenhang zwischen der sozialen Teilhabe bzw. der Unterstützung und der Lebensqualität nicht verändert (multivariate Interaktionsanalysen).

- Das *fünfte Kapitel* beinhaltet die Schlussfolgerungen und die Diskussion. Nach einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse befasst sich das Kapitel mit der Zweckmässigkeit der angewendeten Messungen der Lebensqualität, der Gültigkeit der Analysen und um dem Beitrag und der Grenzen der Studie. Schliesslich werden Forschungsperspektiven und die allfällige Bedeutung der Ergebnisse für die Verbesserung der Lebensqualität älterer Personen aufgezeigt.

Ergebnisse

Welche soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale weisen die älteren Personen in Privathaushalten im Vergleich zu jenen in Institutionen auf?

Die grossen Unterschiede zwischen den Betagten in Privathaushalten und den Personen in Alters- und Pflegeheimen zeigt, dass der Eintritt in eine Institution hauptsächlich in den starken Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten begründet liegt.

Bei den meisten in einer *Institution* lebenden befragten Personen ist der Gesundheitszustand schlecht (57% gegenüber 29% bei den Betagten in Privathaushalten) und sie leiden an dauerhaften Gesundheitsproblemen (77% gegenüber 45%). Ausserdem sind sie bei der Ausübung von *Alltagsaktivitäten* häufiger «stark eingeschränkt» (50% gegenüber 12% der Betagten in Privathaushalten). So sind 77% der Personen, die in einem Alters- oder Pflegeheim leben, nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten in der Lage, ohne Hilfe «zu duschen oder zu baden» (3,8% der Betagten in Privathaushalten), 54% «sich anzuziehen» (1,3% der zuhause Lebenden) und 49% «zur Toilette zu gehen» (1% der Betagten in Privathaushalten).

Auch die soziodemografischen Unterschiede sind erheblich. Im Vergleich zu den Betagten, die in einem *Privathaushalt* leben, sind bei den Personen in *Alters- und Pflegeheimen* die Frauen deutlich in der Überzahl (75% gegenüber 57% der zuhause Lebenden) und sehr alt (80% sind mindestens 80 Jahre alt, bei den Betagten in Privathaushalten sind es nur 23%). Ausserdem leben in Alters- und Pflegeheimen fast nur Schweizerinnen und Schweizer (95% gegenüber 80% der zuhause lebenden Betagten) und der Bildungsstand ist deutlich niedriger (50% der Heimbewohnerinnen und -bewohner haben die obligatorische Schule abgeschlossen, bei den Betagten in Privathaushalten beträgt dieser Anteil 25%).

In welchen wichtigen Aspekten unterscheidet sich die Lebensqualität der Betagten je nachdem, ob sie in einem Privathaushalt oder in einer Institution leben?

Die in *Privathaushalten* lebenden Betagten geben ihre Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen durchschnittlich mit 8,2 an (auf einer Skala von 0 bis 10), die Personen in *Alters- und Pflegeheimen* (EGBI) mit 6,5. Drei Viertel der Betagten in *Privathaushalten* sind mit ihrem Leben im Allgemeinen zufrieden. Nahezu zwei Drittel der *Heimbewohnerinnen und -bewohner* bezeichnen ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut.

Bei der Beurteilung der Lebensqualität durch die Betagten selbst stellen die *aktive Teilhabe am sozialen Leben* und das *Vorhandensein starker sozialer Unterstützung* einerseits und *Gesundheit, Krankheit und funktionale Autonomie* andererseits die Hauptfaktoren dar.

Für die *Betagten in Privathaushalten* hängen alle diese Faktoren stark mit der Lebensqualität zusammen, bei Männern und Frauen gleichermassen. Bei Personen ohne Partnerin bzw. Partner, ohne soziale Unterstützung, mit schlechter physischer oder psychischer Gesundheit oder starken funktionalen Einschränkungen ist das Risiko für eine schlechte Lebensqualität besonders hoch.

Für die *Heimbewohnerinnen und -bewohner* und insbesondere bei den Frauen haben die Nicht-Teilnahme an von der Institution organisierten Aktivitäten und eine fehlende soziale Unterstützung einen ähnlichen negativen Effekt. Im Gegensatz zu den positiven Auswirkungen der Anwesenheit einer Partnerin bzw. eines Partners für die in Privathaushalten lebenden Betagten wirkt es sich für Heimbewohnerinnen und -bewohner eher negativ aus, wenn sie vor dem Eintritt in die Institution mit einer Partnerin bzw. einem Partner gelebt haben. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sie am Getrenntsein leiden. Eine schlechte physische und psychische Verfassung sowie starke funktionale Einschränkungen steigern das Risiko für eine schlechte Lebensqualität von Heimbewohnerinnen und -bewohnern beträchtlich. Auch weitere Aspekte, die nur auf Betagte in Institutionen zutreffen, sind von Bedeutung. Die Lebensqualität von Personen, die selbst entschieden haben, in ein Alters- und Pflegeheim einzutreten, ist besser (67%; 52% bei den anderen). Dasselbe trifft auf die Personen zu, die Kontakt zu den anderen Heimbewohnerinnen und -bewohnern pflegen (66% gegenüber 50%). Die Emotionen gegenüber dem Leben im Alters- und Pflegeheim, die sich am stärksten auf die Lebensqualität auswirken, sind Gelassenheit und Erleichterung in Bezug auf die Wohnsituation.

Welche Gruppen von Determinanten erklären die Lebensqualität in den beiden Fällen am besten?

Ergänzend zur zuvor genannten univariaten Analyse wurden die verschiedenen Determinanten der Lebensqualität auch in ein multivariates Modell der logistischen Regression eingeschlossen, eines für jeden Aufenthaltsort. **Eine gute physische und psychische Gesundheit sowie keine funktionale Einschränkungen spielen bei der Lebensqualität von Betagten eine entscheidende Rolle, unabhängig davon, ob sie in einem Privathaushalt oder in einem Alters- und Pflegeheim leben.** Entsprechend verdreifacht eine schlechte psychische Gesundheit das Risiko für eine schlechte Lebensqualität. Es gibt keine weiteren Faktoren, die statistisch signifikant sind. Medizinische Betreuung beispielsweise, die eng mit verschiedenen Gesundheitsaspekten verknüpft ist, hat keinen unabhängigen Einfluss auf die Lebensqualität.

Die Faktoren für die Lebensqualität unterscheiden sich je nach Aufenthaltsort der Betagten:

- Bei älteren Personen in *Privathaushalten* wirken sich nebst *gesundheitlichen* Aspekten auch die *Teilnahme an Vereinen* und die *soziale Unterstützung* sehr positiv auf die Lebensqualität aus. Ausserdem spielen die Nationalität und der Bildungsstand eine Rolle. Bei Personen schweizerischer Herkunft und bei jenen mit hohem Bildungsniveau ist die Lebensqualität besser als bei Ausländerinnen und Ausländern und Personen, die lediglich die obligatorische Schule abgeschlossen haben. Bei älteren Frauen mit tiefem Bildungsstand ist das Risiko für eine schlechte Lebensqualität besonders hoch.
- Bei den *Heimbewohnerinnen und -bewohnern*, die an von der Institution organisierten Aktivitäten teilnehmen, ist die Lebensqualität besser als bei jenen, die dies nicht tun. Einzig, wenn praktische und emotionale Unterstützung vollständig fehlen, wirkt sich das negativ auf die Lebensqualität aus.

Aus den Ergebnissen geht eindeutig hervor, dass – unabhängig vom Aufenthaltsort – ein schlechter Gesundheitszustand und funktionale Einschränkungen das Risiko für eine geringere Lebensqualität signifikant beeinflussen. Das auf die gemeinsamen Determinanten beider Aufenthaltsorte reduzierte Modell ist für die in *Privathaushalten* lebenden Betagten jedoch aussagekräftiger als für die Personen in *Alters- und Pflegeheimen*.

Ausserdem hat sich herausgestellt, dass ältere Personen mit schlechtem Gesundheitszustand weniger am sozialen Leben teilnehmen und ihre soziale Unterstützung als geringer einschätzen. So wird die Lebensqualität der Personen mit schlechter Gesundheit nicht nur durch den *direkten* Effekt, den ihre schlechte Gesundheit auf ihre Lebensqualität hat, beeinträchtigt, sondern auch durch einen *indirekten* Effekt aufgrund der geringeren sozialen Teilhabe und Unterstützung.

Schlussfolgerungen

Der *schlechte Gesundheitszustand* älterer Menschen beeinträchtigt ihre Lebensqualität erheblich, ob sie nun in einem Privathaushalt oder in einer Institution leben. Bei den in Privathaushalten lebenden Betagten, deren Gesundheit in der Regel besser ist als jener der Personen in Alters- und Pflegeheimen, haben die Teilnahme an Vereinen und die soziale Unterstützung sehr positive Auswirkungen, dies unabhängig von ihrem Gesundheitszustand. Für die in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen, deren Gesundheit mehrheitlich schlecht ist, spielt der Gesundheitszustand für die Lebensqualität eine grosse Rolle.

Die Lebensqualität der Betagten in Alters- und Pflegeheimen scheint entscheidend von ihrer physischen und psychischen Verfassung beeinflusst zu sein, als ob das soziale Leben allein von dieser gesundheitlichen Dimension abhängen würde. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die fehlende soziale Unterstützung durch Personen ausserhalb der Institution von der im Rahmen einer Institution normalen «Ausdünnung» des sozialen Umfelds herrührt und/oder mit dem starken Rückgang der physischen und mentalen Fähigkeiten zusammenhängt. Die Kontakte ausserhalb der Institution, auch wenn sie als positiv empfunden werden, könnten ein Gefühl des «Eingeschlossenseins» im Vergleich zum früheren «freien» Leben zuhause hervorrufen.

Beitrag und Grenzen der Studie:

- Die Ergebnisse der Studie zeigen die Bedeutung von Studien zur Lebensqualität und die Relevanz des verwendeten Analysemodells auf, da aus ihnen hervorgeht, dass die Lebensqualität nicht einzig von gesundheitlichen Faktoren abhängt. Zudem lassen die Ergebnisse erkennen, dass die Faktoren in Zusammenhang mit der Lebensqualität von Betagten überdacht und erweitert werden müssten, wobei die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung in Verbindung mit der physischen/psychischen Gesundheit und mit funktionalen Einschränkungen sowie die Möglichkeiten und Begrenzungen, die sich durch den Aufenthaltsort ergeben, stärker miteinbezogen werden sollten.

- Da die Personen, die nicht persönlich befragt werden konnten, von der Studie ausgeschlossen sind, ergibt sich ein zu positives Bild des Gesundheitszustands und der Lebensqualität von in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen. Wie steht es um die Lebensqualität von Personen, die physisch und mental so stark eingeschränkt sind, dass sie sich dazu nicht mehr äussern können?
- Durch das «hierarchische Design» und die geringe Stichprobengrösse der EGBI ergeben sich besonders grosse Spannweiten bei den Vertrauensintervallen. Dadurch erreichen die Koeffizienten «Odd Ratios» die Schwelle der statistischen Signifikanz von $p \leq 0.05$ nur knapp, obwohl der Umfang mit jenem des SHP vergleichbar ist.

Die beiden grossen repräsentativen Erhebungen zur älteren Bevölkerung in der Schweiz – die *Schweizerische Gesundheitsbefragung* (SGB) und die *Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen* (EGBI) – können dazu beitragen, die Kenntnisse über die Lebensqualität betagter Personen zu verbessern. Bei den künftigen Erhebungen wird es darum gehen, die Perspektive «Lebensqualität» ins Konzept aufzunehmen und die Datenerhebung so durchzuführen, dass die Ergebnisse für die beiden Aufenthaltsorte vergleichbar sind. Dazu müssen Fragebogen ausgearbeitet werden, die auf Personen in sehr schlechter gesundheitlicher Verfassung und die Besonderheiten der beiden Aufenthaltsorte (Privathaushalt/Institution) abgestimmt sind. Das Sammeln von vergleichbaren Daten für Personen, die nicht in der Lage sind, selbst auf die Erhebungsfragen zu antworten, stellt die grösste Herausforderung dar, ist jedoch unerlässlich, um die in ihren kognitiven Funktionen stark beeinträchtigten Personen nicht auszuschliessen.

Auch andere Schweizer Studien, die bereits durchgeführt wurden oder sich gerade in der Realisierungsphase befinden, bezwecken, mehr über die Lebensqualität von älteren Personen zu erfahren. Die Studie Swilsoo (Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old) ist eine Längsschnittstudie, deren Hauptziele darin bestehen, die Lebens- und Gesundheitsverläufe im hohen Alter zu untersuchen. Der 2011 entstandene Nationale Forschungsschwerpunkt «LIVES – Überwindung der Verletzbarkeit im Verlauf des Lebens» analysiert anhand von Längsschnittstudien sowie vergleichbaren Analysen die Auswirkungen der post-industriellen Wirtschaft und Gesellschaft auf die Entwicklung von Situationen der Verletzbarkeit und befasst sich ebenfalls mit Betagten. Das 2011 ins Leben gerufene Projekt VLV (Vivre / Leben / Vivere) untersucht die Lebens- und Gesundheitsbedingungen der Schweizer Bevölkerung ab 65 Jahren. Es folgte auf ein in Genf und im Zentralwallis realisiertes Projekt und wurde auf die Deutschschweiz sowie das Tessin ausgeweitet. Auf europäischer Ebene ist das Forschungsprojekt SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) zu erwähnen, an dem die Schweiz teilnimmt und das Fragen zur Lebensqualität umfasst. Diese Erhebung, bei der es um die Gesundheit, das Altern und die Altersleistungen geht, hat zum Ziel, mittelfristig ein Panel zu den Betagten in Europa zu erstellen. Dadurch wären vergleichbare Analysen zur Lebensqualität in der Schweiz und in den europäischen Ländern möglich.

In der Medizin wurden beachtliche Fortschritte verzeichnet, dennoch ist sie bei den chronisch invalidisierenden Situationen nach wie vor eingeschränkt, was zu einer niedrigeren Lebensqualität der Betroffenen führt. Der Medizin fehlen oft die Mittel, um die schlechte Gesundheit von Betagten zu verbessern oder sie gar zu heilen. Deshalb sollten sich die Bestrebungen, die Lebensqualität der älteren Personen zu verbessern, vor allem auf die soziale Teilhabe und Unterstützung konzentrieren sowie auf den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der funktionalen Autonomie im Alltag durch geeignete Mittel.

Das Aufzeigen der Prozesse, die die Lebensqualität im Alter beeinflussen, könnte bei der Formulierung von auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe abgestimmten sozial- und gesundheitspolitischen Massnahmen von Nutzen sein. Diese Massnahmen sollten in erster Linie auf die Lebensbedingungen ausgerichtet sein, die die Betagten selbst zur Erhaltung und wenn möglich zur Verbesserung ihrer Lebensqualität als am bedeutendsten beurteilen.

1 Introduction

1.1 Problématique, prémisses et lieux de vie

En raison de l'augmentation considérable de la longévité et des problèmes de santé chroniques qui l'accompagnent, l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées représente un défi d'importance croissante pour les autorités politiques et sanitaires. Au-delà de l'allongement de la vie en bonne santé, il s'agira d'ajouter de la « qualité de vie » aux années. Durant les vingt dernières années, l'augmentation de l'espérance de vie en général a été accompagnée d'une évolution favorable de l'espérance de vie en bonne santé. En effet, selon l'enquête suisse sur la santé 2007, 80% des hommes entre 65 et 74 ans se jugent en bonne ou très bonne santé, 68% de ceux de plus de 75 ans. Parmi les femmes les proportions sont respectivement : 75% et 63%. Ainsi, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans a considérablement augmenté, de même que la proportion des années vécues sans incapacité (Seematter-Bagnoud, Paccaud et al. 2009). Toutefois, le vieillissement de la population pose des nouveaux défis liés aux problèmes de maladies chroniques et d'incapacité fonctionnelle dont seront de plus en plus atteintes les personnes très âgées (Wyss 2005; Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud et al. 2007; Lalive d'Epinay, Spini et al. 2008).

Actuellement, la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus vit de manière autonome à domicile et se trouve en bonne ou relativement bonne santé. Cependant, la proportion des personnes âgées vivant dans une maison pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social (EMS) augmente fortement dès l'âge de 75 ans, principalement en raison d'une perte d'autonomie consécutive à des problèmes de santé. L'incapacité d'effectuer de manière autonome les gestes élémentaires de la vie quotidienne (s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, se laver, manger, se mettre au lit et se lever) peut avoir comme conséquence l'admission dans une institution « surtout si la personne vit seule et ne peut pas compter sur le soutien d'un autre membre du ménage » ou de la famille proche (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011). C'est le réseau familial (le ou la partenaire, les filles et dans une moindre mesure les fils) qui est le principal pourvoyeur de l'aide informelle aux personnes âgées; l'aide extra-familiale (amis, voisins) est peu fréquente (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011). Toutefois, le maintien à domicile des personnes souffrant de problèmes de santé et de limitations dans l'exercice des activités de la vie quotidienne est également rendu possible grâce à l'assistance de la part de proches et aux prestations professionnelles d'aide et de soins à domicile. Ainsi, 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 (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011).

La plupart des personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible chez elles à domicile (Fabre 1988). D'autres personnes, moins nombreuses, préfèrent résider dans une résidence pour personnes âgées et être soignées par des professionnels pour être plus autonomes, car libérées de la charge que représenteraient l'aide et les soins de la part de leur famille (Stuckelberger et Wanner 2005). La tendance au vieillissement prolongé en bonne santé fait que « le besoin d'aide de la population qui vieillit s'accroît plus vite que ses besoins en soins, (...) en particulier chez les personnes âgées qui vivent à domicile » (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011, Höpflinger et Hugentobler 2006).

Comme de très nombreuses personnes âgées et très âgées bénéficient d'aide et de soins professionnels à domicile, « (...) l'opposition classique entre soins à domicile et soins en institution correspond de moins en moins à la réalité chez les personnes âgées » (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011). En effet, il existe de nombreuses structures intermédiaires telles que les unités d'accueil de jour, les appartements protégés, les hospitalisations de courte durée permettant des transferts temporaires, adaptées à l'état de santé et aux besoins en soins des personnes âgées concernées.

1.2 Perspectives et enjeux de santé publique

Du point de vue de la santé publique, la qualité de vie des personnes âgées est le plus souvent perçue comme une « vie en bonne santé ». La santé et la maladie influencent la qualité de vie principalement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle. Dans cette perspective, la prise en charge médicale contribue indirectement à la qualité de vie dans la mesure où elle aide à maintenir ou à rétablir l'autonomie fonctionnelle.

Qu'en est-il des déterminants sociaux et sanitaires de la qualité de vie, telle que les personnes âgées la perçoivent elles-mêmes au cours de leur vieillissement, selon qu'elles vivent chez elles dans leur *domicile* ou en *institution*? Quelles différences pourrait-il y avoir selon que les personnes âgées vivent à leur domicile ou, au contraire, en institution médico-sociale ?

L'âge avançant, l'état de santé devient un facteur très important de la qualité de vie des personnes âgées. Par ailleurs, le maintien à domicile des personnes âgées (même très âgées) peut être considéré comme prioritaire pour le maintien de leur qualité de vie. Grâce à l'aide informelle et aux soutiens médico-sociaux (SPITEX), la majorité des personnes âgées, même atteinte dans leur santé, peut continuer à vivre à domicile. Toutefois, la (très) mauvaise santé, la perte d'autonomie, les déficiences cognitives, les hospitalisations à répétition et l'épuisement des aidants familiaux constituent les principaux facteurs d'une admission dans une maison pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social. Ainsi, l'état de santé se répercute à la fois sur le lieu de vie (*domicile* ou *institution*) et la qualité de vie.

Quels sont alors les caractéristiques et les déterminants de la qualité de vie des personnes âgées vivant à *domicile* en comparaison avec celles vivant en *institution* ? Les facteurs associés à la qualité de vie pourraient être assez différents en fonction de leur lieu de vie.

1.3 Objectifs de l'étude

Dans le cadre de son domaine de compétences « Population et recours aux soins », l'*Observatoire suisse de la santé* souhaite développer les connaissances sur les éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées vivant en *institution* par rapport à celle des personnes vivant à *domicile*. Ce projet vise en particulier à mieux connaître quels sont les éléments importants, du point de vue des personnes âgées elles-mêmes, dans l'évaluation de leur qualité de vie, en répondant en particulier aux trois questions suivantes:

- *Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées vivant à domicile par rapport à celles vivant en institution ?*
- *Quels sont les éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées selon qu'elles vivent à domicile ou en institution (analyses bivariées) ?*
- *Quels sont les groupes de facteurs qui expliquent le mieux la qualité de vie dans chacun des deux lieux de vie (analyses multivariées) ?*

Pour répondre à ces questions, les données provenant de l'Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées vivant en Institution (ESAI), du Panel Suisse de ménages (PSM) et, subsidiairement, de l'Enquête suisse sur la Santé (ESS) seront utilisées pour les analyses.

1.4 Contenu du rapport

Ce rapport contient cinq chapitres, la liste des références et une annexe.

- Le *premier chapitre* constitue une introduction dans laquelle sont définis la problématique et les objectifs de l'étude.
- Le *deuxième chapitre* est consacré à une revue de la littérature, des concepts, des définitions et des mesures de la qualité de vie ainsi que des facteurs objectifs et subjectifs de celle-ci. Les particularités de la qualité de vie des personnes âgées en *institution* en comparaison avec celles qui vivent à leur *domicile* y sont mises en évidence.
- Le *troisième chapitre* énonce les hypothèses et définit le modèle d'analyse qui guide l'exploitation des données. En outre, il contient une présentation détaillée des enquêtes du PSM et de l'ESAI, accompagné de précisions quant aux indicateurs et techniques d'analyse utilisées.

- Le *quatrième chapitre* présente les résultats des analyses, effectuées en trois parties:

La première partie compare les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes vivant à *domicile* à celles qui vivent en *institution*. En raison de leur meilleure représentativité, ce sont les données de l'ESS 2007 qui ont été utilisées comme principale base de comparaison avec l'ESAI. Cette comparaison est suivie d'une mise en perspective approfondie des différences importantes entre les personnes interviewées en face-à-face par l'ESAI et celles vivant également en *institution*, mais qui n'ont pas été interviewées en raison de leur trop mauvais état de santé physique et/ou psychique ou encore de déficiences cognitives trop importantes. L'exclusion des personnes non-interviewées sur leur qualité de vie limite considérablement la portée des résultats concernant les divers facteurs de la qualité de vie.

La deuxième partie décrit la qualité de vie et ses déterminants, suivis de résultats d'analyses bivariées entre les divers facteurs retenus et l'évaluation de la qualité des personnes âgées, accompagnées d'explorations plus approfondies pour les personnes vivant en *institution*.

La troisième partie est dédiée aux résultats issus du modèle explicatif, réduit aux facteurs communs aux deux lieux de vie, *domicile* et *institution* (analyses multivariées de régressions logistiques). Elle est complétée par des résultats bivariés concernant les relations entre la santé et la participation ou le soutien social. Quoique associé, on peut démontrer que le niveau de santé ne modifie pas le lien positif entre la participation sociale, le soutien et la qualité de vie (analyses multivariées des interactions).

- Le *cinquième chapitre* est consacré aux conclusions et à la discussion. Après le rappel des principaux résultats, sont abordés la pertinence des mesures de la qualité de vie utilisées, les questions de validité des analyses et les apports et limitations de l'étude. Le chapitre est clos par une esquisse des perspectives de recherche et les possibles enjeux des résultats pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

Enfin, la *liste des références* renferme une soixantaine d'article d'origine nationale et internationale. L'*annexe* contient : a) un résumé des objectifs et résultats de l'étude préalable de faisabilité (Zimmermann, Moreau-Gruet et al. 2012), b) la liste exhaustive des questions d'enquête retenues dans ce rapport et la construction des indicateurs choisis, et c) des tableaux présentant les résultats des analyses statistiques par genre, hommes et femmes séparément.

2 La qualité de vie des personnes âgées

2.1 Concepts, définitions et mesures de la qualité de vie

Une revue des recherches sur une trentaine d'années (Idler et Benyamini 1997) tend à montrer que « la perception qu'ont les personnes âgées de leur santé et de leur bien-être est au moins aussi importante que des données objectives pour prédire l'évolution ultérieure de leur santé » (Blazer 2008; Idler et Benyamini 1997). Par conséquent, les études socioépidémiologiques s'appuyant sur des indicateurs dits « subjectifs » tendent à se multiplier depuis une dizaine d'années. Bien que la notion de « qualité de vie » soit perçue comme un bien universel et incontestable, sa définition reste aujourd'hui souvent floue et recouvre des conceptions fort diverses (Stanley et Cheek 2003; Compagnone, Van et al. 2007). L'expérience du vieillissement varie selon les cultures (Antonucci, Okorodudu et al. 2002) et les perceptions de santé et de qualité de vie varient également selon l'environnement social des personnes âgées (Blazer 2008).

Dès les années 1990, l'Organisation mondiale de la santé a soutenu le développement d'un instrument de mesure de la qualité de vie (The WHOQOL Group 1995) pour tenir compte du caractère multidimensionnel (1) de la qualité de vie d'une part, et de son caractère subjectif (2) d'autre part :

- (1) Six domaines de la qualité de vie ont ainsi été identifiés : le domaine physique, le domaine psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, l'environnement et les croyances religieuses ou personnelles (The WHOQOL Group 1995). Les concepts et les mesures de la qualité de vie des personnes âgées restent cependant influencés par la présomption que celle-ci est principalement déterminée par leur état de santé. Ainsi, des indicateurs sur l'état de santé sont encore souvent utilisés comme proxies pour mesurer la qualité de vie en général (Guyatt, Feeny et al. 1993). La nécessité d'élargir cette approche est aujourd'hui soulignée : 'QOL should include factors other than health' (Netuveli et Blane 2008).
- (2) La qualité de vie est conçue comme une mesure de l'écart perçu par l'individu entre sa situation réelle et ses aspirations (Fry 2000)¹. Ce caractère subjectif implique donc de mesurer les perceptions subjectives, c'est-à-dire les sentiments des personnes interviewées quant à leurs conditions de vie (McDowell 2006)².

Les *enquêtes quantitatives* utilisent une grande variété de mesures « objectives » de la qualité de vie en termes de biens et ressources disponibles, ainsi que « subjectives » telles les perceptions et satisfactions par rapport à divers aspects de la vie (Netuveli et Blane 2008). Avec ces informations provenant de multiples questions fermées les chercheurs ont construit des indicateurs quantitatifs se référant à une ou plusieurs dimensions de la qualité de vie (Girardin Keciour et Spini 2006; Gautier, Kubiak et al. 2007; Hambleton, Keeling et al. 2009). Les *approches qualitatives* permettent de saisir de manière plus compréhensive les dimensions de la qualité de vie telles que les personnes âgées elles-mêmes les conçoivent (Fry 2000; Bryant, Brown et al. 2004; Compagnone, Van et al. 2007).

¹ 'QOL reflects the gap between individuals' actual situation and that to which they aspire' (p. 246).

² 'In the social sciences QoL commonly refers to the adequacy of people's material circumstances and to their feelings about these circumstances' (p. 521).

2.2 Facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées

La qualité de vie des personnes âgées est déterminée par des facteurs à la fois *objectifs* (niveau de vie, état de santé, capacités fonctionnelles, participation et contacts sociaux, activités de loisirs ...) et *subjectifs* (satisfaction avec la santé, sens de la vie ...) (Wilhelmson, Andersson et al. 2005). Les recherches passées ont été principalement focalisées sur l'état de santé objectif comme déterminant principal de la qualité de vie des personnes âgées (Compagnone, Van et al. 2007). L'importance des conditions de vie, des relations familiales et sociales, des activités de loisir, ainsi que des perceptions subjectives et de la satisfaction ressentie en comparaison avec d'autres aînés a été sous-estimée (Blazer 2008; Henchoz, Cavalli et al. 2008; Netuveli et Blane 2008; Siegrist et Wahrendorf 2009). La littérature récente tend toutefois à reconnaître la grande importance de la *perception subjective* qu'ont les personnes âgées elles-mêmes de leur situation sociale et médicale selon les standards qui leur sont propres et les comparaisons qu'elles font avec autrui (Blazer 2008). Ainsi, l'état « objectif » de santé des personnes âgées ne déterminerait que partiellement le degré de satisfaction par rapport à leur santé (Paskulin et Molzahn 2007) puisque celui-ci résulte principalement de la comparaison qu'elles font avec l'état de santé d'autres aînés de leur âge (Henchoz, Cavalli et al. 2008). Ces comparaisons sociales servent donc aussi à définir des attentes ou aspirations qui interviennent dans l'évaluation de la qualité de vie. Elles peuvent contribuer à expliquer le 'well-being paradox' à savoir le fait que des personnes âgées souffrant d'importantes limitations dans leur vie quotidienne évaluent néanmoins positivement leur bien-être (Netuveli et Blane 2008).

Pour ce qui est des facteurs *objectifs*, les personnes âgées d'un niveau social supérieur jouissent d'une meilleure qualité de vie objective et subjective. Les ressources financières jouent un rôle important (Low et Molzahn 2007; Low, Molzahn et al. 2008). En comparaison avec d'autres pays européens, la qualité de vie des personnes âgées en Suisse est plus faiblement associée aux différences socio-économiques (Knesebeck, Wahrendorf et al. 2007). Mais, quel que soit le niveau de vie objectif, la perception d'un niveau insatisfaisant en comparaison avec autrui ou de la détérioration de celui-ci, tendrait à diminuer la qualité de vie et être nuisible à la santé (Blazer 2008). Aux Etats-Unis, la qualité de vie des personnes âgées en relation avec leur santé est significativement associée avec le statut socio-économique, mais tel n'est pas le cas au Canada. Ceci s'explique probablement par les différences considérables dans l'accès aux soins médicaux dans les deux systèmes de santé (Huguet, Kaplan et al. 2008). L'analyse de la qualité de vie doit donc s'intéresser aux inégalités sociales, qui se sont construites tout au long du parcours de vie des individus et persistent au cours de la vieillesse (Burton-Jeangros 2009; Burton-Jeangros, Widmer et al. 2009).

En effet, l'état de santé et la qualité de vie des personnes âgées se trouvent certainement influencés par les différences observées au cours des étapes antérieures à la vieillesse (Burton-Jeangros 2009). Ainsi, les antécédents sociaux et les situations défavorables intervenant tout au long du parcours de vie tendraient à augmenter la probabilité de problèmes chroniques de santé et à influencer négativement les niveaux de revenu et de soutien social des personnes âgées entre 50 et 75 ans (Zimmermann, Stuckelberger et al. 2006). Ces résultats soulignent combien il est important d'étudier les transformations de la qualité de vie, tout au long du parcours de vie mais aussi spécifiquement au cours de la vieillesse. Les études longitudinales restent cependant encore rares (Zaninotto, Falaschetti et al. 2009) et sont souvent limitées à un faible nombre d'observations (nombre limité de vagues). Les résultats récents d'une étude « English Longitudinal Study of Ageing » conduite en Angleterre confirment l'importance des aptitudes physiques, des conditions de vie favorables et des relations familiales pour le maintien d'une bonne qualité de vie parmi les personnes âgées (Webb et al. 2010). Les analyses doivent aussi tenir compte du fait que les déterminants du bien-être subjectif sont différents pour les personnes âgées de 65 à 75 ans et pour les personnes d'un grand âge (75-80 ans et plus) (Perrig-Chiello 1997).

La question des différences de genre en matière de qualité de vie est par ailleurs encore peu étudiée (Zaninotto, Falaschetti et al. 2009). Or, des inégalités entre hommes et femmes sont documentées sur différents plans tout au long des trajectoires individuelles : notamment les femmes vivent plus

longtemps, mais sont en moins bonne santé (Annandale et Hunt 2000), la division du travail entre activités rémunérées et tâches domestiques est genrée (Maruani 2006). Il est important d'étudier comment ces éléments influencent la qualité de vie au cours de la vieillesse en se demandant si cette étape de la vie gommerait les écarts liés aux rôles sociaux associés aux étapes précédentes de la vie ou si au contraire des écarts persistent entre hommes et femmes. Zaninotto et al. (2009) suggèrent plutôt le maintien de différences en relevant par exemple que la vie en couple a une influence positive pour la qualité de vie des hommes, mais pas pour celle des femmes.

2.3 Particularités de la qualité de vie des personnes âgées en institution

En Suisse en 2008, selon la Statistique des institutions médico-sociales (SOMED), 6,5% des personnes de 65 ans et plus vivent en EMS pour une longue durée. Avec l'âge, la proportion de personnes vivant en EMS augmente. Elle est de 11,7% parmi les personnes de 80 ans et plus et de 27,9% parmi celles de 85 ans et plus. A partir de 95 ans, un peu moins de la moitié des personnes (45%) vivent dans un home pour personnes âgées, les femmes (48,6%) dans une plus grande mesure que les hommes (32,3%) (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011).

Une étude sur la qualité de vie des personnes âgées de plus de 65 ans nécessite qu'on évalue cette dimension aussi parmi les personnes qui vivent dans des homes pour personnes âgées car il se peut que les dimensions de la qualité de vie soient différentes lorsque les personnes n'habitent plus à leur domicile privé.

2.3.1 Raisons de l'entrée en EMS

Quitter son domicile pour intégrer un EMS peut être une épreuve particulièrement difficile pour les personnes âgées. L'admission dans un EMS les confronte à de nombreux changements : non seulement un changement de lieu mais aussi des modifications au niveau des modèles de la vie quotidienne, des réseaux sociaux et du soutien que la personne peut attendre de l'entourage (Lee, Woo et al. 2002). De plus, le placement dans un EMS se produit habituellement lors d'une période de stress et de crise, par exemple, à la suite d'une maladie aiguë, d'une période d'hospitalisation ou lors de la perte d'un conjoint. De nombreuses personnes âgées ont des perceptions négatives des EMS. L'acceptation volontaire et le degré de contrôle perçu par le futur résident ont une influence positive sur l'adaptation au nouvel environnement (Lee, Woo et al. 2002). Si ce n'est pas le choix de la personne mais qu'elle y est contrainte, pour des raisons personnelles ou par son entourage, cela peut influencer la manière dont elle considère sa qualité de vie en EMS. Une étude réalisée en Suisse a montré que la possibilité de pouvoir décider soi-même du moment de l'entrée en institution ou de pouvoir participer à cette décision est particulièrement important pour la satisfaction future des pensionnaires (Cavalli 2008).

Une vaste étude britannique réalisée sur la base d'un recensement conduit en 2003 auprès de 15'483 résidents couvrant 244 établissements pour personnes âgées (Bowman, Whistler et al. 2004) a montré que deux raisons principales (90% des résidents) seraient à l'origine d'un placement par diagnostic médical, un état dégradé de santé avec des handicaps physiques, et un diagnostic de démence ou de maladies dégénératives. Dans une méta-analyse portant sur les facteurs prédictifs de l'entrée en établissement pour personnes âgées aux USA, les auteurs ont pu mettre en évidence les deux raisons suivantes : avoir au moins trois dépendances au niveau des activités de la vie quotidienne, souffrir d'une détérioration cognitive et avoir déjà fait appel aux services d'un établissement pour personnes âgées (Gaugler, Duval et al. 2007).

En Suisse, le besoin de soins apparaît comme le principal facteur qui provoque l'entrée dans un EMS, mais les facteurs sociaux provoquent aussi le placement en EMS (Höpflinger et Hugentobler 2006). Dans sa thèse (Cavalli 2008) basée sur l'étude « Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old » (canton de Genève et Valais), Cavalli montre quant à lui que deux ensembles de facteurs prédisent l'entrée en EMS : un ensemble de facteurs lié à un état de santé plus précaire de la personne âgée (raisons de santé) et un autre ensemble de facteurs lié à des formes d'isolement qui se traduisent en un sentiment de solitude (raisons sociales).

2.3.2 Solitude et dégradation du moral

L'installation en EMS ne conduirait pas, selon plusieurs études à une plus grande solitude ou à moins de contacts entre la personne âgée et sa famille. Une étude suisse montre une grande mobilisation de l'entourage dans la période qui suit l'entrée en EMS d'une personne âgée (Bickel et Cavalli 2003). Le fait d'être en EMS ne semblerait pas provoquer une dégradation du moral des personnes âgées (Cavalli 2002).

D'autres études mettent en évidence que les nouveaux pensionnaires passent par une période difficile liée à différentes pertes, pertes abstraites (perte de son rôle, de son style de vie, de sa liberté, de son autonomie, de sa vie privée), pertes matérielles (sa maison, ses effets personnels) et pertes sociales (perte de sa famille, de ses amis, de ses animaux de compagnie). L'auteur souligne que la souffrance n'est pas reliée à la perte elle-même, mais à l'évaluation personnelle de sa signification (Lee, Woo et al. 2002). Les résidents font aussi des expériences positives dans le sens qu'ils peuvent se sentir apaisés, en sécurité, apprécier le confort physique et de ne plus avoir à s'occuper de leur logement et de cuisiner. Selon ces auteurs, le processus d'adaptation est un processus continu qui prend plusieurs mois, passant par une période d'accablément, puis d'ajustement et ensuite d'acceptation (Lee, Woo et al. 2002).

La sociabilité semblerait être l'activité la plus importante pour les résidents des EMS, en particulier ces derniers souhaitent s'engager dans des relations significatives avec les autres résidents (Cook 2006). Il semblerait même qu'au sein des établissements pour personnes âgées, le fait de parler soit l'activité la plus importante (Andersson, Pettersson et al. 2007).

2.3.3 Caractéristiques des personnes vivant en EMS par rapport à celles vivant à domicile

Les personnes qui vivent en EMS n'ont pas les mêmes caractéristiques que les personnes qui peuvent rester à la maison. Dans sa thèse mentionnée plus haut, Cavalli montre que les femmes, les personnes avec une scolarité réduite, celles bénéficiant d'un faible revenu et, par-dessus tout, les paysans ont plus de probabilités de vivre en EMS, les différences selon le statut socio-économique étant particulièrement importantes. En Suisse, les différences sociales qui conduiraient à entrer en institution pour personnes âgées sont d'une part une de partenaire et des réseaux sociaux lacunaires et, d'autre part, un bas revenu et une formation scolaire et professionnelle de base (Guilley 2005; Höpflinger et Hugentobler 2006).

2.3.4 Qualité de vie

Les études qui demandent aux résidents eux-mêmes d'évaluer leur qualité de vie en EMS en Suisse sont assez rares (Cavalli 2002; Guilley 2005; Freudiger, Pittet et al. 2007). Une recherche de littérature (Oswald, Wahl et al. 2007) a été réalisée sur la qualité de vie dans les institutions de vie de longue durée. Elle concerne principalement les USA, mais l'auteur estime que ces résultats ne seraient pas très différents en Allemagne et donc en Suisse. L'auteur a mis en évidence douze dimensions citées par les résidents comme influençant leur qualité de vie (Tableau 2.1) :

Tableau 2.1 Dimensions de la qualité de vie des personnes en institution

Dimensions de la qualité de vie (personnes en institution)	Origine de la dimension citée
Le bien être physique qui comprend le confort physique, le confort, la qualité des soins	(Spalding et Frank 1985; Ball, Whittington et al. 2000; Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003)
La sécurité	(Spalding et Frank 1985; Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003)
Le soutien lors des limitations	(Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003)
La qualité de la nourriture	(Spalding et Frank 1985; Chou, Boldly et al. 2001)
La stimulation et des activités ayant un sens	(Spalding et Frank 1985; Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003)
Les contacts sociaux et de bonnes relations	(Bowers, Fibich et al. 2001; Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003)
La dignité, l'identité personnelle	(Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003; Cooney, Murphy et al. 2009)
Le respect de la vie privée	(Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003)
La spiritualité	(Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003; Cooney, Murphy et al. 2009)
L'autonomie, le choix	(Spalding et Frank 1985; Kane 2001; Kane, Kling et al. 2003)
Le confort de l'habitat, de la chambre	(Chou, Boldly et al. 2001)
La qualité du service	(Chou, Boldly et al. 2001)

Selon Oswald, Wahl, Zimber, Teufel et Langer, 2007

Dans le contexte irlandais des établissements d'hébergement, sur la base d'entretiens auprès de 101 personnes âgées de 12 établissements, des auteurs identifient les déterminants de la qualité de vie. Les thèmes les plus importants pour les résidents en termes de qualité de vie reposent sur l'éthique de la prise en charge, ce qui consiste pour le résident à vivre dans une institution souple, à y maintenir son identité personnelle, des liens sociaux et à participer à des activités et à des thérapies (Cooney, Murphy et al. 2009).

Dans une vaste étude réalisée dans douze EMS vaudois et genevois sur la base de 280 entretiens avec des professionnels, des résidents et des proches, les auteurs ont pu mettre en évidence un certain nombre d'éléments de la qualité de vie évalués par les pensionnaires eux-mêmes (Freudiger, Pittet et al. 2007). La qualité des contacts dans l'EMS ressort comme étant de première importance pour les résidents. Les autres éléments étaient : le sentiment de liberté, les attitudes et ressources personnelles, la présence d'animaux de compagnie, pouvoir sortir, la tranquillité, le confort, la qualité des traitements (ou des soins au sens strict).

2.3.5 Qualité de vie et santé

La santé de la personne âgée peut contribuer à améliorer ou à péjorer sa qualité de vie. Selon plusieurs études, la dépression, bien que n'étant pas considérée comme une évolution naturelle du vieillissement, serait fréquente en *institution*. Une étude montre que la dégradation de l'état de santé et les problèmes cognitifs seraient les facteurs explicatifs de la dépression chez la personne âgée (Barca, Selbaek et al. 2009). L'état de santé physique aurait aussi largement un impact sur la qualité de vie. Dans une étude longitudinale auprès de personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée aux USA, des auteurs ont montré l'importance de la relation entre l'évolution de l'état de santé (escarres, handicap physique, dépression) et le niveau de la qualité de vie. Il semblerait que pour les personnes âgées, l'évolution vers un moins bon état de santé aurait un impact sur leur qualité de vie (Degenholtz, Rosen et al. 2008).

2.4 Aspects différentiels de la qualité de vie dans les deux lieux de vie

Du point de vue de la qualité de vie des personnes âgées, la comparaison entre la résidence à *domicile* et en *institution* a tout son sens si toutefois on compare ce qui est comparable.

L'absence d'autonomie fonctionnelle et le besoin important en soins ont à la fois un impact négatif sur la qualité de vie des personnes âgées et constituent un risque important d'une prise en charge en institution. De ce fait, on peut s'attendre à trouver une moins bonne qualité de vie parmi les résidents en institution en comparaison avec ceux vivant à leur domicile.

Toutefois, comme la plupart des personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible chez elles à domicile (Fabre 1988), la nécessité d'une prise en charge institutionnelle peut constituer pour elles un changement considéré d'emblée comme négatif pour leur qualité de vie, particulièrement si celle-ci est non volontaire (Lee, Woo et al. 2002). D'autres personnes, en souhaitant décharger leurs proches de leurs tâches d'aide et de soins, peuvent considérer l'institution mieux adaptée à leurs besoins que le domicile. Ainsi, l'adaptation au nouveau cadre de vie et la qualité de vie risquent de dépendre considérablement des appréciations et attitudes très subjectives des personnes âgées concernées, ainsi que de la durée de leur séjour. Au-delà de cette subjectivité, il y a évidemment les facteurs d'infrastructure et de fonctionnement variables d'une institution à l'autre qui contribuent à déterminer la qualité de vie des personnes.

3 Hypothèses et modèle d'analyse

3.1 Hypothèses

Les trois principales hypothèses relatives aux facteurs favorables à une bonne qualité de vie sont :

- *La qualité de vie des personnes âgées se trouve principalement influencée par leur situation de vie, leur participation active à la vie sociale et le soutien social dont elles bénéficient.*

En effet, une position sociale élevée constitue une base solide pour une situation de vie favorable contribuant ainsi à la satisfaction avec les divers aspects de la vie, mais également à une meilleure santé. La participation à la vie sociale procure un sentiment d'appartenance et d'utilité à autrui favorable au maintien d'une bonne qualité de vie. Par conséquent, les personnes âgées qui vivent en couple et / ou jouissent d'un soutien social important de la part de leurs proches devraient bénéficier d'une meilleure qualité de vie.

- *La santé et la maladie interviennent sur la qualité de vie, principalement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle.*

Ce ne serait pas l'état de santé en tant que tel qui déterminerait la qualité de vie perçue par les personnes âgées elles-mêmes, mais son impact sur leur capacité, respectivement leur incapacité à mener une vie autonome au quotidien. Peut-on, au-delà d'une mauvaise santé, grâce à un soutien social, une autonomie fonctionnelle intacte ou de bonnes conditions d'existence maintenir une bonne qualité de vie ?

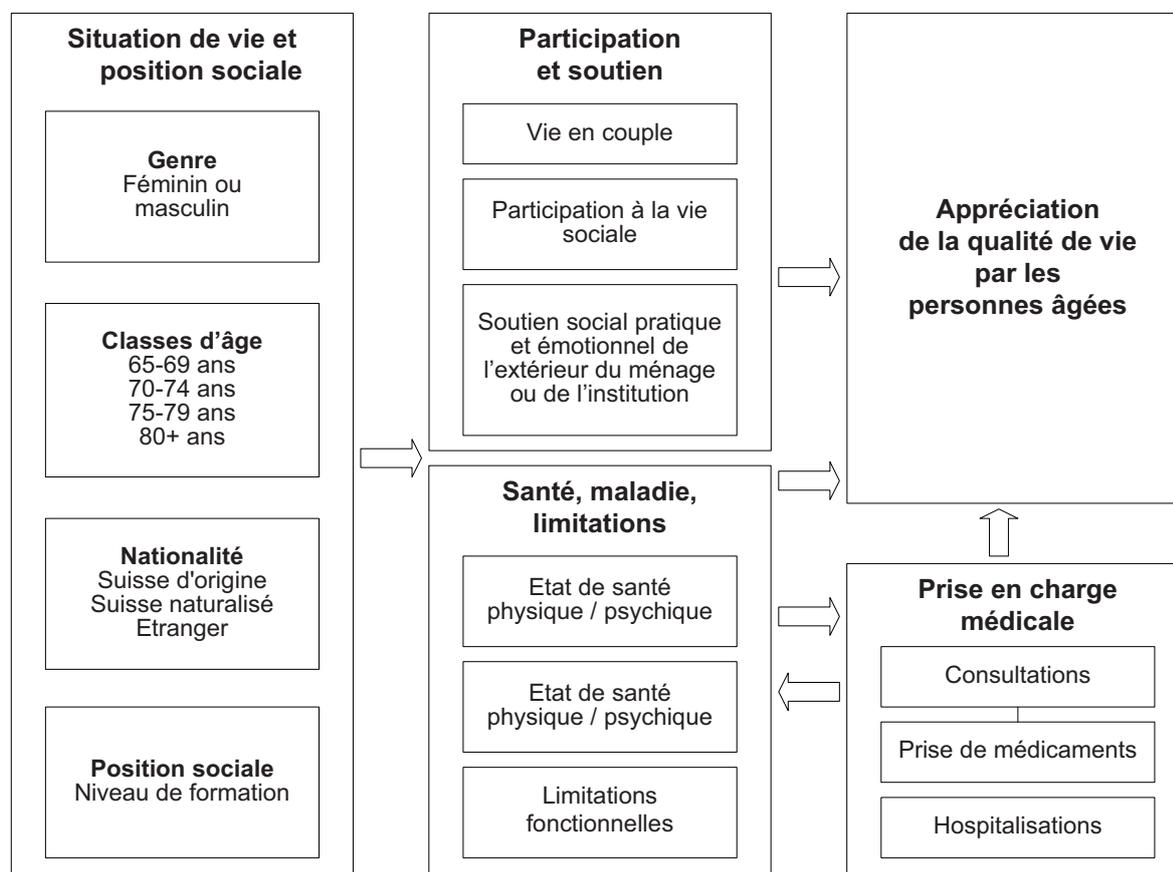
- *La prise en charge médicale influence indirectement la qualité de vie dans la mesure où elle contribue à maintenir ou à rétablir l'autonomie fonctionnelle.*

La prise en charge médicale répond directement aux besoins d'une santé déficiente, mais son influence positive sur la qualité de vie dépendra surtout de son impact favorable sur l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

3.2 Modèle d'analyse et concepts

Le *modèle d'analyse* ci-dessous s'appuie sur les travaux antérieurs des auteurs concernant « La qualité de vie des personnes de 65 ans et plus en Suisse » et, en particulier, sur les résultats du mandat de l'Observatoire de la santé en mars 2011 (Zimmermann et Zimmermann-Sloutskis 2011).

Figure 3.1 Les déterminants ou éléments de la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus



Le **modèle d'analyse** (Figure 3.1) considère la *participation à la vie sociale* et la *disponibilité d'un fort soutien social* d'une part et la *santé, maladie et autonomie fonctionnelle* d'autre part, comme étant les principaux déterminants directs de la qualité de vie dans l'appréciation des personnes âgées elles-mêmes. Plus en amont, la *situation de vie et la position sociale* influencent la participation sociale et le soutien social, ainsi que *l'état de santé, la maladie et l'autonomie fonctionnelle* des personnes âgées. La *prise en charge médicale* est supposée exercer une certaine influence directe sur la qualité de vie, mais elle agirait surtout indirectement par sa capacité à maintenir ou à rétablir la santé et l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées dans leur vie de tous les jours.

3.3 Bases de données, indicateurs et techniques d'analyse

3.3.1 Bases de données et échantillons

Ce travail est centré sur la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus. Il utilise les données provenant du Panel suisse de ménages (PSM) et de l'Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées vivant en Institution (ESAI).

- Le *Panel suisse de ménages (PSM)* est une base de données longitudinales dont le but est d'étudier le changement social et en particulier la dynamique de l'évolution des conditions de vie de la population en Suisse. L'enquête du PSM est menée annuellement auprès d'un échantillon aléatoire de ménages résidant en Suisse, tiré en 1999 et partiellement renouvelé en 2004. Tous les membres d'un ménage sont interviewés individuellement. La collecte de données a débuté en 1999 avec un premier échantillon composé de 5'074 ménages et de 12'931 individus. Dès 2004, un deuxième échantillon, composé de 2'538 ménages et de 6'569 individus est interrogé en parallèle. L'enquête comprend plusieurs questions portant sur la qualité de vie. Pour les années 2000 à 2010, le sous-échantillon des personnes âgées de 65 ans et plus contient les données agrégées (« pooled data ») concernant 2'552 personnes (1'107 hommes et 1'445 femmes), générant 11'714 observations. Font partie du sous-échantillon toutes les personnes de 65 ans et plus au moment de chaque vague d'interviews conduite entre 2000 et 2010.

Ici, la première vague du PSM n'est pas prise en compte, car l'information sur la satisfaction avec la vie en général, comme mesure de la « qualité de vie », n'y était pas encore collectée.

- *L'Enquête sur l'état de santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI)* a été réalisée par l'Office fédéral de la statistique entre novembre 2008 et octobre 2009 (OFS 2010). Elle complète l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) qui est menée depuis 1992 tous les cinq ans sur la population résidante non-institutionnelle. L'ESAI inclut des données sur l'état de santé, les maladies, le recours aux soins, les besoins de soins, les ressources sociales, les conditions de vie et la qualité de vie des personnes âgées vivant dans un établissement pour personnes âgées. L'échantillon total de l'ESAI est constitué de 3'103 personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans une maison pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social depuis au moins 30 jours. Pour les personnes capables de répondre elles-mêmes, 1'569 interviews en face-à-face ont été réalisées. En plus 2'923 questionnaires écrits complémentaires ont été remplis par le personnel soignant : 1'389 versions courtes en complément des interviews face-à-face et 1'534 versions longues pour les personnes incapables de répondre elles-mêmes.

Pour les analyses sur la qualité de vie, seul le sous-échantillon des personnes interviewées en face-à-face (n=1'569) sera pris en compte, car l'information sur la qualité de vie n'est pas disponible pour les personnes incapables de répondre elles-mêmes aux questions de l'ESAI.

Le tableau 3.1 indique le nombre de personnes constituant les deux échantillons du PSM et de l'ESAI. Tout en disposant d'un échantillon de taille relativement modeste (n=2'552), les analyses des données du PSM peuvent s'appuyer sur un nombre respectable d'observations (n=11'714), issues d'une période de onze vagues annuelles d'interviews. Par contre, la taille relativement modeste des personnes interviewées dans le cadre de l'ESAI (n=1'569), ainsi que le design hiérarchique de l'enquête limitent la fiabilité statistique des résultats obtenus, en raison d'intervalles de confiance très larges.

Tableau 3.1 Echantillons de personnes âgées issus du Panel suisse de ménages (PSM 2000-2010) et de l'Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées vivant en Institution (ESAI 2008-2009)

PSM 2000-2010	Hommes		Femmes		Total	
	Personnes, n=	Observations, n=	Personnes, n=	Observations, n=	Personnes, n=	Observations, n=
65-69	687	1844	817	2371	1504	4215
70-74	206	1394	281	1803	487	3197
75-79	137	988	187	1350	324	2338
80+	77	683	160	1281	237	1964
Totaux	1107	4909	1445	6805	2552	11714
ESAI 2008/2009	Hommes		Femmes		Total	
	Personnes / Observations, n=		Personnes / Observations, n=		Personnes / Observations, n=	
65-69	49		35		84	
70-74	73		80		153	
75-79	129		197		326	
80+	327		679		1006	
Totaux	578		991		1569	

En plus des données du PSM et de l'ESAI, nous avons eu recours à celles de l'*Enquête suisse sur la santé de 2007* (ESS 2007) pour comparer les caractéristiques sociodémographiques et de santé entre les personnes vivant à *domicile* et celles vivant en *institution* (Chapitre 4.1).

Les enquêtes de l'ESS et du PSM sont toutes les deux représentatives de la population résidente suisse moyennant l'emploi d'une pondération pour compenser les effets de la non-réponse. En tant qu'enquête longitudinale, les données du PSM sont issues de deux échantillons indépendants, constitués en 1999 et 2004, donc représentatives pour chacune de ces deux années. Cependant, le PSM souffre de l'attrition au cours du temps, car pour diverses raisons, entre 5% et 10% des personnes initialement recrutées ne répondent plus d'une année à l'autre. La pondération appliquée rétablit dans une large mesure la représentativité pour chacune des années entre 1999 et 2010.

Pour nous assurer de la représentativité des données du PSM pour les personnes âgées résidant à *domicile*, nous avons comparé les distributions des caractéristiques sociodémographiques et de divers indicateurs de santé avec celles de l'ESS (Tableaux 7.2 et 7.3 en annexe C). La concordance entre les deux enquêtes est très élevée avec des écarts de $\pm 5\%$ au maximum. Il existe toutefois une légère tendance à la sous-représentation des personnes de grand âge (80 ans et plus).

3.3.2 Questionnaires et indicateurs

Les données provenant de l'*Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées vivant en Institution* (ESAI) et du *Panel suisse de ménages* (PSM) ont été récoltées avec des méthodes et des instruments d'enquête différents.

L'ESAI s'appuie sur une interview face-à-face (CAPI) pour les personnes âgées capables de répondre elles-mêmes et sur deux questionnaires complétés par le corps soignant. La version longue concerne uniquement les personnes âgées qui n'ont pas participé à l'interview face-à-face et la version courte toutes les personnes ayant répondu elles-mêmes³. Par contre, les interviews du PSM sont toutes conduites par téléphone (CATI) et les quelques informations obtenues par les proches à propos de personnes incapables de répondre elles-mêmes n'ont pas de pertinence dans le cadre des analyses envisagées par ce projet⁴.

³ Il manque 180 questionnaires pour compléter les 1569 interviews en face-à-face.

⁴ „Computer Assisted Personal Interviews“ (CAPI) ; „Computer Assisted Telephone Interviews (CATI).“

Les questionnaires utilisés par l'ESAI et le PSM n'ont pas été conçus sur la même base conceptuelle, mais contiennent néanmoins des questions comparables, susceptibles d'être opérationnalisées en indicateurs pour les principaux concepts du modèle d'analyse.

Par conséquent, il s'agissait de définir et de décrire pour chacune des deux enquêtes les indicateurs sinon équivalents au moins comparables pour mesurer les différents concepts du modèle d'analyse et d'établir leur validité et sensibilité (cf. Annexe B, Tableau 7.1 « Questions et indicateurs »).

3.3.3 Indicateurs

Les mesures de la *qualité de vie* proviennent des questions posées dans les interviews téléphoniques (PSM) ou en face-à-face (ESAI) aux personnes âgées elles-mêmes. La qualité de vie est mesurée dans les deux enquêtes de la manière suivante :

- Dans l'enquête du PSM, la « qualité de vie » est mesurée par le degré de « satisfaction » avec la vie en général et divers domaines de celles-ci : la situation financière, vivre seul(e) ou en couple, les relations avec les autres, les loisirs et la santé. Les questions de satisfaction ont toutes le même format: *Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de (...), si 0 signifie "pas du tout satisfait" et 10 "tout à fait satisfait" ?*.
- Dans l'ESAI, la question suivante de l'interview en face-à-face s'y réfère: *"Maintenant, j'aimerais savoir, de manière générale, comment trouvez-vous votre qualité de vie? ,Très bonne, Bonne, Ni bonne ni mauvaise, Mauvaise, Très mauvaise" .*

Rappelons que les données concernant l'appréciation de la qualité de vie par les personnes âgées sont limitées aux seules 1'569 personnes ayant répondu à l'interview en face-à-face. Afin de mieux contrôler pour un probable biais de sélection de ces dernières, leur profil sociodémographique et de santé a été comparé aux 1'534 personnes ayant été incapables de participer aux interviews face-à-face (cf. chap. 4.1).

Quoique issues de questions différentes, les mesures de qualité de vie du PSM et de l'ESAI peuvent être considérées comme équivalentes. En effet, une forte corrélation positive a été trouvée dans la littérature entre les échelles de satisfaction et d'autres mesures de qualité de vie⁵. En outre, les analyses attestent d'une relation similaire entre la qualité de vie et la santé dans les deux enquêtes.

Quant aux déterminants sociaux et sanitaires de la qualité de vie, les deux enquêtes fournissent des informations identiques ou équivalentes. Dans l'ESAI, cependant, les indicateurs de la prise en charge médicale proviennent du questionnaire proxy rempli par le personnel soignant. En outre, certaines mesures sont basées sur des indicateurs construits à partir des réponses à plusieurs questions (cf. Annexe B, Tableau 7.1 : « Questions et indicateurs »).

Afin de vérifier la pertinence et la faisabilité du projet, des analyses exploratoires avaient été menées préalablement sur la base des données du PSM, de l'ESS et de l'ESAI (Zimmermann, Moreau-Gruet et al. 2012) dont les objectifs et principaux enseignements se trouvent résumés dans l'Annexe A.

⁵ Par exemple, le questionnaire CASP-19 développé particulièrement pour les personnes âgées pour mesurer leur qualité de vie en tenant compte du degré qu'elles estiment leurs besoins étant satisfaits. ((Hyde, Wiggins et al. 2003)) : CASP-19 is a quality-of-life measure comprising four domains ('control', 'autonomy', 'self-realization' and 'pleasure').

3.3.4 Techniques d'analyses statistiques

L'objectif principal des analyses est de mettre en évidence les associations bivariées et multivariées entre les déterminants et la qualité de vie comme variable dépendante sous forme de tableaux croisés, respectivement de régressions logistiques. Le risque d'une mauvaise qualité de vie (variable dépendante dichotomique) est indiqué par le « odds ratio » (OR) de la variable indépendante considérée comme déterminant. Si le modèle explicatif inclut simultanément plusieurs déterminants, la contribution de chacune au risque d'une mauvaise qualité de vie est indiquée par le « adjusted odds ratio » (aOR). Les « odds ratios » des déterminants sont retenus comme statistiquement significatifs au seuil $p \leq 0.05$.

Pour les données du PSM, les analyses font usage de techniques et modèles statistiques adaptés à l'analyse de données longitudinales issues d'observations multiples et répétées fournies par les mêmes personnes. Il s'agit du modèle « Generalized Estimation Equation GEE » pour les variables dépendantes dichotomiques (Diggle, Haegerty et al. 2002; Fitzmaurice, Laird et al. 2004).

Comme la bonne ou mauvaise santé constitue un facteur potentiellement important dans l'influence des autres déterminants de la qualité de vie, la problématique des interactions entre la vie sociale et la santé est abordée sous l'aspect de leurs effets sur la qualité de vie dans le chapitre 4.3.2. Ces analyses répondent au moins partiellement à l'exigence d'une standardisation en fonction de l'état de santé pour comparer les deux lieux de vie. La santé est ainsi considérée dans les modèles multivariés comme un « effect modifier » dans l'influence que peuvent avoir les autres déterminants sur la qualité de vie.

4 Résultats

4.1 Caractéristiques des personnes âgées selon leur lieu de vie

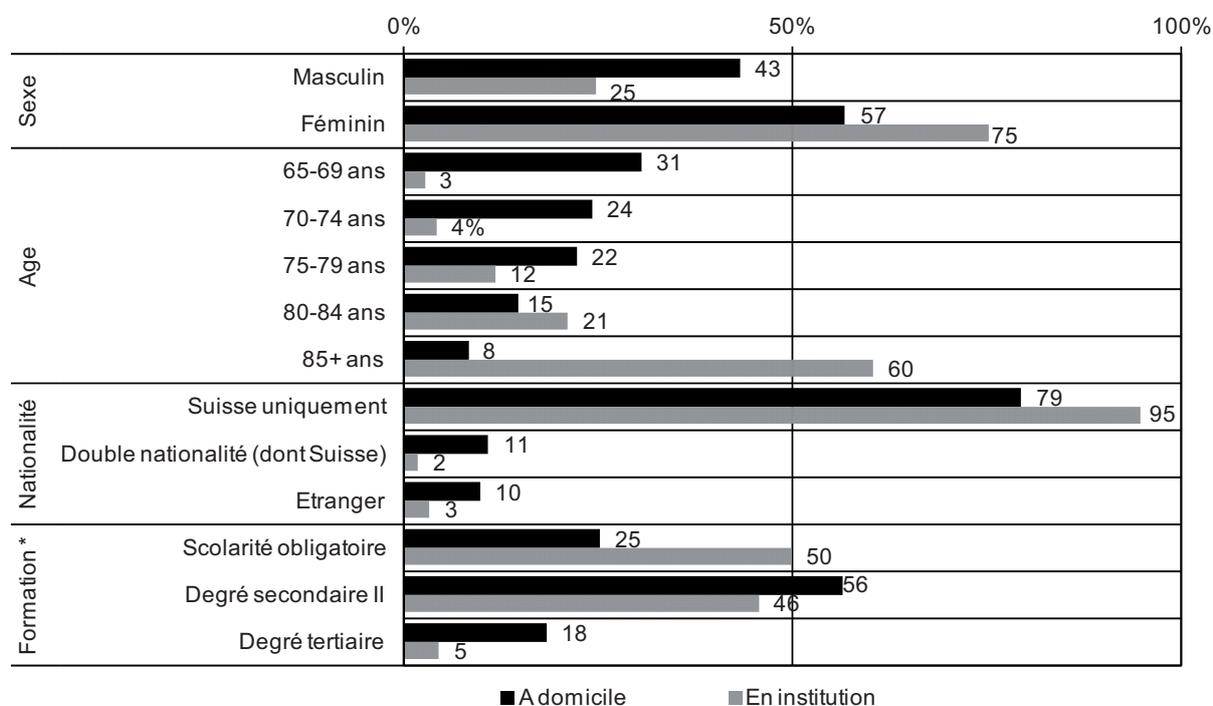
Les deux lieux de vie à *domicile* et en *institution* se distinguent non seulement par le mode d'organisation de la vie des personnes âgées, mais surtout par les caractéristiques sociodémographiques et de santé de leurs résidents. En effet, la plupart des personnes âgées préfèrent vivre chez elles et se résignent à aller vivre en institution en raison de leur mauvais état de santé ou de leur incapacité à effectuer les activités de la vie quotidienne. Les résultats ci-après démontrent un effet de sélection selon les deux lieux de vie (4.1.1) et selon la capacité ou non de répondre à l'ESAI lors d'une interview en face-à-face (4.1.2).

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées résidant à domicile et en institution

Se trouvent décrites ici les différences des caractéristiques sociodémographiques, de santé et de limitations fonctionnelles entre les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à leur *domicile* ou vivant en *institution* sur la base de mesures identiques de l'ESAI et de l'ESS.

Par rapport aux personnes âgées vivant à leur *domicile*, les personnes vivant en *institution* sont en très forte majorité des femmes (75% contre 57% à domicile) et nettement plus âgées (80% de 80 ans ou plus, contre 23% à domicile) (Figure 4.1). En plus elles sont presque exclusivement de nationalité suisse (95% contre 80% à domicile) et d'un niveau de formation nettement inférieur (50% de scolarité obligatoire contre 25% à domicile).

Figure 4.1 Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées vivant à domicile (ESS) et en institution (ESAI)

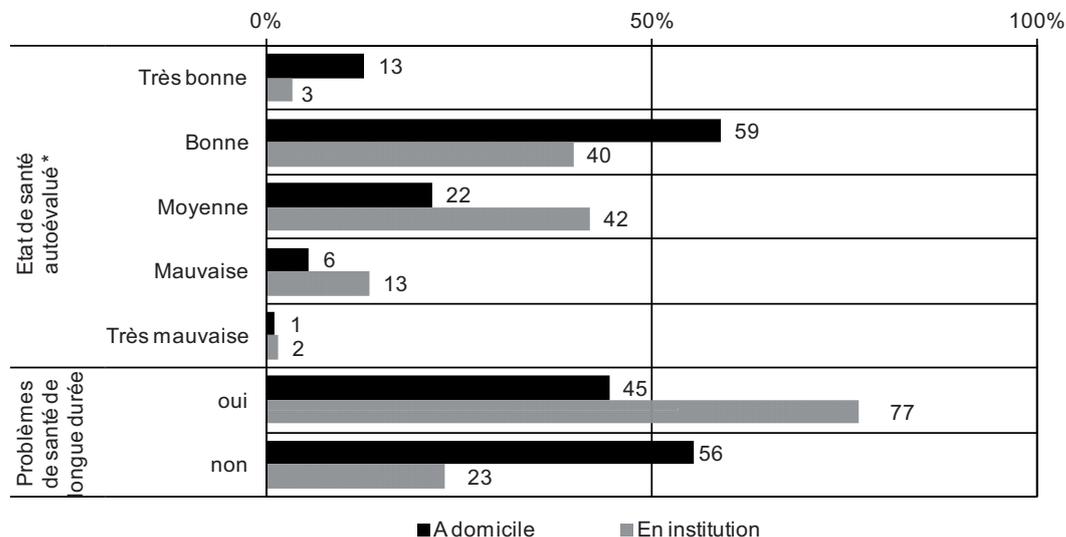


* Information disponible dans l'ESAI seulement pour les 1569 personnes interviewées en face-à-face.

Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé (ESS), 2007 ; OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Les personnes âgées vivant en *institution* se disent plus souvent en mauvaise santé (57% contre 29% à *domicile*) et ont en majorité des problèmes de santé de longue durée (77% contre 45% à *domicile*) (Figure 4.2).

Figure 4.2 Santé des personnes âgées vivant à domicile (ESS) et en institution (ESAI)

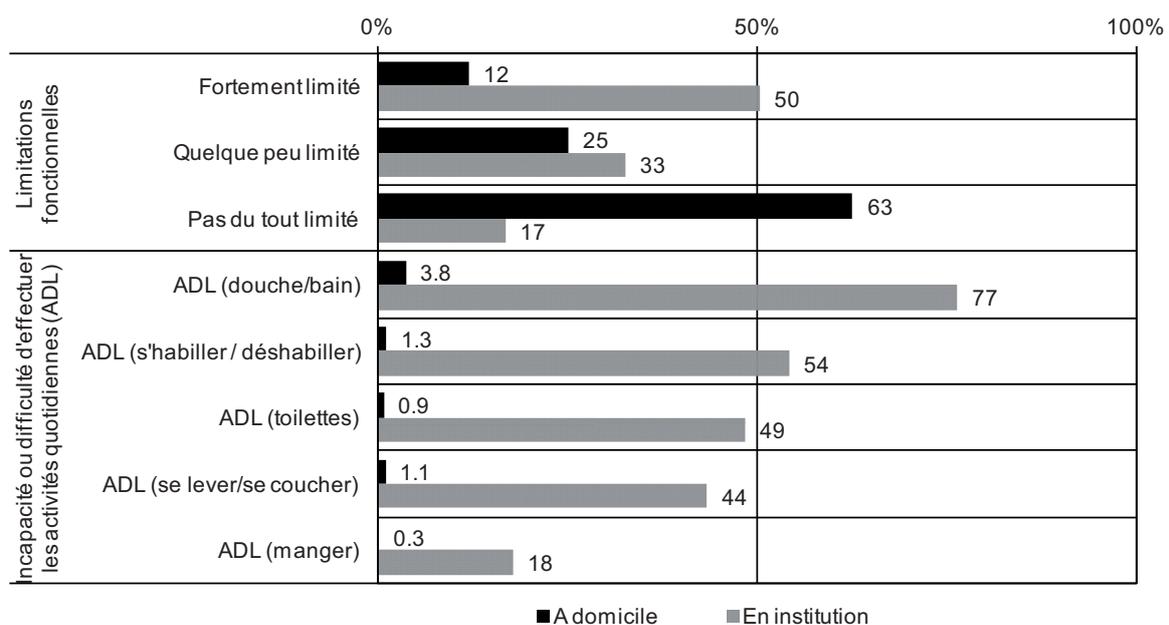


* Information disponible dans l'ESAI seulement pour les 1569 personnes interviewées en face-à-face.

Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé (ESS), 2007 ; OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009.

Enfin, les personnes âgées résidant en *institution* sont le plus souvent « fortement limitées » dans l'exercice de leurs *activités de la vie quotidienne* (50% contre 12% à *domicile*) (Figure 4.3) : 77% d'entre elles sont incapables ou qu'avec beaucoup de difficultés de prendre sans aide « une douche ou un bain » (3,8% à *domicile*), 54% d'entre elles sont incapables ou qu'avec beaucoup de difficultés de « s'habiller » (1,3% à *domicile*) et 49% de se rendre aux « toilettes » (0,9% à *domicile*) et 49% de se rendre aux « toilettes » (1% à *domicile*).

Figure 4.3 Degré de limitations fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile (ESS) et en institution (ESAI)



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé (ESS), 2007 ; OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Ce très fort contraste entre les personnes âgées vivant à *domicile* et celles qui vivent en *institution* confirme que ce sont bien les sévères limitations dans l'exercice des activités de la vie quotidienne qui sont le principal motif pour une entrée en institution.

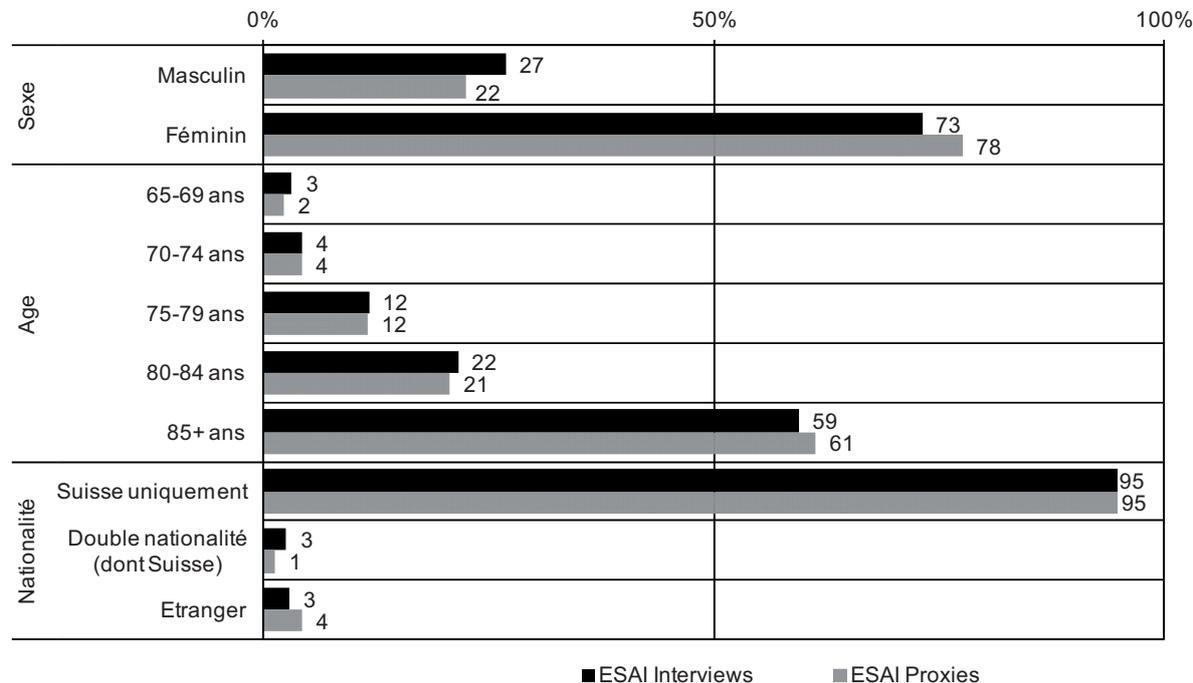
4.1.2 Caractéristiques des personnes âgées en institution interviewées ou non (ESAI-Interviews contre ESAI-Proxies)

Dans l'échantillon total de l'ESAI (n=3'103), la mesure de la qualité de vie n'est disponible que pour les personnes qui ont été interviewées en face-à-face (ESAI-Interviews : 50.6%, n=1'569) et pas pour celles qui ont fait l'objet d'une évaluation par le personnel soignant (ESAI-Proxies : 49.4%, n=1'534). Ainsi, les analyses sur les déterminants de la qualité de vie des personnes résidant en institution se basent sur le sous-échantillon « ESAI-Interviews » concernant uniquement les personnes ayant été capables de répondre par elles-mêmes, sous-échantillon potentiellement non représentatif de l'ensemble de la population âgée résidante en institution (3.3.1).

Il s'agit donc ici d'explorer les biais de sélection du sous-échantillon des personnes vivant en *institution* (ESAI-Interviews) qui ont été retenues pour les analyses sur la qualité de vie en comparaison avec les personnes âgées résidant à *domicile*.

Quoique à dominance féminine un peu moins accentuée (73% contre 78%), les personnes âgées interviewées en face-à-face ne se distinguent pas significativement selon leur âge et nationalité d'origine des autres résidents (Figure 4.4).

Figure 4.4 Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées vivant en institution (ESAI-Interviews et ESAI-Proxies)



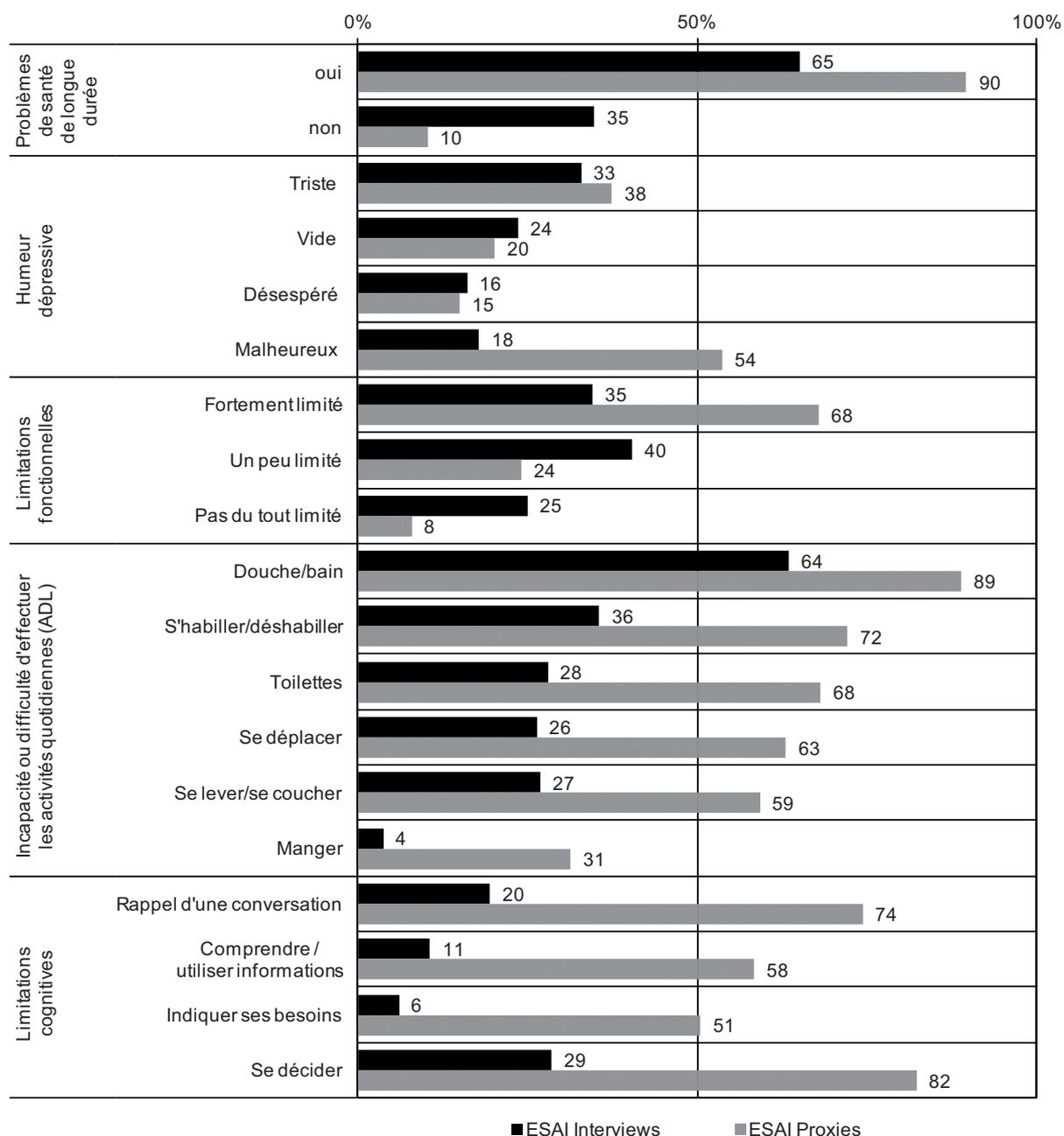
Source : Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009 (ESAI-Interviews : n=1'569 ; ESAI Proxies : n=1'534),

Concernant la *santé* et les *limitations fonctionnelles et cognitives*, les données indiquent une situation nettement plus favorable des personnes interviewées (Figure 4.5). Ainsi, les personnes interviewées en face-à-face font moins fréquemment état de problèmes de santé de longue durée (65% contre

90%) et de fortes limitations fonctionnelles (35% contre 68%). En outre, elles se disent moins souvent d'une humeur triste (33% contre 38%) et nettement moins malheureuses (18% contre 54%).

Enfin, les différences les plus fortes entre les personnes interviewées et les autres se manifestent au niveau de *l'incapacité ou difficulté d'effectuer les activités quotidiennes (ADL)* et surtout *des limitations cognitives*. En effet, une forte majorité des personnes n'ayant pas participé à l'interview souffre de déficiences cognitives.

Figure 4.5 Degré de limitations fonctionnelles des personnes âgées vivant en institution interviewées ou non (ESAI-Interviews et ESAI-Proxies)



Source : Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Par conséquent, les analyses sur la qualité de vie des personnes interviewées en face-à-face proposées dans notre étude concerneront les résidents en institution qui sont encore en relativement bonne santé et nettement moins limités fonctionnellement et cognitivement que ceux qui en sont exclus.

4.2 Facteurs importants de la qualité de vie selon le lieu de vie

Les éléments pertinents de la qualité de vie selon le lieu de vie sont présentés ici sous trois aspects complémentaires:

- Comparaison de la qualité de vie et de la prévalence des facteurs qui y sont associés selon le lieu de vie
- Santé, participation et soutien social comme éléments de la qualité de vie selon le lieu de vie
- Particularités de la qualité de vie et de ses déterminants en institution

Tous les résultats chiffrés contenus dans ce chapitre sont issus des analyses des données du PSM récoltées entre 2000 et 2010 et de l'ESAI de 2008-2009 pour les seules personnes ayant répondu aux interviews en face-à-face.

4.2.1 Prévalence de la qualité de vie et de ses déterminants selon le lieu de vie

Le choix de résider en institution n'est de loin pas dû au hasard, mais résulte le plus souvent de l'impossibilité d'une vie autonome à domicile. Ainsi, les personnes âgées vivant en *institution* se distinguent non seulement quant aux caractéristiques sociodémographiques des personnes résidant à *domicile*, mais également par leur situation participative, relationnelle et de santé.

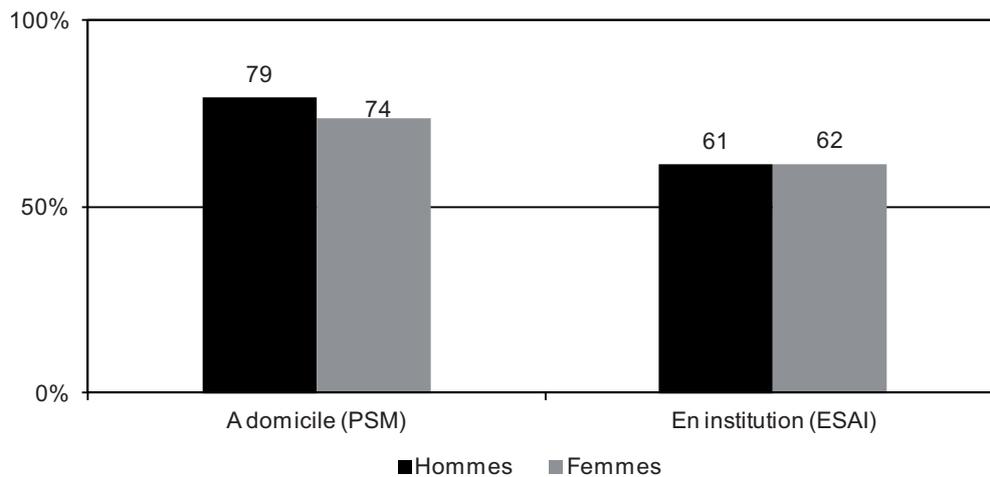
Qualité de vie

Quoique issues de questions différentes, les mesures de qualité de vie du PSM et de l'ESAI peuvent être considérées comme équivalentes. En effet, une forte corrélation positive a été trouvée dans la littérature entre les échelles de satisfaction et d'autres mesures de qualité de vie⁶. En outre, les analyses menées ici attestent d'une relation similaire entre la qualité de vie et la santé dans les deux enquêtes.

Pour les personnes âgées résidant à *domicile*, le niveau moyen de satisfaction avec la vie en général est de 8.2 sur 10. Les personnes en *institution* (ESAI) évaluent par questionnaire direct leur qualité de vie sur une échelle allant de 1 « très bonne » à 5 « très mauvaise », ce qui correspondrait à une moyenne de 6.5 sur une échelle de 0 à 10.

⁶ Par exemple, le questionnaire CASP-19 développé particulièrement pour les personnes âgées pour mesurer leur qualité de vie en tenant compte du degré auquel elles estiment leurs besoins comme étant satisfaits. (Hyde, Wiggins et al. 2003): CASP-19 is a quality-of-life measure comprising four domains ('control', 'autonomy', 'self-realization' and 'pleasure').

Figure 4.6 Evaluation de la « qualité de vie » à domicile et en institution (% indiquant une « bonne » qualité de vie⁷)



Source : PSM 2000-2010, ESAI 2008/2009

Plus de trois quarts des personnes âgées résidant à domicile – les hommes davantage que les femmes –, se déclarent satisfaites avec la vie en général (PSM). Près de deux tiers de celles qui résident en institution estiment leur qualité de vie bonne ou très bonne (Figure 4.6).

Vie en commun avec un partenaire

Près de deux tiers des personnes âgées résidant à leur domicile vivent avec quelqu'un d'autre dans leur ménage, le plus souvent avec leur époux, épouse ou partenaire⁸. La proportion des personnes vivant avec leur conjoint ou partenaire est de 64%, mais diminue fortement avec l'âge (de 74% pour les 65-69 ans à 33% pour les personnes de 80 ans et plus). Les différences entre les hommes et les femmes sont considérables (83% contre 48%), la proportion des hommes jouissant de la vie en couple est nettement supérieure à celle des femmes, et cela à tout âge.

En contexte institutionnel, un tiers des personnes âgées vivaient avec un(e) conjoint(e) ou partenaire avant leur admission en établissement, 28% des femmes et 47% des hommes.

Participation à la vie sociale

Dans le PSM, la participation à la vie sociale est évaluée sur la base de la question suivante : « Maintenant je vais vous lire une liste d'associations et d'organisations. Pouvez-vous me dire pour chacune d'elles si vous en êtes membre actif, membre passif ou pas membre ? ». Les personnes sont interrogées par rapport aux neuf types d'associations suivantes : associations locales ou de parents, sportives ou de loisir, culturelles, syndicats, partis politiques, protection de l'environnement, caritatives, de femmes, des droits des locataires. Près de la moitié des personnes âgées de 65 ans vivant à domicile n'est membre actif d'aucune association (46%). Les femmes affichent un taux de participation associative significativement plus bas (42% contre 51% chez les hommes).

⁷ La dichotomie „bonne / mauvaise“ qualité de vie est définie de la manière suivante. PSM: « Très satisfait de la vie en général » (scores 8, 9, 10 sur l'échelle de 0 à 10) contre « Peu ou pas du tout satisfait » (scores 0 à 7). ESAI : « Très bonne ou bonne qualité de vie (scores 1 et 2) contre « Ni bonne ni mauvaise, mauvaise ou très mauvaise » (scores 3 à 5).

⁸ Dans le PSM, l'évaluation de la situation de vie se base sur la typologie des ménages du Panel Comparability (PACO) project, which was funded by the European Commission under the Human Capital and Mobility Programme (1993-1996).

En *institution*, 67% des résidents disent participer à des activités organisées par leur établissement au moins une fois par mois et 29% à des activités n'étant pas organisées à l'interne. Les hommes ont tendance à moins participer aux activités organisées par l'établissement (58%) que les femmes (70%).

Soutien social pratique et émotionnel provenant de l'extérieur du ménage

Les *soutiens pratique et émotionnel* sont évalués sur la base de l'aide pratique ou psychologique que les répondants estiment pouvoir obtenir de la part de proches ou de l'entourage en cas de besoin. Tout en étant différentes pour les deux enquêtes, les questions posées se réfèrent aux mêmes concepts.

Les personnes âgées résidant à *domicile* (PSM) obtiennent sur une échelle allant de 0 à 50 points, 21 points en moyenne pour le *soutien pratique* et 25 points pour le *soutien émotionnel*. Soutiens pratique et émotionnel sont fortement corrélés ($r = .85$). Les hommes jouissent d'un meilleur soutien pratique et émotionnel que les femmes.

Parmi les personnes en *institution* (ESAI), la grande majorité mentionne au moins une personne pour les soutenir ou pour les aider dans la vie quotidienne (75%) et pour parler n'importe quand de problèmes très personnels (86%). Soutiens pratique et émotionnel sont modérément corrélés ($r = .51$). Les hommes tendent à bénéficier d'un meilleur soutien pratique et les femmes d'un meilleur soutien émotionnel que les hommes.

Santé physique et psychique, problème de santé durable et limitations fonctionnelles

Santé physique : L'état de santé est évalué par la question directe suivante : « *Comment allez-vous en ce moment?* » (PSM) et « *Comment est votre santé en général?* » (ESAI) ». Les personnes répondant « très bien ou bien » ou respectivement « très bonne et bonne » sont considérées comme étant en *bonne santé*. Trois quarts des personnes âgées de 65 ans et plus résidant à *domicile* se disent en *bonne santé*. Cette même proportion est plus faible parmi les personnes en *institution* (43%), mais encore assez élevée sachant que la mauvaise santé est souvent la raison justifiant une admission en institution.

Santé psychique : Pour les personnes qui résident à *domicile*, la *santé psychique* est évaluée par un indicateur du bien-être psychique combinant les réponses à deux questions complémentaires: les « sentiments négatifs » (*cafard, le désespoir, l'anxiété, la dépression*) et les « sentiments positifs » (*énergie et optimisme*)⁹. Pour les personnes en *institution*, une échelle de dépression est formée par addition de quatre réponses se référant à l'humeur dépressive (découragement et tristesse, vie vide, sensation heureuse ou malheureuse, situation désespérée). A *domicile*, un cinquième des personnes âgées (23%) peuvent être considérées en mauvaise santé psychique, les femmes davantage (28%) que les hommes (17%). En *institution*, un quart des aînés présentent des symptômes dépressifs (23% des hommes et 25% des femmes). S'agissant cependant de questions se référant à une base conceptuelle différente, le « bien-être psychique » pour le PSM et « humeur déprimée » pour l'ESAI, ces indicateurs de santé psychique ne sont guère comparables entre les deux contextes de vie.

Maladie chronique ou problème de santé durable : A la question « *Avez-vous une maladie chronique ou un problème de santé durable?* » 49% des hommes et femmes âgés résidant à *domicile* répondent

⁹ Dans le PSM, les deux questions ont été formulées à partir des travaux de Norman M. Bradburn sur le bien-être psychologique (Bradburn, 1969). La question des sentiments positifs n'est posée que depuis la deuxième vague en 2000. Prises ensemble, les deux questions constituent le facteur de bien-être psychique. En effet, la corrélation entre les deux est élevée ($r = -.50$), mais de loin pas parfaite, car les sentiments négatifs et positifs peuvent cohabiter chez une même personne.

par l'affirmative. Avec 65%, cette proportion est nettement supérieure chez les personnes vivant en *institution*. Par contre, il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes et cela indépendamment du lieu de vie.

Limitations fonctionnelles : L'appréciation des *limitations fonctionnelles* se base dans les deux enquêtes (PSM et ESAI) sur la réponse à une question directe sur le degré de limitation dans l'exercice des activités quotidiennes habituelles pour des raisons de santé. Près de 40% des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à *domicile* se disent limitées *dans leurs activités quotidiennes* pour des raisons de santé (31% des hommes et 42% des femmes). En *institution*, cette proportion est avec 75% considérablement plus forte (71% des hommes et 76% des femmes).

Prise en charge médicale

Consultations médicales : La très grande majorité des personnes âgées de 65 ans et plus (88%) résidant à *domicile* ont consulté au moins une fois un *médecin* au cours des 12 mois précédents (5.3 consultations en moyenne) et 10% ont consulté une fois par mois ou plus. Le nombre moyen des consultations médicales augmente avec l'âge des personnes de manière assez similaire pour les hommes et les femmes. Par contre, à tout âge, les femmes accusent davantage de consultations. Parmi les résidents en *institution*, la quasi-totalité d'entre elles (98%) ont bénéficié, selon les indications du personnel soignant, d'au moins une consultation médicale au cours des 12 derniers mois (97% des hommes et 99% des femmes).

Prise de médicaments : Résidant à *domicile*, un peu plus d'un quart des hommes et femmes âgés de 65 ans et plus (27%) estime ne pas avoir besoin de *médicaments* dans la vie de tous les jours. Pour les résidents en *institution* et selon les indications du personnel soignant, 28% *n'auraient* pris aucun médicament au cours des 7 jours passés (pas de différence significative entre hommes et femmes).

Hospitalisations : Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus résidant à *domicile*, 15% ont été *hospitalisées* au cours des 12 mois précédant l'interview annuelle. Cette proportion n'augmente pas de manière significative avec l'âge des personnes. En cas d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour est de 12 jours (10 jours pour les hommes et 13 jours pour les femmes).

Dans le lieu de vie *institutionnel*, la proportion de personnes hospitalisées les 12 derniers mois est de 16%. En cas d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour était de 14 jours (13 jours pour les hommes et 14 jours pour les femmes).

4.2.2 Santé, vie sociale et prise en charge médicale comme facteurs de la qualité de vie (analyses bivariées)

Les indicateurs de santé étant identiques pour les enquêtes du PSM (*domicile*) et l'ESAI (*institution*), ces résultats nous informent également sur la comparabilité des mesures de qualité de vie malgré la différence de la question posée aux répondants dans chacun des lieux de vie :

- Parmi les personnes en bonne santé et sans limitations fonctionnelles, les proportions des personnes très satisfaites de leur qualité de vie sont très semblables dans les deux lieux de vie;
- Le niveau de qualité de vie est relié de manière très comparable aux trois indicateurs de santé considérés dans chacun des deux lieux de vie.
- Les personnes en mauvaise santé ou fortement limitées dans leurs activités quotidiennes affichent dans chacun des deux lieux de vie les taux de satisfaction les plus bas avec leur qualité de vie.

Qualité de vie et santé

Globalement, les résultats des analyses bivariées présentés dans la Figure 4.7 indiquent pour les deux lieux de vie que l'appréciation positive de la qualité de vie décline avec le mauvais état de santé physique et psychique, ainsi qu'avec la sévérité des limitations fonctionnelles. Les proportions des personnes disant jouir d'une bonne qualité de vie sont très similaires entre les deux lieux de vie en l'absence de limitations ou lors de limitations faibles. Atteintes dans leur santé, les personnes vivant en *institution* tendent à évaluer leur qualité de vie moins favorablement que celles à *domicile*.

A *domicile* comme en *institution*, ces trois aspects de la mauvaise santé augmentent indépendamment et fortement le risque d'une mauvaise qualité de vie (cf. Annexe C : Tableaux 7.4 et 7.5 présentant les résultats de régression logistique). Indépendamment de la santé physique et des limitations fonctionnelles, la mauvaise santé psychique est l'élément le plus important en augmentant le risque d'une mauvaise qualité de vie de trois à quatre fois (à *domicile* : aOR \approx 3.0 ; en *institution* : aOR \approx 4.0).

Qualité de vie, participation et soutien social

Pour les personnes âgées résidant à domicile, la *participation et le soutien social* constituent des éléments très importants de leur qualité de vie ; en institution leur effet se révèle d'une importance un peu moindre (Figure 4.8) (cf. Tableaux 7.4 et 7.5 présentant les résultats de régression logistique en Annexe C).

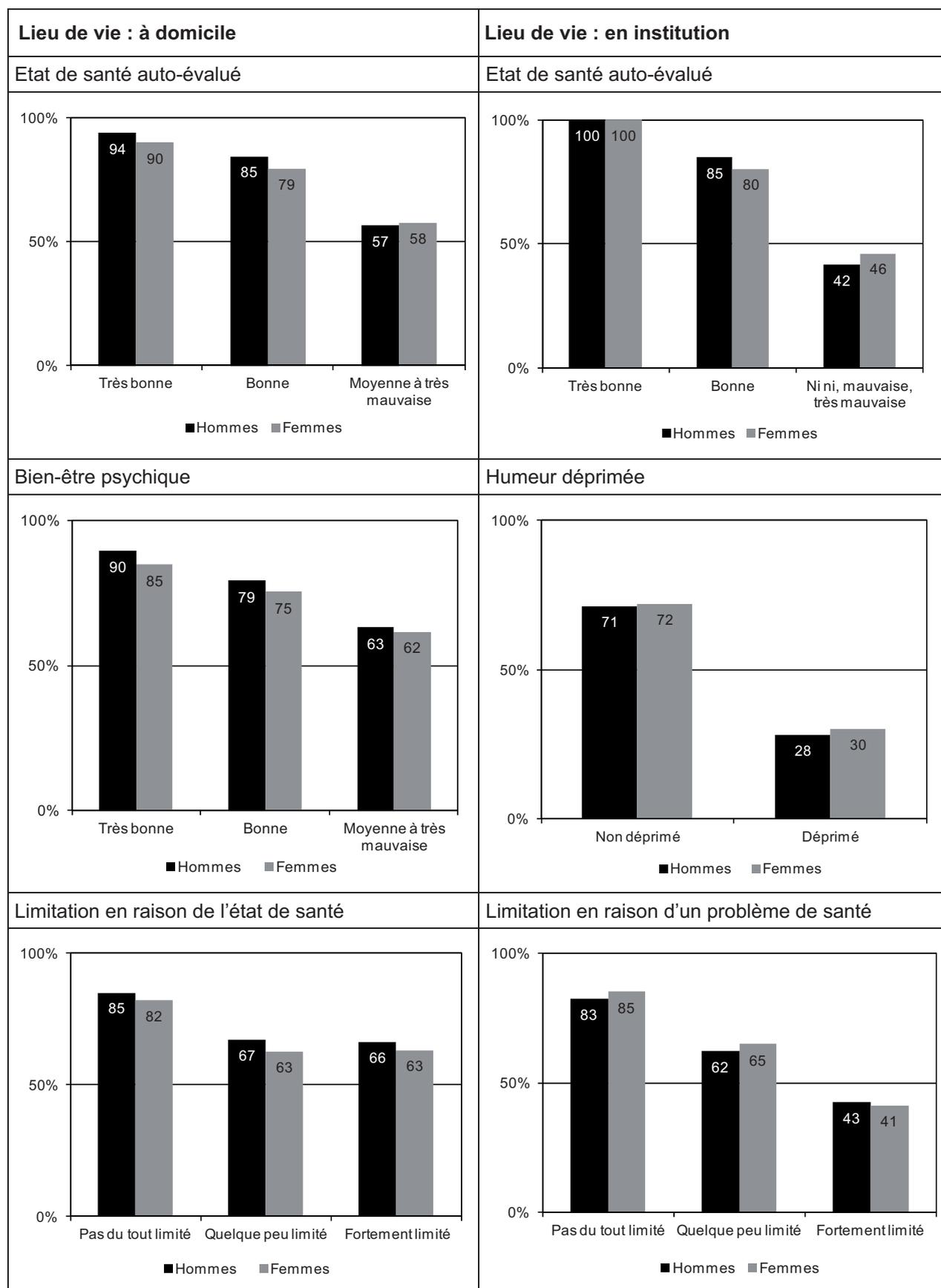
Les personnes âgées vivant en couple à *domicile* jouissent d'une meilleure qualité de vie que les personnes seules. Cet effet se révèle être plus fort chez les hommes que chez les femmes. Par contre, les personnes âgées ayant vécu avant leur entrée en institution avec un(e) partenaire évaluent leur qualité de vie comme moins bonne que celles qui étaient déjà seules avant leur entrée en institution.

Dans les deux lieux de vie, la *participation sociale* est associée à la qualité de vie (risque d'une mauvaise qualité de vie des non-participants à *domicile* : aOR=2.4; en *institution* : aOR=1.9). L'absence perçue de *soutien pratique et émotionnel* extérieur au foyer ou à l'institution accroît significativement le risque d'une mauvaise qualité de vie (à *domicile* : aOR \approx 2.0 ; en *institution* : aOR \approx 1.5).

Qualité de vie et prise en charge médicale

A *domicile*, la forte prise en charge médicale se trouve négativement associée à la qualité de vie, car elle répond à un mauvais état de santé lui-même responsable de la détérioration de la qualité de vie (Figure 4.9). Probablement en raison du contexte fortement « médicalisé » des institutions, il n'y a pas d'association significative entre la prise en charge médicale et la qualité de vie (cf. Tableaux 7.4 et 7.5 présentant les résultats de régression logistique en Annexe C).

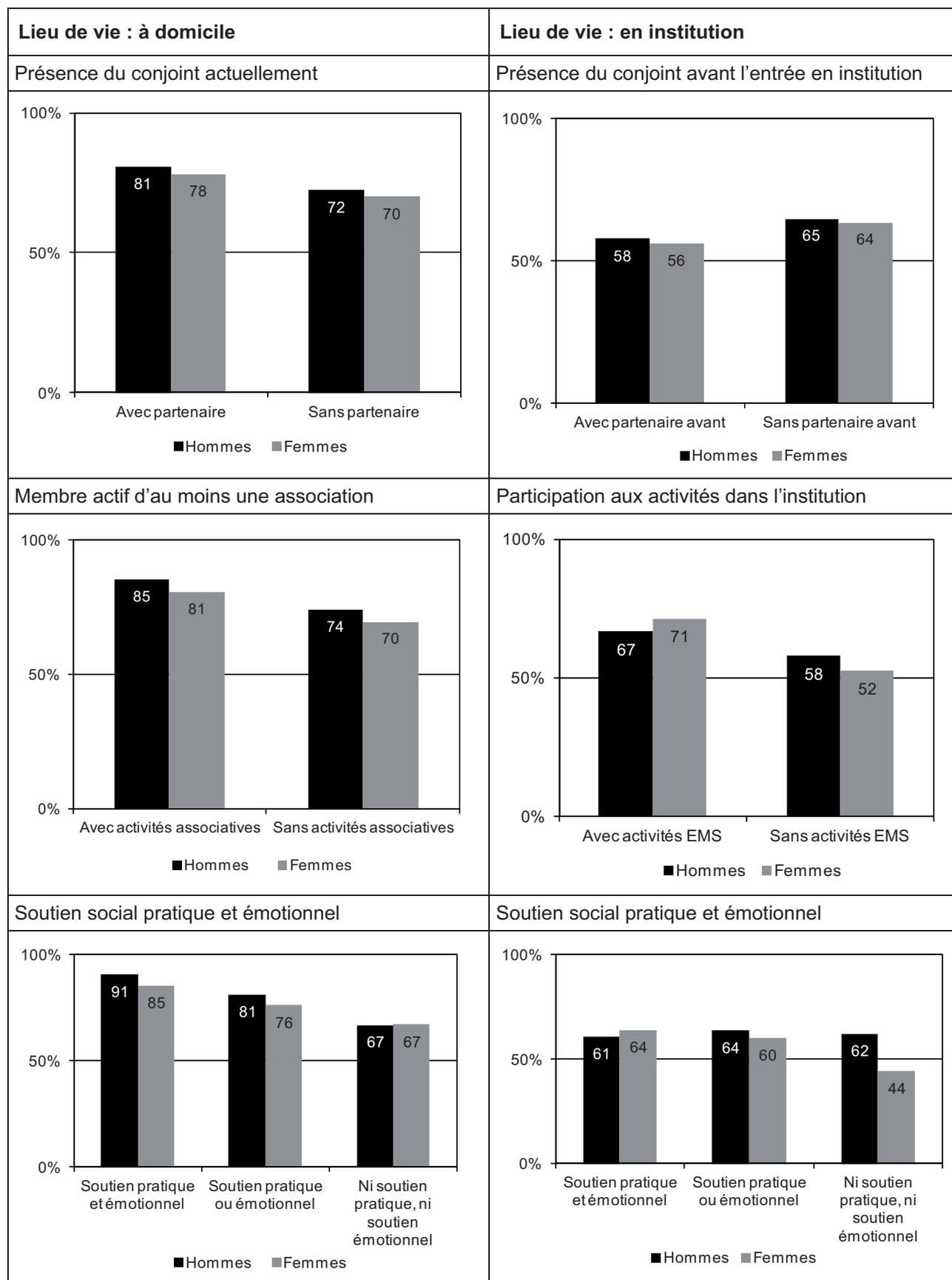
Figure 4.7 Proportions de personnes se disant très satisfaites de leur de vie en général (PSM) ou estimant leur qualité de vie bonne ou très bonne (ESAI) selon l'état de santé et le sexe



Source : PSM 2000-2010 (n_{obs}=11'714 ; n_{pers}=2'552)

Source : ESAI Interviews 2008/2009 (n=1'569)

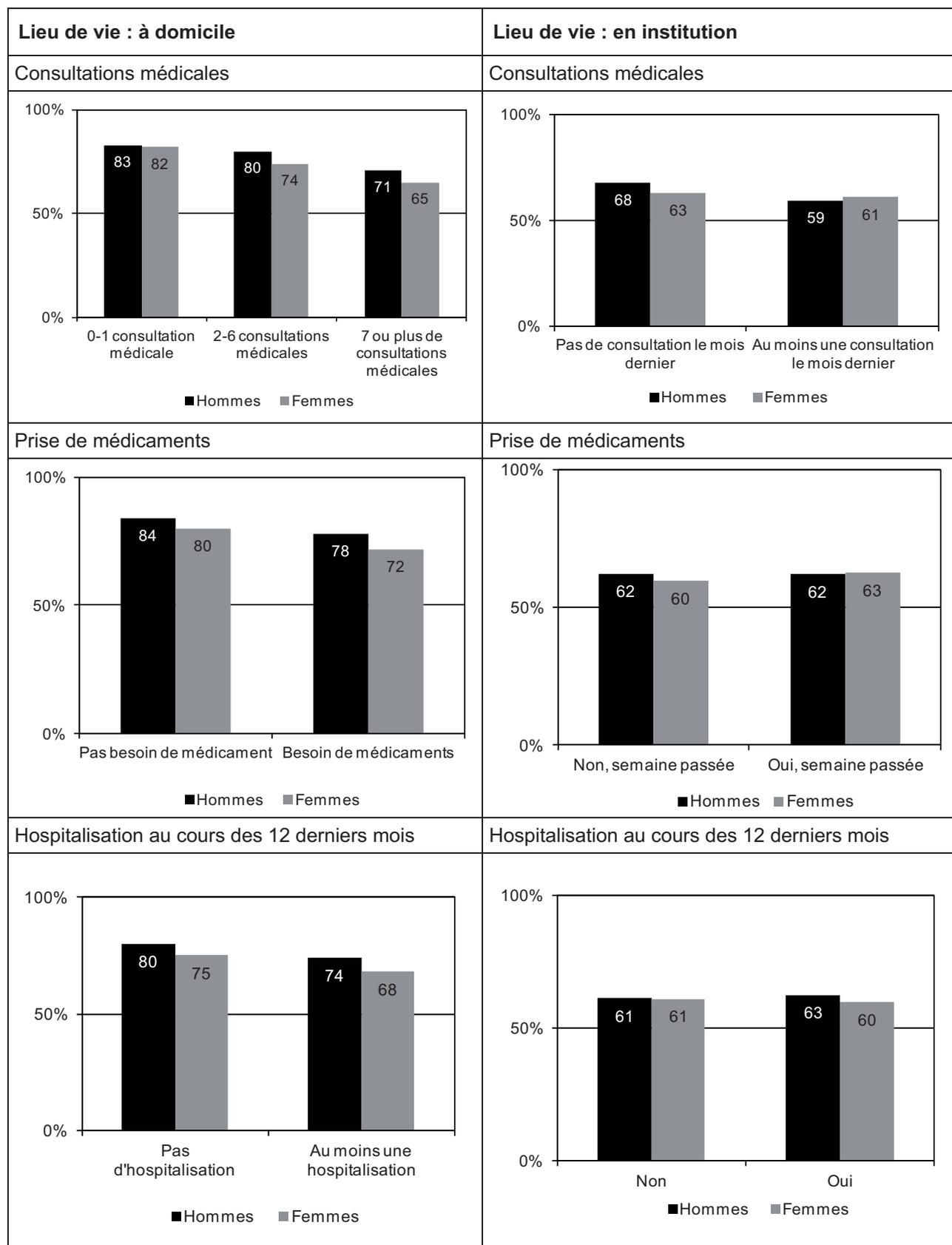
Figure 4.8 Proportions de personnes se disant très satisfaites de leur de vie en général (PSM) ou estimant leur qualité de vie bonne ou très bonne (ESAI) selon la participation et le soutien social et le sexe



Source : PSM 2000-2010 (n_{obs}=11'714 ; n_{pers}=2'552)

Source : ESAI Interviews 2008/2009 (n=1'569)

Figure 4.9 Proportions de personnes se disant très satisfaites de leur de vie en général (PSM) ou estimant leur qualité de vie bonne ou très bonne (ESAI) selon la prise en charge médicale et le sexe



Source : PSM 2000-2010 ($n_{\text{obs}}=11'714$; $n_{\text{pers}}=2'552$)

Source : ESAI Interviews 2008/2009 ($n=1'569$)

4.2.3 Aspects spécifiques de la qualité de vie en institution

Dans ce chapitre, la qualité de vie dans les institutions est analysée de façon détaillée en fonction des variables sociodémographiques, de participation et soutien social et de santé.

Pour évaluer leur qualité de vie, les personnes vivant en EMS devaient répondre directement à la question : "Maintenant, j'aimerais savoir, de manière générale, comment trouvez-vous votre qualité de vie? Très bonne, Bonne, Ni bonne ni mauvaise, Mauvaise, Très mauvaise".

Tableau 4.1 Qualité de vie, interview en face-à-face, 2008-2009

	n	%
Très bonne	138	7.5
Bonne	797	53.9
Ni bonne ni mauvaise	477	29.6
Mauvaise	127	7.7
Très mauvaise	23	1.3
Total	1562	100.0

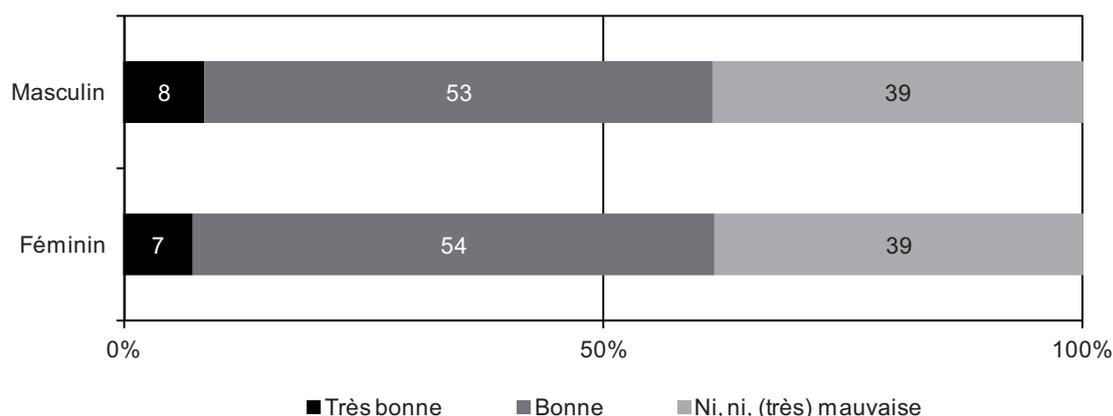
Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Plus de 60% des résidents en EMS de 65 ans et plus estiment que leur qualité de vie est bonne ou très bonne (Tableau 4.1). Environ 30% jugent leur qualité de vie ni bonne, ni mauvaise. A l'autre extrémité, moins de 10% évaluent leur qualité de vie comme mauvaise ou très mauvaise. Ces deux dernières catégories, dont les effectifs sont trop faibles, ont été regroupées pour la suite des analyses avec la catégorie « ni bonne ni mauvaise ».

Qualité de vie et variables sociodémographiques

Les femmes et les hommes vivant en EMS apprécient de manière très semblable leur qualité de vie (Figure 4.10).

Figure 4.10 Qualité de vie et sexe du répondant, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

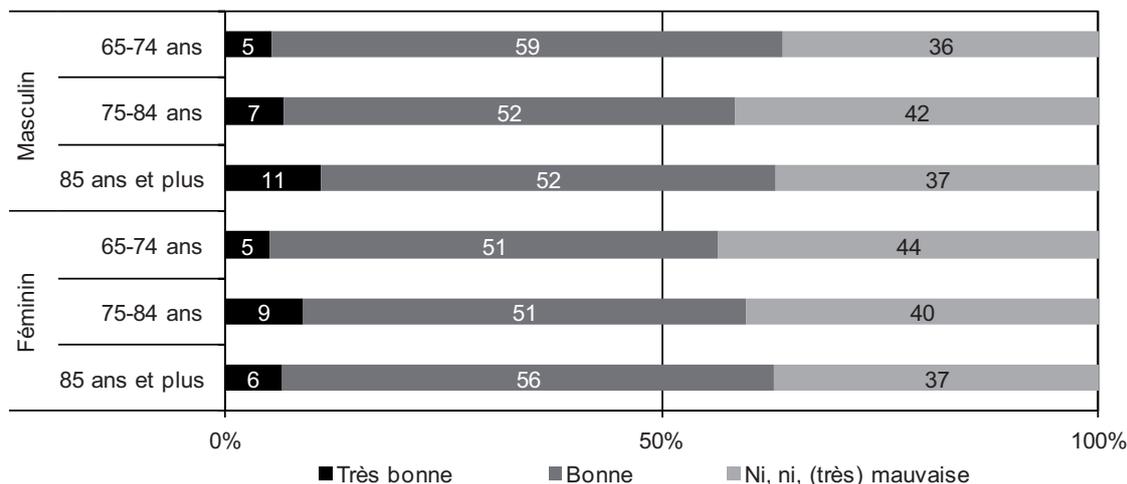
Légende : ni, ni=ni bonne, ni mauvaise

Des différences en fonction de l'âge n'ont pas pu être mises en évidence (données non présentées). La seule tendance (statistiquement non significative) est une plus forte proportion de personnes parmi

les plus jeunes à estimer avoir une qualité de vie (très) mauvaise (14% parmi les 65-74 ans versus 7% parmi les 85 ans).

Il n'y a pas de différences importantes en fonction du sexe et de l'âge du répondant pour l'appréciation de la qualité de vie (Figure 4.11).

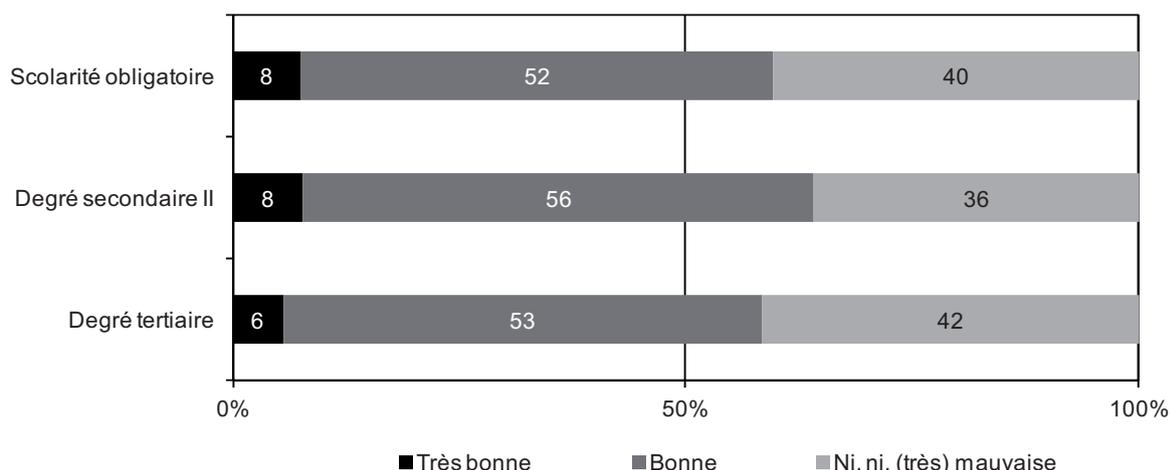
Figure 4.11 Qualité de vie et sexe et âge du répondant, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Les personnes avec un niveau d'éducation de degré tertiaire sont plus nombreuses à évaluer leur qualité de vie négativement mais cette différence n'est pas significative (Figure 4.12).

Figure 4.12 Qualité de vie et niveau d'éducation du répondant, interview en face-à-face, 2008-2009

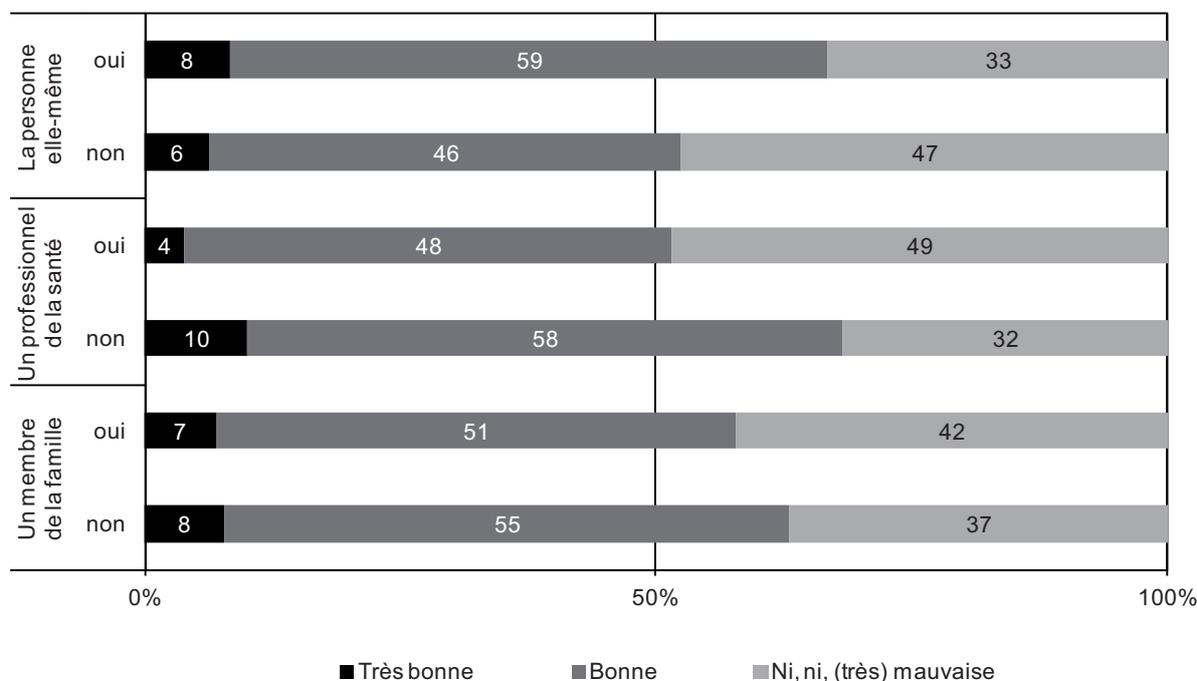


Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Concernant la nationalité, il apparaît que les étrangers sont plus nombreux à qualifier leur qualité de vie négativement (53%) que les Suisses (38%) mais les résultats ne sont pas significativement différents (données non présentées).

Dans 62% des cas, la personne âgée a participé à la décision de vivre dans un home, dans 40% des cas, il s'agit d'un professionnel de la santé et dans 29% des cas un membre de la famille a aidé à prendre cette décision¹⁰.

Figure 4.13 Qualité de vie et décision de placement, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

La plus forte proportion de personnes qui estiment leur qualité de vie ni bonne, ni mauvaise à (très) mauvaise se trouve parmi celles dont la décision d'entrer en EMS a été prise par un professionnel de la santé (49%) et celles qui n'ont pas participé à la décision (47%), l'impact de la prise de décision par un membre de la famille paraissant moins important (Figure 4.13).

Qualité de vie et variables de participation et soutien social

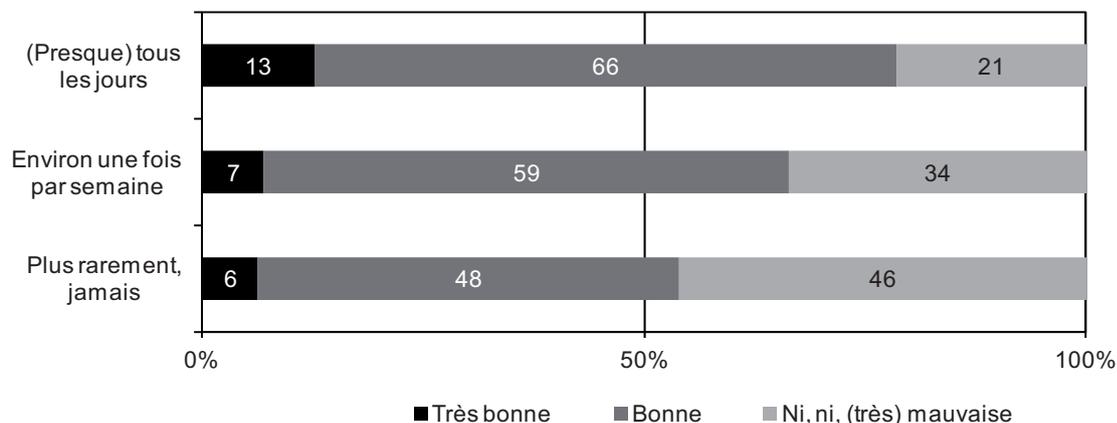
L'hypothèse retenue dans cette étude postule que la participation et le soutien social ont une influence positive sur la qualité de vie de la personne en EMS.

Le niveau de participation à des activités proposées et/ou organisées par l'EMS est assez différent de celui des activités organisées par l'entourage ou par des associations, etc. 16% des résidents participent tous les jours (ou presque) à des activités organisées par l'établissement, ce qui n'est le cas que de 1% d'entre eux pour des activités à l'extérieur avec leur entourage. A l'autre extrême, 15% ne participent jamais à des activités organisées par l'EMS, ce qui est le cas de presque un tiers des répondants (32%) pour les activités non organisées par l'EMS (données non présentées).

¹⁰ Les résultats ici rapportés confirment les recherches antérieures (Lee, Woo et al. 2002; Cavalli 2008), indiquant que les personnes ayant elles-mêmes décidé de leur entrée en EMS, rapportent une meilleure qualité de vie.

Les personnes qui participent rarement (fréquence inférieure à une fois par semaine) à des activités à l'intérieur de l'institution qualifient plus fréquemment leur qualité de vie de pas (très) bonne (46%) par rapport aux personnes qui y participent (presque) tous les jours (21% ; Figure 4.14).

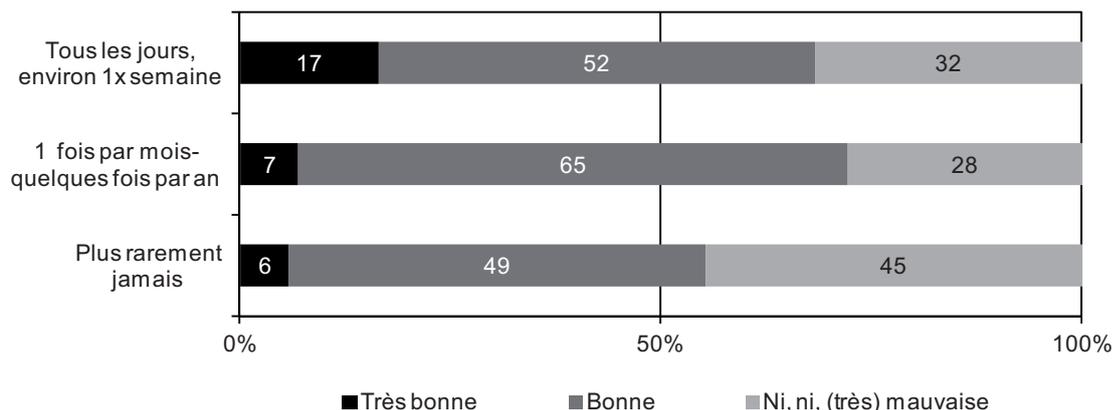
Figure 4.14 Qualité de vie et participation à des activités à l'intérieur de l'institution, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

La tendance s'observe aussi pour les activités à l'extérieur (Figure 4.15) : 45% des personnes qui y participent moins de quelques fois par année estiment avoir une qualité de vie moyenne ou (très) mauvaise contre 32% des personnes qui y participent presque tous les jours. Moins de 6% des personnes qui ont rarement ou jamais des activités à l'extérieur qualifient leur qualité de vie de très bonne ce qui est le cas de 17% des personnes qui sortent au moins une fois par semaine.

Figure 4.15 Qualité de vie et participation à des activités à l'extérieur de l'institution, interview en face-à-face, 2008-2009

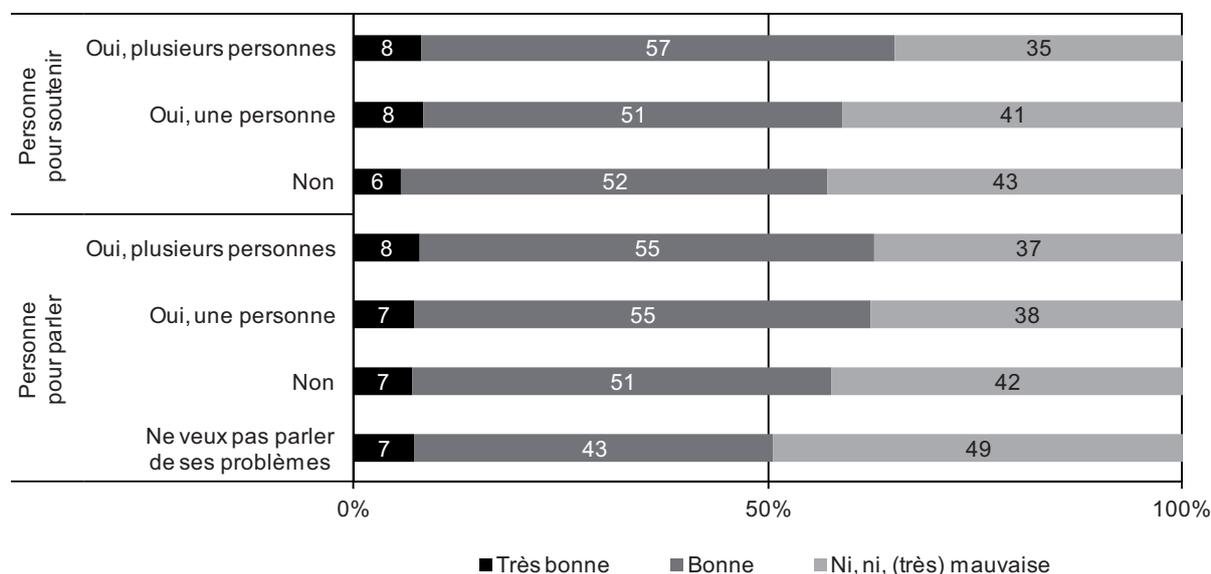


Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Les personnes qui ne disposent pas d'une personne de soutien ou d'une personne à l'écoute évaluent leur qualité de vie de manière moins favorable (environ 42% estiment que leur qualité de vie n'est pas (très) bonne contre 35% des répondants qui ont plusieurs personnes pour les soutenir et 37% de ceux qui disposent de plusieurs personnes à qui parler). Les personnes les plus mal loties sont celles qui

ne veulent pas parler de leurs problèmes, 49% estiment n'avoir pas une (très) bonne qualité de vie, (Figure 4.16).

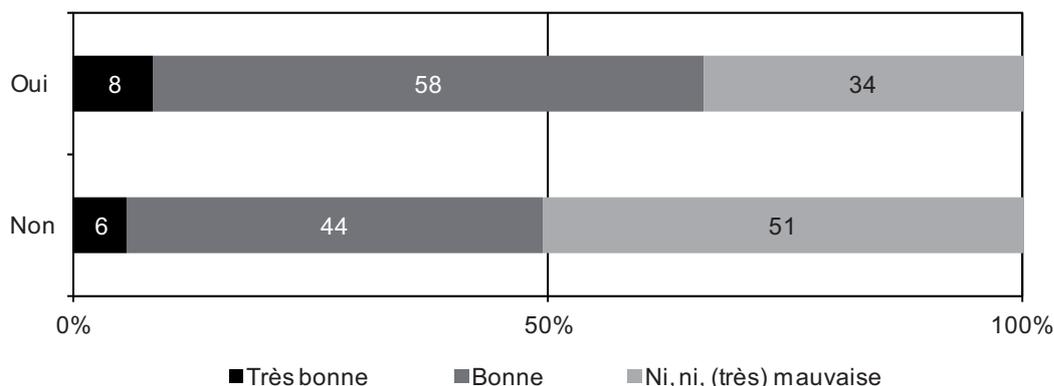
Figure 4.16 Qualité de vie et personnes pour soutenir ou pour parler, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Les visites ou les téléphones que peuvent recevoir les personnes âgées en institution n'ont que peu d'influence sur leur qualité de vie (données non présentées). Par contre, le fait d'avoir des contacts avec les autres résidents est positif pour la qualité de vie, environ deux tiers des répondants ayant des contacts, comme par exemple des discussions ou des activités en commun avec un(e) ou plusieurs résident(e)s qualifient leur qualité de vie de (très) bonne, ce qui est le cas de 50% de ceux qui n'en ont pas (Figure 4.17).

Figure 4.17 Qualité de vie et contacts avec d'autre(s) résident(s), interview en face-à-face, 2008-2009



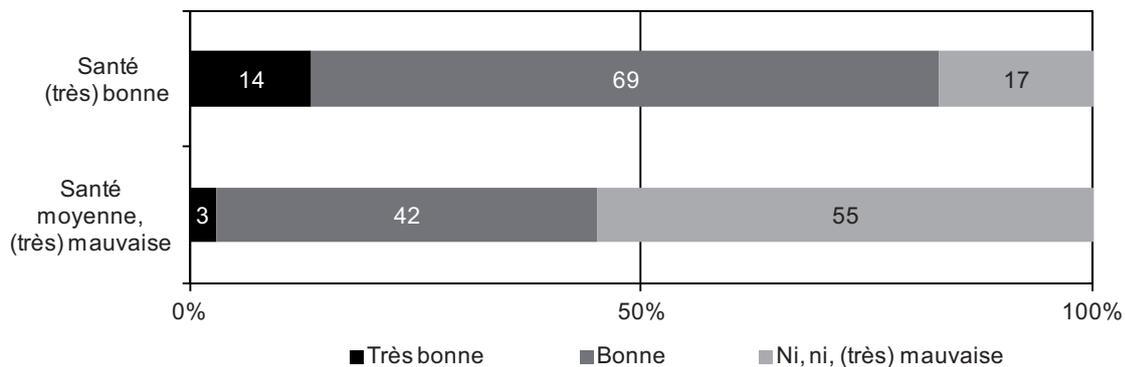
Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Qualité de vie et variables de santé

Les personnes âgées accueillies dans des *institutions* le sont souvent pour des raisons de santé. Un mauvais état de santé a une forte influence sur la qualité de vie, quel que soit le cadre de vie des personnes. Les répondants à l'interview de l'ESAI sont 43% à décrire leur santé comme bonne ou très bonne, ce qui est le cas de 75% des répondants du Panel suisse des ménages (personnes de 65 ans et plus) vivant à *domicile* en ménage privé.

Les personnes qui estiment que leur santé auto-évaluée est moyenne à (très) mauvaise sont plus de trois fois plus nombreuses à estimer leur qualité de vie ni bonne, ni mauvaise ou (très) mauvaise (55%) que les personnes qui estiment que leur santé est (très) bonne (17% ; Figure 4.18).

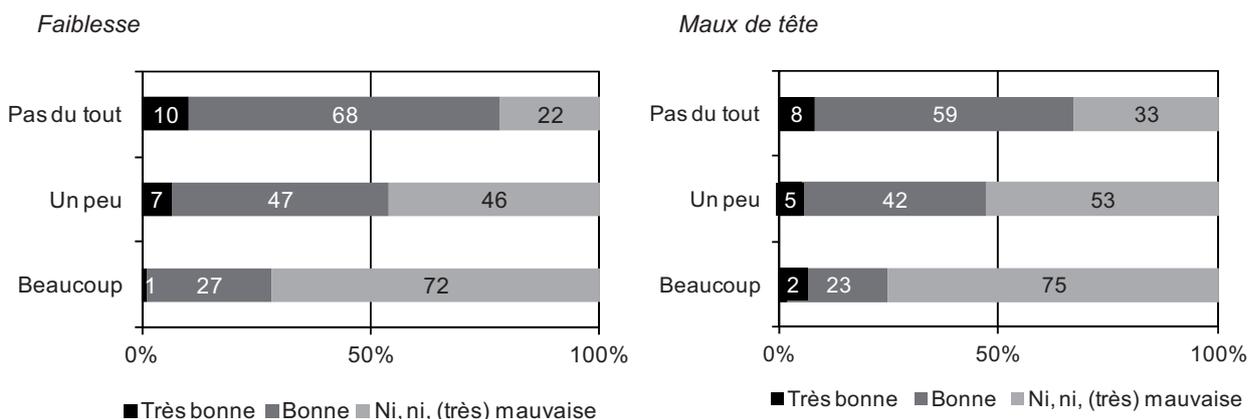
Figure 4.18 Qualité de vie et santé en général auto-évaluée, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Un gradient très net s'observe entre la qualité de vie et l'existence de troubles physiques. Ce sont les personnes qui mentionnent souffrir de faiblesse et de maux de tête qui sont proportionnellement les plus nombreuses à décrire leur qualité de vie comme ni bonne, ni mauvaise à (très) mauvaise (respectivement 72% et 75%, Figure 4.19).

Figure 4.19 Qualité de vie et troubles physiques, interview en face-à-face, 2008-2009



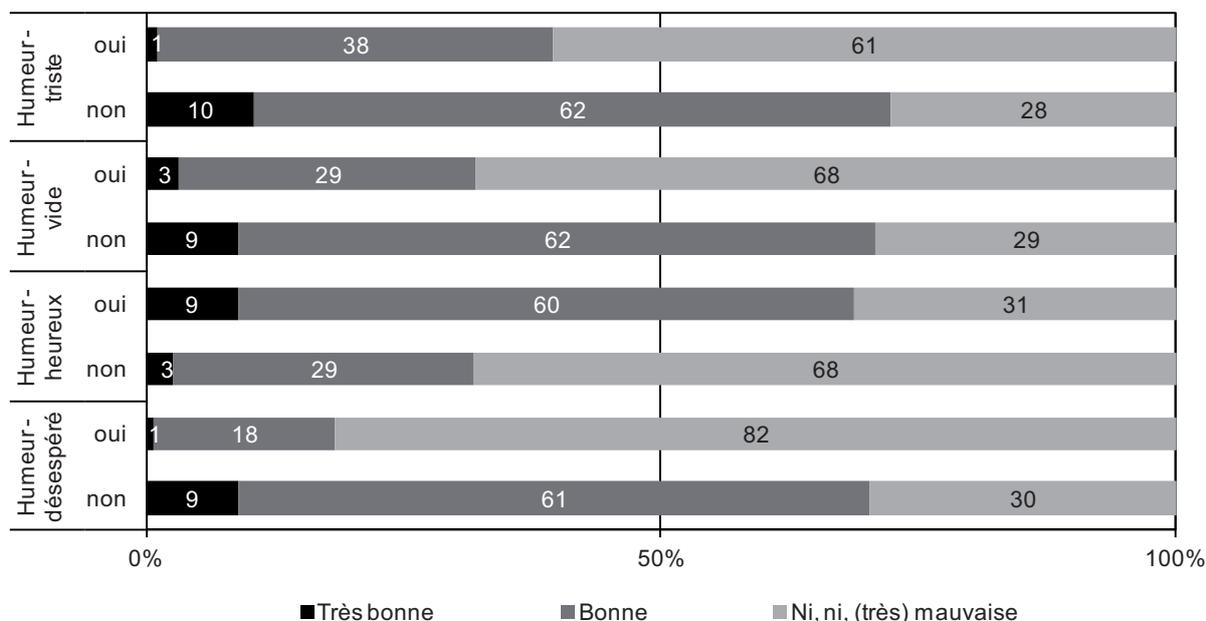
Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Quatre questions de l'ESAI investiguent l'humeur des résidents au cours des quatre dernières semaines. La proportion de résidents qui se sentent découragés et tristes s'élève à 33% (réponse en

oui ou non), les personnes pour lesquelles la vie est vide est de 24%, 18% se sentent malheureux la plupart du temps et 16% estiment que leur situation est désespérée.

L'humeur a aussi une très grande influence sur la qualité de vie. Ce sont les personnes qui considèrent leur situation comme désespérée qui sont proportionnellement les plus nombreuses à estimer leur qualité de vie comme moyenne à mauvaise (82%, Figure 4.20).

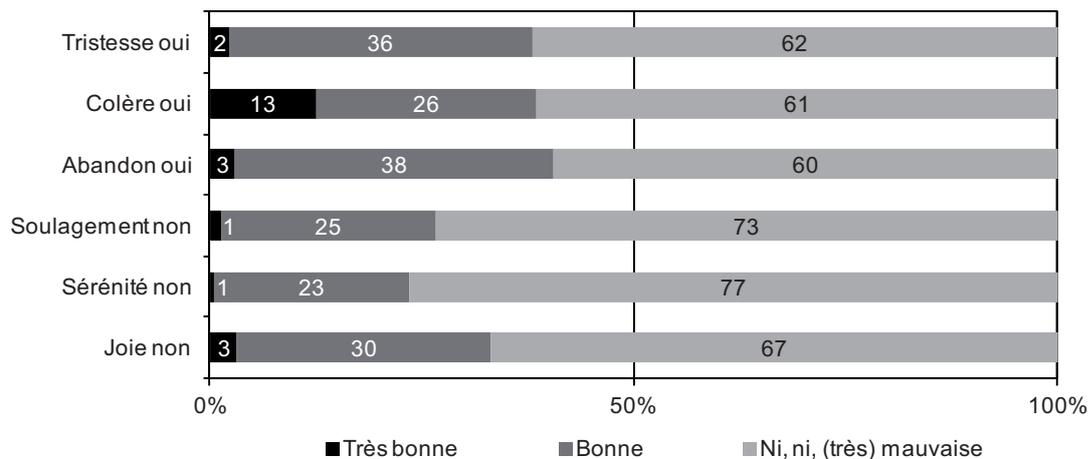
Figure 4.20 Qualité de vie et troubles psychiques, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

L'interview comprenait six questions relatives aux sentiments que les résidents pouvaient éprouver par rapport au fait d'être en EMS (réponses en oui et non). Le sentiment négatif le plus fréquent est la tristesse (28%), suivi des sentiments d'abandon (22%), le fait de ne pas ressentir de joie (20%), de non sérénité (10%), le fait de ne pas se sentir soulagé d'être entré en EMS (7%) et le sentiment le plus rare est la colère (7%). Les sentiments concernant le fait de vivre en EMS qui interfèrent le plus avec la qualité de vie sont le manque de sérénité (77% ont une qualité de vie moyenne ou (très) mauvaise) et le fait de ne pas se sentir soulagé d'être en EMS (74%, Figure 4.21).

Figure 4.21 Qualité de vie et sentiments par rapport au fait de vivre en EMS, interview en face-à-face, 2008-2009



Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

Parmi les personnes qui ont une maladie chronique, 45% estiment ne pas avoir une bonne qualité de vie (contre 25% parmi celles qui n'ont pas de maladie chronique). Les personnes fortement limitées dans leurs activités sont 58% à trouver que leur qualité de vie n'est pas bonne, ce qui est le cas de 36% de celles qui sont limitées mais pas fortement et de 16% des personnes qui ne sont pas du tout limitées (données non présentées).

Le fait de souffrir de douleurs a aussi une très grande influence sur la qualité de vie : les personnes qui disent avoir ressenti de la douleur au cours des 7 derniers jours sont 53% à évaluer leur qualité de vie comme moyenne ou (très) mauvaise contre 29% de celles qui n'ont pas présenté de douleurs (différence significative, données non présentées). De même, les personnes qui ont ressenti le jour de l'interview de la douleur sont 58% à estimer que leur qualité de vie n'est pas bonne par rapport à 33% de ceux qui n'ont pas ressenti de douleur ou qu'une douleur faible (différence significative, données non présentées).

Le personnel a été interrogé sur les limitations dans les activités de la vie courante (manger, se coucher, s'habiller, aller aux toilettes, prendre un bain, se déplacer) et un indice en 3 catégories a été créé. Les personnes qui n'ont aucune limitation dans leurs activités sont 26% à estimer que leur qualité de vie n'est pas bonne ou moyenne, c'est le cas de 37% des personnes qui ont une limitation dans leurs activités et de 49% des personnes qui ont deux limitations ou plus. Dans le détail, ce sont les personnes qui ne peuvent manger qu'avec beaucoup de difficulté sans qu'on les aide qui sont les plus nombreuses à déclarer une qualité de vie moyenne ou mauvaise (61%) ainsi que celles qui ne peuvent pas faire elles-mêmes leur toilette (57%), qui ne peuvent pas se lever (56%), qui ne peuvent pas s'habiller (53%) et qui ne peuvent pas se déplacer (52%) (données non présentées).

Parmi les limitations cognitives (évaluées par le personnel soignant), la capacité de compréhension des informations est la plus reliée à la qualité de vie des résidents : 51% des répondants pour lesquels cette capacité est évaluée comme mauvaise estiment avoir une qualité de vie moyenne à (très) mauvaise par rapport à 35% de ceux pour lesquels cette capacité est bonne. Les proportions correspondantes pour les problèmes de mémoire à court terme (se rappeler une conversation) sont de 42% et 37%, pour le fait d'arriver à se faire comprendre de 48% et 36% et pour la capacité décisionnelle de 44% (capacité décisionnelle fortement limitée) et 26% (indépendante, décisions logiques et raisonnables). Aucune de ces différences n'est statistiquement différente (données non présentées).

Une part importante des répondants a vu un médecin au cours du mois précédant l'enquête (74%). La qualité de vie ne semble que peu influencée par le fait d'avoir vu récemment un médecin (données

non présentées). Par contre les personnes qui ont séjourné à l'hôpital 11 jours et plus au cours des 12 derniers mois évaluent moins positivement leur qualité de vie (49% moyenne à (très) mauvaise) que celles qui n'ont pas fait de séjour hospitalier (39%, données non présentées).

Les résultats d'une régression logistique reprenant l'ensemble des déterminants étudiés ci-dessus permet de mettre en évidence les facteurs associés à une qualité de vie moyenne à (très) mauvaise (Tableau 4.2).

Si le risque d'une qualité de vie moyenne à (très) mauvaise n'est lié à aucun facteur sociodémographique, il est par contre lié à des variables de santé sociale et de santé physique et psychique. Les personnes qui n'indiquent pas un sentiment de sérénité par rapport au fait de vivre en EMS ont un risque 4 fois plus important d'une qualité de vie moyenne à (très) mauvaise, comparées à celles qui, en parlant de leur humeur au cours des 4 dernières semaines, la décrivent comme désespérée, ont 1,9 fois plus de risque. Au niveau de la santé physique, avoir une santé moyenne à mauvaise implique 3,5 fois plus de risque de déclarer une qualité de vie moyenne à (très) mauvaise et avoir des sentiments de faiblesse, de lassitude ou de manque d'énergie 2,6 fois plus de risque. Indépendamment des autres facteurs, le fait de participer à des activités qui sont organisées par l'EMS à une fréquence basse (environ 1 fois par mois au maximum), plus rarement ou jamais implique 1,7 fois plus de risque de considérer sa qualité de vie comme moyenne à (très) mauvaise.

Tableau 4.2 Risque de qualité de vie moyenne à (très) mauvaise selon les déterminants sociodémographiques, de participation et de réseau social et de santé, interview en face-à-face, 2008-2009¹¹

ESAI 2008/2009	n=1485
Activités organisées par l'EMS	
Tous les jours à 2 fois par semaine	1.0
Plus rarement, jamais	1.7 (1.1-2.5)
Santé auto-évaluée	
(très) bonne	1.0
Moyenne à mauvaise	3.5 (2.2-5.3)
Sentiment de faiblesse, de lassitude ou de manque d'énergie	
Un peu, beaucoup	1.0
Pas du tout	2.6 (1.8-4.0)
Humeur désespérée	
Non	1.0
Oui	1.9 (1.6-2.2)
Sentiment de sérénité	
Oui	1.0
Non	4.1 (2.1-8.2)

Source : OFS, Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions (ESAI), 2008-2009

¹¹ Dans une première régression logistique, toutes les variables analysées dans le chapitre ont été incluses. Les variables qui présentaient un niveau de significativité supérieur à .10 ont été éliminées. Les résultats de la deuxième régression logistique présentent les variables significatives à .05, les variables suivantes, non significatives ne sont pas présentées : mal au dos, avoir un partenaire, avoir des contacts avec les autres résidents, participation aux activités organisées par l'EMS, soutien d'une personne, décision de placement par un professionnel de la santé, limitation de longue durée, pas limité ou fortement limité dans les activités de la vie quotidienne, douleur aujourd'hui.

4.3 Modèle explicatif réduit aux facteurs communs aux deux lieux de vie

Les analyses menées ci-dessous ont deux objectifs :

- Tester le modèle explicatif réduit aux facteurs communs aux deux lieux de vie, c'est-à-dire aux variables explicatives comparables qui sont disponibles à la fois pour les personnes âgées vivant à *domicile* (PSM 2000-2010) et en *institution* (ESAI 2008/2009).
- Tenir compte des différences du niveau de santé des personnes âgées vivant à *domicile* et en *institution* pour comparer les éléments de la qualité de vie dans les deux lieux de vie.

4.3.1 Analyses des principaux facteurs comparables de la qualité de vie des personnes âgées dans les deux lieux de vie

En complément aux analyses univariées ci-dessus, les divers déterminants de la qualité de vie communs aux deux lieux de vie ont été inclus simultanément dans un modèle de régression logistique, un pour chacun des deux lieux de vie. La bonne santé physique et psychique, ainsi que l'absence de limitations fonctionnelles jouent un rôle prépondérant pour la bonne qualité de vie des personnes âgées qu'elles vivent à *domicile* ou en *institution*. Ainsi, une mauvaise santé psychique triple le risque d'une mauvaise qualité de vie. La prise en charge médicale très liée aux divers aspects de la santé, n'a pas d'influence indépendante sur la qualité de vie (Tableaux 4.3 et 4.4).

Les facteurs de la qualité de vie se différencient selon le lieu de vie des personnes âgées :

- A *domicile*, la *participation associative* et le *soutien social* sont associés très positivement à la qualité de vie en plus des éléments liés à la *santé*. Au delà de ces trois facteurs, la nationalité et le niveau de formation jouent également un rôle. Les Suisses d'origine et les personnes les mieux formées jouissent d'une meilleure qualité de vie que les étrangers non naturalisés (aOR=1.6 ; $p \leq .05$) et les personnes n'ayant achevé que l'école primaire (aOR=1.6; $p \leq .05$). Les femmes âgées les moins bien formées sont particulièrement à risque d'une mauvaise qualité de vie (aOR=1.7; $p \leq .05$).
- En *institution*, les personnes qui participent aux activités qui y sont organisées jouissent d'une meilleure qualité de vie par rapport à celles qui s'abstiennent (OR=1.7; $p \leq .05$). Seule l'absence de tout *soutien pratique et émotionnel* apparaît liée négativement la qualité de vie (aOR=1.3; $p > .05$)

Quel que soit le lieu de vie, les résultats indiquent d'une manière très nette qu'un mauvais état de santé et une limitation fonctionnelle sont significativement liés au risque d'une moindre qualité de vie. Toutefois, le modèle réduit aux facteurs communs des deux lieux de vie atteste d'une meilleure puissance explicative pour les personnes vivant à *domicile* que pour celles qui vivent en *institution*.

Tableau 4.3 Les facteurs d'une « mauvaise qualité de vie » à domicile (PSM 2000-2010)

		Hommes (n _{obs} = 4909)	Femmes (n _{obs} = 6805)	Total (n _{obs} = 11714)
Situation de vie		aOR	aOR	aOR
Genre	Hommes	1.0	1.0	1.0
	Femmes			0.8 (0.7-1.0)*
Age	65-69	1.0	1.0	1.0
	70-74	1.2 (0.9-1.5)	0.9 (0.7-1.1)	1.0 (0.8-1.2)
	75-79	1.1 (0.8-1.4)	0.8 (0.6-1.0)	0.9 (0.8-1.1)
	80+	0.9 (0.6-1.3)	0.7 (0.5-0.9)*	0.8 (0.6-1.0)*
Nationalité	CH origine	1.0	1.0	1.0
	CH naturalisé	1.7 (1.1-2.6)*	1.3 (1.0-1.7)	1.4 (1.1-1.8)*
	Non CH	1.6 (1.0-2.6)*	1.6 (1.0-2.6)*	1.6 (1.2-2.2)*
Formation	Tertiaire	1.0	1.0	1.0
	Secondaire	1.2 (0.9-1.6)	1.2 (0.8-1.8)	1.2 (1.0-1.5)
	Primaire	1.5 (1.0-2.3)	1.7 (1.1-2.4)*	1.6 (1.2-2.0)*

Participation et soutien social				
Vie en couple	Oui	1.0	1.0	1.0
	Non	1.7 (1.2-2.2)*	1.4 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.7)*
Participation dans association	Oui	1.0	1.0	1.0
	Non	1.2 (1.0-1.4)	1.3 (1.1-1.6)*	1.3 (1.1-1.4)*
Soutien social	Elevé	1.0	1.0	1.0
	Moyen	1.6 (1.2-2.1)*	1.2 (0.8-1.8)	1.4 (1.1-1.8)*
	Faible	2.1 (1.5-3.0)*	1.8 (1.2-2.6)*	1.9 (1.5-2.5)*

Santé				
Santé physique	Bon-excellent	1.0	1.0	1.0
	Moyen-Mauvais	2.4 (1.9-3.0)*	1.6 (1.4-1.9)*	1.9 (1.7-2.1)*
Santé psychique	Excellent	1.0	1.0	1.0
	Bon	2.1 (1.7-2.6)*	1.6 (1.3-1.9)*	1.8 (1.6-2.1)*
	Mauvais	3.1 (2.4-4.1)*	3.1 (2.5-3.8)*	3.2 (2.7-3.8)*
Limitations	Pas limité	1.0	1.0	1.0
	Peu limité	1.1 (0.9-1.4)	1.4 (1.2-1.7)*	1.3 (1.1-1.5)*
	Très limité	1.3 (0.9-1.7)	1.3 (1.1-1.7)*	1.3 (1.1-1.5)*

Source : Panel suisse de ménages (PSM), années 2000-2010

Commentaire : Le tableau indique le risque d'insatisfaction avec la vie en général (odds ratio) issu de régressions logistiques multivariées (aOR), pour le total et par genre (* significatif au seuil $p \leq 0.05$).

Tableau 4.4 Les facteurs d'une « mauvaise qualité de vie » en institution (ESAI 2008 / 2009)

		Hommes (n=422)	Femmes (n=1'147)	Total (n=1'569)
Situation de vie		aOR	aOR	aOR
Genre	Hommes	_____	_____	1.0
	Femmes			0.9 (0.6-1.4)
Age	65-69	1.0	1.0	1.0
	70-74	0.6 (0.2-1.8)	0.7 (0.2-2.9)	0.7 (0.3-1.7)
	75-79	1.0 (0.4-2.8)	1.1 (0.3-4.4)	1.1 (0.5-2.8)
	80+	1.1 (0.4-2.9)	0.7 (0.2-2.5)	0.8 (0.4-1.9)
Nationalité	CH origine	1.0	1.0	1.0
	CH naturalisé	3.1 (0.6-15.4)	1.3 (0.6-3.0)	1.4 (0.6-3.0)
	Non CH	0.8 (0.3-2.2)	2.4 (1.1-5.9)*	1.7 (0.8-3.4)
Formation	Tertiaire	1.0	1.0	1.0
	Secondaire	0.9 (0.3-2.5)	2.2 (0.4-12.5)	1.0 (0.4-2.6)
	Primaire	0.8 (0.3-2.3)	2.8 (0.5-15.7)	1.2 (0.5-3.0)

Participation et soutien social				
Vie en couple	Oui	1.0	1.0	1.0
	Non	0.9 (0.5-1.7)	0.8 (0.5-1.2)	0.8 (0.5-1.1)
Participation aux activités organisées	Tous les jours à 1x/sem	1.0	1.0	1.0
	Plus rare	1.4 (0.8-2.6)	1.9 (1.2-2.9)*	1.7 (1.2-2.5)*
Soutien pratique et/ou émotionnel	Pratique et émotionnel	1.0	1.0	1.0
	Pratique ou émotionnel	0.9 (0.5-1.9)	1.1 (0.6-2.1)	1.1 (0.6-1.8)
	Ni pratique ni émotionnel	0.7 (0.3-1.7)	1.7 (0.7-3.8)	1.3 (0.7-2.4)

Santé				
Etat de santé physique	Bon-excellent	1.0	1.0	1.0
	Moyen-Mauvais	6.3 (3.0-13.1)*	3.4 (2.0-5.7)*	4.0 (2.6-6.1)*
Score dépression	Peu ou pas déprimé	1.0	1.0	1.0
	déprimé	4.2 (2.1-8.5)	3.3 (2.0-5.4)*	3.4 (2.2-5.1)*
Limitation fonctionnelle	Pas limité	1.0	1.0	1.0
	Peu limité	1.3 (0.6-3.1)	2.1 (1.1-4.2)*	1.9 (1.1-3.2)*
	Très limité	2.0 (0.8-4.7)	3.1 (1.5-6.2)*	2.7 (1.5-4.7)*

Source : ESAI Interviews 2008/2009 (n=1'569)

Commentaire : Le tableau indique le risque d'insatisfaction avec la vie en général (odds ratio) issu de régressions logistiques multivariées (aOR), pour le total et par genre (* significatif au seuil $p \leq 0.05$).

4.3.2 Interactions entre la participation et le soutien social avec la santé

Pour aborder la problématique des interactions entre la vie sociale et la santé à l'égard de leur effet sur la qualité de vie, quelques analyses complémentaires tentent de répondre aux deux questions suivantes:

- La mauvaise santé a-t-elle une influence négative sur la participation sociale et le soutien pratique et émotionnel?
- L'effet de la participation et du soutien social sur la qualité de vie dépend-il de la santé ?

Influence de la santé sur la participation sociale et le soutien pratique et émotionnel

La réponse à la première questions est *affirmative*, car les résultats résumés ci-dessous démontrent que les personnes âgées en mauvaise santé participent dans une moindre mesure à la vie sociale et estiment bénéficier d'un moindre soutien social¹²:

A. Personnes âgées résidant à *domicile* (PSM 2004):

Participation associative. Les personnes en mauvaise santé physique (36% contre 48% ; $p \leq 0.000$) et psychique (33% contre 48% ; $p \leq 0.000$) sont dans une proportion significativement moindre membres actifs dans une association. Les limitations fonctionnelles ont un effet comparable pour la participation associative des personnes âgées à domicile: 37% des 'fortement limitées', 42% des personnes 'peu limitées' et 48% des personnes 'sans limitations' ($p=0.01$) sont membres d'au moins une association.

Soutien social. Les personnes âgées atteintes dans leur santé physique ou psychique indiquent plus souvent l'absence de soutien émotionnel et pratique que les personnes en bonne santé : mauvaise santé physique 31% contre 20% de personnes en bonne santé ($p \leq 0.000$) et mauvaise santé psychique 34% contre 18% de personnes en excellent santé psychique ($p \leq 0.000$). Par contre, il n'existe pas de lien significatif entre les limitations fonctionnelles et le soutien social.

B. Personnes âgées résidant en *institution* (ESAI 2008/2009):

Participation aux activités. Participent moins aux activités organisées par l'EMS les personnes en mauvaise santé physique (49% contre 55% ; $p=0.026$), souffrantes de dépression (40% contre 56%) ou de limitation fonctionnelles (44% des 'fortement limitées' contre 53% des 'sans limitations'; $p \leq 0.000$). Les activités non organisées par l'EMS sont principalement fréquentées par les personnes jouissant d'une bonne santé physique (16% contre 11% ; $p=.009$) et psychique (14% contre 10% ; $p=.044$), mais surtout de toutes leur capacités fonctionnelles ('fortement limitées' 10% ; 'limitées, mais pas fortement' 13% ; 'pas limitées' 19% ; $p \leq 0.000$).

Soutien social. Les personnes déprimées bénéficient d'un moindre soutien social que les personnes qui jouissent d'une bonne santé psychique (ni soutien pratique ni émotionnel : 15% contre 8% ; $p \leq 0.000$). Par contre, ce sont les personnes quelque peu limitées dans leurs activités quotidiennes qui bénéficient à la fois d'un soutien pratique et émotionnel ('fortement limitées' 68% ; 'limitées, mais pas fortement' 77% ; 'pas limitées' 62% ; $p \leq 0.000$).

Si la mauvaise santé entrave 'objectivement' la participation associative (domicile) et la participation aux activités organisées dans le cadre de l'institution, l'absence de soutien social pourrait résulter d'une appréciation 'subjective' défavorable par rapport au besoin de soutien ressenti. – En conclusion, les personnes en mauvaise santé subissent une détérioration de leur qualité de vie par l'effet direct qu'exerce leur mauvaise santé sur leur qualité de vie, mais aussi par un effet indirect par la diminution de leur participation sociale et du soutien social plus faible dont elles bénéficient.

L'effet de la participation et du soutien social sur la qualité de vie en fonction de la santé

L'effet de la participation et du soutien social sur la qualité de vie dépend-il de la santé ?

La réponse est *négative*, car dans les deux lieux de vie, les effets bénéfiques de la participation et du soutien social sont indépendants du niveau de santé dont jouissent les personnes âgées.

¹² Les résultats résumés ci-dessus sont basés sur des tableaux croisés non inclus dans ce rapport.

Tableau 4.5 Les effets de la participation sociale et du soutien social sur la qualité de vie en fonction du niveau de santé (ESAI 2008 / 2009)

Santé physique		A domicile		En institution	
		Bonne santé	Mauvaise santé	Bonne santé	Mauvaise santé
Soutien pratique et/ou émotionnel	Elevé	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen	1.5 (1.3-1.9)*	1.3 (0.9-1.8)	1.4 (0.6-3.4)	0.9 (0.5-1.4)
	Faible	2.3 (1.8-2.9)*	2.0 (1.4-2.8)*	2.2 (0.6-7.4)	2.0 (1.0-3.8)*
Test interaction : p =		0.54		0.65	
Vie en couple	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.7 (1.5-2.1)*	1.3 (1.1-1.7)*	1.0 (0.5-1.9)	0.7 (0.5-1.1)
	Test interaction : p =		0.03*		0.37
Participation	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.5 (1.3-1.7)*	1.3 (1.1-1.6)*	2.5 (1.4-4.6)*	1.9 (1.3-2.8)*
	Test interaction : p =		0.38		0.44

Santé physique		A domicile		En institution	
		Bonne santé psychique	Mauvaise santé psychique	Peu ou pas déprimé	Déprimé
Soutien pratique et/ou émotionnel	Elevé	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen	1.5 (1.3-1.8)*	1.5 (0.9-2.3)	1.1 (0.7-1.8)	1.3 (0.5-3.2)
	Faible	2.3 (1.9-2.9)*	2.2 (1.4-3.4)*	1.6 (0.7-3.7)	1.0 (0.4-2.3)
Test interaction : p =		0.84		0.61	
Vie en couple	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.6 (1.3-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	0.8 (0.6-1.3)	0.6 (0.3-1.2)
	Test interaction : p =		0.60		0.40
Participation	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.4 (1.3-1.6)*	1.5 (1.2-1.8)*	2.0 (1.3-2.9)*	1.3 (0.7-2.5)
	Test interaction : p =		0.73		0.31

Limitations fonctionnelles		A domicile		En institution	
		Peu ou pas limité	Très limité	Peu ou pas limité	Très limité
Soutien pratique et/ou émotionnel	Elevé	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen	1.4 (1.1-1.8)*	1.6 (1.3-2.0)*	1.2 (0.7-2.1)	0.9 (0.5-1.7)
	Faible	2.3 (1.7-3.0)*	2.3 (1.8-3.0)*	1.3 (0.6-2.6)	2.1 (0.9-5.1)
Test interaction : p =		0.48		0.45	
Vie en couple	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.5 (1.1-1.8)*	1.6 (1.3-1.9)*	0.8 (0.6-1.3)	0.6 (0.3-1.2)
	Test interaction : p =		0.77		0.40
Participation associations	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.4 (1.2-1.6)*	1.5 (1.3-1.7)*	2.2 (1.5-3.3)*	1.4 (0.8-2.3)
	Test interaction : p =		0.42		0.19

Source : Panel suisse de ménages (PSM, années 2000-2010) et ESAI Interviews 2008/2009

5 Conclusions et discussion

5.1 Rappel des principaux résultats

Quel que soit leur lieu de résidence, la *mauvaise santé* est associée de façon importante à une mauvaise qualité de vie chez les personnes âgées.

Pour les personnes vivant à *domicile* et majoritairement en meilleure santé que celles en *institution*, la participation associative et le soutien social y contribuent très positivement et cela indépendamment de leur niveau de santé.

Pour les personnes en *institution* et majoritairement en mauvaise santé, le niveau de santé prend une importance prépondérante pour la qualité de vie. En effet, leur qualité de vie apparaît fortement associée à leur état de santé physique et psychique, comme si la vie sociale se « rétrécissait » à la seule dimension sanitaire. Toutefois, on peut se demander si l'absence de rôle du soutien social extérieur à l'institution résulte du rétrécissement de l'univers social propre au cadre institutionnel et/ou de la sévère diminution des capacités physiques et mentales des personnes âgées qui y résident. En effet, les contacts avec l'extérieur de l'institution tout en étant vécus positivement pourraient également rappeler « l'enfermement » par rapport à la vie antérieure « libre » à domicile.

5.2 Pertinence théorique des mesures de la qualité de vie

Les résultats obtenus nous amènent à des conclusions globalement positives quant à la pertinence de l'étude basée sur les appréciations subjectives de la qualité de vie. Le concept de *qualité de vie* mis en œuvre dans les enquêtes du PSM et de l'ESAI recouvre l'appréciation de la satisfaction et du contentement avec la vie actuelle en général¹³. Toutefois, les questions posées dans l'une et l'autre des deux enquêtes sont différentes et les réponses n'ont pu être obtenues que de la part des personnes âgées capables de répondre à l'interview téléphonique ou en face-à-face.

Dans le PSM la « qualité de vie » est mesurée par le degré de satisfaction avec la vie en général (« De manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie, si 0 signifie 'pas du tout satisfait' et 10 'tout à fait satisfait' ? »). Cette question s'appuie sur une longue tradition de recherche en sciences sociales et peut être considérée comme une mesure valide et fiable de la qualité de vie du point de vue des répondants qui apprécient leur propre bien-être (Veenhoven 1996)^{14, 15}.

Dans l'ESAI la mesure de la qualité de vie se limite à une seule question subjective d'une portée générale sans préciser les divers aspects ou dimensions possibles (« *Maintenant, j'aimerais savoir,*

¹³ Si le PSM distingue différents domaines de la qualité de vie (la situation financière, les arrangements de vie, les relations personnelles, les loisirs et la santé), tel n'est pas le cas pour l'ESAI.

¹⁴ „Life-satisfaction is one of the indicators of ‚apparent‘ quality of life, (...) indicating the degree to which a person positively evaluates the overall quality of his/her life as-a-whole. In other words, how much the person likes the life he/she leads“ (pp. 5-6)

¹⁵ Comme le degré de satisfaction avec d'autres domaines de la vie est fortement corrélé avec la satisfaction générale, la seule mesure de la « satisfaction avec la vie en général » a été retenue dans la présente étude. Les niveaux de satisfaction rapportés, respectivement pour la situation financière, la vie personnelle et relationnelle, les loisirs et la santé déterminent ensemble le niveau général de satisfaction avec la vie. Entre 65 et 79 ans, la satisfaction avec la situation financière se trouve être le déterminant principal de la satisfaction générale avec la vie. Toutes les autres satisfactions partielles sont des déterminants significatifs, mais d'une moindre importance. Par contre, dès l'âge de 80 ans, la satisfaction avec l'état de santé devient le facteur prépondérant, accompagné de près par la satisfaction qu'apportent les relations avec l'entourage.

de manière générale, comment trouvez-vous votre qualité de vie »¹⁶). La question de l'ESAI de l'appréciation subjective de la qualité de vie en général est reprise du questionnaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour mesurer la qualité de vie dont l'usage répandu est attesté par de nombreuses publications (Skevington, Lotfy et al. 2004).

Malgré la différence dans le questionnement, nous estimons disposer d'un indicateur comparable pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées vivant à *domicile* et vivant en *institution*. Notre appréciation repose sur la constatation d'une grande concordance des résultats comparant les deux lieux de vie:

- parmi les personnes en bonne santé, le degré de satisfaction avec la qualité de vie est très élevé dans les deux lieux de vie ;
- la proportion de personnes satisfaites décline systématiquement avec la détérioration de l'état de santé et l'augmentation des limitations fonctionnelles ;
- le risque d'une mauvaise qualité de vie (résultats de régression logistique) est nettement plus élevé pour les personnes en mauvaise santé et/ou fortement limitées dans leurs activités quotidiennes.

Ces constatations nous amènent à la conclusion que les mesures de la qualité de vie du PSM et de l'ESAI sont équivalentes et que les résultats sur l'influence des divers déterminants sont « qualitativement » comparables.

5.3 Caractéristiques des échantillons

La taille des échantillons concernant les personnes âgées de 65 ans et plus, dans les deux enquêtes est modérée (PSM 2000-2010: n=2'552 avec 11'714 observations et ESAI 2008/09 Interviews: n=1'569) et à peine suffisante pour estimer les paramètres du modèle proposé au moyen de techniques statistiques multivariées. Par contre, on ne pouvait partitionner les échantillons simultanément en fonction du sexe et plusieurs classes d'âge pour y conduire des analyses séparées adaptées à de tels sous-groupes.

Dans l'ESAI, les données sur l'appréciation de la qualité de vie ne sont disponibles que pour les personnes interviewées en face-à-face. En effet, des 3'103 personnes âgées de 65 ans et plus constituant l'échantillon total de l'ESAI, seules 1'569 personnes (50.5%) ont été interrogées par interview face-à-face et se sont prononcées sur leur qualité de vie. Incapables de répondre elles-mêmes, les autres personnes ont fait l'objet d'un questionnaire écrit rempli par le personnel soignant. Par conséquent, le sous-échantillon, appelé « ESAI-Interviews » (n=1'569), n'est pas représentatif des personnes âgées vivant en *institution*, car il inclut des personnes en meilleure santé et moins atteintes de limitations fonctionnelles sévères. Par conséquent, les analyses concernant les facteurs de la qualité de vie ont été basées sur ce sous-échantillon réduit et non représentatif des personnes âgées vivant en institution en raison d'un effet de sélection.

¹⁶ The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF QUESTIONNAIRE 2004 (première question).

5.4 Modèle explicatif sélectif et validité des analyses comparatives

Les déterminants de la qualité de vie des personnes âgées, identifiés comme étant les plus importants dans la littérature, sont disponibles pour les deux lieux de vie. Ainsi, les indicateurs relatifs à l'état de santé et aux limitations fonctionnelles sont presque identiques dans le PSM et l'ESAI. Ceux concernant la *participation associative* et le *soutien social* se réfèrent aux mêmes concepts et sont équivalents, si l'on tient compte de la particularité du lieu de vie.

Cependant, le modèle des facteurs de la qualité de vie, retenus dans nos analyses, exclut nombre de dimensions de la qualité de vie en *institution*, identifiées pourtant comme pertinentes et importantes dans la littérature (p. ex. la qualité de la nourriture et du service, la sécurité, la dignité, le respect de la vie privé, la spiritualité). Ni le PSM, ni l'ESAI disposent d'informations sur ces thèmes.

La taille modérée des deux échantillons rendait impraticable les comparaisons entre le PSM et l'ESAI pour des personnes appartenant aux mêmes classes d'âge. Dans l'enquête PSM, le quatrième âge représente moins de 20% de l'échantillon. Pour l'ESAI, la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus est de plus de 80%. Toutefois, l'âge en soi n'est guère prédictif de la qualité de vie.

En raison des différences entre les indicateurs employés par le PSM et l'ESAI, la comparaison de la qualité de vie dans les deux lieux de vie n'a pas pu être basée sur un modèle unifié quantitatif, dans lequel l'effet du contexte résidentiel aurait pu être évaluée simultanément avec celui résultant des caractéristiques individuelles des personnes âgées. Rappelons une fois de plus, que la comparaison entre les deux lieux de vie a été faite à l'exclusion des personnes résidant en *institution* les plus gravement atteintes dans leur santé.

5.5 Apports et limitations de l'étude

L'étude concernant la « Comparaison de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile avec celles des personnes en *institution* » nous amène à formuler les remarques suivantes :

- Les résultats de l'étude mettent en évidence l'intérêt des études sur la qualité de vie et la pertinence du modèle d'analyse adopté, démontrant que la qualité de vie n'est pas réductible aux seules dimensions sanitaires. En plus, ils laissent entrevoir que les facteurs associés à la qualité de vie des personnes âgées devraient être réfléchis et élargis en tenant davantage compte de la disponibilité du soutien social en relation avec la santé physique / psychique et des limitations fonctionnelles, ainsi que des opportunités et limitations propres à chacun des lieux de vie.
- L'exclusion de l'étude des personnes n'ayant pas pu être interviewées donne une image trop positive de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes vivant en *institution*. En quoi consiste la qualité de vie de personnes physiquement et mentalement si fortement diminuées au point de ne plus être capable de s'exprimer à leur sujet ?
- Le « design hiérarchique » et la faible taille de l'échantillon de l'ESAI donnent lieu à des intervalles de confiance particulièrement larges. Par conséquent, les coefficients « odds ratios » peinent à atteindre le seuil de signification statistique de $p \leq 0.05$, tout en étant d'une ampleur comparable à ceux du PSM.

5.6 Importance du lieu de vie pour la qualité de vie des personnes âgées

Dans quelle mesure les éléments pris en compte par les personnes âgées elles-mêmes sont-ils différents selon qu'elles résident à *domicile* ou en *institution* ?

Indépendamment du lieu de vie, la qualité de vie des personnes âgées se trouve fortement associée à leur état de santé. Les personnes en bonne santé perçoivent leur qualité de vie comme meilleure que les personnes en mauvais état de santé physique ou psychique et/ou souffrant de limitations fonctionnelles.

Pour les personnes résidant à *domicile*, la participation à la vie sociale et le soutien social sont des facteurs très positifs pour leur qualité de vie indépendamment de leur état de santé. En *institution*, quoique significatifs, ces facteurs apparaissent jouer un rôle atténué au-delà de ceux liés à la santé.

La grande majorité des personnes âgées souhaite vivre à leur domicile le plus longtemps possible. Pouvoir résider chez elles, dans leur environnement habituel est un facteur essentiel de leur qualité de vie. Ainsi le plus souvent, l'admission en institution ne résulte pas de la préférence de la personne âgée, mais s'impose en raison de l'état de santé et/ou des limitations fonctionnelles, et parfois pour des raisons sociales (Cavalli 2008).

Par conséquent, la santé étant fortement associée à la qualité de vie, la qualité de vie des personnes âgées en *institution* est nécessairement moindre par rapport à celles encore en bonne santé vivant à leur propre *domicile*. La moindre qualité de vie en institution n'est ainsi pas imputable au lieu de vie, mais à la mauvaise santé des personnes âgées qui s'y trouvent. Ceci se confirme en comparant les personnes en bonne santé des deux lieux de vie, car le niveau de leur qualité de vie apparaît être très similaire.

5.7 Perspectives de recherches

En conclusion, une meilleure connaissance des éléments importants de la qualité de vie des personnes âgées vivant en *institution* et à *domicile* constitue une base indispensable pour la prise en charge d'une population vieillissante en augmentation, confrontée à d'importants problèmes de santé, et pour laquelle l'amélioration de la qualité de vie représente une priorité pour les autorités politiques et sanitaires.

Les deux grandes enquêtes représentatives de la population âgée en Suisse, l'*Enquête suisse sur la santé* (ESS) et l'*Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées dans les Institutions* (ESAI) peuvent contribuer à améliorer cette connaissance. Pour les enquêtes futures, il s'agira d'introduire la perspective « qualité de vie » dans leur conception et d'effectuer une collecte de données comparable dans les deux lieux de vie tout en développant des questionnements adaptés aux personnes gravement atteintes dans leur santé et aux spécificités du contexte résidentiel. La collecte de données comparables pour les personnes incapables de répondre elles-mêmes aux questions posées dans ces enquêtes constitue un défi majeur, mais nous paraît indispensable pour ne pas exclure du champ futur de la connaissance, les personnes âgées gravement atteintes dans leurs fonctions cognitives.

D'autres études suisses, déjà réalisées ou en voie de réalisation visent à mieux connaître la qualité de vie des personnes âgées. L'étude Swilsoo (Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old) est une recherche longitudinale dont les objectifs principaux sont d'explorer les trajectoires de vie et de santé au cours de la grande vieillesse. Le Pôle de recherche national débuté en 2011 «LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie» étudie les effets de l'économie et de la société postindustrielle sur l'évolution de situations de vulnérabilité par le biais d'études longitudinales et comparatives et s'intéresse aussi aux personnes âgées. Le projet VLV

(Vivre / Leben / Vivere) commencé en 2011 vise à explorer les conditions de vie et de santé de la population âgée de 65 ans et plus vivant en Suisse. Il fait suite à un projet réalisé à Genève et en Valais central et s'élargit aux régions alémanique et tessinoise. Au niveau européen, il faut citer le projet de recherche SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) auquel participe la Suisse et qui comprend des questions sur la qualité de vie. C'est une enquête sur la santé, le vieillissement et les retraites qui vise à constituer, à moyen terme, un panel de personnes âgées en Europe. Elle permettra des analyses comparatives de la qualité de vie en Suisse et dans les pays européens.

5.8 Enjeux des résultats pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées

La médecine a fait des progrès considérables, il n'en reste pas moins que l'action médicale face aux conditions chroniques invalidantes reste limitée avec pour conséquence une qualité de vie péjorée. La médecine se trouve souvent démunie pour soulager les personnes âgées atteintes dans leur santé et encore davantage pour les guérir. Par conséquent, les efforts pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées devraient se focaliser prioritairement sur la participation et le soutien social, ainsi que le maintien et le rétablissement de leur autonomie fonctionnelle dans la vie quotidienne par des moyens appropriés.

La mise en évidence des processus influençant la qualité de vie au cours du vieillissement pourrait aider à la formulation de mesures de politiques sociales et sanitaires, adaptées aux besoins de cette population. Ces mesures devraient viser en priorité les conditions d'existence, jugées par les personnes âgées elles-mêmes comme étant les plus importantes pour maintenir et si possible améliorer leur qualité de vie.

6 Références

- Andersson I., Pettersson E., et al. (2007). "Daily life after moving into a care home - experiences from older people, relatives and contact persons." *J Clin Nurs* 16(9): 1712-1718.
- Annandale E. et Hunt K., Eds. (2000). *Gender Inequalities in Health* Buncingham, Philadelphia, Open University Press.
- Antonucci T. C., Okorodudu C., et al. (2002). "Well-Being among Older Adults on Different Continents." *The Journal of Social Issues* 58(4): 617-626.
- Ball M., Whittington F., et al. (2000). "Quality of life in assisted living facilities: Viewpoints of Residents." *The Journal of Applied Gerontology* 19(3): 304-325.
- Barca M. L., Selbaek G., et al. (2009). "Factors associated with depression in Norwegian nursing homes." *Int J Geriatr Psychiatry* 24(4): 417-425.
- Bickel J. F. et Cavalli S. (2003). *Fragilisation et exclusion dans le grand âge. Une analyse sociologique. Sphères d'exclusion.* M. Giugni et M. Hunyadi. Paris, L'Harmattan: 159-214.
- Blazer D. G. (2008). "How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being." *Gerontologist* 48(4): 415-422.
- Bowers B., Fibich B., et al. (2001). "Care-as-Service, Care-as-Relating, Care-as-Comfort: Understanding Nursing Home Resident's Definitions of Quality." *Gerontologist* 41(4): 539-545.
- Bowman C., Whistler J., et al. (2004). "A national census of care home residents." *Age Ageing* 33(6): 561-566.
- Bryant T., Brown I., et al. (2004). "What do Canadian seniors say supports their quality of life? Findings from a national participatory research study." *Can J Public Health* 95(4): 299-303.
- Burton-Jeangros C. (2009). *Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes. Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités.* M. Oris, E. Widmer, A. de Ribeaupierreet al. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes: 273-295.
- Burton-Jeangros C., Widmer E., et al. (2009). "Cumulative and compensatory effects over the life course." *Swiss Journal of Sociology (special issue)* 35(2).
- Cavalli S. (2002). *Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison.* Lausanne, Réalités Sociales.
- Cavalli S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en EMS?*, Université de Genève.
- Chou S., Boldly D., et al. (2001). "Measuring resident satisfaction in residential aged care." *The Gerontologist* 41(5): 623-231.
- Compagnone P. D., Van M. T., et al. (2007). "Definition of the quality of life by elderly." *European Review of Applied Psychology-Revue Européenne De Psychologie Appliquée* 57(3): 175-182.
- Cook G. (2006). "The risk to enduring relationships following the move to a care home." *Int J Older People Nurs* 1(3): 182-185.
- Cooney A., Murphy K., et al. (2009). "Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland." *J Adv Nurs* 65(5): 1029-1038.
- Degenholtz H. B., Rosen J., et al. (2008). "The association between changes in health status and nursing home resident quality of life." *Gerontologist* 48(5): 584-592.
- Diggle P. J., Haegerty P., et al. (2002). *Analysis of Longitudinal Data.* Oxford New York, Oxford University Press.
- Fabre J. (1988). *Ah, qu'on est bien chez soi. Le maintien à domicile, quel avenir? I.* Simeone. Chêne-Bourg, Ed. Médecine et Hygiène: 35.
- Fitzmaurice G. M., Laird N. M., et al. (2004). *Applied Longitudinal Analysis.* Hoboken, New Jersey, John Wiley & Sons.

- Freudiger S., Pittet G., et al. (2007). "Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médico-sociaux certifiés." *Ethique & santé* vol. 4(no1): pp. 4-11.
- Fry P. S. (2000). "Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?" *Int J Aging Hum Dev* 50(4): 361-383.
- Gaugler J. E., Duval S., et al. (2007). "Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis." *BMC Geriatr* 7: 13.
- Gautier A., Kubiak C., et al. (2007). *Qualité de vie : une évaluation positive. Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé.* F. Beck, P. GuilbertetA. Gautier. Saint-Denis, INPES: 45-64.
- Girardin Keciour M. et Spini D. (2006). "Well-being and frailty process in later life : an evolution of the effectiveness of downward social comparison." *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie* 32(3): 389-406.
- Guilley E. (2005). *La vie en institution. Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse.* P. Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique: 117-127.
- Guyatt G. H., Feeny D. H., et al. (1993). "Measuring Health-Related Quality of Life." *Ann Intern Med* 118: 622-629.
- Hambleton P., Keeling S., et al. (2009). "The jungle of quality of life: Mapping measures and meanings for elders." *Australasian Journal on Ageing* 28(1): 3-6.
- Henchoz K., Cavalli S., et al. (2008). "Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge." *Sciences sociales et santé*: 47-72.
- Höpflinger F., Bayer-Oglesby L., et al. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse.* Berne, Ed. Hans Huber.
- Höpflinger F. et Hugentobler V. (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse : observations et perspectives.* Chêne-Bourg, Ed. Médecine & Hygiène.
- Huguet N., Kaplan M. S., et al. (2008). "Socioeconomic status and health-related quality of life among elderly people: results from the Joint Canada/United States Survey of Health." *Soc Sci Med* 66(4): 803-810.
- Hyde M., Wiggins R. D., et al. (2003). "A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19)." *Aging Ment Health* 7(3): 186-194.
- Kane R. (2001). "Long-term care and good quality of life: bringing them closer together." *The Gerontologist* 41(3): 293-304.
- Kane R., Kling K., et al. (2003). "Quality of life measures for nursing home residents." *The Journals of Gerontology* 58A(3): 240-248.
- Knesebeck O. v. d., Wahrendorf M., et al. (2007). "Socio-Economic Position and Quality of Life among Older People in 10 European Countries: Results of the SHARE Study." *Ageing & Society* 27(2): 269-284.
- Lalive d'Epinay C. D., Spini D. D., et al. (2008). *Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingts ans.* Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Lee D. T., Woo J., et al. (2002). "A review of older people's experiences with residential care placement." *J Adv Nurs* 37(1): 19-27.
- Low G. et Molzahn A. E. (2007). "Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study." *Res Nurs Health* 30(2): 141-150.
- Low G., Molzahn A. E., et al. (2008). "Quality of life of older adults in Canada and Norway: examining the Iowa model." *West J Nurs Res* 30(4): 458-476.
- Maruani M. (2006). *Travail et emploi des femmes.* Paris, Editions La Découverte.
- McDowell I. (2006). *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires.* Oxford, Oxford University Press.
- Monod-Zorzi S., Seematter-Bagnoud L., et al. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. (Document de travail n° 25).* Neuchâtel, Observatoire de la santé: 207.

- Netuveli G. et Blane D. (2008). "Quality of life in older ages." *Br Med Bull* 85: 113-126.
- OFS (2010). Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions 2008/09. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique: 26 pages.
- Oswald F., Wahl H., et al. (2007). Entwicklung eines Instrumentes zur praxisnahen Messung von Lebensqualität im stationären Kontext. Abschlussbericht für die Paul Wilhelm v. Keppler-Stiftung, Heidelberg.
- Paskulin L. M. et Molzahn A. (2007). "Quality of life of older adults in Canada and Brazil." *West J Nurs Res* 29(1): 10-26; discussion 27-35.
- Perrig-Chiello P. (1997). Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Weinheim
- Seematter-Bagnoud L., Paccaud F., et al. (2009). Le futur de la longévité en Suisse. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique: 23 pages.
- Siegrist J. et Wahrendorf M. (2009). "Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: findings from SHARE." *Journal of European Social Policy* 19(4): 317-326.
- Skevington S. M., Lotfy M., et al. (2004). "The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group." *Qual Life Res* 13(2): 299-310.
- Spalding J. et Frank B. W. (1985). "Quality care from the residents' point of view." *J Am Health Care Assoc* 11(4): 3-7.
- Stanley M. et Cheek J. (2003). "Well-being and older people: a review of the literature." *Can J Occup Ther* 70(1): 51-59.
- Stuckelberger A. et Wanner P. (2005). Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage - National Background Report for Switzerland, EUROFAMCARE.
- Veenhoven R. (1996). The Study of Life Satisfaction. A comparative study of satisfaction with life in Europe. W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, e. Bunting. Rotterdam, Netherlands, Eötvös University Press: 11-48.
- Wilhelmson K., Andersson C., et al. (2005). "Elderly People's Perspectives on Quality of Life." *Ageing & Society* 25(4): 585-600.
- Wyss K. (2005). Themenmonitoring 'Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte'. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Arbeitsdokument 11: 55.
- Zaninotto P., Falaschetti E., et al. (2009). "Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing." *Qual Life Res* 18(10): 1301-1309.
- Zimmermann E., Moreau-Gruet F., et al. (2012). Comparaison de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile avec celle des personnes vivant en institution - Concept et étude de faisabilité. Document interne. Genève et Neuchâtel, Observatoire de la santé: 45.
- Zimmermann E., Stuckelberger A., et al. (2006). "Effects of cumulative disadvantage and disruptive life events on the physical and mental health of individuals between the ages of 50-74 years: analysis from the Swiss Household Panel." *Swiss Journal of Sociology* 32(3): 527-555.
- Zimmermann E. et Zimmermann-Sloutskis D. (2011). La qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus en Suisse - Un concept d'analyse des données du Panel suisse de ménages 1999-2009. Conches: 142.

7 Annexes

7.1 Annexe A – L'étude préliminaire de faisabilité

7.1.1 Objectifs du concept et de l'étude de faisabilité

L'étude préliminaire de faisabilité visait à répondre aux questions suivantes (Zimmermann, Moreau-Gruet et al. 2012):

- 1) Dans quelle mesure les concepts théoriques pertinents de la qualité de vie des personnes âgées peuvent-ils être opérationnalisés sur la base des données actuellement disponibles dans les grandes enquêtes que représentent l'ESS, le PSM et l'ESAI ?
- 2) Peut-on mettre en œuvre un modèle d'analyse même réduit et lacunaire, commun aux contextes *résidentiel* et *institutionnel*, sur la base d'indicateurs sinon identiques ou au moins équivalents ?
- 3) Sur la base d'analyses préliminaires de validité et de sensibilité, est-il opportun d'un point de vue scientifique d'entreprendre l'étude proposée en dépit des limitations des données du PSM et de l'ESAI ?
- 4) Quel modèle d'analyse, limité aux indicateurs disponibles et jugés valides, peut être mis en œuvre pour expliquer la variabilité de la qualité de vie dans les deux contextes institutionnels ?

Pour y répondre une revue détaillée de littérature et des analyses exploratoires de faisabilité ont été entreprises.

7.1.2 Principaux résultats

L'étude préliminaire intitulée « *Concept et étude de faisabilité* » et réalisée en janvier 2012, visait à établir le concept de l'étude tout en s'assurant de sa faisabilité au vu de la diversité des sources de données et de la disponibilité limitée d'indicateurs pertinents. En particulier, il s'agissait de répondre aux deux questions suivantes :

1. Dans quelle mesure les concepts théoriques pertinents de la qualité de vie des personnes âgées peuvent-ils être opérationnalisés sur la base des données actuellement disponibles dans les grandes enquêtes du PSM et de l'ESAI ?
 - Le concept de *qualité de vie* mis en œuvre dans les enquêtes du PSM et de l'ESAI recouvre l'appréciation de satisfaction et de contentement avec la vie actuelle en général.¹⁷ Toutefois, la question posée dans l'une et l'autre des deux enquêtes est différente et les réponses n'ont pu être obtenues que de la part des personnes âgées capables de répondre à l'interview téléphonique ou face-à-face.
 - Malgré la différence dans le questionnement, nous estimons disposer d'un indicateur comparable pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées vivant à *domicile* et vivant en *institution*. Notre appréciation repose sur la constatation d'une grande concordance des résultats issus de nos analyses préliminaires comparant les deux contextes résidentiels: a) parmi les personnes en bonne santé, le degré de satisfaction avec la qualité de vie très élevé est comparable, b) la proportion de personnes satisfaites décline systématiquement avec la détérioration de l'état de santé et l'augmentation des limitations fonctionnelles, et c) le risque d'une mauvaise qualité de vie (résultats de régression logistique) se trouve

¹⁷ Si le PSM distingue différents domaines de la qualité de vie (la situation financière, les arrangements de vie, les relations personnelles, les loisirs et la santé), tel n'est pas le cas pour l'ESAI.

considérablement accru pour les personnes en mauvaise santé et/ou fortement limitées dans leurs activités quotidiennes. Les proportions et associations, ainsi que l'effet « dose-response », nous font conclure que les mesures de la qualité de vie dans le PSM et l'ESAI sont équivalentes et que les résultats sur l'influence des divers déterminants seront « qualitativement » comparables.

2. Peut-on mettre en oeuvre un modèle d'analyse commun aux contextes résidentiel « à domicile » et « en institution », sur la base d'indicateurs sinon identiques ou au moins équivalents du PSM et de l'ESAI ?
 - Les déterminants de la qualité de vie des personnes âgées, considérés comme les plus importants dans la littérature, sont disponibles pour les deux contextes résidentiels. Ainsi, les indicateurs relatifs à l'état de santé et aux limitations fonctionnelles sont presque identiques dans le PSM et l'ESAI. Il en est de même pour les indicateurs de la participation et du soutien social, car ils se réfèrent aux mêmes concepts et sont équivalents, si l'on tient compte de la particularité du contexte institutionnel.
 - Cependant, le modèle des déterminants de la qualité de vie proposé exclut des dimensions de la qualité de vie en institution, identifiées comme importantes dans la littérature (p. ex. la sécurité, la dignité, le respect de la vie privée, la spiritualité, la qualité de la nourriture et du service). Ni le PSM, ni l'ESAI ne disposent d'informations y relatives.

3. Sur la base d'analyses préliminaires de validité et de sensibilité, est-il opportun d'un point de vue scientifique d'entreprendre l'étude proposée en dépit des limitations des données du PSM et de l'ESAI ?
 - Des 3'103 personnes âgées de 65 ans et plus constituant l'échantillon total de l'ESAI, seules 1'569 personnes (50.5%) ont été interrogées par interview face-à-face et se sont prononcées sur leur qualité de vie. Incapables de répondre elles-mêmes, les autres personnes ont fait l'objet d'un questionnaire écrit rempli par le personnel soignant. Par conséquent, le sous-échantillon, appelé « ESAI-Interviews (n=1'569) », n'est pas représentatif des personnes âgées vivant en institution, car il inclut des personnes en meilleure santé et moins atteintes de limitations fonctionnelles sévères et de démence.
 - La taille des échantillons concernant les personnes âgées de 65 ans et plus, dans les deux enquêtes est modérée (PSM 1999-2010: n=2'698 et ESAI 2008/09 Interviews: n=1'569), mais suffisante pour estimer les paramètres du modèle proposé au moyen de techniques statistiques multivariées. Par contre, on ne pourra guère partitionner les échantillons en fonction du sexe et/ou de plusieurs classes d'âge pour y conduire des analyses séparées adaptées à ces sous-groupes.

En conclusion, l'étude concernant la « Comparaison de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile avec celle des personnes en institution » est:

- Théoriquement et conceptuellement solide par rapport aux enseignements de la littérature récente concernant la qualité de vie des personnes âgées ;
- Pertinente pour la compréhension des facteurs déterminants pour la qualité de vie des personnes âgées qu'elles résident à domicile ou en institution ;
- Méthodologiquement faisable en dépit d'échantillons et d'indicateurs différents servant de base pour les analyses ;

- Susceptible de produire des résultats novateurs sur le rôle que joue la santé dans la qualité de vie par rapport et en interaction avec les facteurs sociaux et le contexte institutionnel.
- Prospectivement intéressante, car il devrait être possible de tirer de précieux renseignements pour la conception et la réalisation des futures enquêtes de santé pour mieux tenir compte de la qualité de vie des personnes âgées et de ses déterminants.

Toutefois, l'étude envisagée connaît d'importantes limitations:

- La comparaison de la qualité de vie entre les personnes âgées vivant à *domicile* et celles qui vivent en *institution* sera limitée aux personnes âgées qui sont encore en assez bonne santé. Il ne sera pas possible d'en déduire des conclusions sur les personnes qui pour des raisons de maladie sévère ou d'incapacité mentale n'ont pas été en mesure de répondre aux interviews.
- A cause des différences entre les indicateurs employés par le PSM et l'ESAI, la comparaison des deux contextes résidentiels sera plutôt qualitative que quantitative.
- En raison de ces limitations, les analyses proposées devront se limiter à l'exploration des hypothèses énoncées et les résultats obtenus devront être interprétés avec prudence.

7.2 Annexe B – « Questions et indicateurs »

Tableau 7.1 Questions et indicateurs comparables dans le PSM et dans l'ESAI

No.	Thèmes et variables	Résidence à domicile (PSM)	Résidence en institution (ESAI)	Commentaires :
1 Situation de vie et position sociale				
1.1	Genre	SEX : 1 masculin ; 2 féminin	SEX : 1 masculin ; 2 féminin	Indicateur identique
1.2	Classes d'âge (quatre)	AGE9910R4 : 1 65-69 ans 2 70-74 ans 3 75-79 ans 4 80+ ans	AGEINTR4 : 1 65-69 ans 2 70-74 ans 3 75-79 ans 4 80+ ans	Indicateur identique
	Classes d'âge (deux)	AGE9910R2 : 1 3 ^e âge : 65-79 ans 2 4 ^e âge : 80+ ans	AGEINTR2 : 1 3 ^e âge : 65-79 ans 2 4 ^e âge : 80+ ans	Indicateur identique
1.2	Nationalité	Question : « Quelle est votre nationalité ? » et 2) Seulement pour les personnes de nationalité suisse ou de nationalité suisse et étrangère : « Etes-vous Suisse de naissance ou avez-vous été naturalisé(e) ? »	Question : « Quelle est votre nationalité ? » et 2) Seulement pour les personnes de nationalité suisse ou de nationalité suisse et étrangère : « Etes-vous Suisse de naissance ou avez-vous été naturalisé(e) ? »	Questions identiques
1.3	Position sociale	NAT9910R3 : 1 Suisse 2 Suisse et autre nationalité 3 Etranger	NATIO_TOT_R3 : 1 Suisse 2 Suisse et autre nationalité 3 Etranger	Indicateur identique
a)	Niveau de formation	EDU9910R3 : 1 Scolarité obligatoire 2 Degré secondaire II 3 Degré tertiaire	EDU9910R3 : 1 Scolarité obligatoire 2 Degré secondaire II 3 Degré tertiaire	Questions identiques Indicateur identique
b)	Revenu total net d'équivalence du ménage	I04EQSN5 En 5 quintiles	Pas disponible	Seulement PSM
2 Participation et soutien social				
2.1	Vie en couple	Indicateur basé sur la liste et le statut des membres du ménage. Epoux(se) ou partenaire EPOU9910 : 1 oui ; 2 non	Question : « Avec qui habitez-vous avant d'entrer ici (en institution) ? Conjoint(e) ou partenaire ? FVP_AVEC_2 : 1 oui ; 2 non	Indicateur identique, mais situation <i>actuelle</i> dans PSM et situation <i>antérieure</i> dans l'ESAI.

No.	Thèmes et variables	Résidence à domicile (PSM)	Résidence en institution (ESAI)	Commentaires :
2.2	Participation à la vie sociale	<p>Être membre actif dans au moins une des neuf types d'associations (associations locales ou de parents, sportives ou de loisir, culturelles, syndicats, partis politiques, protection de l'environnement, caritatives, de femmes, des droits des locataires) « <i>Maintenant je vais vous lire une liste d'associations et d'organisations. Pouvez-vous me dire pour chacune d'elles si vous en êtes membre actif, membre passif ou pas membre ?</i> » (P\$N39 à P\$N47) MAAS\$R2 : Membre actif d'au moins une des neuf types d'associations ou d'organisations : 0 pas membre 1 membre</p>	<p>Participation à des activités (fréquence) En EMS : « <i>Généralement, à quelle fréquence participez-vous à des activités proposées et/ou organisées par votre établissement ?</i> » FSS_ACT_EMS : 1 tous les jours ou presque à 6 jamais Autre : « <i>A quelle fréquence participez-vous à des activités qui ne sont pas organisées par l'établissement où vous vivez ?</i> » FSS_ACT_AUT : 1 tous les jours ou presque à 6 jamais</p>	Indicateurs différents entre PSM et ESAI, mais plus ou moins équivalents en tenant compte des possibilités et restrictions liées au contexte résidentiel.
2.3	Soutien social pratique et émotionnel	<p>Soutien social de la part des propres enfants et parents, des voisins, des amis proches, des collègues de travail, du ou de la partenaire : Soutien pratique (SUPPRX\$): "En cas de nécessité, à votre avis, dans quelle mesure les personnes mentionnées vivant hors du ménage peuvent-elles vous aider pratiquement (c'est-à-dire par une aide concrète ou un conseil utile), si 0 signifie 'pas du tout' et 10 'beaucoup' ?" (5 sources de soutien: propres enfants et parents, voisins, amis proches, collègues de travail, partenaire) * SUPPRX\$: scores 0 à 50</p>	<p>Soutien de la part des proches et existence d'une personne de confiance Soutien pratique (FSS_PPSOU): « En cas de besoin, y a-t-il, dans votre famille ou dans votre entourage, des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous soutenir ou vous aider dans la vie quotidienne ? » FSS_PPSOU : 1 Oui, plusieurs personnes 2 Oui, une personne 3 Non</p>	Indicateurs différents entre PSM et ESAI, mais se référant aux mêmes concepts de soutiens pratique et émotionnel.
		<p>Soutien émotionnel (SEMO9910)*: "Et à quel point les personnes mentionnées peuvent-elles être là en cas de besoin en faisant preuve de compréhension, en parlant avec vous par exemple, si 0 signifie 'pas du tout' et 10 'beaucoup' ?" (5 sources de soutien: propres enfants et parents, voisins, amis proches, collègues de travail, partenaire) * SUPEMX\$: scores 0 à 50 * L'indicateur composite du soutien social pratique et émotionnel représente l'addition des cinq sources de soutien avec des scores variant de 0 à 50.</p>	<p>Soutien émotionnel (FSS_PPPAR): « En cas de besoin, y a-t-il, parmi vos proches ou dans votre entourage, une personne à qui vous puissiez vraiment parler n'importe quand de problèmes très personnels? » FSS_PPPAR3 : 1 Oui, plusieurs personnes 2 Oui, une personne 3 Non ou ne veut pas parler de ses problèmes</p>	

No.	Thèmes et variables	Résidence à domicile (PSM)	Résidence en institution (ESAI)	Commentaires :
3	Santé, maladie et limitations			
3.1	Etat de santé (physique)	<p>Etat de santé en ce moment (self-rated health) « <i>Comment est votre santé en ce moment ?</i> »</p> <p>(P\$\$C01) HEAL9910 : 1 Très bien 2 Bien 3 Comme ci, comme ça (moyen) 4 Mal 5 Très mal</p> <p>P\$\$C01R2 : 0 Très bonne, bonne santé (1,2) 1 Moyenne à très mauvaise santé (3, 4, 5)</p>	<p>Etat de santé en général (self-rated health) « <i>Comment est votre santé en général?</i> »</p> <p>FUS_SRH: 1 Très bonne 2 Bonne 3 Moyenne 4 Mauvaise 5 Très mauvaise</p> <p>FUS_SRH2: 0 Très bonne, bonne santé (1,2) 1 Moyenne à très mauvaise santé (3, 4, 5)</p>	<p>Indicateur (presque) identique malgré les questions légèrement différentes.</p> <p>Remarque : Dans le PSM 2004 et 2005, les deux questions avaient été posées. La corrélation était de $r = .70$ entre les réponses correspondantes.</p>
	Bien-être psychique et humeur dépressive	<p>Bien-être psychique (échelle de bien-être) La <i>santé psychique</i> est évaluée par un indicateur combinant les réponses aux deux questions complémentaires du bien-être psychique: les « <i>sentiments négatifs</i> » (<i>le cafard, le désespoir, l'anxiété, la dépression</i>) (P\$\$C17) et les « <i>sentiments positifs</i> » (<i>énergie et optimisme</i>). (P\$\$C18)</p> <p>L'indicateur de la santé et du bien-être psychique (P\$\$SPSY) est formé par addition des deux échelles, formant une nouvelle échelle avec des scores variant de 0 à 10 (0 indique la moins bonne et 10 la meilleure santé psychique).</p>	<p>Humeur déprimée (échelle de dépression) « <i>Il arrive à tout le monde de se sentir plus ou moins en forme ou de bonne humeur. Justement, les questions suivantes concernent votre humeur au cours des 4 dernières semaines.</i> a) Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste? FSP_DEPR_1 : 0 non ; 1 oui b) Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? FSP_DEPR_2: 0 non ; 1 oui c) Etes-vous heureux(se) la plupart du temps? FSP_DEPR_3: 0 non ; 1 oui d) Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée? FSP_DEPR_4: 0 non ; 1 oui</p> <p>Echelle de dépression (FSP_DEPR) de 0 'pas déprimé' à 4 'fortement déprimé'.</p>	<p>Questions différentes ne couvrant pas le même concept sous-jacent.</p> <p>Comparabilité douteuse dans l'utilisation comme déterminant de la qualité de vie.</p>
3.2	Maladie chronique ou problème de santé durable	<p>Maladie chronique ou problème de santé durable « <i>Avez-vous une maladie chronique ou un problème de santé durable?</i> »</p> <p>(P\$\$C19A) : 1 oui ; 2 non</p>	<p>Maladie ou problème de santé qui dure depuis longtemps « <i>Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps (6 mois et plus, ou prévus)?</i> »</p> <p>LONGT_TOT : 1 oui ; 2 non</p>	<p>Questions formulées un peu différemment, mais indicateur considéré comme équivalent.</p>

No.	Thèmes et variables	Résidence à domicile (PSM)	Résidence en institution (ESAI)	Commentaires :
3.3	Limitation fonctionnelle à cause d'un problème de santé	<p>Limitation en raison de l'état de santé Dites-moi dans quelle mesure, en général, votre état de santé vous limite dans vos activités quotidiennes (pour votre ménage, votre travail ou dans vos loisirs), si 0 signifie "pas du tout" et 10 "très fortement" ?</p> <p>P\$C08 : scores 0 à 10</p> <p>Recodage en trois catégories : P\$C08R3 : 1 Fortement limité (scores 7 à 10) 2 Quelque peu limité (scores 4 à 6) 3 Pas du tout limité (scores 0 à 3)</p>	<p>Limitation pour raison d'un problème de santé « Etes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement et dans quelle mesure ? »</p> <p>LIMIT_TOT : 1 Fortement limité 2 Limité, mais pas fortement 3 Pas limité</p>	<p>Questions formulées un peu différemment, mais indicateur considéré comme équivalent.</p> <p>Note : Le recodage de l'échelle 0 à 10 du PSM en trois catégories rejoint de très près la distribution observée dans l'ESS pour les personnes âgées résidant à domicile (cf. Tableau 7.3).</p>
4	Prise en charge médicale			
4.1	Consultations médicales	<p>Nombre de consultations médicales au cours des 12 derniers mois « Depuis (date de l'interview de l'année précédente), avez-vous été chez le médecin, sans compter le dentiste ? »</p> <p>P\$C12 : 1 oui ; 2 non</p> <p>Si oui : Depuis (date de l'interview de l'année précédente) combien de fois vous êtes-vous rendu chez le médecin ?</p> <p>P\$C15: nombre de consultations médicales P\$C15T: nombre de consultations médicales annuelles</p>	<p>Consultation médicale au cours des 12 derniers mois « Quand avez-vous vu, ou consulté, un médecin pour la dernière fois ?</p> <p>DERCO_TOT (variable construite): 1 dans le courant du mois, 2 il y a plus d'un mois, mais moins d'une année, 3 il y a plus d'une année.</p>	Indicateur différent, mais permet d'estimer de manière équivalente, si la personne a au moins consulté une fois dans les derniers 12 mois.
4.2	Consommation de médicaments	<p>Appréciation du besoin en médicaments « Avez-vous besoin de médicaments pour fonctionner dans la vie de tous les jours, si 0 signifie "pas du tout" et 10 "énormément" ? »</p> <p>P\$C16: scores 0 à 10 P\$C16R2 : 0 non (score 0) 1 oui (scores 1 à 10)</p>	<p>Prise de médicaments pendant les derniers 7 jours « Pendant les derniers 7 jours, la personne a-t-elle pris des médicaments (tablettes, pansements, injections, infusions, inhalations, suppositoires ou crèmes) prescrits ou achetés sans prescription ? »</p> <p>PCME_SEMAI : 1 oui ; 2 non</p>	Source d'informations différente (PSM=personne interviewée ; ESAI = personnel soignant). Indicateur comparable.

No.	Thèmes et variables	Résidence à domicile (PSM)	Résidence en institution (ESAI)	Commentaires :
4.3	Hospitalisations	<p>Nombre de jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois</p> <p>« Depuis (date de l'interview de l'année précédente), combien de jours avez-vous passé à l'hôpital ou en clinique spécialisée (cures non comprises) ? » (P\$\$C41A)</p> <p>P\$\$C41A : Nombre de jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois.</p> <p>P\$\$C41A R2 : 0 pas d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois 1 au moins un jour d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois</p>	<p>Nombre de jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois</p> <p>« ... , au cours des 12 derniers mois combien de jours (nombre total) la personne a-t-elle passé à l'hôpital, ou en clinique spécialisée ? »</p> <p>PCUS_HOPJOU_1 : Nombre de jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Attention ! Problème de données manquantes pour 214 personnes ou 13.6% des 1'569 résidents.</p>	<p>Source d'informations différente (PSM=personne interviewée ; ESAI = personnel soignant).</p> <p>Considéré comme quasi-équivalent.</p>
5	Qualité de vie	<p>Satisfaction avec la vie en général</p> <p>« De manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie, si 0 signifie "pas du tout satisfait" et 10 "tout à fait satisfait" ? »</p> <p>P\$\$C44 : scores 0 à 10</p> <p>P\$\$C44R2 :</p> <p>0 Très satisfait (scores 8, 9 et 10) 1 Peu à pas du tout satisfait (scores 0 à 7)</p>	<p>Évaluation de la qualité de vie</p> <p>« Maintenant, j'aimerais savoir, de manière générale, comment trouvez-vous votre qualité de vie ? »</p> <p>FQV_QOL :</p> <p>1 Très bonne, 2 Bonne, 3 Ni bonne ni mauvaise, 4 Mauvaise, 5 Très mauvaise'</p> <p>FQV_QOL2 :</p> <p>0 Très bonne ou bonne 1 Ni bonne ni mauvaise, mauvaise ou très mauvaise</p>	<p>Indicateurs basés sur des questions différentes, mais pouvant être considérées comme comparables pour évaluer le contentement avec la vie actuelle de manière générale.</p>

7.3 Annexe C – Tableau comparatif des variables PSM, ESS et ESAI

Tableau 7.2 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des échantillons PSM, ESS et ESAI (données pondérées), personnes de 65 ans et plus

Lieu de vie	A domicile		En institution			
Type d'enquête	PSM 2004	ESS 2007	ESAI Interviews	ESAI Proxies	ESAI Total	TEST
Tous	(n=1160)	(n=4504)	(n=1569)	(n=1534)	(n=3103)	CHI ²
A. Caractéristiques sociodémographiques						p=
Sexe	SEXE	SEX	SEXE_TOT	SEXE_TOT	SEXE_TOT	0.004
Masculin	44%	43%	27%	22%	25%	
Féminin	56%	57%	73%	78%	75%	
Age	AGE04 <i>AGE04R10</i>	ALTER <i>ALTER10</i>	AGE_TOT <i>ALTER10</i>	AGE_TOT <i>ALTER10</i>	AGE_TOT <i>ALTER10</i>	0.529
65-69 ans	37%	31%	3%	2%	3%	
70-74 ans	28%	24%	4%	4%	4%	
75-79 ans	21%	22%	12%	12%	12%	
80-84 ans	10%	15%	22%	21%	21%	
85+ ans	4%	8%	59%	61%	60%	
Formation	EDUCAT04 <i>EDUC04T3</i>	AUSBILD <i>AUSBILD3</i>	FORMATION	*	*	
Scolarité obligatoire	33%	25%	50%	n.a.	n.a.	
Degré secondaire II	52%	56%	46%	n.a.	n.a.	
Degré tertiaire	15%	18%	5%	n.a.	n.a.	
Nationalité	NATION04	NATION	NATIO_TOT	NATIO_TOT	NATIO_TOT	0.006
Suisse uniquement	81%	79%	95%	95%	95%	
Double nationalité (dont Suisse)	7%	11%	3%	1%	2%	
Etranger	12%	10%	3%	4%	3%	
B. Santé						
Santé en général autoévaluée	P04C01	TSUBG03	FUS_SRH	*	*	
Très bonne	18%	13%	3%	n.a.	n.a.	
Bonne	61%	59%	40%	n.a.	n.a.	
Moyenne	23%	22%	42%	n.a.	n.a.	
Mauvaise	2%	6%	13%	n.a.	n.a.	
Très mauvaise	0%	1%	2%	n.a.	n.a.	
Très bonne et bonne santé	79%	72%	43%	n.a.	n.a.	
Problèmes de santé de longue durée	P04C19A	TKRAN04	LONGT_TOT	LONGT_TOT	LONGT_TOT	
Oui	50%	45%	65%	90%	77%	0.000
Non	50%	56%	35%	10%	23%	

Tableau 7.3 Prévalence des troubles physiques et limitations fonctionnelles selon les échantillons PSM, ESS et ESAI (données pondérées), personnes de 65 ans et plus

Lieu de vie	A domicile		En institution			
Type d'enquête	PSM 2004	ESS 2007	ESAI Interviews	ESAI Proxies	ESAI Total	TEST
Tous	(n=1160)	(n=4504)	(n=1569)	(n=1534)	(n=3103)	CHI ²
Troubles physiques				*	*	
Mal au dos	P04C04A	TKRSY01	FTP_MALDO	*	*	
Pas du tout	50%	49%	53%	n.a.	n.a.	—
Un peu	34%	36%	26%	n.a.	n.a.	—
Beaucoup	17%	15%	21%	n.a.	n.a.	—
Sentiment de faiblesse	P04C05A	TKRSY02	FTP_FAIBL	*	*	
Pas du tout	63%	61%	44%	n.a.	n.a.	—
Un peu	31%	31%	43%	n.a.	n.a.	—
Beaucoup	6%	9%	13%	n.a.	n.a.	—
Insomnie	P04C06A	TKRSY05	FTP_INSOM	*	*	
Pas du tout	57%	53%	46%	n.a.	n.a.	—
Un peu	32%	34%	35%	n.a.	n.a.	—
Beaucoup	11%	13%	19%	n.a.	n.a.	—
Maux de tête	P04C07A	TKRSY06	FTP_TETE	*	*	
Pas du tout	79%	80%	77%	n.a.	n.a.	—
Un peu	16%	16%	19%	n.a.	n.a.	—
Beaucoup	5%	4%	5%	n.a.	n.a.	—
Humeur dépressive						
Humeur triste (DEPR_1_TOT)	n.a.	—	33%	38%	35%	0.009
Humeur vide (DEPR_2_TOT)	n.a.	—	24%	20%	22%	0.038
Humeur désespéré (DEPR_4_TOT)	n.a.	—	16%	15%	16%	0.438
Humeur malheureux (DEPR_3_TOT)	n.a.	—	18%	54%	35%	0.000
C. Limitations						
Limitations fonctionnelles	P04C08 P04C08R3	TKRAN05	LIMIT_TOT			
Fortement limité	11%	12%	35%	68%	50%	0.000
Quelque peu limité	21%	25%	40%	24%	33%	
Pas du tout limité	69%	63%	25%	8%	17%	
Incapacité d'effectuer les activités de base de la vie quotidienne (ADL)			PCAQ_ADL_1 à PCAQ_ADL_6			
% incapables ou avec beaucoup de difficulté:						
ADL (manger)	n.a.	0.3%	4%	31%	18%	0.00
ADL (se lever/se coucher)	n.a.	1.1%	27%	59%	44%	0.00
ADL (s'habiller / déshabiller)	n.a.	1.3%	36%	72%	54%	0.00
ADL (toilettes)	n.a.	0.9%	28%	68%	49%	0.00
ADL (douche/bain)	n.a.	3.8%	64%	89%	77%	0.00
ADL (se déplacer)	n.a.	n.a.	26%	63%	45%	0.00
Limitations cognitives						
% incapables ou avec beaucoup de difficulté:						
Se rappeler une conversation (PCEC_MEMCT)			20%	74%	48%	0
Comprendre et utiliser des informations reçues (PCEC_INF)			11%	58%	35%	0
Se faire comprendre et indiquer ses besoins (PECE_BESOI)			6%	51%	29%	0
Se décider (PCEC_DECIS)			29%	82%	56%	

CHI : le test compare l'ESAI interviews avec l'ESAI proxies.

Tableau 7.4 Risque d'insatisfaction avec la vie en général (odds ratio) à domicile en fonction des principaux déterminants par genre.
(PSM 2000-2010 : Régressions logistiques univariées (OR) et multivariées (aOR))

	Hommes		(n _{obs} = 4'901)		Femmes		(n _{obs} = 6'788)		Total		(n _{obs} = 11'689)	
	OR	aOR	na	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR
Situation de vie												
Genre	Hommes	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na
	Femmes	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na
Age	65-69	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	70-74	1.2 (0.9-1.6)	1.3 (0.9-1.6)	1.0 (0.9-1.2)	1.0 (0.9-1.2)	1.1 (0.9-1.3)	1.0 (0.9-1.2)	1.1 (0.9-1.3)	1.1 (0.9-1.3)	1.1 (0.9-1.3)	1.1 (0.9-1.3)	1.1 (0.9-1.3)
	75-79	1.2 (0.9-1.6)	1.2 (0.9-1.6)	1.1 (0.9-1.4)	1.1 (0.9-1.4)	1.2 (1.0-1.4)	1.2 (0.9-1.5)	1.2 (1.0-1.4)	1.2 (1.0-1.4)	1.2 (1.0-1.4)	1.2 (1.0-1.4)	1.2 (1.0-1.4)*
	80+	1.4 (1.1-1.9)*	1.5 (1.1-2.0)*	1.2 (0.9-1.5)	1.2 (0.9-1.5)	1.3 (1.1-1.6)	1.3 (1.0-1.6)	1.3 (1.1-1.6)	1.3 (1.1-1.6)	1.3 (1.1-1.6)	1.3 (1.1-1.6)	1.3 (1.1-1.6)*
Nationalité	CH origine	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	CH naturalisé	1.4 (0.9-2.1)	1.5 (0.9-2.3)	1.4 (1.1-1.8)*	1.4 (1.1-1.8)*	1.5 (1.1-2.0)*	1.5 (1.1-2.0)*	1.4 (1.1-1.8)*	1.4 (1.1-1.8)*	1.5 (1.2-1.9)*	1.5 (1.2-1.9)*	1.5 (1.2-1.9)*
Formation	Non CH	1.8 (1.1-2.8)*	1.8 (1.1-2.9)*	2.2 (1.5-3.3)*	2.2 (1.5-3.3)*	2.0 (1.5-2.7)*	2.2 (1.5-3.4)*	2.0 (1.5-2.7)*	2.0 (1.5-2.7)*	2.0 (1.5-2.7)*	2.0 (1.5-2.7)*	2.0 (1.5-2.7)*
	Tertiaire	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Secondaire	1.4 (1.1-1.9)*	1.4 (1.1-1.9)*	1.2 (0.8-1.7)	1.2 (0.8-1.7)	1.3 (0.9-1.9)	1.3 (0.9-1.9)	1.4 (1.1-1.7)*	1.4 (1.1-1.7)*	1.4 (1.1-1.7)*	1.4 (1.1-1.7)*	1.4 (1.1-1.7)*
	Primaire	2.1 (1.4-3.2)*	2.0 (1.3-3.1)*	1.8 (1.3-2.7)*	1.8 (1.3-2.7)*	1.9 (1.3-2.7)*	1.9 (1.3-2.7)*	2.1 (1.7-2.6)*	2.1 (1.7-2.6)*	2.1 (1.7-2.6)*	2.0 (1.5-2.5)*	2.0 (1.5-2.5)*
Vie sociale												
Vie en couple	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.9 (1.4-2.4)*	1.7 (1.3-2.3)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.6 (1.4-1.9)*	1.4 (1.1-1.7)*	1.6 (1.4-1.9)*	1.6 (1.4-1.9)*	1.5 (1.3-1.8)*	1.5 (1.3-1.8)*	1.5 (1.3-1.8)*
Participation associative	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.3 (1.1-1.6)*	1.3 (1.1-1.5)*	1.5 (1.31.8)*	1.5 (1.31.8)*	1.4 (1.2-1.7)*	1.4 (1.2-1.7)*	1.5 (1.3-1.6)*	1.5 (1.3-1.6)*	1.4 (1.2-1.5)*	1.4 (1.2-1.5)*	1.4 (1.2-1.5)*
Participation religieuse	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	1.1 (0.8-1.4)	1.0 (0.8-1.3)	1.3 (1.1-1.5)*	1.3 (1.1-1.5)*	1.2 (1.0-1.4)*	1.2 (1.0-1.5)*	1.2 (1.0-1.4)*	1.2 (1.0-1.4)*	1.2 (1.0-1.4)*	1.2 (1.0-1.4)*	1.2 (1.0-1.3)*
Soutien émotionnel	Elevé	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen	1.7 (1.4-2.0)*		1.4 (1.2-1.8)*	1.4 (1.2-1.8)*			1.6 (1.4-1.8)*	1.6 (1.4-1.8)*			1.6 (1.4-1.8)*
	Faible	2.3 (1.7-3.0)*		2.1 (1.7-2.7)*	2.1 (1.7-2.7)*			2.3 (1.9-2.7)*	2.3 (1.9-2.7)*			2.3 (1.9-2.7)*
Soutien pratique	Elevé	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen	1.5 (1.2-1.8)*		1.5 (1.1-2.0)*	1.5 (1.1-2.0)*			1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*			1.5 (1.2-1.8)*
	Faible	2.2 (1.7-3.0)*		1.9 (1.3-2.6)*	1.9 (1.3-2.6)*			2.0 (1.6-2.5)*	2.0 (1.6-2.5)*			2.0 (1.6-2.5)*

		Hommes		(n _{obs} = 4'901)		Femmes		(n _{obs} = 6'788)		Total		(n _{obs} = 11'689)	
		OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR
Soutien émotionnel et/ou pratique	Elevé	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen	1.6 (1.3-2.0)*	1.6 (1.2-2.1)*	1.4 (1.0-1.8)*	1.3 (0.9-1.9)	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*	1.5 (1.2-1.8)*
	Faible	2.6 (1.9-3.4)*	2.3 (1.6-3.3)*	2.0 (1.5-2.7)*	1.9 (1.3-2.7)*	2.3 (1.8-2.8)*	2.3 (1.8-2.8)*	2.3 (1.8-2.8)*	2.3 (1.8-2.8)*	2.3 (1.8-2.8)*	2.3 (1.8-2.8)*	2.3 (1.8-2.8)*	2.1 (1.6-2.7)*
Indicateurs de santé													
Etat de santé physique	Bon-excellent	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen-Mauvais	2.9 (2.3-3.5)*	2.3 (1.9-2.9)*	2.0 (1.7-2.3)*	1.7 (1.5-2.0)*	2.3 (2.1-2.6)*	2.3 (2.1-2.6)*	2.3 (2.1-2.6)*	2.3 (2.1-2.6)*	2.3 (2.1-2.6)*	2.3 (2.1-2.6)*	2.3 (2.1-2.6)*	2.3 (2.1-2.6)*
Bien-être psychique	Excellent	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Bon	2.1 (1.7-2.5)*	1.9 (1.5-2.3)*	1.7 (1.4-2.0)*	1.5 (1.3-1.8)*	1.9 (1.7-2.1)*	1.9 (1.7-2.1)*	1.9 (1.7-2.1)*	1.9 (1.7-2.1)*	1.9 (1.7-2.1)*	1.9 (1.7-2.1)*	1.9 (1.7-2.1)*	1.7 (1.5-1.9)*
Maladie chronique	Mauvais	3.9 (3.0-5.1)*	3.0 (2.4-3.9)*	3.4 (2.8-4.0)*	2.7 (2.3-3.4)*	3.7 (3.2-4.3)*	3.7 (3.2-4.3)*	3.7 (3.2-4.3)*	3.7 (3.2-4.3)*	3.7 (3.2-4.3)*	3.7 (3.2-4.3)*	3.7 (3.2-4.3)*	2.9 (2.5-3.5)*
	Non	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Limitation fonctionnelle	Oui	1.3 (1.1-1.6)*	1.0 (0.9-1.2)	1.5 (1.3-1.7)*	1.2 (1.1-1.4)*	1.4 (1.3-1.6)*	1.4 (1.3-1.6)*	1.4 (1.3-1.6)*	1.4 (1.3-1.6)*	1.4 (1.3-1.6)*	1.4 (1.3-1.6)*	1.4 (1.3-1.6)*	1.2 (1.0-1.3)*
	Pas limité	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Peu limité	1.7 (1.4-2.0)*	1.3 (1.0-1.5)*	1.8 (1.6-2.1)*	1.4 (1.2-1.6)*	1.8 (1.6-2.0)*	1.8 (1.6-2.0)*	1.8 (1.6-2.0)*	1.8 (1.6-2.0)*	1.8 (1.6-2.0)*	1.8 (1.6-2.0)*	1.8 (1.6-2.0)*	1.3 (1.2-1.5)*
	Très limité	2.1 (1.6-2.6)*	1.3 (0.9-1.7)*	1.7 (1.5-2.1)*	1.3 (1.1-1.5)	1.9 (1.6-2.2)*	1.9 (1.6-2.2)*	1.9 (1.6-2.2)*	1.9 (1.6-2.2)*	1.9 (1.6-2.2)*	1.9 (1.6-2.2)*	1.9 (1.6-2.2)*	1.3 (1.1-1.5)*

* significatif au seuil $p \leq 0.05$

Tableau 7.5 Risque d'insatisfaction avec la vie en général (odds ratio) en institution en fonction des principaux déterminants par genre.
(ESAI 08/09 : Régressions logistiques univariées (OR) et multivariées (aOR))

	Hommes (n=422)		Femmes		(n=1'147)		Total	
	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR
Situation de vie								
Genre	Hommes	na	na	na	na	na	1.0	1.0
	Femmes	na	na	na	na	na	1.0 (0.7-1.4)	1.0 (0.7-1.4)
Age	65-69	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	70-74	0.4 (0.1-1.3)	0.4 (0.1-1.3)	0.9 (0.3-3.4)	0.9 (0.3-3.3)	0.6 (0.3-1.5)	0.6 (0.3-1.5)	0.6 (0.3-1.5)
	75-79	0.7 (0.3-1.7)	0.8 (0.3-2.0)	1.6 (0.5-5.2)	1.6 (0.5-5.0)	1.2 (0.6-2.6)	1.2 (0.6-2.6)	1.2 (0.6-2.6)
	80+	0.7 (0.3-1.6)	0.7 (0.3-1.7)	0.7 (0.2-2.2)	0.7 (0.2-2.2)	0.7 (0.3-1.4)	0.7 (0.3-1.4)	0.7 (0.3-1.4)
Nationalité	CH origine	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	CH naturalisé	7.0 (1.9-25.5)*	5.8 (1.5-21.8)*	1.5 (0.7-3.3)	1.4 (0.7-3.2)	1.7 (0.9-3.4)	1.7 (0.9-3.4)	1.7 (0.8-3.4)
	Non CH	0.7 (0.3-1.7)	0.7 (0.2-1.9)	2.7 (1.1-6.7)	2.4 (0.9-6.7)	1.8 (0.9-3.8)	1.6 (0.7-3.6)	1.6 (0.7-3.6)
Formation	Tertiaire	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Secondaire	0.8 (0.4-1.8)	0.8 (0.4-1.9)	1.0 (0.3-2.7)	1.1 (0.4-2.8)	0.8 (0.4-1.5)	0.8 (0.4-1.5)	0.8 (0.4-1.5)
	Primaire	0.8 (0.3-1.7)	0.8 (0.3-1.8)	1.3 (0.5-3.5)	1.4 (0.5-3.5)	1.0 (0.5-1.8)	1.0 (0.5-1.8)	1.0 (0.5-1.8)
Vie sociale								
Vie en couple	Oui	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Non	0.7 (0.5-1.2)	0.7 (0.4-1.2)	0.7 (0.5-1.1)	0.7 (0.5-1.1)	0.7 (0.5-1.0)	0.7 (0.5-1.0)	0.7 (0.5-1.0)
Participation aux activités organisées par l'EMS	Tous les jours à 1x/sem	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Plus rare	1.5 (0.9-2.4)	1.5 (0.9-2.6)	2.3 (1.5-3.3)*	2.1 (1.4-3.2)*	2.0 (1.5-2.7)*	1.9 (1.4-2.7)*	1.9 (1.4-2.7)*
Participation aux activités non organisées par l'EMS	Tous les jours à 1x/sem	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Plus rare	0.9 (0.5-1.8)	0.9 (0.4-1.7)	1.6 (0.9-2.9)	1.2 (0.6-2.2)	1.3 (0.8-2.2)	1.1 (0.7-2.7)	1.1 (0.7-2.7)
Soutien pratique	Par une ou plusieurs personnes	1.0		1.0		1.0		
	Non aucune	0.9 (0.5-1.6)		1.5 (0.9-2.4)		1.3 (0.9-1.8)		
Soutien émotionnel	Par une ou plusieurs personnes	1.0		1.0		1.0		
	Non aucun	1.0 (0.5-1.9)		1.6 (0.9-2.7)		1.1 (0.8-1.5)		

	Hommes		(n=422)		Femmes		(n=1'147)		Total	
	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR	OR	aOR
Soutien pratique et/ou émotionnel	Pratique et émotionnel	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Pratique ou émotionnel	0.9 (0.5-1.6)	0.8 (0.5-1.6)	1.2 (0.7-2.0)	1.1 (0.6-1.8)	1.1 (0.7-1.6)	1.1 (0.7-1.6)	1.0 (0.7-1.5)	1.1 (0.7-1.6)	1.0 (0.7-1.5)
	Ni pratique ni émotionnel	1.0 (0.4-2.3)	1.1 (0.4-2.6)	2.2 (1.1-4.3)*	1.7 (0.9-3.3)	1.7 (1.0-2.9)*	1.7 (1.0-2.9)*	1.5 (0.9-2.5)	1.7 (1.0-2.9)*	1.5 (0.9-2.5)
Santé										
Etat de santé physique	Bon-excellent	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Moyen-Mauvais	8.7 (4.9-15.6)*	6.2 (3.2-12.8)*	5.2 (3.2-8.3)*	3.2 (1.9-5.5)*	5.9 (4.0-8.7)*	5.9 (4.0-8.7)*	3.8 (2.4-5.9)*	5.9 (4.0-8.7)*	3.8 (2.4-5.9)*
	Non	1.0		1.0		1.0		1.0	1.0	
Découragement et tristesse	Oui	3.4 (1.9-6.0)*		4.3 (2.8-6.5)*		4.0 (2.8-5.7)*		4.0 (2.8-5.7)*		
	Non	1.0		1.0		1.0		1.0		
Situation désespérée	Oui	12.9 (6.1-27.4)*		9.9 (5.5-18.1)*		10.5(6.3-17.3)*		10.5(6.3-17.3)*		
	Peu ou pas déprimé	1.0		1.0		1.0		1.0		
Score dépression	Déprimé	6.3 (3.3-12.0)*	4.3 (2.2-8.2)*	5.9 (3.8-9.3)*	3.8 (2.3-6.3)*	6.0 (4.2-8.7)*	3.9 (2.6-5.6)*	6.0 (4.2-8.7)*	3.9 (2.6-5.6)*	
	Non	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
	Oui	3.2 (1.8-5.6)*	0.9 (0.4-2.0)	2.2 (1.5-3.4)*	0.7 (0.4-1.2)	2.5 (1.7-3.5)*	0.7 (0.4-1.1)	2.5 (1.7-3.5)*	0.7 (0.4-1.1)	
Maladie chronique	Pas limité	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
	Peu limité	2.9 (1.4-5.7)*	1.5 (0.6-3.5)	3.1 (1.7-5.8)*	2.2 (1.1-4.7)*	3.0 (1.9-4.8)*	2.0 (1.1-3.6)*	3.0 (1.9-4.8)*	2.0 (1.1-3.6)*	
	Très limité	6.4 (3.1-13.0)*	2.3 (0.9-5.8)	8.1 (4-15.3)*	4.3 (1.9-9.5)*	7.5 (4.6-12)*	3.7 (2.0-6.7)*	7.5 (4.6-12)*	3.7 (2.0-6.7)*	
Limitation fonctionnelle	Peu ou pas limité	1.0		1.0		1.0		1.0		
	Très limité	3.3 (2.0-5.7)*		3.7 (2.4-5.5)*		3.6 82.6-5.0)*		3.6 82.6-5.0)*		
Prise en charge médicale										
Consultations médicales par an	> 1 an	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	> 1 mois	1.5 (0.4-6.2)	4.0 (0.8-21.0)	0.2 (0.01-1.7)	0.2 (0.01-1.8)	0.6 (0.2-1.8)	0.6 (0.2-2.4)	0.2 (0.01-1.7)	0.6 (0.2-1.8)	0.6 (0.2-2.4)
	ce mois	2.1 (0.5-7.8)	5.6 (1.2-26.8)*	0.2 (0.02-1.9)	0.2 (0.02-2.1)	0.7 (0.2-2.1)	0.8 (0.2-2.8)	0.2 (0.02-1.9)	0.7 (0.2-2.1)	0.8 (0.2-2.8)
Prise de médicaments	Non	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Oui	1.0 (0.5-1.8)	0.9 (0.5-1.7)	0.9 (0.6-1.4)	0.9 (0.6-1.4)	0.9 (0.6-1.3)	0.9 (0.6-1.3)	0.9 (0.6-1.4)	0.9 (0.6-1.3)	0.9 (0.6-1.3)
Hospitalisation	Non	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	Oui	1.0 (0.6-1.7)	0.8 (0.4-1.5)	1.0 (0.6-1.4)	0.8 (0.5-1.4)	1.0 (0.7-1.3)	0.8 (0.5-1.2)	1.0 (0.6-1.4)	1.0 (0.7-1.3)	0.8 (0.5-1.2)

* significatif au seuil $p \leq 0.05$



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.