

Alter Anziani Vieillesse

Principaux résultats
et perspectives du
Programme National
de Recherche

PNR32

François Höpflinger et Astrid Stuckelberger

en collaboration avec **Hermann-Michel Hagmann**

et avec l'appui de : **Peter Binswanger, François Huber,
Charles Kleiber, Mimi Lepori Bonetti, Pasqualina Perrig-Chiello,
Yvonne Preiswerk, Jean-Pierre Rageth, Hannes B. Stähelin,
Helmut Schneider, Hans Schmid, Jean Wertheimer.**



Berne, 1999

Alter Anziani Vieillesse

François Höpflinger et Astrid Stuckelberger

*En collaboration avec **Hermann-Michel Hagmann**,
président du groupe d'experts du PNR 32*

et avec l'appui des membres du groupe d'experts :

**Peter Binswanger, François Huber, Charles Kleiber, Mimi Lepori Bonetti,
Pasqualina Perrig-Chiello, Yvonne Preiswerk, Jean-Pierre Rageth,
Hannes B. Stähelin, Helmut Schneider, Hans Schmid, Jean Wertheimer.**

Langue du texte original : allemand

Traductions : version française : A. Stuckelberger
version italienne : G. Bernasconi-Romano
version anglaise : J. Haller Pratt

Quand, au début des années 90, le Conseil fédéral décidait de mandater le Fonds national pour l'élaboration d'un Programme national de recherche (PNR 32) sur le thème de la vieillesse, l'on pouvait affirmer que la place de la recherche gérontologique dans notre pays était alors plutôt marginale. Aujourd'hui, la situation s'est, d'une façon heureuse, profondément modifiée.

Grâce à l'activité de qualité d'une trentaine d'équipes scientifiques, soutenues par une direction de programme de haut niveau et accompagnées par un groupe d'experts très impliqué, la recherche sur le vieillissement et les vieillesse en Suisse a pris un essor décisif. La présente synthèse, rédigée par le Prof. François Höpflinger, directeur de programme, avec Mme A. Stuckelberger, adjointe, et le groupe d'experts, nous en fournit une belle illustration. La diversité des thèmes abordés et la richesse des données obtenues sont à la mesure des enjeux de société induits par les grandes évolutions socio-démographiques. Que l'ensemble des chercheur(e)s, la direction de programme et le groupe d'experts en soient ici chaleureusement remerciés.

Mais les défis liés au vieillissement démographique et à l'allongement considérable de la durée de vie humaine sont tels qu'ils appellent la continuité, la valorisation et l'approfondissement des recherches entreprises. C'est dans cet esprit que les principaux acteurs du PNR 32 ont décidé, avec l'appui du Fonds national, la création d'un Institut universitaire Ages et Générations (INAG) dont les objectifs sont :

- de promouvoir la discussion et la diffusion de travaux interdisciplinaires dans les domaines concernés par les âges de la vie et les relations intergénérationnelles,
- de développer l'enseignement et la recherche en gérontologie dans une perspective qui prend en compte l'ensemble du territoire et des cultures de la Suisse,
- d'encourager la coordination entre la recherche fondamentale, la recherche appliquée et les champs de la pratique.

Au travers d'un réseau flexible de coopérations et de mise en commun des compétences, nous souhaitons une longue vie à cette nouvelle aventure scientifique, à la fois complexe et passionnante.

Prof. Hermann-Michel Hagmann
Président du Groupe d'experts

Avant-propos	3	E - Etat de santé	49
Introduction: Les principes de base de la recherche moderne en gérontologie	6	1. Vieillesse démographique et coûts de la santé	
A - Situation et activités des personnes âgées dans la société	8	2. Etat de santé des âgés et très âgés	
1. Représentations de la vieillesse		3. Problèmes auditifs et restriction de la communication	
2. Participation sociale et activités bénévoles pendant la vieillesse		4. Style de vie et comportements de santé	
3. Groupes et associations de personnes âgées: les retraités en action!		5. Troubles de santé et besoins non satisfaits	
4. Recherches avec et pour les personnes âgées		6. Perte des fonctions: le cas de la fracture du col du fémur	
5. Principaux résultats et perspectives		7. Principaux résultats et perspectives	
B - Retraite et passage à la vie post-professionnelle	16	F - Prise en charge et interventions innovatrices pour personnes âgées	62
1. Développement sur le marché du travail		1. Soins apportés par la famille aux malades atteints de démence	
2. Politique en faveur des seniors dans les entreprises suisses		2. Soins ambulatoires et nouvelles formes de prise en charge	
3. Passage à la retraite		3. Systèmes d'aides électroniques à disposition des personnes âgées	
4. Immigration et passage à la vie post-professionnelle		4. Psychothérapie cognitive chez les personnes âgées dépressives	
5. Principaux résultats et perspectives		5. Visites gériatriques préventives à domicile	
C - Condition sociale et économique des personnes vieillissantes	24	6. Principaux résultats et perspectives	
1. Prévoyance sociale et transitions démographiques récentes		Demain... Regard sur la continui- té de la formation et la recherche gérontologique...	78
2. Situation économique de la population à la retraite		Remarques et conclusion	79
3. Réseaux et relations sociales		Annexes:	80
4. Habitat et vieillissement		I: Experts et direction du programme du PNR32	
5. Les âgés dans les institutions d'hébergement		II: Liste des projets du PNR32	
6. Principaux résultats et perspectives		III: Publications du PNR32 (jusqu'en 1999)	
D - Personnalité, bien-être et ressources	39		
1. Bien-être durant la vieillesse			
2. Activités physiques, sport et bien-être			
3. Capacité de la mémoire et entraî- nement de la mémoire			
4. Dépression et symptômes dépressifs			
5. Démence et altérations cognitives			
6. Principaux résultats et perspectives			

Dans cette publication, sont décrits les résultats, les conclusions et les recommandations émanant du Programme National de Recherche «Vieillesse» (PNR32) du Fonds national de la recherche scientifique en Suisse. Ce Programme National de Recherche s'est déroulé de 1992 à 1999 et a réuni au total 28 projets de recherche couvrant un des 5 thèmes prioritaires suivants¹:

- A- La situation et les activités des personnes âgées dans la société
- B- La condition sociale et économique des personnes vieillissantes
- C- La retraite
- D- La santé, la maladie et les soins avec l'avance en âge
- E- Le maintien à domicile et les interventions innovatrices pour personnes âgées

L'objectif de cette publication est d'offrir une vue d'ensemble succincte des résultats ainsi que des conclusions importantes des recherches conduites dans le cadre de ce programme, la description détaillée et l'approfondissement de ces études faisant l'objet d'autres publications². La vieillesse et le vieillissement sont des thèmes qui concernent toute la population, non seulement les femmes et hommes âgés, mais également les générations plus jeunes appelées à vieillir ou même permettre une meilleure compréhension et intégration de la vieillesse dans la société. Il s'avère ainsi primordial de baser les propositions et recommandations dans ce domaine sur des travaux scientifiques et de les compléter par des débats de fond qui puissent aboutir à traiter des questions politiques relatives à la vieillesse.

Une politique en faveur des personnes âgées et d'un meilleur vieillissement pour tous vise essentiellement trois thèmes centraux:

- **L'autonomie:** le maintien ou l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées dans leur vie quotidienne.
- **La solidarité:** le renforcement de l'aide et de la solidarité entre les diverses générations et entre les divers groupes de personnes âgées qui puisse assurer les meilleures conditions de vie et les droits fondamentaux tout au long de son vieillissement (ex.: personnes âgées en bonne santé envers les individus âgés frappés de handicaps etc...).
- **La participation:** préservation et renforcement de la participation active des personnes âgées à la vie familiale ainsi qu'aux événements sociaux et culturels se produisant dans notre société.

En Suisse, le nombre de retraités augmente, alors que depuis les années soixante le taux de natalité diminue. D'un autre côté l'espérance de vie des hommes et femmes de plus de 65 ans a nettement augmenté provoquant un autre phénomène de vieillissement de la population. Ce processus ne devra qu'augmenter dans le futur vu la forte croissance de l'espérance de vie des personnes de 80 ans et plus dont le nombre est en croissance très forte. Ainsi assiste-t-on partout en Europe au double phénomène de vieillissement de la population: d'un côté, la proportion des personnes âgées suit les courbes de natalité et, d'un autre côté, le nombre et la proportion des personnes âgées dans la société ne sont que la conséquence de l'évolution de l'espérance de vie à tous les âges³.

¹ La liste de tous les projets inclus dans le PNR32 se trouve publiée en annexe II.

² Un travail scientifique approfondi, portant sur les recherches du PNR32 et les recherches internationales fait l'objet d'une publication récente en allemand et en français: François Höpflinger et Astrid Stuckelberger (1999), Demographische Alterung und individuelle Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm Zurich, éditions Seismo. Astrid Stuckelberger et François Höpflinger (1999) Du vieillissement individuel au vieillissement démographique, résultats du Programme National de Recherche «Vieillesse», Editions Georg, Genève. (à paraître)

³ A propos des scénarii sur l'évolution de la population voir: Office fédéral de la Statistique, (1997), Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 1995-2050, Berne (CD-ROM).

Les principes de base de la recherche moderne sur le vieillissement

La recherche moderne en gériatrie se trouve face à une double révolution: d'une part, on constate qu'au cours des dernières décennies des progrès considérables ont été faits dans la recherche en gériatrie parallèlement à l'avancée des sciences et des systèmes sociaux, et, d'autre part, la situation et les conditions de vie des personnes âgées se sont améliorées et modifiées. Aujourd'hui, les personnes âgées et très âgées vivent une vieillesse très différente, sous bien des aspects, de celle vécue par les générations qui les ont précédées. Les chercheurs concernés par le vieillissement doivent donc relever le double défi de l'évolution scientifique et du changement rapide de la réalité sociale de la vieillesse.

Relevons quatre points essentiels mis en évidence ces dernières décennies lorsque l'on aborde les questions de vieillissement:

1. **Effet de cohorte:** les observations faites sur les personnes âgées et très âgées actuellement en vie ne donnent que peu d'information sur l'évolution future de la vieillesse et des cohortes suivantes;
2. **Amélioration du vieillissement:** la situation et la santé des personnes âgées se sont, au cours des dernières décennies, améliorées à bien des égards de pair avec une espérance de vie, et une espérance de vie sans incapacités, en augmentation. Ces résultats tendent à confirmer la théorie de la compression de la morbidité;
3. **Hétérogénéité de la population âgée:** les femmes et les hommes d'âge comparable présentent des différences énormes dans tous les domaines et le retraité type ou la retraitée type n'existe pas.
4. **Ressources des âgés:** le vieillissement humain est, en grande partie, influençable et modulable tout au long de la vie et, l'on constate un grand potentiel inexploité chez les personnes âgées ou de très grand âge.
5. **Les images négatives et fausses du vieillissement:** d'une manière générale, on observe que les appréciations négatives portées sur la vieillesse et les clichés sur les «vieux» influencent de manière très néfaste la vie et le sentiment éprouvé par les personnes âgées. En outre, ces appréciations négatives contribuent à dévaluer la position des personnes âgées au sein de notre société.

1. Représentations de la vieillesse

Le grand âge est marqué par une dichotomie existentielle. D'un côté, le modèle classique associe vieillissement à déclin physique et mental et à la fragilité d'une proximité de fin de vie, modèle qui est souvent renforcé par l'opinion négative sur la vieillesse des personnes âgées elles-mêmes. De l'autre côté, la vieillesse est assimilée à la somme de l'expérience d'une vie humaine et à la réalisation d'un développement spirituel et mental (le savoir faire et le savoir être).

L'analyse détaillée des représentations de la vieillesse met en avant six idées principales qui font référence à des aspects négatifs aussi bien que positifs de la vieillesse¹.

- **Solitude, isolation et dépendance:** on attribue souvent à la vieillesse l'image d'un manque d'autonomie et une attitude dépressive. Cette représentation traditionnelle de la vieillesse se base sur un modèle déficitaire.
- **Manque de capacités d'adaptation et affaiblissement des capacités cognitives:** les stéréotypes négatifs qui qualifient les personnes âgées de rigides, dépassées, séniles, perdant la mémoire et étant désorientées sont des reproches qui sont faits par les générations plus jeunes mais également par les âgés eux-mêmes entre eux. D'autre part, l'idée de ne pas être à la page lorsque l'on est âgé se répercute dans l'image de «sous-société conservatrice» lorsque l'on parle de retraités.
- **Renouveau des activités venant avec l'âge:** les personnes âgées sont souvent actives, elles profitent de leur retraite pour découvrir de nouvelles activités. D'autre part, leur position médiatrice entre les générations est souvent soulignée («elles aiment avoir des contacts avec des personnes d'autres générations») ainsi que leur capa-

cité à rendre service de façon bénévole.

- **Vieillesse comme phase calme et paisible de la vie:** cette représentation traditionnelle est de plus en plus battue en brèche par l'image de la retraite active. L'écartèlement actuel de l'image de la retraite entre repos (Ruhestand), arrêt d'activité (retraite) et activité renouvelée trouve très bien son expression dans les retraités qui sont tour à tour calmes ou actifs.
- A côté des représentations de la vieillesse énumérées jusqu'ici, il existe deux autres clichés, d'une signification moindre. Premièrement, l'égalité «vieillesse = maladie» est toujours tenace. Et, en second lieu, le besoin de «vieux sages» apparaît toujours en filigrane.

Il est frappant de constater que les images positives et négatives de la vieillesse se combinent de manière contradictoires, et ce, aussi bien chez les jeunes personnes que chez les personnes âgées. Cette combinaison est le reflet de la dichotomie de cette phase de la vie qui présente, à côté des grandes chances d'évolution qu'elle offre, des risques accrus en matière de santé. De plus, elle est également l'influence que les images véhiculées par les cohortes portent de générations en générations. Ainsi, les femmes et les hommes âgés doivent directement faire face à cette ambivalence née du vieillissement humain. Cette dichotomie a trouvé son expression dans les réponses des personnes âgées aux questions posées dans le cadre du PNR32: les représentations de la vieillesse étaient aussi bien positives que négatives.

2. Participation sociale et activités bénévoles pendant la vieillesse

Le nombre sans cesse croissant de personnes âgées en bonne santé,

¹ Patricia Roux; Pierre Gobet; Alain Clémence (et al.), (1994), «Stéréotypes et relations entre générations», Rapport final de recherche PNR32, Projet 4032-35701, Lausanne (mimeo.).

compétentes et disposant d'une bonne formation soulève la question de l'activité sociale et de l'engagement politique des retraités: dans quelle mesure doivent-ils et peuvent-ils apporter une contribution efficace à la marche de la société? Quelle est l'importance prise par les mouvements de seniors et quel peut être l'apport politique de tels mouvements? Ce type de questions se trouve au coeur du débat lorsqu'il s'agit de définir ce que doit être la solidarité entre générations. Dans le rapport de la commission fédérale «Vieillir en Suisse» (1995) un nouveau pacte intergénérationnel a été proposé qui préconise les devoirs que les aînés ont envers la société et non les seuls droits acquis. Vu que plus la proportion des retraités augmente, plus les moyens financiers se réduisent, il devient urgent selon ce rapport de mettre à contribution le savoir et le savoir faire des âgés et ceci sans qu'il y ait rétribution.

En effet, le terrain des activités sociales et politiques des personnes âgées est en pleine mouvance, ce qui tient aussi au fait que les générations arrivant actuellement à l'âge de la retraite portent en elles de nouvelles valeurs et de nouveaux comportements sociaux. Et dans ce domaine, il faut remarquer l'absence totale de modèles et de représentations claires de ce que doit être l'engagement des personnes âgées. Les retraités actuels se retrouvent donc dans la situation de pionniers sur un échiquier qui doivent conquérir au coup par coup l'espace dont ils ont besoin.

Afin de mieux appréhender la réalité du travail bénévole de retraités, l'institut de recherche sur la gestion des associations et des coopératives de l'Université de Fribourg a mené une étude dont le but était, sur la base d'un exemple concret (« Les seniors aident les seniors »), de faire une liste des opportunités et du potentiel de

travail bénévole existant chez les personnes âgées. Cette étude visait aussi à déterminer les facteurs organisationnels qui pouvaient favoriser ou empêcher le travail bénévole des personnes percevant une rente AVS¹.

En premier lieu, cette étude a mis en lumière que le travail bénévole fourni par les jeunes générations de retraités a pris une ampleur qu'on ne peut aujourd'hui ignorer. Un retrait général de ces générations laisserait des manques très sensibles au sein de notre société. Pour reconnaître le travail bénévole, il est possible de préciser deux types de réflexion qui conduisent à s'engager dans le travail bénévole: d'une part, il existe une approche fortement altruiste qui conduit à s'engager de manière désintéressée pour le seul bien de la société et, d'autre part, une approche plus économique qui fait percevoir le bénévolat comme un échange rationnel de ressources (temps, compétences), même s'il ne donne pas lieu à un échange monétaire. On peut supposer que les discussions entre les tenants des deux approches dans le secteur du bénévolat vont s'amplifier dans le futur, et ce, d'autant plus que la tendance est de plus en plus à l'évaluation du travail bénévole selon des critères économiques.

Deuxièmement, le potentiel encore inexploité de cette tranche d'âge, ou plus précisément de cette période de la vie, est considérable. Une enquête écrite, menée en 1995 auprès de 1'555 collaborateurs âgés travaillant dans les plus grandes entreprises suisses et auprès de 2'600 anciens salariés de ces entreprises ayant pris leur retraite, met en avant des différences très marquées entre le nombre de personnes affichant généralement la volonté de s'engager dans le bénévolat social et le nombre de personnes qui sont réellement sur le terrain: avant l'âge de la

¹ Voir Hans Lichtsteiner, (1995), *Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen* (Le travail bénévole durant la vieillesse. Analyse et mesures permettant de favoriser le travail bénévole dans les organisations à but non lucratif), Zurich, Essai.

retraite, plus de 60% des personnes interrogées se déclaraient prêtes, une fois à la retraite, à s'engager bénévolement sur le terrain social si on leur offrait une possibilité intéressante et utile, mais en réalité, seulement 18% des personnes interrogées étaient, d'après leurs indications, réellement engagées sur le terrain social¹.

Pour résumer, on constate un fossé considérable entre la volonté d'aider les autres généralement affichée par les personnes âgées et le travail social bénévole réellement effectué sur le terrain. Il est donc souhaitable de mettre en place des mesures encourageant les personnes âgées percevant une retraite à s'engager plus fortement dans l'avenir sur le terrain du bénévolat social.

Recommandations visant à encourager le travail bénévole des personnes âgées²

1. Développement d'une image claire et d'une définition précise du bénévolat, afin de bien définir le rôle et la contribution des bénévoles au sein d'une organisation. Il convient donc d'inclure le recrutement de bénévoles dans les plans stratégiques de direction des institutions et entreprises.
2. Association claire des bénévoles au développement et à la marche des institutions ou entreprises dont ils font partie. Il convient donc de mettre sur pied un concept de management des bénévoles qui permettrait de déterminer leurs tâches, leurs compétences et leurs responsabilités. Il serait ainsi possible d'éviter beaucoup de conflits inutiles entre salariés et bénévoles d'une association.
3. Développement d'un schéma de formation et/ou d'encadrement pour bénévoles. La formation systématique des bénévoles et le fait qu'ils soient correctement enca-

drés leur donne d'une part l'assurance nécessaire à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées et, d'autre part, facilite l'intégration de nouveaux bénévoles dans l'organisation. La première impression marque très fortement la relation que le bénévole va développer avec l'organisation; elle est donc un facteur décisif qui lui permettra de décider si son engagement sera de courte ou de longue durée.

4. Adaptation aussi grande que possible des tâches aux compétences et aux centres d'intérêt des bénévoles. Il convient de définir individuellement et de manière attractive les tâches qu'ils auront à assumer. Sous l'appellation «tâche attractive», il faut comprendre que les bénévoles doivent avoir la possibilité, au travers des tâches qu'ils se voient confier, de s'épanouir, d'apprendre de nouvelles choses et de faire de nouvelles expériences.
5. Représentation des intérêts des bénévoles auprès de l'Etat ou du public. Un engagement clair aux côtés des bénévoles signifie que leurs souhaits et leur contribution sont pris au sérieux.
6. Conduite de campagnes publicitaires communes visant au recrutement et à la gestion de bénévoles. Au moyen de campagnes communes, des associations travaillant dans des secteurs différents ont la possibilité d'élargir la palette de tâches qu'ils pourront proposer aux bénévoles potentiels. Ceci peut s'avérer particulièrement payant dans le cas du recrutement de femmes et d'hommes nouvellement arrivés à l'âge de la retraite qui, certes, sont majoritairement prêts à s'engager dans l'action sociale, mais qui n'ont encore aucune idée concrète de la forme et du contenu de cet engagement.

1 Voir Achim Brosziewski, Peter Farago, Peter Gross, Claude Hunold, Olaf Zorzi, (1997), *Altenpolitik schweizerischer Unternehmen und ihr Beitrag zum Übergang vom Erwerbs- zum Rentnerleben und zur sozialen Integration betagter Erwerbstätiger* (La politique des entreprises suisses en faveur des personnes âgées et leur contribution à l'intégration sociale des actifs âgés et à leur passage de la vie active à la vie de retraité), Saint-Gall, Rapport final (projet numéro 4032-33699 du PNR32).

2 Hans Lichsteiner (1995), *Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen* (Activité bénévole durant la vieillesse. Analyse et mesures permettant de favoriser le travail bénévole dans les organisations à but non lucratif), Zürich.

7. Segmentation de l'offre de bénévolat. La perception du bénévolat qu'ont les retraités et les retraitées est assez variée: certains perçoivent le bénévolat comme une action d'altruiste, alors que d'autres y voient plutôt le moyen de lier de nouveaux contacts, d'échanger de nombreuses expériences et de rester ancrés dans la société «active».
8. Création d'un système de motivation destiné à des groupes cibles de bénévoles. Il peut, par exemple, être envisageable de donner la possibilité aux bénévoles d'utiliser, en cas de besoin, les services offerts par son organisation. L'établissement de nouveaux contacts ou de réseaux d'entraide mutuelle (nés de rencontres informelles, de voyages en commun ou de sessions de formation) peut aussi être une incitation à se lancer dans le bénévolat. Les bénévoles actifs sur le long terme au sein d'une association devraient avoir un droit à une formation supplémentaire, de sorte que, dans le cadre de leurs tâches de bénévolat, les retraités puissent élargir leurs compétences sociales et spécialisées.

3. Groupes et associations de personnes âgées: les retraités en action!

Les changements démographiques et sociaux ne conduisent pas seulement au constat du «poids démographique» accru des personnes âgées, mais aussi à une organisation plus active de la phase post-professionnelle de la vie. Dans ce cadre, les groupements de personnes âgées acquièrent une plus grande importance. Les groupes de seniors actuels prennent une multitude de formes, se fixent des buts très variés et proposent à leurs membres des activités très diversifiées (comme l'a démontré une étude s'y rapportant et réalisée

dans le cadre du PNR32)¹. A côté des groupements et des associations qui prennent en compte les intérêts des retraités et les défendent, on trouve des groupes qui s'occupent principalement de l'organisation du temps libre des personnes âgées et de leurs loisirs. Il existe aussi des groupes de seniors qui s'occupent de formation et de culture (par exemple, des groupes fondés dans le cadre d'universités du 3^{ème} âge) ou qui offrent des services aux retraités ou à d'autres groupes de personnes. Au niveau fédéral, il n'existe pas de liste des groupements de seniors ou d'indicateur permettant de se faire une idée du nombre de leurs adhérents. Il faut toutefois remarquer qu'un bon quart des retraités à l'AVS sont membres d'un groupe de seniors, d'une association de retraités ou d'un groupement de pensionnés (même s'il faut reconnaître que la majorité de ces retraités sont plutôt des membres passifs que des engagés actifs). Seule une minorité des retraités est active sur le plan de la politique sociale ou en faveur des personnes âgées. Il est pourtant très clair que ce domaine de la vie associative suisse est en constante ébullition et en évolution. Chaque année, de nouveaux groupes de seniors apparaissent, alors que d'autres groupements se dissolvent, se mettent progressivement en sommeil ou fusionnent. Il se produit énormément de choses sur la scène actuelle des mouvements de personnes âgées, mais il ne saurait être question de penser que la situation est stable. Toujours est-il qu'il ne fait aucun doute que les organisations de seniors vont, en Suisse comme ailleurs, avoir un poids toujours plus important dans la société comme dans les décisions et votations politiques, et ce, d'autant plus que de nombreux hommes, mais surtout un nombre accru de femmes des futures générations de retraités seront très qualifiés sur le plan social et technique.

¹ Les résultats de cette étude ont été publiés aussi bien français qu'en allemand. Version française: Jean-Pierre Fragnière, Dominique Puenzieux, Philippe Badan, Sylvie Meyer, (1996), Retraités en action. L'engagement social des groupements de retraités, Lausanne, Réalités Sociales. Version allemande: Dominique Puenzieux, Jean-Pierre Fragnière, Philippe Badan, Sylvie Meyer, (1997), Bewegt ins Alter. Das Engagement von Altengruppierungen, Zurich, Seismo.

Groupes et mouvements de seniors en Suisse: questions et tentatives de réponse

- 1) **Existe-t-il réellement un «mouvement de seniors» en Suisse?** Si l'on se réfère à un mouvement unifié qui défende dans le cadre des discussions publiques une position clairement arrêtée, alors la réponse est non. Toutefois cette pluralité colorée est importante pour les groupements de seniors. Elle permet de cultiver leurs spécificités et de mettre l'accent sur une certaine force et indépendance sociale. Les développements et les activités de ces mouvements se font le plus souvent au plan local dans la proximité. Cependant, depuis une dizaine d'années, la tendance est plutôt à des discussions et à des décisions communes conjointes de plusieurs groupes. Les différents groupements commencent à prendre conscience du fait que le monde est le même pour tous les retraités et cette prise de conscience vient parfois d'une solidarité spontanée ou d'un élan de cohésion rationnel. Toutefois, cette unification n'est pas de celles qui impulsent de grands élans, il s'agit plutôt d'une coopération qui tient compte des différences propres à chacun.
- 2) **Les groupements de retraités sont-ils une chose nouvelle?** La politique en faveur des personnes âgées a évolué lentement au cours de ce siècle. Le fait le plus marquant est qu'on est passé d'un simple suivi médical des vieillards à une organisation plus volontariste de la vie en santé et actif après le passage à la retraite. Le combat en faveur de l'AVS et de son extension a été pendant bien longtemps au coeur du combat mené par les groupements de retraités. Lentement mais sûrement, les organisations de retraités se sont développées, mais elles ne

se sont réellement distinguées qu'au milieu des années 80. Les groupements de seniors ont, de nos jours, de plus en plus pignon sur rue.

- 3) **Le «danger de la gérontocratie» nous guette-t-il vraiment du fait d'un poids politique des retraités et des retraités disproportionné?** Les déclarations alarmistes faisant état d'un «règne de la vieillesse» reposent bien souvent sur des bases inexactes. Les analyses détaillées vont à l'encontre de l'idée préconçue selon laquelle les personnes âgées sont avant tout concernées par leurs intérêts et par solidarité forment un bloc électoral compact. Les différences politiques et les inégalités ne s'effacent pas d'un coup de baguette magique lors du passage à la retraite et les intérêts défendus par les divers groupements de personnes âgées sont immensément variés et soutiennent ces opinions diverses. Il ne faut donc pas s'attendre à un parti politique organisé en fonction de l'âge, «parti des seniors», car autant leur parcours de vie que leurs vues politiques sont hétérogènes. Ce que les personnes âgées ont en commun, c'est leur volonté d'être reconnues par la société et de pouvoir conserver une certaine sécurité matérielle et financière. Une mobilisation politique massive des retraités ne pourrait donc se faire que dans la mesure où le système actuel de sécurité sociale serait remis en question ou que si les personnes âgées étaient trop souvent victimes de discriminations.
- 4) **Le renforcement des mouvements de seniors peut-il conduire à un conflit entre générations?** La majorité des groupements de seniors aspire à un renforcement des relations entre les générations. Et beaucoup d'associations de retraités ont pour but de promouvoir et de

renforcer la solidarité inter-génération, ce qui les conduit de plus en plus souvent à rechercher une coopération active avec les jeunes générations. Lorsque surviennent des tensions entre générations, elles sont rarement le fait des groupes de seniors engagés. Les conflits entre générations sont bien plus souvent causés par l'ignorance, le repli sur soi ou la passivité alliés à des préjugés négatifs sur la vieillesse ou la jeunesse.

- 5) **Qui prend la tête d'un groupement de seniors?** Beaucoup de groupements de seniors reposent sur les épaules de personnes expérimentées et reconnues, qui avaient déjà exercé des fonctions de direction dans leur vie professionnelle antérieure, et l'on retrouve avant tout des hommes. Mais on remarque aussi une tendance nouvelle à propulser sur le devant de la scène des groupements de seniors des personnes qui avaient, jusqu'alors, eu peu de chances de démontrer leurs capacités et d'exercer des fonctions de ce type.
- 6) **A quoi ressemblera dans l'avenir l'engagement social des retraités?** Durant les vingt dernières années, les mouvements de seniors se sont signalés par un dynamisme croissant, une immense pluralité de buts et de formes et une élévation sensible du niveau de compétences dont ils font preuve. Cette évolution va se poursuivre avec l'arrivée des nouvelles générations de retraités. Beaucoup de groupements de seniors continueront sûrement à se tourner de plus en plus vers des activités de type politique et social, ce qui amènera certains d'entre eux à débattre des changements radicaux à apporter à la société. Dans l'avenir, les divers groupes et associations ne seront pas cloisonnés et ne formeront pas un bloc homogène, mais donneront de nou-

velles orientations aux tâches à caractère social et sanitaire: en leur fixant de nouveaux buts et en participant, dans le cadre de leurs activités, à leur transformation, puis à leur mise en place sur le terrain.

4. Recherches avec et pour les personnes âgées

La transformation des Universités du 3ème âge en instituts de formation et de recherche, ainsi que le nombre sans cesse croissant de scientifiques qualifiés à la retraite commencent à montrer des effets sur la forme prise par la recherche en gérontologie. Pourquoi faire uniquement des recherches sur les personnes âgées par des chercheurs plus jeunes? Pourquoi ne pas effectuer ces recherches avec les personnes concernées ou, mieux, faire prendre la direction de ces recherches par des personnes âgées elles-mêmes? Ces questions deviennent de plus en plus pressantes au fur et à mesure que les hommes et les femmes âgés se rendent compte qu'ils ne doivent pas seulement être l'objet des recherches, mais en devenir des sujets actifs, eux qui sont finalement les seuls à avoir vécu cette période de vie.

Dans le cadre du Programme National de Recherche (PNR32), les chercheurs ont tenu volontairement compte de cette nouvelle vision des choses. Premièrement, les conditions cadre d'une coopération fructueuse entre jeunes chercheurs et experts à la retraite, mais aussi les possibilités et les limites de la recherche gérontologique portant sur des personnes âgées ont fait l'objet d'un débat de fond¹. Deuxièmement, deux projets ont été spécialement conçus pour permettre de mener à bien des recherches avec des personnes âgées et grâce à leur concours.

¹ Thea Moretti-Varile (Ed.), (1996), L'implication des personnes âgées dans la recherche, Lausanne, Réalités Sociales.

Ainsi, une étude qualitative sur la façon dont les femmes veuves au Tessin ressentent leur solitude et visant à déterminer quel a été leur parcours tout au long de leur vie a été mis sur pied et conduit à terme en coopération avec l'ATTE (Associazione Ticinese Terza Età - Association Tessinoise du 3^{ème} Âge). Les personnes âgées participant à cette enquête, sous la direction méthodologique d'une chercheuse plus jeune, n'ont pas seulement conduit des entretiens narratifs, mais ont pris une part active à la conception de l'étude et, par la suite, à la publication des résultats¹. Un groupe de recherche de l'Université du 3^{ème} âge de Genève, déjà actif depuis quelques années dans la recherche sur la solitude chez l'âgé, a également collaboré au Programme National de Recherche (PNR32) «Vieillesse». Au moyen d'entretiens qualitatifs, qui furent menés, puis dépouillés, par des personnes à la retraite, ce groupe de recherche a pu se faire une représentation globale des processus d'adaptation à la vieillesse, au veuvage et à la solitude. Les travaux et les publications de ce groupe de recherche ont permis d'appréhender ce thème quelque peu délaissé (le veuvage des femmes et des hommes et l'adaptation à la vie qui s'ensuit) sous un aspect parfois différent².

Les expériences menées jusqu'ici ont prouvé que la recherche menée par des personnes âgées est souvent couronnée de succès. Certaines conditions sont toutefois importantes pour assurer le succès de ces recherches. Premièrement, il doit exister un noyau stable constitué de personnes actives et fonctionnant sur le long terme afin de pousser les projets de recherche portant sur une longue période. La recherche menée par une seule personne est certes possible dans certains domaines (recherche historique de proximité, par exemple), mais la plupart des

sujets scientifiques ne peuvent aujourd'hui être abordés qu'en travail d'équipe. Deuxièmement, il est nécessaire d'assurer un bon accompagnement spécialisé et méthodologique car, sans des connaissances méthodologiques et spécialisées fréquemment réactualisées, il est impossible de mener correctement des analyses fines et reconnues scientifiquement, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives. La coopération entre chercheurs âgés et chercheurs plus jeunes fonctionne d'autant mieux que les buts et les motivations de recherche respectifs sont discutés et clairement définis avant le début des travaux. Troisièmement, certains thèmes de recherche et certains procédés motivent beaucoup plus la participation active et durable des personnes âgées. Ainsi, il est souvent question, en matière de recherche gérontologique actuelle, de recherches qualitatives portant sur des sujets à caractère local.

En ce qui concerne les projets gérontologiques initiés et conduits par des personnes âgées, on constate qu'ils sont souvent tournés vers des études historiques ou de réminiscence liées à la vie des personnes, ce qui implique que la préférence est souvent donnée aux entretiens in situ et de caractère «ethnologique» au détriment des procédures standardisées d'entretiens écrits. Bon nombre de ces projets de recherche s'intéressent, en outre, à des questions d'ordre pratique, par exemple des recherches portant sur les procédures d'accompagnement et d'aide. Il est intéressant de noter que les chercheurs âgés ont ainsi recours à des méthodes de recherche qui ont acquis leurs lettres de noblesse dans les années 70, grâce à des mouvements estudiantins.

1 Thea Moretti-Varile (Ed.), (1996), Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed Esperienze raccontate da un gruppo di vedovo, (Solitude non...mais tristesse. Expériences vécues par un groupe des veuves), Giubiasco, ATTE - Associazione ticinese terza età - Association tessinoise du 3^{ème} âge.

2 Voir à ce sujet Groupe «Sol» de l'Université du 3^{ème} âge de Genève, (1992), La solitude, ça s'apprend! L'expérience du veuvage racontée par celles qui la vivent, Genève, Georg, ainsi que Groupe «Sol» de l'Université du 3^{ème} âge de Genève, (1996), Vivre sans elle. Le veuvage au masculin, Genève, Georg.

5. Principaux résultats et perspectives

Cette proximité d'images positives et négatives peut aussi indiquer une lente évolution de l'image de la vieillesse dans notre société. Les représentations négatives de l'âge avancé sont de plus en plus remises en question et sont, au moins, complétées par des modèles décrivant un vieillissement harmonieux ou réussi. Les avancées de la recherche scientifique en gérontologie contribuent d'ailleurs fortement à briser les «mythes» sur le vieillissement comme déclin et les nouveaux modèles du vieillissement proposés par les scientifiques reflètent une image très positive de la vieillesse et sont basés sur le choix et développement de la vie d'un individu. Ainsi, les modèles actuels se dirigent vers les concepts de «vieillissement réussi», «vieillissement normal» et «vieillissement pathologique»¹ qu'il est important de transmettre dans la population, de mêmes que dans les milieux scientifiques, pratiques et politiques.

Aujourd'hui déjà de nombreux retraités apportent leurs compétences à la société par une activité bénévole et acquièrent ainsi un rôle dans la société. Toujours est-il que le potentiel des activités bénévoles des retraités n'est pas encore mobilisé à sa juste valeur. La mise à disposition de moyens pour organiser une telle entreprise est nécessaire pour encourager les personnes âgées à s'engager. Dès les années 1980, de nombreux groupes et associations de retraités ont assisté à un véritable foisonnement, signe d'un mouvement de seniors vers une volonté de participation à la société, un dynamisme soutenu et la reconnaissance des ressources et compétences liées à l'âge. Cette tendance ne va que se renforcer dans les années à venir avec l'arrivée de nouvelles générations de retraités. Dans cette perspective il est d'autant plus important que les chercheurs dans le

domaine du vieillissement travaillent en relation étroite avec les personnes âgées elles-mêmes.

¹ Stuckelberger Astrid (1999). «Lignes directrices: pour un vieillissement réussi à tout âge». Rapport établi à partir des recherches sur le vieillissement de la population conduites ces 10 dernières années aux Etats-Unis et en Europe. Département de l'action sociale et de la santé, Genève. (à paraître)

1. Développement sur le marché du travail

L'ancrage d'une phase de vie post-professionnelle régulée est un nouveau développement inhérent à l'augmentation des personnes âgées. Encore durant les années 1960, le taux d'activité des personnes âgées de 65-69 ans était de 59%. Ce n'est que durant ces dernières dix années que l'on assiste à la diminution de l'activité professionnelle des personnes d'âge AVS. Parallèlement, dans tous les pays d'Europe, la tendance à la retraite anticipée s'est renforcée, diminuant le quota d'activité des 60-64 ans et en partie également celui des hommes âgés de 55 ans et plus. Cette tendance s'est vue renforcée par la montée du chômage ainsi que des restructurations administratives. Toujours est-il que les espoirs de voir une solution aux situations de chômage des jeunes par un encouragement à la pré-retraite n'ont pas eu l'effet escompté. Au contraire, cette stratégie a contribué à accentuer la discrimination des employés plus âgés.

Si l'on compare la situation suisse à la situation européenne, on remarque que notre pays n'a suivi la tendance à la retraite anticipée que relativement tard. Jusqu'à aujourd'hui, la Suisse détient un taux élevé de personnes âgées en activité professionnelle par rapport à la scène internationale¹. A cela s'ajoute également le fait que les politiques cantonales en matière de vieillesse sont toujours relativement strictement rattachées à l'âge limite de la retraite. Des réflexions très poussées sont en cours depuis les années 90 sur la régulation flexible de la retraite.

Alors qu'actuellement le rapport entre la population active jeune et moins jeune se situe près du point d'équilibre, dans les prochaines années on va assister à un déplace-

ment rapide de ce centre de gravité vers un vieillissement démographique marqué de la population en âge de travailler. D'ici 2010, on ne comptera plus pour 100 hommes et femmes âgés de 40 à 65 ans que 77 personnes ayant entre 20 et 39 ans. Par la suite, la population active continuera, du moins si on l'observe du point de vue de la démographie, à être essentiellement constituée «d'âgés». En conséquence, l'évolution structurelle de l'économie sera, dans le futur, plus orientée vers les mutations économiques liées aux tranches d'âge moyen et élevé de la population active.

Le futur démographique du marché du travail exige trois changements principaux sur le long terme qui sont contraires aux tendances actuelles imposées par la conjoncture:

- Premièrement, l'économie du futur ne pourra plus se permettre de désavantager les personnes âgées en effectuant une discrimination à leur encontre;
- deuxièmement, la formation professionnelle, académique et la formation continue devront en alternance s'adresser de plus en plus aux salariés âgés de 40 ans et plus;
- troisièmement, la vague actuelle des départs en pré-retraite forcés ou des retraites anticipées ne pourra pas se poursuivre. A long terme, même une élévation de l'âge de la retraite est tout à fait envisageable, car cela améliore le rapport entre les retraités et la population en âge de travailler. Il faut de plus noter que toute élévation de l'âge du départ à la retraite accroît le vieillissement démographique de la population active. Sur le marché du travail et sur le plan de la politique sociale, l'élévation de l'âge de la retraite n'a de sens que s'il est possible de garantir aux générations âgées qu'elles continueront à avoir du

¹ Voir Jean-Marie Le Goff (1999). Les trajectoires des travailleurs âgés sur le marché du travail en Suisse et en Europe, avec l'appui de H.-Michel Hagmann et François Höpflinger, INAG, Lausanne, Réalités sociales.

travail. Une hausse de l'âge de la retraite devrait, dans tous les cas, être accompagnée de mesures visant à promouvoir la formation continue et à faire disparaître les discriminations dont sont victimes les salariés âgés.

2. Politique en faveur de seniors dans les entreprises suisses

Un projet du PNR32, conduit à l'Université de Saint-Gall, sous la direction du professeur Peter Gross, a abordé la politique des entreprises suisses en matière de retraite. L'enquête a aussi bien porté sur des grandes entreprises implantées en Suisse alémanique que sur des employés et employées de P.M.E. avant et après leur passage à la retraite¹. Les résultats répondent à des questions essentielles sur plusieurs aspects de la question:

1. *Existe-t-il dans les entreprises suisses des concepts permettant de développer une politique en faveur des personnes âgées?*

Les entreprises qui développent un concept portant sur la politique à mener en faveur des personnes âgées sont une exception. Il s'agit dans la plupart des cas de grandes entreprises qui ont, dans le cadre ou suite à la mise en place de schémas de formation au sein de l'entreprise, étudié, puis jeté les bases d'une politique en faveur des personnes âgées. De telles politiques en faveur des salariés âgés visent le plus souvent à régler, puis à accompagner le passage à la retraite. A côté des aspects juridiques de la question, elles envisagent aussi les problèmes d'ordre sanitaire ou social qui peuvent apparaître. Les entreprises qui développent de tels concepts vont souvent plus loin en offrant des possibilités de formations et un suivi médical.

Pourtant, dans la grande majorité des cas, on ne trouve pas pour le moment les bases permettant de développer de tels programmes en faveur de la vieillesse. La question de savoir s'il existe ou non une offre permettant aux salariés de se préparer à leur retraite dépend essentiellement de la prise de conscience des responsables du personnel et des initiatives qu'ils prennent afin de mobiliser les ressources nécessaires à leur mise en oeuvre. En pratique, il existe de nombreuses formes d'aide, qui peuvent aller d'un suivi individuel par des travailleurs sociaux lors de l'achat de prestations et de services offerts par des professionnels jusqu'à la mise sur pied d'une offre plus ou moins étendue de services développés par l'entreprise elle-même.

2. *Comment sont perçus les modèles de flexibilisation du passage à la retraite, et quelles sont les conditions prévues par les entreprises pour développer de nouvelles formes d'utilisation du temps par les personnes âgées?*

Du point de vue des entreprises, les aspects les plus importants permettant actuellement de juger des modèles de flexibilisation du passage à la retraite sont, d'une part, la situation économique, qui est fortement marquée par l'instabilité structurelle et conjoncturelle, d'autre part, les discussions portant sur la nouvelle organisation du temps de travail. Dans cette optique, la flexibilisation de l'âge de la retraite doit se comprendre comme un élément d'une flexibilisation plus générale portant sur le temps de travail et aussi sur la vie dans son ensemble, flexibilisation qui doit faciliter pour les entreprises une adaptation aux changements rapides qui se produisent sur les marchés. Dans la mesure où elles permettent d'atteindre ce but, les mesures correspondantes sont toujours les bienvenues.

¹ Achim Brosziewski, Peter Farago, Peter Gross, Claude Hunold, Olaf Zorzi, (1997), *Altenpolitik schweizerischer Unternehmungen und ihr Beitrag Zum Übergang vom Erwerbs- zum Rentenleben und zur sozialen Integration betagter Erwerbstätiger*, (La politique des entreprises suisses en faveur de personnes âgées et leur contribution à l'intégration sociale des actifs âgés et à leur passage de la vie active à la retraite). Saint-Gall, Rapport final (Projet 4032-33699 du PNR32).

Toutefois de nombreux obstacles s'opposent à leur mise en pratique. On y retrouve par exemple des conditions légales d'assurance qui limitent la marge de manoeuvre des entreprises en matière de prévoyance retraite. Les discussions portant sur les effets macro-économiques des retraites anticipées et sur le problème du financement futur des retraites, peuvent faire douter les entreprises de prendre des mesures internes. Enfin, il ne faut pas sous-estimer le rôle que jouent les aspects culturels de la question: la plus grande autonomie offerte aux salariés par une flexibilisation du temps de travail et les exigences plus fortes en matière de gestion des ressources humaines peuvent conduire à une certaine retenue, qui aurait plus à voir avec des problèmes organisationnels qu'avec le principe de la flexibilisation en lui-même.

3. *Quelle est la signification de la politique en faveur des seniors et à quoi tendent les actions concrètes que les entreprises développent en faveur de leurs anciens salariés ou de leurs salariés âgés?*

Les salariés en âge de prendre leur retraite accordent beaucoup d'importance aux offres qui leur sont faites pour les accompagner lors du passage de la vie active professionnelle à la vie post-professionnelle de retraité. Ils sont demandeurs quand il s'agit de les aider pour des questions d'ordre légal, financier ou de santé. De la sorte, il leur est possible de discuter de leur nouvelle situation avec des personnes ayant le même âge qu'eux et, dans la plupart des cas, avec leur conjoint ou leur conjointe, ce qui leur permet aussi de s'y préparer activement. La génération actuelle de retraités apprécie le fait de pouvoir entrer en contact, au moyen d'aides offertes par les anciens employeurs, avec d'autres personnes

âgées qui sont aussi à la retraite. Mais seul l'avenir permettra de dire si cette situation perdurera quand des générations d'employés, qui déjà durant leur vie professionnelle accordent moins d'importance au lien avec leur employeur, arriveront à l'âge de la retraite.

La demande de cours ou d'autres activités de la part des salariés prenant leur retraite ne dépend pas de la taille de l'entreprise dans laquelle ils travaillaient. Etant donné que seules les grandes entreprises peuvent satisfaire de façon interne de telles demandes, il s'avère nécessaire que des tiers proposent de telles activités aux anciens salariés des entreprises plus petites, et de telles offres existent d'ailleurs déjà. Que les salariés connaissent l'existence de telles activités accroît leur envie de pouvoir y prendre part.

3. Passage à la retraite¹

Le bien-être de la population suisse avant le passage à la retraite apparaît élevé et ne baisse pratiquement pas après le passage à la retraite. Toutefois, il est possible de discerner quelques facteurs de risque pouvant entraîner une diminution du bien-être après le passage à la retraite: c'est avant tout la socialisation qui joue le plus grand rôle dans le bien-être de la personne âgée, viennent ensuite la situation sociale et les caractéristiques personnelles, telles que l'optimisme, la confiance en soi ou encore la stabilité émotionnelle. Or, ce sont avant tout les femmes qui souffrent de désavantages sociaux et de différences socio-économiques par rapport aux hommes, et des mesures légales ou réglementaires permettront de combattre ces inégalités. Pour renforcer les réseaux sociaux, les institutions sociales sont les plus à mêmes d'y contribuer et doivent avoir pour but de promouvoir dans toutes les tranches d'âge des savoir-

¹ Regula Buchmüller, Sabine Dobler, Tina Kiefer, Frank Margulies, Philipp Mayring, Markus Melching, Hans-Dieter Schneider (1996). Vor dem Ruhestand. Eine psychologische Untersuchung zum Erleben der Zeit vor der Pensionierung. Bern: Huber. Regula Buchmüller, Sabine Dobler, Philipp Mayring, Hans-Dieter Schneider, (1997). Übergänge in den Ruhestand. Eine psychologische Längsschnittuntersuchung zum Erleben der Pensionierung, (Passage à la retraite. Une étude psychologique de longue durée de la façon dont est vécue la perception de pension) (pages 415-417). Rapport final, Fribourg (mimeo).

faire sociaux et des activités sociales institutionnalisées afin de combattre et de prévenir l'isolement social des personnes.

Le processus d'adaptation à la retraite à venir est un thème beaucoup étudié. Cependant, ces études n'ont pas mis en évidence d'association entre préparation à la retraite et adaptation à la vie post-professionnelle, ce qui ne devrait en aucun cas mener à la conclusion que la préparation à la retraite serait un élément négligeable. L'hétérogénéité systématique constatée dans la population vieillissante pourrait être une des raisons de ce manque de résultats clairs. Un point important est d'élargir la question à un enrichissement et un élargissement des offres permettant de préparer son passage à la vie post-professionnelle. Toutefois les personnes âgées ne se trouvent pas toutes dans les mêmes situations de vie et des différences dans la formation et les emplois occupés occasionnent des besoins très variables selon les cas. De plus, les personnes qui sont les moins actives sur le plan social sont celles qui sont les plus difficiles à joindre. Du fait que leur propre situation n'aient pas été évaluée de manière satisfaisante, ces personnes se retrouvent avec l'âge face à des problèmes qui auraient pu être évités. C'est la raison pour laquelle il convient d'offrir des possibilités très ciblées et individualisées qui soit adapté au parcours de vie, aux centres d'intérêt et au rythme de chacun. C'est actuellement le cas, mais il convient d'intensifier ces efforts.

Bien vivre sa retraite et sa vieillesse s'apprend. Il ne s'agit pas de se préoccuper peu de temps avant le passage à la retraite et de manière intensive aux changements que cela va induire, mais bien plus de vivre tout au long de sa vie dans des conditions qui encouragent le déve-

loppement des compétences, des processus d'adaptation et améliorent le cadre de vie. Il est ainsi important de disposer, à côté de conditions matérielles satisfaisantes et suffisantes, de structures sociales aptes à assurer de manière durable le développement, l'épanouissement et l'affirmation de la personnalité.

Ce sont justement le sentiment de pouvoir agir sur sa vie, la confiance en soi et une représentation positive de la vieillesse, alliées au sentiment d'avoir atteint durant sa vie active les buts professionnels que l'on s'était fixés, qui stimulent les compétences et donc les possibilités qu'a une personne de faire face à de nouvelles situations qui peuvent s'avérer difficiles à résoudre. Parmi les facteurs favorisant le développement de la personnalité, on dénombre aussi des conditions de travail qui ne soient pas trop dures ou préjudiciables à la santé du travailleur. Nous faisons ici clairement référence à la marge de manoeuvre dont disposent les salariés et à l'engouement qu'ils éprouvent dans leur travail. Alors même que, en cette fin de ce siècle, les salariés et les salariées se voient astreints à des exigences énormes: le temps de travail est considérable et la pression subie intense. Il convient ainsi de promouvoir des facteurs tels que des conditions de travail non préjudiciables à la santé, car, en fin de compte, l'économie ne peut que retirer des bénéfices d'avoir des salariés, des employés ou des travailleurs qui soient satisfaits. De plus, les travailleurs âgés ont démontré être les personnes avec le moins d'absentéisme, les plus fiables et ayant acquis des compétences de savoir faire et savoir être que seule l'expérience apporte. Afin qu'entreprises et travailleurs soient satisfaits, l'adaptation de la place de travail au potentiel maximum d'une personne (rythme de travail, horaire, travail non répétitif) a des effets importants sur l'efficacité

et la satisfaction commune de l'employeur et de l'employé.

Notre époque est aussi fortement marquée par une culture du temps libre extraordinaire. Les résultats font apparaître que, lors du passage à la retraite, les activités de temps libre traduisent une continuité dans le mode de vie des nouveaux retraités. Il est dès lors important de cultiver et préserver son temps libre tout au long de sa vie et surtout avant le passage à la retraite. Les générations de retraités et de retraitées ne pourront être réellement actives et satisfaites de leur vieillesse que lorsqu'elles auront, durant leur jeunesse, appris à gérer leur temps libre de manière constructive et valorisante. Pour les personnes interrogées, le temps libre est un élément important et elles se montrent très satisfaites de ce qu'elles font durant les périodes de temps libre. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que, de nos jours, une grande partie de la population active âgée est très influencée par son travail. Pour ces personnes, il est courant de consacrer une grande part de leur vie et de leur engagement personnel à leur travail et d'y trouver là statut social et satisfaction personnelle. Si l'on veut se livrer à une flexibilisation réussie de l'âge de la retraite, il importe de tenir compte de cet état de fait. De la sorte il sera possible de satisfaire aux exigences individuelles qui sont très diverses: une personne qui se sent épuisée pourra, par exemple, disposer de vacances plus longues ou prendre sa retraite plus tôt. A l'opposé, les personnes qui s'identifient fortement à leur travail pourront rester actives jusqu'à l'âge normal de la retraite ou même étendre leur vie professionnelle.

4. Immigration et passage à la vie post-professionnelle

L'Enquête nationale sur la pauvreté a mis en évidence la situation écono-

mique précaire dans laquelle se trouvent de nombreux étrangers. La population résidente d'origine étrangère n'est pas seulement surreprésentée dans les tranches disposant d'un faible revenu; elle souffre aussi de conditions de vie et d'une intégration sociale qui se situent nettement en-dessous de la moyenne des résidents suisses. Le fait que la population d'origine étrangère soit plus frappée par la pauvreté a une importance d'autant plus grande, en matière de politique sociale, que de plus en plus de travailleurs, qui avaient émigré en Suisse dans les années 60 et 70, arrivent maintenant à l'âge de la retraite. Même si une partie de ces étrangers, une fois arrivés à l'âge de la retraite, retournent dans leur pays d'origine, le nombre et la proportion d'étrangers bénéficiant des prestations AVS va sensiblement augmenter au cours des prochaines années. Du fait de leur faible situation en matière de revenus, beaucoup de ces étrangers auront droit aux prestations complémentaires à l'AVS. Il est donc important de bien les informer de leurs droits sur la question.

L'étude de Fibbi (Université de Lausanne) et Bolzman (Université de Genève), issue du PNR32, a tenté de mieux cerner la situation des immigrés lors de leur passage à la retraite, ceci dans le cadre d'une enquête à Genève et à Bâle sur les travailleurs italiens et espagnols âgés de 55 à 64 ans. La majorité des immigrés ont intégré notre pays au début et au milieu des années 1960, faisant de ce groupe une population étrangère déjà implantée en Suisse depuis relativement longtemps¹.

Cette étude démontre que beaucoup d'italiens et d'espagnols sont devant un choix cornélien quand il s'agit de décider s'ils rentrent dans leur pays d'origine après leur passage à la retraite ou s'ils restent en Suisse. En matière de plan d'avenir, le

¹ Voir Claudio Bolzman, Rosita Fibbi (1993). Les immigrés face à la retraite: rester ou retourner?, *Revue suisse d'Economie politique et de Statistique*, 129,3:371-38; Claudio Bolzman, Rosita Fibbi, Marie Vial (1996). La population âgée immigrée face à la retraite: Problème social et problématique de recherche, in: H.R. Wicker, J.L. Alber et al. (Eds.), *L'altérité dans la société: migration, ethnicité, état*, Zürich: Seismo: 123-142.

dépouillement des réponses montre une tripolarisation des opinions: 35% des personnes interrogées souhaitent rester en Suisse, 27% veulent retourner dans leur pays d'origine, et 39%, incapables de trancher ce dilemme, déclarent vouloir faire la navette entre leur pays d'origine et leur lieu actuel de vie (ce qui, pour beaucoup d'italiens et d'espagnols est devenu réaliste suite aux améliorations apportées aux moyens de transports et grâce à la baisse des prix sur de nombreuses liaisons). Les hommes penchent plutôt vers un retour au pays, alors que les femmes, du fait des liens familiaux qui se sont créés, souhaitent plutôt rester en Suisse. Dans le cas de couples âgés, cela peut mener à des discussions interminables. La décision finale de rester en Suisse, de rentrer au pays ou de faire la navette entre les deux dépend de données familiales, financières et de l'état de santé des personnes qui doivent faire ce choix. Ainsi, les personnes qui souhaitent rentrer dans le pays d'origine étaient le plus souvent des personnes qui n'avaient pas d'enfants vivant à proximité. D'autre part, pour envisager un retour au pays ou une navette entre la Suisse et son pays d'origine, il est indispensable de se trouver dans une situation financière sûre et d'être en bonne santé. Les immigrés qui se trouvent dans une situation financière délicate doivent bien souvent conserver leur domicile en Suisse, car sinon ils perdraient leurs droits aux prestations complémentaires à l'AVS. Deux tiers des personnes ayant renoncé à retourner au pays ou à faire la navette entre les deux étaient ainsi classifiées comme «financièrement faibles». Ainsi, la décision des personnes âgées étrangères de rester en Suisse n'est pas toujours prise librement, mais est souvent dictée par les règles fixées par le droit social.

Comme pour la population suisse, les salariés d'origine étrangère qui consi-

dèrent que leur vie professionnelle a été un succès ont plus souvent une idée positive de la retraite. Chez les salariés satisfaits de leur vie professionnelle, 70% ont une idée positive de la retraite, contre seulement 42% des salariés insatisfaits de leur vie professionnelle. A l'instar de la constatation faite lors de l'étude «passage à la retraite», cela reflète le fait que les échecs rencontrés dans la vie professionnelle pèsent négativement sur le déroulement de la vie post-professionnelle. Les échecs professionnels et les fortes dépenses physiques imposées par le travail étaient justement monnaie courante dans cette génération de retraités d'origine étrangère. Parallèlement, le risque de chômage chez les personnes d'origine étrangère âgées de 55 à 64 ans est plus élevé que chez les Suisses se situant dans la même tranche d'âge. Une interruption anticipée de la vie professionnelle n'est pas plus fréquente dans la population étrangère que dans la population suisse, mais les étrangers mis autoritairement en retraite anticipée sont ceux qui se déclarent le plus souvent insatisfaits de leur situation actuelle.

Les processus de sélection de la main-d'oeuvre immigrée en Suisse ont, dans une première phase, conduit à fournir une main-d'oeuvre d'origine étrangère en bonne santé, soit parce que les personnes qui immigraient en Suisse étaient avant tout des personnes en bonne santé, soit parce que seules les personnes en bonne santé physique se voyaient accorder une permission de séjourner. De nos jours, il est clair que la situation sanitaire de ces personnes étrangères se trouvant peu avant ou peu après le passage à la retraite s'est nettement détériorée: pour tous les indicateurs de santé, les femmes et les hommes âgés d'origine étrangère présentent des valeurs plus mauvaises que la population suisse d'âge comparable. Ainsi, avant l'âge

de perception de rente AVS, l'apparition de troubles physiques est plus élevée chez les étrangers que chez les Suisses et 28% des étrangers interrogés percevaient une pension d'invalidité (contre 12% de la population totale d'âge comparable). Les troubles dorsaux, dont 44% des étrangers interrogés se plaignent, sont ainsi très fréquents. Les femmes se plaignent aussi très souvent de douleurs aux jambes (longue station debout dans le travail). En outre, les femmes d'origine étrangère souffrent souvent de maux de tête. Une des raisons principales de ce mauvais état de santé des personnes âgées d'origine étrangère se trouve dans les très difficiles conditions de travail qu'elles ont dû endurer pendant des décennies que ce soit déjà dans leur pays d'origine ou en Suisse. Bien souvent, les étrangers devaient accepter les postes de travail que les Suisses ne voulaient plus occuper. Ce rabaissement social que les étrangers ont dû subir au cours des années 60 apporte aujourd'hui son cortège de suites sanitaires négatives. La recommandation principale est d'apporter à ce groupe de population, qui est en augmentation, un suivi social et sanitaire accru grâce à une réelle politique en sa faveur durant la vie professionnelle déjà. On peut, entre autres, citer des cours de préparation à la retraite spécialement destinés aux personnes d'origine étrangère. Le projet pilote «Pensionamento: rimane-rientrare-pendolare?», menée par Pro Senectute, a permis d'obtenir des bons résultats.

5. Principaux résultats et perspectives

Lorsque l'on considère l'augmentation en nombre et en proportion des personnes âgées par rapport à l'évolution de la population active, on ne peut que se rendre à l'évidence que la politique de retraite actuelle est vouée à l'impasse, comme le constate également l'OCDE. L'enjeu n'est

pas seulement lié au financement de l'assurance vieillesse, mais également à celui de ressources pour la société par la mise à l'écart d'employés âgés et expérimentés. Tous les développements actuels vers une flexibilisation de l'âge de la retraite doit également envisager la possibilité d'une flexibilisation vers les âges plus élevés (par exemple, le droit à une occupation continue après l'âge officiel de la retraite avec un système de rente partiel qui faciliterait une activité rémunérée à temps partiel une fois l'âge AVS atteint). Trop peu d'entreprises et d'industries ont jusqu'ici pris pour fait que leur expansion commerciale serait désavantagée par les employés âgés qui seraient de moins en moins productifs. Dans la perspective d'une évolution démographique possible du marché du travail, il est important de soutenir et d'encourager le renforcement futur des forces de travail par la mise en place de structures de formation continue dès l'âge de 40 ans.

Les études longitudinales montrent avec évidence que le fameux «choc du passage à la retraite» appartient désormais au domaine des mythes populaires. Le bien-être personnel ne se modifie, en règle générale, que très peu après la retraite et actuellement les données soutiennent plutôt la thèse d'une forte continuité dans les activités après la retraite. Finalement, la retraite amène moins de changement qu'escompté en règle générale.

Les conditions pour mieux vivre et se développer à sa retraite peuvent s'apprendre, bien que les cours de préparation à la retraite ne suffisent pas dans le court terme. Les études longitudinales révèlent que certaines compétences et ressources qui ont permis aux individus de s'adapter aux difficultés et exigences de la vie, conduisent à un bien-être durant la retraite. A la place ou en plus des



cours de préparation à la retraite actuels, de nouvelles formes de préparation à la retraites doivent être pensées en considérant le développement des compétences de chaque individu.

Un groupe plus spécialement à risque durant le passage à la retraite est celui des étrangers et étrangères retraités. Ce groupe souffre en moyenne plus de conditions financières précaires et d'état de santé délétère. De même, la fréquence de mise à la retraite anticipée est plus élevée dans ce groupe et les personnes immigrées sont moins informées sur leurs droits ainsi que sur les prestations sociales et sanitaires. De nombreux étrangers retournent d'ailleurs chez eux sans connaître ceux-ci. Il serait utile d'organiser des cours spécifiques pour la retraite des personnes étrangères. Un cours pilote ainsi qu'un site internet mis sur pied par Pro Senectute montre actuellement de bons résultats.

1. Prévoyance sociale et transitions démographiques récentes

D'une manière générale, la Suisse a, grâce à la mise en place du système dit à trois piliers (premier pilier, l'AVS, deuxième pilier, la prévoyance professionnelle, troisième pilier, l'épargne privée), mis en place un système de prévoyance retraite qui fonctionne assez bien et qui assure le confort financier des personnes âgées. La pauvreté chronique des personnes âgées, qui a régné durant longtemps, a ainsi pu être combattue de manière efficace. On peut donc dire que le système de prévoyance-vieillesse, actuellement en vigueur en Suisse, est un succès en matière de politique sociale. Sur le plan international, le système de prévoyance-vieillesse suisse est considéré comme un exemple grâce à son mode de financement reposant à la fois sur le système par répartition et sur le système par capitalisation. Contrairement à une opinion communément répandue, l'extension de l'AVS n'a pas conduit à une tension dans les rapports entre générations, mais les a sensiblement améliorés. D'une part, les jeunes générations - en particulier les jeunes femmes - ont été déchargées des obligations familiales traditionnelles grâce à l'amélioration de la situation économique des générations plus âgées. D'autre part, l'assurance donnée aux générations plus âgées d'une bonne situation financière durant leur retraite leur permet de s'ouvrir aux nouveautés sociales et culturelles des jeunes générations. A ceci s'ajoute l'amélioration de la condition de la femme, par l'introduction récente des nouvelles législations concernant le bonus éducatif et le splitting.

Il est maintenant essentiel de savoir si la prévoyance-vieillesse telle que nous la connaissons aujourd'hui pourra être conservée vu les tendances au vieillissement démographique de

la population qui se dessinent. Les systèmes de retraite comme l'AVS, dont le financement repose sur les cotisations salariales par répartition, sont particulièrement touchés par ces glissements démographiques. Dans un tel système, le vieillissement démographique de la population a un effet particulièrement néfaste sur l'équilibre financier des caisses de retraite, car le nombre des rentiers s'accroît plus vite que le nombre des cotisants.

Du fait de ces évolutions futures, la Suisse et les autres pays européens ne peuvent donc faire l'économie d'une réforme de leur système actuel de retraite. Il existe principalement trois possibilités de réformes permettant d'assainir un système par répartition déficitaire.

- 1) L'augmentation des cotisations salariales, ce qui, du fait de la hausse des coûts salariaux que cela engendre, se heurte, sur le plan politique et économique, à toujours plus de résistance. Il est aussi envisageable d'élargir la base de financement en ayant recours à des impôts génériques supplémentaires. Ainsi, en Suisse, il est prévu de cofinancer l'AVS avec des impôts indirects (TVA). De la sorte, les retraités contribuent au financement de la prévoyance-vieillesse.
- 2) La réduction des prestations vieillesse, directement ou indirectement, en renonçant à les indexer totalement sur les indices du coût de la vie et des salaires. Toutefois, cette stratégie porte en elle le danger de voir la pauvreté des personnes âgées revenir sur le devant de la scène.
- 3) L'élévation de l'âge de la retraite (ce qui est prévu dans plusieurs pays européens, en tout cas dans le futur). Actuellement, une telle stratégie se heurte à des résistances nées de la politique menée sur le marché du travail et la tendance observée durant ces

dernières années, à savoir une augmentation du nombre de personnes partant en pré-retraite, montre que l'on va plutôt dans la direction opposée. Toutefois, sur le plus long terme, une élévation de l'âge de la retraite semble inévitable, bien que d'autres solutions soient déjà envisagées ou déjà instaurées dans la plupart des pays européens concernant la période de pré-retraite (ex.: adaptation du lieu de travail aux spécificités de l'âge, tels que les horaires souples, les aspects ergonomiques, etc.) et le processus de retraite (ex.: retraite progressive, retraite à la carte, etc.).

Le système de la prévoyance professionnelle qui fonctionne selon le principe de la capitalisation est, certes, moins directement affecté par le vieillissement démographique de la population, mais, là aussi, des problèmes économiques peuvent surgir si ce vieillissement démographique s'accélère. Ainsi, le capital épargné ne peut être utilisé à des fins de couverture de retraites que s'il existe suffisamment de capacités de cotisation pour payer les retraites. Dans des circonstances défavorables, l'investissement des montants retenus peut mener à une dévaluation du capital amassé. A titre d'exemple, des problèmes peuvent apparaître si des fonds de pensions placés dans l'immobilier perdent de leur valeur du fait d'une baisse de la population entraînant une baisse de la demande d'appartements. Parallèlement, la sûreté des prestations du système de prévoyance professionnelle est étroitement liée à la qualité des placements effectués et à l'efficacité de l'organisme de contrôle qui les supervise, car une erreur dans la politique de placement des caisses de pensions a des effets massivement négatifs sur le long terme. Le développement de nouveaux marchés de capitaux internationaux et de nouveaux

instruments financiers oblige à des ajustements perpétuels dans la politique de placements et les contrôles qui sont menés.

Du fait de ces impératifs, une étude comparative internationale portant sur la sûreté des prestations, les placements de capitaux et l'efficacité des contrôles dans le système de prévoyance professionnelle a été menée dans le cadre du PNR32, sous la direction de W. Nussbaum, expert en droit de la prévoyance professionnelle¹.

2. Situation économique de la population à la retraite

Grâce à l'instauration de politiques sanitaires et sociales en faveur de la vieillesse, et en particulier de l'extension de la prévoyance-vieillesse, l'amélioration générale des conditions de vie a permis un recul très net du risque de pauvreté des retraités et des retraitées au cours des dernières décennies. Les résultats de l'Enquête nationale sur la pauvreté² indiquent que les personnes âgées percevant une retraite ne courent plus aujourd'hui un risque de paupérisation supérieur au risque moyen. Cette constatation est tout particulièrement valable pour les «jeunes retraités» qui, du fait de l'extension de la prévoyance-vieillesse (avec ses trois piliers), sont en grande partie protégés sur le plan financier. Cette situation a de bonnes chances de rester stable dans l'avenir, puisque les générations montantes vont de plus en plus compter, en ce qui concerne le versement de pensions de retraite, sur le système de prévoyance professionnelle par capitalisation. On constate toutefois des disparités régionales dans la situation financière des personnes âgées: par exemple, les retraités tessinois se caractérisent par un revenu inférieur à la moyenne nationale. En même temps, les énormes différences sociales se reflètent dans

1 Voir W. Nussbaum (1996) Comparaison entre le système de prévoyance professionnelle américain et le système suisse de prévoyance professionnelle, Sécurité Sociale 3/96, pages 112-129. Suite à la conclusion de cette étude, W. Nussbaum et d'autres personnes ont fondé à Berne, en avril 1998, l'Association pour l'Innovation du Deuxième Pilier. Ce «réservoir à idées» vise à adapter le système suisse de prévoyance professionnelle aux exigences élevées des marchés de capitaux modernes. Cela comprend des analyses faites sur de nouveaux instruments financiers et sur les possibilités de placements de capitaux au niveau international, ainsi que la mise en oeuvre des technologies les plus modernes permettant de mieux gérer le système de prévoyance professionnelle.»

2 Rober E. Leu, Stefan Burri, Tom Priester, (1997), Lebensqualität und Armut in der Schweiz (Qualité de vie et pauvreté en Suisse), Berne, éditions Haupt. Le PNR32 a soutenu activement le PNR29 pour l'analyse de la situation économique des personnes âgées.

des disparités en matière de revenus et de fortune personnelle.

Résultats principaux en forme de thèses¹

1. La baisse du risque de paupérisation des retraités n'est due qu'à la très forte extension de l'AVS durant ces dernières décennies et tient au fait que les retraités affiliés à l'AVS bénéficient, par l'intermédiaire des prestations complémentaires, d'une forme de sécurisation de la vie adaptée à leurs besoins. Une part significative des retraités affiliés à l'AVS (environ un quart) n'est certes pas pauvre au sens littéral du terme, mais souffre de faibles revenus et dispose de peu de réserves financières. Les décisions et les mesures en matière de politique sociale auront un effet décisif sur le développement de la paupérisation durant la vieillesse. Même un très faible démantèlement du système de protection sociale pourrait conduire très rapidement à une nouvelle vague de pauvreté chez un grand nombre de personnes âgées.
2. Selon l'Enquête nationale sur la pauvreté, jusqu'à un tiers des personnes ayant droit aux prestations complémentaires à l'AVS y renoncent, d'une part par manque d'information, d'autre part dans le but de ne pas «devenir dépendant». La proportion de bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS chez les jeunes retraités et retraitées devrait, à moyen terme, rester sensiblement stable ou afficher une légère tendance à la baisse. En ce qui concerne les retraités d'un âge plus élevé, on peut par contre s'attendre à une augmentation de cette proportion (puisque les prestations complémentaires à l'AVS sont utilisées pour couvrir les frais occasionnés par l'entrée en institution d'hébergement). Dans l'avenir, la proportion de femmes ayant droit aux prestations complémentaires à l'AVS devrait devenir supérieure à celle des hommes de même âge. Enfin, chez les retraités les plus jeunes, le risque de paupérisation des hommes et des femmes devrait progressivement s'égaliser grâce notamment à l'introduction des prestations en faveur des femmes («bonus éducatif» et «splitting»).
3. La Suisse est caractérisée par une forte disparité en matière de répartition des revenus et de la fortune. La situation financière et patrimoniale de la population suisse est extrêmement diversifiée et ces différences sociales seront encore plus marquées chez les générations futures de retraités. Ainsi, la question d'une redistribution de biens au sein de la population âgée devient-elle explosive. Dans le futur, il ne sera plus seulement question de solidarité entre générations, mais de solidarité entre retraités ayant des revenus confortables et retraités se trouvant dans une situation financière délicate. La législation en matière de relations de solidarité économiques mutuelles inter et intra-générationnelles pourrait être encore améliorée en Suisse suite à une étude du Conseil de l'Europe sur des aspects juridiques déjà instaurés en Europe et absents en Suisse.
4. D'un point de vue général, durant les dix prochaines années, la situation économique et sociale de la majorité des retraités et retraitées devrait s'améliorer sensiblement (entre autres, parce que de plus en plus de personnes qualifiées, actives et en bonne santé arrivent à l'âge de la retraite). Les disparités économiques grandissantes entre les retraités risquent malgré tout de mener à une «retraite à deux vitesses» et la situation économique et sociale d'une minorité de retraités et de retraitées devrait plutôt se dégrader.

¹ Voir François Höpflinger, (1997), Zur Entwicklung der Armut und des Armutsrisikos bei zukünftigen Rentnerinnen und Rentnern, version française Le développement de la pauvreté et du risque de pauvreté chez les futurs retraités, publication spécialisée, 1/97, Zurich, Pro Senectute.

5. Ce sont avant tout les personnes ayant déjà été exclues des régimes sociaux ou du monde du travail durant leur jeunesse qui présentent les plus forts risques une fois parvenues à l'âge de la retraite. La crise économique des années 90 n'a pas encore eu d'effet important sur la situation économique des retraités. Pourtant, on devrait assister dans le futur à une augmentation du nombre de personnes arrivant résignées et sans ressources à la retraite, soit parce qu'elles ont été contraintes à un départ en retraite anticipée, soit parce qu'elles ont traversé de longues périodes de chômage et n'ont ainsi aucune épargne personnelle.
6. Les femmes et les hommes étrangers, qui ont un risque de paupérisation peu avant ou peu après le passage à la retraite supérieur à la moyenne nationale, forment un groupe particulièrement problématique. A cela s'ajoute le fait qu'ils sont en moyenne plus touchés dans leur santé que les autres groupes. Etant donné qu'à l'avenir plus de personnes d'origine étrangère atteindront l'âge de percevoir des prestations AVS, le nombre d'étrangers ayant un faible revenu, donc ayant droit aux prestations complémentaires à l'AVS, devrait augmenter.

En guise de conclusion générale des différentes évolutions et tendances ainsi que des conditions de vie très diversifiées des différents groupes d'âge à la retraite, il semble nécessaire de traiter les problèmes économiques, sociaux et psychiques des personnes âgées de manière globale et notamment de conseiller et d'orienter les âgés et très âgés selon leurs besoins en matière économique mais également dans la gestion générale de leur capital d'activité et de santé.

3. Réseaux et relations sociales

Pour les personnes âgées, de bonnes relations sociales, des contacts fréquents et bien établis ainsi qu'un soutien social important sont des éléments essentiels de la qualité de la vie, du bien-être et de la santé des personnes âgées. De nouvelles données concernant les contacts des personnes âgées vivant à domicile avec leurs proches, leurs amis ou les voisins ont pu être recueillies dans le cadre du projet PNR32 «Autonomie durant la vieillesse et environnement socio-culturel» conduit par le Centre Interfacultaire de gérontologie (CIG) de l'Université de Genève. Cette étude a permis de mener non seulement une analyse dans deux régions différentes (Genève en tant que milieu urbain et le Valais central en tant que milieu semi-urbain), mais aussi d'établir une comparaison sur 15 ans entre les années 1979 et 1994¹. Les résultats principaux peuvent être résumés comme suit.

Rapports familiaux: la proportion de personnes âgées qui vivent à domicile et qui n'ont plus de proches est faible, même chez les personnes âgées de plus de 80 ans. La plupart des personnes âgées ont des enfants et des petits-enfants, ainsi qu'au moins un frère ou une soeur encore en vie. Du fait de l'augmentation générale de l'espérance de vie, la proportion de personnes âgées ayant des proches appartenant à une autre génération (enfants, petits-enfants) devient de plus en plus grande au fur et à mesure que le temps s'écoule. La majorité des personnes à la retraite peut ainsi compter sur au moins un enfant encore en vie. Dans la plupart des cas, les personnes âgées peuvent, à notre époque, se reposer sur un réseau familial étendu et diversifié. Contrairement à une idée communément répandue, le nombre de personnes âgées n'ayant pas de proches ne s'est pas, jusqu'ici,

¹ Voir Christian Lalive d'Epinay (sous la direction de), (1998), Vieillesse au fil du temps (1979-1994). Santé, situations de vie et formes de participation des personnes âgées en Suisse, Rapport final, version préliminaire, Centre Interfacultaire de Gérontologie, Genève. Voir aussi Christine Bétemps, Jean-François Bickel, Matthias Brunner, Cornélia Hummel, (1997), Journal d'une enquête: la récolte des données d'une recherche transversale par échantillon aléatoire stratifié, Lausanne, Réalités Sociales.

accru. Ce serait même le contraire, et la proportion de personnes âgées ayant encore leur famille complète (conjoint ou conjointe, un enfant au moins, un petit-enfant et un frère ou une soeur) a même augmenté.

Contacts avec les proches: comme l'on pouvait s'y attendre, chez les personnes âgées, les contacts les plus fréquents se font avec leurs propres enfants. Un peu plus des deux tiers des Genevois et des Genevoises et un peu plus des trois quarts des Valaisans et des Valaisannes ayant entre 60 et 79 ans et ayant des enfants, voyaient en 1994, au moins une fois par semaine, un ou plusieurs de leurs enfants. Les données de l'enquête suisse sur la santé 1992/1993 prouvent d'ailleurs, que plus de 70% des personnes âgées ayant des enfants en voient un ou plusieurs au moins une fois par semaine.¹ Les contacts avec les petits-enfants (s'ils existent) sont, eux aussi, fréquents et intenses. Par contre les contacts avec les frères et soeurs, beau-frère ou belle-soeur, les neveux, les nièces ou les cousins ou cousines sont nettement plus rares, surtout en zone urbaine. En comparant les années 1979 et 1994, et contrairement à ce qui est communément admis, on constate que les contacts familiaux ont plutôt eu tendance à se renforcer. La thèse qui fait état d'une destruction des liens familiaux ne trouve aucune justification dans les faits, bien au contraire. De nos jours par exemple, il est bien plus fréquent que les grands-parents et les petits-enfants partent en vacances ensemble qu'auparavant. Ceci tient essentiellement au fait que les grands-parents sont en meilleure santé qu'avant, ce qui est la condition indispensable à une vieillesse active.

Le cercle d'ami(e)s: le cercle d'amis des personnes âgées s'est considérablement agrandi entre 1979 et 1994. La proportion de retraités et de retraits

tées ayant deux ami(e)s proches ou plus a augmenté dans les deux régions étudiées (Genève et le Valais central) et, à l'opposé, le nombre de personnes âgées sans ami(e) proche a diminué sur la même période. Alors qu'en 1979, 38% des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant dans le Valais central déclaraient ne pas avoir d'ami(e) proche, elles n'étaient plus que 23% en 1994 à donner la même réponse. A l'inverse, la proportion de celles qui déclaraient avoir deux ami(e)s proches ou plus est passée de 50% en 1979 à 64% en 1994. L'évolution a été analogue à Genève, où la proportion de personnes âgées sans ami(e) proche a reculé pour passer de 37% en 1979 à 19% en 1994. La proportion de celles ayant deux ami(e)s proches ou plus est passée, elle, de 51% en 1979 à 71% en 1994. Ces données sont elles aussi la preuve d'une amélioration ou densification des relations sociales des retraités et des retraitées actuels.

Le voisinage: les relations de voisinage des personnes âgées ne sont pas particulièrement saillantes. Selon l'Enquête suisse sur la pauvreté de 1992, environ 40% des personnes ayant droit aux prestations de l'AVS renoncent à échanger des visites avec leurs voisins. Les retraité(e)s genevois(es) et valaisan(ne)s, eux non plus, n'entretiennent aucune relation de voisinage, ou n'ont que des relations très neutres. Lors du sondage Univox couvrant toute la Suisse, 27% des Suisses et des Suissesses âgé(e)s de 65 à 84 ans déclarent n'entretenir que très rarement des contacts étroits avec leurs voisins. Il est courant de se saluer et d'avoir ici ou là un brève discussion, mais peu de relations solides sont engagées. Dans moins d'un tiers des cas, les voisins se rendent de menus services mutuels. Des contacts approfondis avec le voisinage sont une exception chez les personnes âgées et, si l'on compare la situation telle qu'elle

¹ Voir Theodor Abelin, Valérie Beer, Felix Gurtner, (Ed.), (1998), Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/ 1993 (Santé des personnes âgées en Suisse. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 1992/ 1993) (p. 128), Berne, éditions Haupt.

était en 1979 avec celle de 1994, on constate que les rapports de voisinage se sont distendus, surtout dans les régions urbanisées. Ceci tient aussi au fait que beaucoup de personnes ayant droit aux prestations de l'AVS restent mobiles et s'adressent moins au voisinage immédiat (qui ne se choisit pas) quand il s'agit d'établir des relations sociales.

Vue d'ensemble: si on groupe les contacts familiaux et amicaux, on obtient l'image suivante: premièrement, seule une faible proportion des retraités percevant les prestations AVS n'a pas ou peu de relations sociales; l'isolement social est un épiphénomène chez les personnes âgées. Certes, le pourcentage de personnes âgées isolées sur le plan social augmente avec l'âge, mais ce n'est pas l'âge en lui-même qui conduit à l'isolement social des personnes âgées, mais plutôt la faiblesse préexistante des rapports sociaux. Deuxièmement, on constate que l'isolement social a diminué au cours de ces quinze dernières années (contrairement aux tenants des conceptions pessimistes de la vie quotidienne). La proportion de retraités et de retraitées isolés sur le plan social a reculé en Valais pour passer de 13 à 6% et, à Genève, elle est restée stable à 13%. Une étude menée en 1997 à Zurich a permis de recueillir des valeurs du même ordre, à savoir que la proportion de personnes âgées fortement isolées, c'est-à-dire n'ayant ni proches, ni ami(e)s, ni relations sociales de voisinage bien établies, tournait aux environs de 10% de la population zurichoise âgée de plus de 70 ans¹. La solitude durant la vieillesse existe, mais elle n'est pas en augmentation et, même chez les personnes de très grand âge, elle ne concerne qu'une minorité. C'est la raison pour laquelle il est important de rectifier le stéréotype qui veut que «vieux = seul» afin de s'occuper plutôt de la minorité des personnes âgées frappées par cette solitude².

4. Habitat et vieillissement

L'habitat est un des éléments les plus importants dans la qualité de vie des personnes âgées. Il influence de manière déterminante l'intégration sociale de ces personnes. Des problèmes tels que la solitude croissante, causée par le décès du conjoint ou d'amis ayant le même âge, ou encore la diminution des forces qui rendent la vie quotidienne de plus en plus exténuante, peuvent, selon le type d'habitation choisi, être diminués ou se trouver aggravés. Des conditions de vie bien adaptées, qui ne sont pas détériorées par des barrières physiques, émotionnelles ou cognitives, peuvent améliorer la qualité de vie des personnes âgées de manière décisive. Il existe un lien étroit entre autonomie durant la vieillesse et qualité des conditions d'habitation.

De nos jours déjà, une habitation sur quatre en Suisse héberge au moins une personne ayant atteint l'âge de la retraite³. Du simple fait de la dynamique socio-démographique, les personnes âgées à venir formeront dans le futur un des groupes représentant la plus forte demande sur le marché de l'immobilier. En même temps, les besoins et les souhaits de la population âgée vis-à-vis de l'habitation évoluent de manière très rapide, car chaque génération est marquée par les événements qu'elle a traversés au cours de sa vie⁴.

Eléments de base et recommandations⁵

- 1) Une forme d'habitat adaptée de manière individuelle aux besoins et aux souhaits de chaque personne améliore les conditions de vie, y compris durant la vieillesse.
- 2) Si l'on part du principe que la possibilité de choisir est un des aspects centraux de la qualité de la vie, la politique en faveur des

1 Voir Brigitte Wehrli-Schindler, (1997) Sozialberatung für über 70jährige Personen in der Stadt Zürich. Bedürfnisse, Angebote und ihre Nutzung (Assistance sociale aux personnes de plus de 70 ans résidant dans la ville de Zurich. Besoins, offres et utilisation qui en est faite). Zurich, services sociaux de la ville de Zurich.

2 Afin de juger de la façon dont est vécue subjectivement la solitude, une étude qualitative ciblée a été menée au Tessin. Voir à ce sujet Thea Moretti-Varile (Ed.), Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove (Solitude non...mais tristesse. Expériences vécues par un groupe des veuves). Giubiasco, ATTE - Associazione ticinese terza età - Associazione tessinoise du 3^{ème} âge.

3 Sur les conditions d'habitat des personnes âgées en Suisse voir Michal Arend, (1996), Wohnversorgung und Wohnsituation älterer Menschen in der Schweiz (Offre de logements et conditions d'habitat des personnes âgées en Suisse), Recueil de données, Zurich, Synergo (mimeo).

4 Voir Stuckelberger A. et Höpflinger F. (1998). Transitions sociodémographiques et dynamique du logement des personnes âgées en Suisse. Sécurité Sociale, 6. OFAS: Berne. Sozio-demographischer Wandel der Wohnsituation älterer Menschen in der Schweiz. Soziale Sicherheit, BSV: Bern.

5 Voir Brigitte Wehrli-Schindler, (1997), Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim (L'habitat durant la vieillesse. Entre domicile et institution d'hébergement), Zurich, Editions Seismo.

personnes âgées doit viser à mettre sur pied une palette de formes d'habitations susceptible de satisfaire aux besoins très variés des personnes âgées et de très grand âge et leur permettant de déterminer la solution la plus adaptée à leur cas personnel afin de rester à domicile le plus longtemps possible.

- 3) Si l'on veut que la cohabitation entre générations au sein d'un même lotissement puisse fonctionner convenablement, il faut tenir compte, dans la conception et la construction des bâtiments, des différents besoins qui vont apparaître (protection acoustique, aménagement fonctionnel des appartements). Afin d'encourager les contacts entre les générations, il est normalement nécessaire de disposer d'une administration centrale du lotissement grâce au constructeur (coopérative des locataires), grâce à des travailleurs embauchés par la communauté ou grâce à des initiatives prises par les locataires eux-mêmes.
- 4) Les conditions essentielles au bon fonctionnement d'un lotissement pour personnes âgées sont: une situation centrale, des loyers modérés, un confort élevé (appartements modernes, cuisines pré-équipées et pratiques, salle de bains). Un suivi pratique doit également être apporté aux personnes âgées résidentes.
- 5) Les nouvelles formes d'habitat prennent toujours plus d'importance. Ce sont avant tout les personnes de grand âge qui ont le plus besoin d'habitations médicalisées ou de communautés de vie médicalisées. Les expériences faites jusqu'ici avec des habitations médicalisées et des communautés de vie médicalisées montrent qu'il est ainsi possible de maintenir et de développer l'autonomie des personnes qui, lors de

leur entrée, étaient autonomes¹.

- 6) Il ne suffit pas de dire qu'il faut maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées dans leur cadre de vie d'origine, il faut que le postulat actuel posé pour la vieillesse, à savoir le «maintien à domicile», soit accompagné de mesures facilitant sa mise en oeuvre (par exemple, extension des services médicaux ambulatoires, renforcement des réseaux sociaux dans lesquels les personnes âgées esseulées peuvent se trouver intégrées).
- 7) Il faut trouver des mesures permettant de surmonter pour longtemps les effets négatifs qu'implique le fait de vivre seul à domicile. Il est par exemple possible de mieux adapter des quartiers résidentiels aux besoins des personnes âgées. Cela doit d'un côté viser à créer une communauté entre les habitants et les habitantes et, d'un autre côté, à maintenir autant que possible leur indépendance. Les interventions sur le cadre de vie et la structure du lotissement peuvent s'envisager à plusieurs niveaux.
 - a) Au niveau politique de la commune, par exemple la sécurisation de certains passages piétons dangereux ou des barrières architecturales, la réduction de la vitesse de circulation, l'amélioration de l'infrastructure du quartier (centres de quartiers, services ambulatoires, centres d'aide et de soins à domicile) et participation plus active de la population âgée. Ainsi, on devrait mener dans les quartiers résidentiels et les lotissements plus importants des études se basant sur les besoins des personnes âgées. De manière analogue à ce qui se fait en matière d'environnement ou de politique sociale, on devrait mener une étude permettant d'évaluer jusqu'à quel

¹ Voir à ce sujet Daniel Gredig (Ed.), (1995), *Dezentrale Pflegestationen. Ein Modell der Betagtenpflege wird 10 Jahre alt. Festschrift zum 10jährigen Bestehen der Stiftung Mme Dessaules, Biel* (Centres de soins décentralisés. Un modèle de soins pour personnes âgées fête ses dix ans. Plaque commémorative des 10 ans de la Fondation de Mme Dessaules, Bienne), Bienne, Fondation de Madame Dessaules.

point les lotissements peuvent être supportés par les personnes âgées, et plus précisément celles qui sont handicapées¹.

- b) Au niveau des propriétaires privés il serait souhaitable de soutenir par exemple des restaurations douces d'appartements, d'encourager l'aide mutuelle, dans les lotissements importants, la transformation de certains appartements pour en faire des appartements réservés aux personnes âgées, la création de parties communes, la permission accordée aux locataires âgés de transformer leur appartement etc...

L'association Pro Senectute du canton de Zurich a initié en 1994 un projet permettant de recueillir des conseils en menant une étude pilote sur le thème «adaptation des appartements». Ce projet vise à une meilleure information des personnes âgées sur les différentes possibilités qui leur sont offertes. Le Bureau suisse professionnel pour les constructions adaptées aux handicapés situé à Zurich a aussi développé toute une série de modèles concrets d'adaptations à apporter aux appartements afin de faciliter la vie des personnes jeunes et âgées souffrant de handicaps.

- c) Au niveau des personnes occupant les logements, par exemple l'établissement de contacts sociaux et leur maintien, la participation active dans l'aide de voisinage, la mise en sous-location des surfaces habitables non utilisées, l'adaptation des maisons ou des appartements grâce à des travaux de gros oeuvre.
- d) Au niveau des barrières architectoniques à l'intérieur des appartements aussi bien que des objets technologiques et

produits commerciaux mis sur le marché, une recommandation particulière devrait être faite pour encourager les industries à tenir compte des changements physiques dus au vieillissement afin de garantir la facilité et une efficacité optimale d'utilisation (ex.: écriture plus grande dans les modes d'emploi des médicaments ou objets, couleurs incompatibles: éviter d'écrire en couleur sur du noir comme sur les chaînes hi-fi ou vidéoscope, etc.)

5. Les personnes âgées dans les institutions d'hébergement

Actuellement, on compte en Suisse moins de 4% des personnes âgées de 65-79 qui vivent en institution d'hébergement. Même chez les personnes âgées de 80 ans ou plus, on recense moins d'un tiers de la population institutionnalisée ou à l'hôpital. C'est n'est qu'à un âge très avancé que de tels séjours deviennent plus fréquents et, en 1993, 38% des personnes ayant plus de 85 ans vivaient en Suisse dans une institution d'hébergement.

L'entrée en institution n'est pas seulement dictée par l'état de santé du patient, mais aussi par des facteurs sociaux. Les éléments ayant le plus d'importance sont l'état civil, le revenu et l'existence d'une descendance: les personnes âgées célibataires se retrouvent plus souvent institutionnalisées que les personnes mariées. Les personnes âgées disposant d'un revenu confortable vivent plus longtemps en ménage privé que celles ayant peu de moyens et les retraités ayant des enfants bénéficient plus souvent de soins à domicile.

Parallèlement, les facteurs régionaux ont aussi une importance et le nombre de personnes âgées vivant en institution varie suivant le canton suisse que l'on considère. De manière fort intéressante, le vieillissement

¹ Voir R. Welter, R. Simmen, K. Helwing, (1994), Innovative Altersplanung im städtischen Umfeld (Innovations en matière de planification en faveur des personnes âgées en milieu urbain), PNR 25, rapport de projet no 68, Zurich.

démographique ne semble pas pouvoir expliquer clairement ces variations. Ce ne sont pas les cantons comptant la plus forte proportion de personnes très âgées qui ont le plus développé leur offre de lits en établissements institutionnels, car cette offre semble plus être influencée par les données de la politique sociale qui est mise en place selon les régions (tradition de «foyers pour citoyens», insuffisance du développement des services d'aide et de soins à domicile). Ainsi, ce sont les cantons ruraux et catholiques de Suisse alémanique qui ont la plus forte proportion de personnes âgées vivant en institution d'hébergement. A contrario, les cantons de Suisse romande qui ont depuis longtemps développé leurs services de médecine ambulatoire, ont une faible proportion de personnes âgées placées en établissements institutionnels.

Les idées préconçues dépassées et les réserves vis-à-vis de nouvelles formes de vie en institution font que les institutions d'hébergement continuent de porter une «mauvaise réputation». D'un autre côté, il est indiscutable que nombre d'institutions d'hébergement ont été fortement modernisées au cours des dernières années et que leur professionnalisme s'est accru. De la sorte, le fossé entre la réalité et les croyances populaires s'est encore élargi. Afin de mieux se rendre compte de ce que sont réellement les institutions d'hébergement actuels, une étude comparative a été menée dans le cadre du PNR32¹. Des institutions d'hébergement de longue durée de plus de 12 personnes, situés dans 4 cantons (Berne, Genève, Vaud et Valais) ont ainsi été passés au crible.

Composition de la population occupante

L'âge moyen des personnes vivant dans les institutions d'hébergement

de longue durée était de 83 ans en 1994, et la moitié des patients (dont 75% des femmes) étaient âgés de 84 ans ou plus. Seuls 5% des patients n'étaient pas encore en âge de percevoir une pension AVS (essentiellement, des personnes placées en institut psychiatrique ou psychogériatrique). Depuis, l'âge moyen des pensionnaires a continué de s'élever et cette augmentation devrait se poursuivre dans l'avenir. De ce fait, l'autonomie fonctionnelle des pensionnaires est de plus en plus souvent limitée. Ainsi, en 1994, seulement 32% des pensionnaires des institutions d'hébergement étudiés étaient à même de quitter leur établissement sans aide extérieure pour aller se promener à pied ou aller faire des courses. 32% supplémentaires pouvaient se déplacer à l'intérieur de l'institut sans demander l'aide d'une tierce personne, 31% pouvaient le faire, mais avec une aide extérieure et les 5% restants étaient totalement alités.

En outre, du fait de troubles psychiques ou physiques, 48% des pensionnaires présentaient de sérieux problèmes relationnels et de communication et, chez 25% des patients, on pouvait noter des signes clairs d'état anxieux ou dépressif. Il s'agit en grande partie d'une population d'un âge très élevé, particulièrement dépendante d'assistance et de suivi médical et qui se heurte à de grandes difficultés quand elle veut maintenir des activités et des contacts sociaux. Enfin, 65% des pensionnaires percevaient en 1994 des prestations complémentaires à l'AVS.

Déménagement dans une institution d'hébergement

Etant donné que le passage d'un logement privé à une institution d'hébergement est perçu et vécu comme un bouleversement de la vie des personnes qui le traversent, les

¹ Etienne Christe, Antoinette Genton Trachsel, Elisabeth Hirsch Durrett, Pierre Mermoud, (1998), Relations sociales et institutions, Rapport de recherche (Requête no 4032-35672), Genève (mimeo). Voir aussi des mêmes auteurs (1998) Relations sociales et institutions dans le canton de Genève: Stratégies institutionnelles de préservation et de restauration des relations sociales dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, Rapport établi pour le département de l'action sociale et de la santé du Canton de Genève.

mesures permettant d'adoucir ce passage à un nouveau cadre de vie et d'habitation prennent un poids tout particulier. Il est important de pouvoir choisir et de pouvoir prendre cette décision librement ayant reçu une bonne information préalable sur le sujet. Les visites préalables, ou les séjours «à l'essai» sont souvent proposés aux personnes âgées. Dans plus de 90% des établissements étudiés, il était déjà courant en 1994 de mener des entretiens avec les futurs pensionnaires, en d'autres termes, de se livrer à un échange mutuel d'information. Il est aussi courant de s'entretenir au préalable avec des proches du futur patient et son entrée est de plus en plus souvent ritualisée. Ainsi, dans 78% des établissements étudiés, tous les nouveaux pensionnaires sont présentés, lors de leur arrivée, aux patients vivant déjà dans l'établissement.

Le déménagement en maison de retraite implique obligatoirement de la part des personnes âgées un renoncement à la plupart des choses et de l'ameublement auxquels elles étaient habituées. Une étude exploratoire de la disposition psychologique des personnes âgées lors d'un déménagement en institution d'hébergement¹ a permis de déterminer que, dans le choix des meubles et des objets personnels que l'on emporte avec soi, c'est plus souvent la valeur émotionnelle et sentimentale de l'objet que sa réelle utilité fonctionnelle qui sous-tend la décision de l'emporter dans son nouveau «chez soi». Ainsi, chaque personne âgée essaie, d'une manière qui lui est propre, de reconstruire dans son nouveau cadre de vie un ensemble de croyances et d'habitudes qu'elle avait à son domicile.

L'adaptation au nouveau cadre de vie dépend en effet de toute une série de facteurs (le choix librement assumé de perdre un peu de sa liberté, le mode de vie adopté jus-

qu'alors, la santé physique et psychique, la sociabilité). L'adaptation à un nouveau rythme de vie, à un environnement nouveau, à des personnes inconnues se révèle souvent difficile et cela peut entraîner dans un premier temps des incompréhensions, de l'agressivité ou mener la personne âgée sur la voie de la résignation. C'est pourquoi il est très important qu'une personne attitrée soit désignée pour assurer, dans les premiers temps, un suivi et une assistance particuliers. C'est d'ailleurs le cas dans la plupart des institutions d'hébergement, où une personne est chargée de suivre personnellement, et à titre individuel, chaque nouveau patient entrant dans l'établissement. Les maisons de retraite cherchent en outre à encourager les visites faites par les proches ou le conjoint ou la conjointe des patients. Ainsi, 84% des instituts étudiés ont fait savoir que ces visites étaient possibles à tout moment. Du point de vue social, bien des institutions d'hébergement sont beaucoup plus ouvertes et flexibles que ne le laisserait présager la représentation traditionnelle qu'on se fait de la traditionnelle «vie en maison de retraite».

Relations sociales des patient(e)s vivant en établissement d'hébergement de longue durée

Une fois que les personnes âgées sont entrées en institution, ce sont les proches et les amis qui leur assurent les contacts les plus fréquents et les plus importants, alors que les anciens voisins perdent de leur importance sur ce plan. La grande majorité des institutions d'hébergement s'efforcent d'intégrer les proches des personnes âgées (dans la mesure où ils sont encore en vie). Ainsi, 82% des établissements sondés offraient aux proches de leurs pensionnaires la possibilité de prendre part aux activités proposées au niveau interne.

¹ Projet: Wohnen im Alter. die Bedeutung von Geborgenheit und Zuhause (L'habitat durant la vieillesse: l'importance de la sécurité et du domicile) du Professeur A. Lang et son équipe.

Dans 83% des institutions, les proches, le conjoint ou la conjointe du pensionnaire ont la possibilité de manger sur place et 41% des établissements se déclarent prêts à associer les proches ou les ami(e)s aux soins dispensés aux personnes âgées. Par contre, il est encore comparativement rare que les proches soient autorisés à prendre part à la formation du personnel ou aux groupes de discussion organisés par la direction. D'autre part, du fait d'impératifs incontournables en matière de places disponibles, il est encore relativement rare que les proches ou les ami(e)s des pensionnaires soient autorisés à dormir dans l'établissement (en 1994, seuls 18% des instituts offraient cette possibilité).

En tout état de cause, il est clair que les EMS font de grands efforts pour effacer l'image «d'un établissement fermé et replié sur lui-même». La façon dont les proches peuvent être intégrés et participer à la vie de l'établissement dépend, il est vrai, de la qualité des relations que ceux-ci entretiennent avec le pensionnaire avant son entrée en institution. Les conflits familiaux antérieurs ne trouvent en aucun cas leur solution dans une entrée en maison de retraite, et bien au contraire, se trouvent souvent attisés par des sentiments de culpabilité. De plus, bien souvent, les conjoint(e)s, frères et soeurs ou ami(e)s des personnes âgées vivant en institution d'hébergement sont, eux aussi, âgés, ce qui limite d'emblée leur participation active dans les soins et l'assistance qui doit être apportée aux pensionnaires.

Alors que les contacts avec les proches ou avec les ami(e)s intimes perdurent après l'entrée de la personne âgée en maison de retraite, et sont même encouragés et soutenus par l'institution, les liens avec les connaissances plus éloignées ou les associations dont le patient faisait

partie, se distendent. La responsabilité en incombe, d'une part, au fait que les pensionnaires des institutions d'hébergement soient fréquemment en mauvais état de santé. D'autre part, beaucoup de clubs et d'associations pour le 3^{ème} âge sont plutôt tournés vers les seniors actifs, ce qui exclut d'emblée les pensionnaires des établissements d'hébergement.

La caractéristique principale de la vie en institution d'hébergement est la synthèse qui est faite entre habitation et vie en commun; une synthèse qui entraîne une forte différenciation vis-à-vis de la vie en logement privé ou en ménage individuel. D'un côté, la sphère privée se trouve réduite, mais, d'un autre côté, la vie en communauté ouvre de nouvelles possibilités. Les nouveaux contacts, mais aussi les conflits d'un ordre nouveau apparaissent sur deux plans.

- a) *Les contacts entre les pensionnaires et le personnel:* dans ce domaine, il apparaît que la taille de l'établissement est une variable déterminante, car, bien souvent, les établissements de grande taille (donc ayant plus de personnel), adoptent une organisation fonctionnelle et hiérarchique de type hospitalier. Les règles formelles et hiérarchiques, qui garantissent une direction organisationnelle efficace du personnel, ont des effets sur les relations que celui-ci entretient avec les pensionnaires. Il est avant tout question de routine, de stress dû au travail, de manque de temps du fait d'insuffisances de personnel et tous ces éléments limitent, dans beaucoup d'institutions, la qualité de la relation personnel-patient. Les compressions de personnel se font bien souvent sur le dos des relations humaines.
- b) *Les contacts entre pensionnaires:* il est difficile d'avoir une idée précise des contacts s'établissant entre pensionnaires d'une institution

d'hébergement, car la direction et le personnel soignant n'en sont pas toujours informés. Les conflits entre personnes âgées deviennent rapidement visibles, alors que bien souvent, les nouvelles amitiés se créent et fonctionnent discrètement et ne sont pas toujours reconnaissables. Malgré toutes les limitations dont sont frappés les pensionnaires de maisons de retraite, il n'est pas rare que de nouvelles amitiés se créent dans les institutions d'hébergement, surtout entre femmes.

De manière générale, les institutions d'hébergement abritent en leur sein une grande diversité de contacts sociaux, de conflits de personnes et de formes d'adaptation personnelle, ce qui contrecarre l'image uniformisée de l'institution d'hébergement en tant que cadre de vie.

Activités au sein des institutions d'hébergement

Lors du développement et de la mise en forme de la vie du patient au sein d'une institution d'hébergement, les activités proposées jouent un rôle fondamental. Il faut, dans ce domaine, tenir compte du fait que les EMS sont constituées de personnes dont les activités sont très fortement limitées par des problèmes de santé. En particulier, les problèmes d'ordre psychique (démence, état dépressif) de certains pensionnaires limitent énormément leurs activités à caractère socialisant.

C'est pourquoi l'animation et les activités mobilisantes très ciblées sont très importantes et, d'ailleurs, 66% des établissements sondés déclaraient employer spécialement une ou plusieurs personnes à des tâches d'animation et d'organisation d'activités de mobilisation. La diversité des activités proposées varie d'un établissement à un autre et la taille de l'institu-

tion et la présence d'une animatrice spécialisée sont des éléments qui jouent un grand rôle dans ce domaine. Des activités de gymnastique, des travaux manuels et de bricolage, des jeux de société, des projections de vidéos ou de films, ainsi que des excursions de proximité sont fréquemment proposés. En deuxième lieu, les institutions d'hébergement proposent des activités culturelles telles que des groupes de discussion, des chorales, des groupes musicaux, des pièces de théâtre ou des galas de danse. Il apparaît ainsi que les activités classiques (tricot, bricolage) sont de moins en moins prisées, alors que les activités de mobilisation (entraînement de la mémoire, thérapie musicale ou excursions) rencontrent de plus en plus de succès. Une analyse plus fine de la palette d'activités proposées montre que la plupart des activités se déroulent à l'intérieur de la maison de retraite et sont organisées par le personnel. Les nouvelles théories d'activation des seniors issues de la gérontologie sociale moderne y trouvent leur première expression. Dans les activités se déroulant à l'extérieur des établissements, on trouve essentiellement des excursions locales (visites de musées, petites marches à pied suivies de sorties dans un café). De manière peu surprenante, il apparaît que plus les pensionnaires jouissent d'une autonomie fonctionnelle limitée, plus les institutions d'hébergement organisent eux-mêmes les activités.

Une participation active des pensionnaires aux tâches quotidiennes de l'institution n'a pas seulement un effet mobilisateur et intégrateur, mais peut aussi améliorer le fonctionnement même de l'établissement. Dans ce domaine aussi, la pratique varie d'une institution à une autre, mais de nos jours, l'accent est de plus en plus mis sur la participation active des retraités aux tâches quotidiennes de l'établissement. En première ligne, il

est question de l'aide mutuelle que peuvent s'apporter les pensionnaires, même si cela ne se produit couramment que dans seulement un tiers des établissements. En deuxième ligne, il est question des tâches de la vie quotidienne, telles que mettre la table, faire son lit, aider aux travaux en cuisine etc... Par contre, il est très rare que les pensionnaires apportent leur aide en matière de travaux administratifs ou de soins. Il est clair que l'importance que peut prendre une telle aide dans les tâches quotidiennes dépend en grande partie de la mobilité et de la santé psychique des personnes âgées susceptibles de l'apporter. Parallèlement, lorsque les effectifs de personnel sont réduits, on attend de manière générale une aide plus importante de la part des pensionnaires. Toutefois, rares sont les institutions dont la direction a une conception claire et bien définie de l'aide que peuvent apporter les pensionnaires, et ce en dépit d'une opinion très favorable à cette participation.

Ainsi, il est aujourd'hui important de tenir compte des effets de cohortes, du vécu, des habitudes de socialisation et de loisirs des nouvelles générations de «pensionnaires» afin d'adapter les offres et activités en sein des institutions aux nouveaux aspects individuels et sociaux de chaque cohorte d'âgés et très âgés.

Pouvoir de décision concertée

Ces dernières années, la question des droits des pensionnaires d'institutions d'hébergement est revenue sur le devant de la scène. Ainsi, le Québec a décidé de donner un cadre légal à la participation des personnes âgées à la vie de leur établissement et la Communauté Européenne a publié en 1993 une charte portant sur les droits et les libertés des personnes âgées faisant également mention de la participation des pensionnaires

dans la marche de leur institution. En Suisse, il n'existe actuellement pas de base légale définissant ces droits. Toutefois, beaucoup d'établissements médico-sociaux ont élargi ces dernières années le droit à participation de leurs pensionnaires, qui sont par exemple consultés pour les décisions importantes. Par contre, il est encore très rare que les patients aient une représentation directe auprès de la direction de l'établissement ou auprès des instances dirigeantes. En effet, seuls 2% des établissements sondés offraient, en 1994, une telle représentation à leurs pensionnaires.

Il est également assez rare que les pensionnaires créent un groupe pour défendre leurs intérêts et le taux de 4% d'établissements en 1994 où de tels groupes existaient est là pour en témoigner. A Genève, une association s'est formée pour la défense des intérêts de personnes âgées en institutions (APAF - Association des pensionnaires des établissements pour personnes âgées et de leurs familles). Il est par contre plus fréquent d'organiser des assemblées relativement régulières afin que les pensionnaires puissent y faire part de leurs souhaits: en 1994, 23% des institutions organisaient ce type de réunions. De plus, dans 30% des établissements, les pensionnaires disposaient d'une représentation indirecte, car la direction accordait un droit à participation limité aux proches des personnes âgées. Pourtant, en 1994, 62% des établissements passés au crible ne disposaient encore d'aucune structure permettant une représentation ou une participation des pensionnaires. Pour expliquer ce manque en matière de représentation et de droit à participation, les directions avançaient deux facteurs principaux: d'une part, la faible mobilisation de la majorité des pensionnaires et le peu d'intérêt qu'ils manifestaient à l'égard de telles initiatives et, d'autre part, l'énorme hétérogénéité des besoins des pen-

sionnaires et la nécessité d'y apporter une réponse individualisée, ce qui rendait caduque le principe classique de représentation. En effet, l'individualisation (dans le sens où le pensionnaire peut librement choisir son menu ou les activités auxquelles il désire participer) est maintenant la stratégie la plus communément utilisée dans les institutions d'hébergement afin de prendre en compte les souhaits des personnes âgées.

Cependant, à l'instar de ce qui se fait essentiellement dans les établissements de grande taille, il peut se révéler très utile d'offrir une pluralité de moyens de participation et de décision concertée (par exemple, des groupes de travail, des réunions informelles, des conseils d'établissement etc...), même pour des personnes âgées qui sont diminuées sur le plan physique. Et il y a fort à parier que les futures générations de personnes âgées se trouvant en institution d'hébergement exigeront encore plus de pouvoir être représentées et de pouvoir participer aux décisions importantes.

6. Principaux résultats et perspectives

L'instauration de politiques sanitaires et sociales en faveur de la vieillesse - en particulier la mise en place du système des trois piliers - a fait ses preuves et a contribué substantivement au recul de la pauvreté dans la vieillesse. Cette situation a de bonnes chances de rester stable dans l'avenir, puisque les générations montantes vont de plus en plus compter, en ce qui concerne le versement de pensions de retraite, sur le système de prévoyance professionnelle par capitalisation.

Le risque de pauvreté des personnes retraitées actuelles s'est donc très nettement réduit. Il est probable que l'on constate une amélioration de la situation économique des retraités, bien que l'on observe encore claire-

ment des inégalités de ressources économiques chez les âgés. Dans le futur, il sera important de considérer non seulement la solidarité entre jeunes et aînés, mais également la solidarité entre les retraités aisés et les retraités les plus démunis. Les prestations AVS seront d'ailleurs un élément incontournable de l'assurance de l'existence des personnes âgées à faible revenu.

La qualité du logement de la plupart des âgés en Suisse est élevée. Sur la base des nombreux besoins liés au processus individuel du vieillissement, il est nécessaire de proposer de multiples formes différentes de logement. La promotion de la «vie à domicile» est indissociable de la mise en place de modifications plus spécifiques aux contraintes de la population très âgée (par exemple: structure de services ambulatoires, forme de logement adaptés aux incapacités liées à l'âge, etc.). Les besoins de nouvelles formes de logement et d'encadrement de soins augmente en particulier chez les octogénaires, nonagénaires et centenaires. De plus, tous les moyens de faciliter les contacts entre les générations, que ce soit dans la conception architecturale ou dans l'aménagement du territoire, devraient être fortement encouragés.

A l'opposé de la présentation pessimiste traditionnelle de la vieillesse, non seulement les conditions économiques et le logement se sont améliorés, mais également les réseaux de sociabilité et en particulier les contacts des âgés avec leur parenté et avec leur cercle d'amis. L'isolement social et la solitude dans la vieillesse n'est donc pas une norme et seule une minorité d'âgés n'a aucun ou très peu de contact avec l'entourage. Une attention spéciale devrait cependant être portée à cette minorité de personnes âgées isolées, soit à travers le renforcement des contacts avec les voisins et amis,

soit à travers les services ambulatoires qui sont à même de pallier et amener des solutions à cette tranche de la population.

Moins d'un quart de la population âgée de 80 ans et plus vit dans une institution d'hébergement et la moyenne d'âge des pensionnaires a très clairement augmenté durant la dernière décennie et augmentera vraisemblablement encore. La proportion des personnes atteintes de démences constitue une part importante des pensionnaires les plus handicapés et dépendants. L'analyse détaillée montre que les soins donnés aujourd'hui ne sont pratiquement plus comparables aux représentations traditionnelles et leur diversité s'est multipliée et adaptée aux problématiques individuelles. Il est ainsi difficile de décrire de façon générale les institutions d'hébergement comme des formes d'habitat «collectif». La question centrale repose moins sur la qualité des services et infrastructures que sur les images négatives persistantes des «pensions pour personnes âgées».

1. Le bien-être durant la vieillesse

Aussi bien l'Enquête nationale sur la pauvreté conduite en 1992 que l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993 ont fait ressortir deux faits¹. D'une part, la plupart des personnes vivant en Suisse présentent un niveau général de bien-être élevé et ceci est également le cas de la population âgée. D'autre part, plusieurs types de symptômes d'anxiété peuvent être fréquemment relevés dans la population âgée: fatigue, troubles du sommeil, maux de tête, inquiétude sur l'état de santé et anxiété sont ainsi particulièrement répandus.

Une étude théorique détaillée des facteurs ayant le plus d'influence sur le bien-être durant la vieillesse a été menée dans le cadre d'un projet interdisciplinaire sur la vieillesse (Projet IDA). Le Projet IDA est une étude longitudinale (débuté en 1960, puis 1965 et 1971) sur les paramètres médicaux, «Etude de Bâle» (Baslerstudie), qui a étendu son suivi sur 1993 et 1995 et a inclu au questionnaire des paramètres psychologiques. L'échantillon de personnes participant à cette étude était composé d'hommes et de femmes ayant été employés et salariés des grandes entreprises du secteur de la chimie de Bâle, âgés de 65 à 94 ans et qui avaient déjà fait l'objet d'une étude en 1960, en 1965 et en 1971. L'étude des facteurs influençant le bien-être durant la vieillesse, conduite par Pasqualina Perrig-Chiello, a permis de mettre en évidence les facteurs suivants²:

• Satisfaction des contacts sociaux

Deux observations principales ont pu être mises en évidence à ce sujet.

- 1) La confiance en ses propres capacités et les moyens de les influencer. Les contacts sociaux durant la vieillesse ont un effet positif sur l'aptitude des personnes âgées à prendre des initiatives pour venir

en aide aux autres personnes. Dans la tranche d'âge la plus jeune (65-74 ans), la satisfaction à l'égard des contacts sociaux a un effet positif sur l'estimation subjective de la mémoire. Il semble ainsi indispensable de se faire une idée positive de ses propres facultés mentales afin de pouvoir, ou plus précisément de vouloir, s'insérer sur le plan social durant sa vieillesse.

- 2) C'est la qualité et non la quantité des contacts qui importe le plus. Ni la fréquence des contacts sociaux, ni les personnes avec qui l'on a vécu (que ce soit avec des proches ou des amis) n'ont d'effets décisifs sur la satisfaction qu'éprouvent les femmes et les hommes âgés vis-à-vis de leurs contacts sociaux. A contrario, le fait que les personnes âgées estiment que leurs contacts sociaux étaient importants a pour corollaire une satisfaction de vie élevée. De manière tout à fait évidente, l'important était bien moins l'intimité du réseau social que l'importance émotionnelle que l'on accordait aux contacts sociaux (franchise, volonté d'avoir des contacts).

• Bien-être psychique

L'analyse des divers déterminants physiques, psychologiques et sociaux fait apparaître trois résultats centraux.

- 1) Importance du sentiment de contrôle de sa vie et de l'auto-estimation de ses propres capacités de mémoire. L'estimation subjective de ses propres facultés de mémoire, ainsi que le fait d'être persuadé qu'on peut aussi durant la vieillesse influencer sa vie comme on le souhaite, sont des éléments qui jouent un rôle essentiel dans le bien-être des jeunes générations de retraités. Chez les personnes plus âgées, le thème contrôle de sa vie et destin joue un rôle encore plus important:

¹ Voir Robert E. Leu, Stefan Burri, Tom Priester, (1997), Lebensqualität und Armut in der Schweiz, (Qualité de la vie et pauvreté en Suisse), Berne, éditions Haupt, ainsi que Theodor Abelin, Valerie Beer, Felix Gurtner (Ed.), (1998), Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/1993 (Santé des personnes âgées en Suisse. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993), Berne, éditions Haupt.

² Pasqualina Perrig-Chiello, (1997), Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen (Le bien-être durant la vieillesse. Les déterminants et les ressources physiques, psychiques et sociaux), Weinheim, Juventa.

moins les personnes âgées ont le sentiment que leur vie est uniquement confiée au destin et plus elles ont le sentiment de pouvoir la diriger à leur guise, plus elles éprouvent un sentiment de bien-être.

- 2) Influence des événements de la vie et du tissu de relations sociales. Les événements négatifs de la vie ont, comme on pouvait s'y attendre, un impact négatif sur le sentiment de bien-être éprouvé par les personnes âgées. Chez les personnes interrogées ayant de 65 à 74 ans, le bien-être va de pair avec le fait de penser que les relations sociales existantes étaient très positives. Chez les personnes ayant 75 ans ou plus, le bien-être est lié au fait de savoir, qu'en cas de besoin, il serait possible de demander de l'aide au conjoint ou à la conjointe, ou au membre de la famille le plus proche.
- 3) Rôle de la constitution physique et de l'hygiène de vie. Une constitution physique fragile, un âge biologique élevé et une légère fatigue générale provoquent, chez les personnes âgées, une diminution du sentiment de bien-être. Chez les personnes faisant partie de la tranche inférieure d'âge (de 65 à 74 ans), une importante activité physique semble être le préalable à un sentiment de bien-être, alors que chez les personnes faisant partie de la tranche d'âge supérieure (75 ans et plus), c'était une plus faible consommation de médicaments qui semble devoir permettre d'accéder au bien-être. Même la consommation journalière de cigarettes en 1971 était perçue, plus de 20 ans plus tard, comme ayant un effet négatif sur le bien-être de la personne qui les avait fumées.

- **Bien-être découlant de l'état de santé**

L'analyse détaillée a permis de mettre en évidence trois aspects centraux.

- 1) Le bien-être physique est une donnée fortement subjective. La consommation de médicaments est plus fortement associée à un mal-être physique qu'à des indicateurs de santé objectifs. Ce n'est pas celui qui est malade qui consomme le plus de médicaments, mais celui qui se sent malade. Le projet IDA a montré qu'il n'existait pas de lien significatif entre l'appréciation subjective de son propre état de santé et l'état de santé objectif dans lequel on se trouve réellement. Cette découverte est confirmée par d'autres travaux antérieurs qui ne démontrent qu'un lien faible, voire aucun lien, entre l'état de santé estimé par le patient et l'état de santé objectif dans lequel il se trouve effectivement.
- 2) Le style de vie mené pendant la jeunesse conditionne l'état de santé durant la vieillesse. On a constaté que les indicateurs sanitaires qui avait donné lieu à des relevés dans les enquêtes précédentes permettaient d'expliquer en grande partie le bien-être actuel des personnes étudiées. Ainsi, il a été possible de faire le lien entre une tension artérielle élevée et un faible taux de vitamine B1 Alpha notés en 1971 et un sentiment de mal-être découlant d'un mauvais de santé 20 ans plus tard. Il a aussi été possible d'évaluer l'effet prophylactique de l'hygiène de vie passée, dans la mesure où, même avec 20 ans de recul, la prise régulière de tranquillisants et une consommation régulière de tabac contribuaient à une dégradation de l'état général de santé.

3) La vieillesse ne va pas nécessairement de pair avec la maladie. Comme on pouvait s'y attendre, le fait de penser qu'il est possible d'influencer sa santé et, par ricochet, les maladies dont on est victime, joue un rôle considérable. Le fait que les personnes âgées soient persuadées qu'elles sont responsables de leur santé et qu'il est dès lors possible d'avoir recours aux médecins et aux traitements médicamenteux pour la maintenir à un niveau acceptable provoquait une amélioration générale de leur état médical. Les personnes plus âgées, se trouvant dans un état de santé plus dégradé, pensent, au contraire, que la maladie et la santé ne sont que les fruits d'un destin qu'on ne peut infléchir.

La comparaison entre des individus jeunes et moins jeunes a permis de mettre en évidence quelques différences intéressantes: chez les «jeunes vieux», l'estimation subjective de ses propres facultés de mémoire est un élément important parmi ceux influençant le sentiment de bien-être psychique, alors que tel n'est plus du tout le cas chez les personnes âgées de 75 ans et plus. A l'opposé, plus on est vieux, plus le fait d'être persuadé du caractère influençable de la santé prend de l'importance. On peut imaginer des facteurs contradictoires pouvant expliquer ces divergences. D'un côté, le sentiment de pouvoir, même durant sa vieillesse, faire volontairement et de manière active des choses susceptibles d'améliorer sa santé, augmente la sensation de bien-être. D'un autre côté, la survenance avec l'âge de handicaps massifs réduit le sentiment de pouvoir agir de façon décisive dans ce domaine. En même temps, il est apparu clairement que, chez les personnes âgées, le bien-être psychique n'est plus lié à l'état de santé physique.

D'une manière générale, il ressort que la devise «mens sana in corpore sano - un esprit sain dans un corps sain» est principalement adoptée par les personnes faisant partie de la tranche d'âge 65-74 ans, alors qu'elle n'a plus qu'une très faible valeur chez les personnes âgées de 75 ans et plus. De plus, chez les «jeunes vieux», ce sont bien moins les indicateurs de santé objectifs que leur interprétation subjective qui se révèlent les plus importants. Par contre, chez les personnes plus âgées, le bien-être psychique n'est plus du tout dicté par l'idée qu'elles se font de leur propre état de santé physique. Ce qui importe le plus c'est la force mentale, c'est-à-dire, d'un côté, le sentiment de garder un certain contrôle sur sa santé et, par conséquent, sur les maladies dont on pourrait être frappé et, d'un autre côté, le sentiment d'être en parfaite harmonie avec son passé, c'est-à-dire de ne rien en regretter.

En outre, et comme l'a démontré une analyse supplémentaire, plus la personne avance en âge, plus elle attache une importance à un déroulement rythmé des journées, des semaines et des années. Grâce à ce rythme qui scande les diverses activités temporelles de sa vie, la personne âgée cherche à rendre sa vie plus prévisible et donc mieux contrôlable. Ainsi, ce sont avant tout les personnes âgées qui se font une idée négative de leur propre état de santé qui ont le plus besoin d'avoir des journées et des semaines bien rythmées. Il est donc important, tout particulièrement si la personne est dans un état de santé dégradé ou si elle souffre d'une réduction de son autonomie fonctionnelle, qu'elle ait des rythmes journaliers et hebdomadaires bien établis, car il s'agit là d'un élément central de la qualité de sa vie.

2. Les activités physiques, sport et bien-être

De nombreux rapports de recherche et observations faites suite à des thérapies et des rééducations attestent des effets positifs de l'exercice physique et des activités sportives sur l'état de santé des personnes âgées. L'entraînement physique contrecarre les processus de dégénérescence et a un effet positif sur les capacités physiques, sur la force musculaire et même sur la qualité de l'os. L'exercice physique peut ainsi prévenir la survenance de maladies graves durant la vieillesse.

Dans le cadre de l'étude IDA, il a aussi été possible de montrer le lien positif existant entre activité physique et force physique, que ce soit parce que ce sont avant tout les personnes en bonne santé qui font du sport ou que ce soit parce que des exercices physiques bien ciblés provoquent une hausse sensible de la force physique. Le lien existant entre activité sportive et bien-être durant la vieillesse se révèle bien moins évident que celui liant entraînement et capacités physiques. Afin de mieux appréhender ce lien existant durant la vieillesse, une étude a été conduite, dans le cadre du projet de recherche IDA, sur 46 personnes âgées de 66 à 88 ans. 23 personnes ont pris part à un programme de musculation de 8 semaines, alors que les 23 autres ont conservé leur activité normale pour faire office de groupe de référence. L'entraînement physique, à raison d'une séance par semaine, comprenait 9 exercices différents réalisés sur des appareils de musculation. Chaque séance durait environ 90 minutes, après une période d'échauffement d'une dizaine de minutes¹.

En résumé, cette étude ne fait apparaître que peu de changements dans le bien-être, la nervosité et l'estimation de la mémoire entre autres qui

puissent être mis sur le compte des séances de musculation effectuées. Il a été établi que des séances de musculation sur une durée de 8 semaines ne pouvaient conduire qu'à une amélioration générale très limitée de la sensation de bien-être. On a toutefois noté des changements dans la perception de la vie et de l'environnement par les personnes ayant suivi ces séances de musculation: à la fin du programme, les participants étaient moins anxieux, se faisaient moins de souci pour leur avenir et estimaient faire une meilleure utilisation de leur vie. Ces effets sont certainement à mettre plus sur le compte de l'environnement social dont ils ont bénéficié durant ce programme que sur la musculation à proprement parler: l'entraînement avait lieu dans un centre de fitness équipé d'appareils de musculation du dernier cri et presque exclusivement fréquenté par des jeunes, ce qui a eu pour effet, au travers de l'entraînement, de permettre aux personnes âgées de renforcer leur sentiment de pouvoir faire face à des situations qu'elles croyaient, jusqu'alors, uniquement réservées aux jeunes générations. Ce qui démontre bien que l'environnement social dans lequel se déroulent les activités physiques est au moins aussi important que l'entraînement physique en lui-même.

3. Capacité de la mémoire et entraînement de la mémoire

La conservation des capacités cognitives est un élément primordial dans l'autonomie durant la vieillesse. La peur de se voir décliner sur le plan mental est très répandue chez beaucoup de personnes âgées ou en passe de le devenir, et ce, d'autant plus qu'on associe souvent de manière fallacieuse la perte de mémoire à une conséquence inéluctable du processus de vieillissement. Certes, les diminutions des capacités de mémorisation deviennent plus fréquentes

¹ Franziska Krings, (1995), Sportliche Aktivität und Wohlbefinden im Alter (Activité sportive et bien-être durant la vieillesse), Mémoire de Licence auprès de l'Institut de psychologie, Bâle, Université de Bâle, mimeo.

avec l'âge, mais ces changements sont, d'une part, très marqués par des différences individuelles et, d'autre part, ils n'affectent pas toutes les fonctions de la mémoire de la même façon. Dans le cadre du projet de recherche IDA, un test d'évaluation de la mémoire dirigé par ordinateur a été mis sur pied. Il permet de conduire de tels tests à tous les âges. En faisant appel à des modèles modernes de traitement informatique des données, il a été possible de mesurer différentes fonctions de la mémoire (comme la mémoire implicite et explicite, la mémoire de travail, la rapidité de réaction, ainsi que la capacité à reconnaître des éléments connus)¹.

Il est possible de résumer les résultats de cette étude comme suit. Si l'on considère les capacités de la mémoire consciente (implicite), on ne constate, en règle générale, aucun changement jusqu'à un âge élevé. Dans le domaine de la mémoire inconsciente (explicite), on constate qu'il s'agit d'un processus faisant appel automatiquement aux différentes expériences de la personne, bien souvent sans qu'elle n'ait à faire d'efforts pour les rechercher dans sa mémoire et, bien souvent, sans qu'elle ait le moindre souvenir conscient de ces expériences. Même dans le cas extrême de personnes âgées oubliant aussitôt les choses, on constate cependant que certains processus d'apprentissage continuent à se produire. Même les connaissances acquises conservées dans la mémoire à long terme ou la mémoire «résiduelle», qui se mesure plus ou plus moins grâce à la richesse du vocabulaire, peuvent être utilisés avec succès jusqu'à un âge avancé sans que l'on ne note des pertes significatives. Par contre, on remarque de fortes pertes liées à l'âge lors d'efforts de mémoire ponctuels et on retrouve des pertes très importantes liées au grand âge dans

des variables qui permettent de mesurer la rapidité et la capacité de traitement des informations. Il semble que la capacité de concentration, donc la rapidité de traitement des informations qui en découle, dont dispose la personne à un moment donné, forme comme un goulot limitant les capacités de réflexion de l'homme. Ces capacités sont fortement dépendantes de l'âge de la personne.

En résumé, cette étude démontre que les fonctions cognitives et la mémoire des personnes âgées sont tout particulièrement diminuées quand les personnes âgées sont soumises à la pression du temps, quand elles doivent accomplir plusieurs tâches simultanément ou quand ces personnes âgées essaient, sans aide extérieure, d'aller chercher des souvenirs enfouis au plus profond dans leur mémoire. Par contre, le stockage d'informations acquises grâce à l'expérience de la personne, puis l'utilisation ultérieure qui en est faite, fonctionnent aussi bien chez les personnes âgées que chez les jeunes. En d'autres termes, l'apprentissage est aussi possible à un âge avancé, mais il nécessite de disposer de suffisamment de temps et il doit faire appel à des expériences emmagasinées et vécues par la personne.

Grâce à cette étude, il a été possible d'établir un lien positif entre les indicateurs objectifs de la santé et les capacités de mémoire des personnes âgées. Les facteurs liés à la santé permettent ainsi d'expliquer les différences individuelles constatées dans les facultés de mémoire de personnes d'âge comparable. Parmi ces facteurs influençant ces capacités, il s'est avéré que la force musculaire jouait un rôle de premier plan, en particulier pour la mémoire à court terme et la mémoire à long terme. La force physique, et par la même occasion, l'entraînement physique,

¹ Voir Vera Kling, (1996), Kognitive Leistungsmessung beim alten Menschen. Validierung des GFT-Gedächtnis-Funktions-Tests (Mesure des capacités cognitives des personnes âgées. Validation du Test d'évaluation des Fonctions de Mémoire-TFM), Essai, Bâle, Université de Bâle.

améliorent les performances de la mémoire chez les personnes âgées. Les vitamines antioxydantes (l'acide ascorbique, le bêta-carotène et l'alpha-tocophérol) étaient aussi positivement associés aux performances de la mémoire à long terme chez les personnes âgées. Les valeurs constatées lors d'électro-cardiogrammes ou lors de prises de la tension artérielle n'ont pas révélé d'effets directs sur les fonctions de la mémoire étudiées. De manière plus surprenante, car contraire aux hypothèses de départ, les taux de vitamine E n'ont pas non plus révélé d'impact direct sur les fonctions étudiées¹.

Entraînement de la mémoire

Un nombre croissant de personnes âgées ne voient pas les pertes de mémoire comme un effet inéluctable du vieillissement, mais essaient d'intervenir activement de façon à les limiter. Durant ces dernières années, une très grande variété de programmes d'entraînement de la mémoire pour personnes âgées est apparue sur le marché. Parmi ceux-ci, il est possible de différencier les programmes qui se concentrent sur un entraînement spécifique de fonctions isolées de la mémoire (l'accent est mis sur les moyens mémotechniques) et les programmes qui visent beaucoup plus à tenir compte des déterminants personnels des processus d'apprentissage (ouverture d'esprit, confiance en soi). La critique souvent émise à l'encontre des programmes visant à un entraînement pur et dur de la mémoire est leur trop courte durée et le fait qu'ils soient «hors contexte» par rapport à la vie de tous les jours. Selon les nouvelles données sur les facteurs permettant d'améliorer les performances de la mémoire, on relève, à côté des techniques d'apprentissage et de mémorisation classiques, les déterminants psychiques et physiologiques qui affectent la personne (dispositions émotionnelles, constitution

physique, conditions de perception etc...).

Une ébauche multi-modale de programme d'entraînement de la mémoire a été mise sur pied dans le cadre du projet de recherche IDA et l'entraînement, mené sur une période de 10 semaines (par exemple, au moyen de jeux de rôles), a eu pour conséquence une optimisation des déterminants d'apprentissage, qu'ils soient d'origine cognitive ou émotionnelle. La comparaison entre le groupe ayant suivi l'entraînement (composé de 23 personnes d'un âge moyen de 72 ans) et un groupe de référence constitué de personnes d'un âge moyen équivalent a mis en lumière une amélioration significative des performances du premier groupe dans le domaine de la reconnaissance de mots et de symboles déjà connus, mais n'a pas révélé d'amélioration de la mémoire non stimulée. Cette étude a, en outre, permis de mieux comprendre le fonctionnement de la mémoire et des modifications intervenant dans cette dernière. On a de plus noté à la fin de la période d'entraînement une réactivation des certaines perceptions sensorielles disparues (telles que le toucher ou l'odorat). Accessoirement, il s'est aussi avéré qu'il fallait accorder une attention particulière aux besoins réels de chaque femme et de chaque homme, afin d'éviter par exemple que les femmes ne soient dépassées par les contraintes imposées par des appareils normalement destinés à des hommes².

4. Dépression et symptômes dépressifs

Les troubles psychiques et cognitifs ne sont certes pas des problèmes inhérents au processus de vieillissement, mais les risques de maladies psychiques et cérébrales organiques sont plus fréquents surtout chez les personnes de très grand âge.

¹ Voir Walter Perrig, Pasqualina Perrig-Chiello, Hannes B. Stähelin, (1997), The relation between antioxidants and memory performance in the old and very old, *Journal of the American Geriatric Society*, 45,6: 718-724.

² Andrea Kaiser, (1995), Multifunktionales Gedächtnis- und Reattributionstraining im Alter (Entraînement multifonctionnel de la mémoire et de la réattribution durant la vieillesse), mémoire de Licence, Institut de Psychologie, Bâle, Université de Bâle.

Les troubles organiques cérébraux des personnes âgées sous leurs différentes formes (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, syndrome psycho-organique) sont depuis longtemps considérés comme un des problèmes majeurs de santé publique et d'économie de la santé. La dépression est un autre thème très important et les études qui s'y rapportent font état d'un risque accru de dépression chez certains groupes de personnes âgées. Etant donné que la dépression est souvent associée chez les âgés à des atteintes et troubles cognitifs, il peut, dans certains cas, être difficile de savoir si celle-ci est liée à des déficits cognitifs, à un début de démence et/ou vraiment à une maladie dépressive. Afin de pouvoir faire une estimation exacte de la fréquence, liée à l'âge, des troubles démentiels et/ou dépressifs, une étude épidémiologique portant sur des retraités venant de deux cantons a été organisée dans le cadre du PNR32¹. A cette fin, 921 personnes ont été vues en 1995, âgées de 65 ans et plus (y compris des pensionnaires d'institutions d'hébergement) vivant dans les cantons de Genève et de Zurich.

Les dépressions graves étaient rares au sein de la population étudiée. La prévalence de dépressions graves était de 2% selon la classification internationale des maladies (CIM). Les symptômes dépressifs sont, eux, plus fréquents. Sur la foi d'une vaste analyse de résultats de recherches disponibles, Christian Adam² estime que les dépressions graves chez les personnes âgées représentent un tiers du total des cas, alors que les dépressions légères représentent les deux tiers restants. Durant cette enquête menée dans le cadre du PNR32, les symptômes dépressifs ont été évalués grâce à l'échelle d'évaluation psychogériatrique «Psycho-geriatric Assessment Scale» (PAS); l'existence de plus de trois symptômes dépressifs

signalait un risque accru de maladie dépressive. Ainsi la prévalence de la dépression grave en Suisse atteint 4% pour les hommes âgés de 65 ans et plus et 10% pour les femmes de la même catégorie. Ce taux différentiel selon le sexe correspond à d'autres études mettant en évidence un risque de dépression deux fois plus élevé chez les femmes âgées que chez les hommes d'un âge équivalent. Cette constatation est le reflet des différences existant entre les hommes et les femmes en matière de charges quotidiennes et de stress. Les femmes sont, en général, plus soumises au stress que les hommes et doivent plus souvent faire face à des événements très difficiles à surmonter (veuvage, par exemple). D'autre part, cela reflète aussi des différences dans la façon dont les hommes et les femmes font face aux problèmes et au stress. Confrontées à un problème, les femmes réagissent plus souvent en sombrant dans une attitude dépressive et l'expriment, alors que les hommes ont plutôt tendance à adopter une attitude agressive, y compris à leur propre égard ou à se replier sur eux-mêmes jusqu'au moment où la dépression atteint une gravité à risque de mortalité. C'est la raison pour laquelle les femmes présentent plus fréquemment des symptômes dépressifs, alors que les hommes ont un taux de suicide plus élevé que les femmes quel que soit leur âge.

Par contre, la thèse affirmant que les symptômes dépressifs deviennent de plus en plus fréquents au fur et à mesure que l'on avance dans l'âge ne s'est pas trouvé confirmé dans l'analyse des données de cette étude. La fréquence plus élevée de troubles dépressifs est bien moins liée à l'âge en tant que tel qu'à la survenance d'événements de vie difficiles à surmonter (veuvage, maladie, etc..). Faire coïncider vieillesse et état dépressif est donc une grave erreur.

1 Projet du PNR32: Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée: une étude épidémiologique/ Demenz, Depression, Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung. François R. Hermann (Genève), Jean-Pierre Michel (Genève), Felix Gutzwiller (Zurich), Alexander Scott Anderson (Canberra), projet numéro 4032-042654, Rapport final, Genève, (1997), mimeo. Ce projet a été cofinancé par l'association suisse sur la maladie d'Alzheimer.

2 Christian Adam (1998), Depressive Störungen im Alter. Epidemiologische und soziale Bedingungen (Troubles dépressifs chez les personnes âgées. Conditions épidémiologiques et sociales), Weinheim, Juventa.

La comparaison, conduite par le Centre Interfacultaire de Gérontologie de Genève, entre Genève et le Valais central sur 15 ans d'écart montre en outre que les symptômes dépressifs ont reculé entre 1979 et 1994. Ainsi, nettement moins de retraités et de retraitées montrent aujourd'hui des symptômes dépressifs comparés à il y a 15 ans¹. La raison de cette amélioration du bien-être psychique, ou plus précisément de ce recul de la fréquence de troubles dépressifs, est à chercher, d'une part, dans les progrès économiques et sociaux dont profitent les retraités d'aujourd'hui. D'autre part, cette amélioration traduit aussi des changements intervenus dans l'environnement social des personnes âgées qui leur permettent de développer et d'utiliser leurs compétences et leurs ressources durant la vieillesse, ainsi que dans leur état de santé qui leur permet de rester actif plus longtemps.

5. Démence et altérations cognitives

Aucune donnée n'existait en Suisse sur le nombre et la prévalence des personnes atteintes de démences, alors que la plupart des pays occidentaux ont établi ces données au niveau national. Ainsi, une étude épidémiologique de prévalence de la démence et de la dépression a été menée à Genève et à Zurich². Elle démontre qu'il n'existe aucune différence entre les deux régions linguistiques dans la fréquence de la démence chez les personnes âgées.  tant donné que plus de femmes que d'hommes arrivent à un âge très avancé, la majorité des personnes frappées de démence est de sexe féminin. Dans les générations étudiées, le niveau de formation atteint par les femmes est sensiblement plus bas que celui des hommes, ce qui a son importance car les indicateurs de déficits cognitifs utilisés actuellement font apparaître plus rapidement chez les personnes d'un niveau de forma-

tion plus faible. Si on se livre à une analyse contrôlée pour le sexe et le niveau de formation, les différences entre les sexes perdent toutefois de leur importance. Ceci tendrait à montrer que le risque de troubles organiques cérébraux n'est pas lié au sexe de la personne, bien que ceci ne soit pas démontré avec consistance dans les études internationales.

Par contre, au niveau des facteurs génétiques, la présence d'une ou deux allèles Apo E4 multiplie le risque de démence par 3,9. Il s'agit du gène de l'Apolipoprotéine, une protéine qui joue un rôle important dans les échanges lipidiques. Depuis longtemps déjà, le débat s'est fait jour sur le rôle joué par l'albumine Apo E dans l'apparition de la maladie d'Alzheimer. On sait déjà que le gène Apo E possède trois variantes qui sont désignées sous les appellations Apo E2, E3 et E4. Les études génétiques démontrent justement que le fait d'hériter génétiquement de l'Apo E4 va de pair, aussi bien avec un risque élevé de contracter ce type de maladie, qu'avec une survenue précoce de cette dernière. L'étude menée dans le cadre du PNR32 confirme les résultats de ces recherches.

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus étudiées à Genève et à Zurich, la prévalence de la démence s'élève à plus de 8%. Comme on pouvait s'y attendre, cette étude a aussi révélé une forte augmentation de la fréquence de la démence avec les groupes d'âge supérieur. Si l'on traduit en nombre de cas les valeurs de prévalence ayant actuellement cours pour l'ensemble de la Suisse, on arrive à une estimation de plus de 80'000 personnes de 65 ans et plus souffrant de démence. Du fait de l'augmentation du nombre de personnes de très grand âge, on devrait, dans les prochaines années, assister à une explosion du nombre de personnes frap-

1 Pour Genève: Christian Lalive d'Epinay, Jean-François Bickel, Carole Maystre, Jean François Riand, Nathalie Vollenwyder, (1997), Les personnes âgées à Genève 1979-1994. Santé, famille, réseaux d'aide et de soins, Les cahiers de la santé, n. 8, Genève, Département de l'action sociale et de la santé. Pour le Valais: Christian Lalive d'Epinay, Carole Maystre, Hermann-Michel Hagmann, Jean-François Riand, Astrid Stuckelberger, (1997), Etat de santé et réseaux d'aide de la population âgée en Valais central, dans Hermann-Michel Hagmann, Jean-Pierre Fagni re ( d.) Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation, Lausanne, Réalités Sociales, pages 97-120.

2 François Hermann, Jean-Pierre Michel, Felix Gutzwiller, A. S. Henderson, (1997), Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personnes âgée, Projet numéro 4032-042654, Rapport final, Genève, mimeo.

pées de démence, ce qui représente un défi considérable pour la société, le système de santé et la politique sociale. Ainsi, la proportion de pensionnaires touchés par la démence (hommes et femmes confondus) dans la population vivant à domicile et dans les institutions d'hébergement devrait encore augmenter dans les années à venir. On estime qu'en l'an 2000, 60% des pensionnaires (hommes et femmes confondus) d'institutions d'hébergement devraient souffrir de troubles organiques cérébraux. Il est ainsi impératif d'anticiper ce phénomène et inclure dans toute planification de la santé la problématique de la démence.

6. Principaux résultats et perspectives

Les personnes âgées en Suisse vivent, à plusieurs niveaux, avec un bien-être élevé. Le vieillissement en lui-même ne conduit pas à la réduction du bien-être psychologique. La maxime «un esprit sain dans un corps sain» concerne avant tout les sexagénaires et septagénaires. Il est d'ailleurs reconnu que le bien-être personnel est associé au parcours que chacun a fait dans sa vie et que l'estimation subjective de sa santé prévaut sur la santé objective.

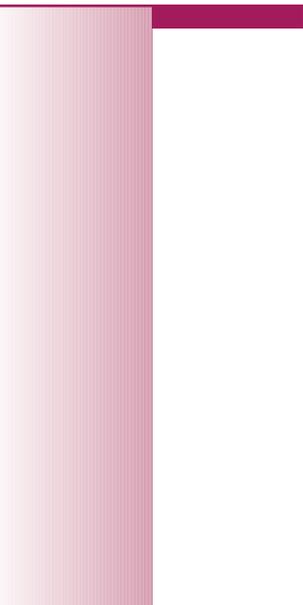
Chez les 75 ans et plus, le bien-être psychique est fortement lié à la force mentale, donc entre autre au sentiment de contrôle que l'on a sur sa santé ou sa maladie ainsi qu'au sentiment d'être en accord avec son passé.

Le sport et les activités physiques ont un effet positif sur l'état de santé des personnes âgées. Ce qui reste questionnable est l'effet des activités physiques sur le bien-être psychologique. Une étude pilote a démontré que l'entraînement dans un fitness, où les âgés côtoient des plus jeunes générations, augmente leur confiance en eux-mêmes.

Les modifications des fonctions cognitives peuvent être diverses et les différences individuelles sont très marquées durant le vieillissement. Ainsi l'assimilation et l'utilisation des stratégies et expériences de vie chez les personnes âgées en bonne santé fonctionne aussi bien que chez les jeunes adultes. De plus, le potentiel pour apprendre s'étend sur toute la vie jusqu'aux âges les plus élevés, si l'on considère les bases acquises et que l'on y consacre le temps nécessaire. L'entraînement de la mémoire par exemple a prouvé son efficacité lorsque l'on met en parallèle des techniques d'apprentissage et de mémorisation avec l'activation de conditions psychiques et physiologiques (réglage émotionnel, stimulation des sens du goût et de l'odorat, etc.). Les femmes et les hommes âgés actuels sont très différenciés quant aux conditions et besoins, ainsi est-il préférable d'éviter que les femmes soient «entravées» par les structures faites pour les hommes en mettant en place des conditions d'apprentissage cognitif spécifiques aux différences entre hommes et femmes.

Bien que les dépressions graves ne soient pas prévalentes dans la vieillesse, les symptômes dépressifs, par contre, sont plus fréquents, en particulier chez la femme. Les facteurs liés à ces symptômes dépressifs sont moins l'âge en lui-même que les événements de vie critiques de cette tranche de vie tel que le veuvage, le décès des contemporains proches, les maladies, etc. Si l'on compare les cohortes différentes, les résultats montrent cependant que les retraités aujourd'hui jouissent très nettement d'un meilleur état de santé psychique que les retraités des générations antérieures.

Les maladies dégénératives ne font pas partie du vieillissement normal des individus, mais le risque de maladies dégénératives, telles que la



démence, augmente avec l'âge. Actuellement en Suisse, 80'000 retraités souffrent de troubles dégénératifs et, au vu de l'explosion démographique de la population très âgée, les maladies telles que la démence posent un défi sans précédent pour les soins ambulatoires et stationnaires. Bien que la démence n'ait pas encore identifié de moyens préventifs pour l'éviter, de plus en plus d'expériences médicamenteuses et thérapeutiques sont opérées pour ralentir le processus et soulager les patients. Dans ce contexte, il est essentiel de toujours préserver la dignité et la valeur de la personne touchée par la démence.

1. Vieillesse démographique et coûts de la santé

A première vue, on associe aisément vieillissement démographique et augmentation des dépenses de santé. En d'autres termes, c'est du moins l'argumentation classique, un nombre toujours plus important de personnes âgées, et en premier lieu, de femmes et d'hommes de très grand âge, conduit à une hausse des dépenses para-médicales et de santé. Dans la réalité des faits, l'augmentation des dépenses en matière de santé est comparativement plus forte que le vieillissement démographique de la population. De plus, les données suisses laissent apparaître, qu'entre 1971 et 1991, seul un cinquième de l'augmentation des dépenses de santé couvertes par les assurances-maladie est imputable au vieillissement démographique¹.

Une analyse économique des coûts de santé², conduite dans le cadre du PNR32, a montré que l'âge en soi a beaucoup moins d'effet sur les dépenses de santé quand on tient compte du temps que les personnes ont encore à vivre. C'est avant tout la proximité de la fin de la vie qui provoque une forte hausse des dépenses de santé. «La mort est devenue chère», la vieillesse l'est moins. Le coût «du décès» (c'est-à-dire, les dépenses de santé faites durant les dernières années de vie de la personne) représentent aujourd'hui un coût estimé s'élevant à environ 25 à 30% du total des dépenses de santé en Suisse. Ce coût de décès élevé reflète des situations très différentes (risques élevés lors d'opérations qui sont justement très onéreuses, soins intensifs et traitement de personnes se trouvant en phase terminale etc...). Dans chaque cas, les dépenses occasionnées par les soins médicaux prodigués à des personnes atteintes de maladies incurables dépassent de plusieurs fois la moyen-

ne des dépenses de santé en Suisse. Une analyse plus détaillée a montré que les coûts liés au décès (c'est-à-dire, les dépenses de santé faites durant la dernière année de vie du patient) ne varient que très peu en fonction de l'âge de la personne traitée et sont donc relativement indépendantes du fait que celui-ci décède à l'âge de 70, 80 ou 90 ans. Les économistes de la santé, Stefan Felder et Peter Zweifel, concluent leur analyse des coûts de santé en soulignant que le rapport établi entre âge et dépenses de santé ne provient pas de l'âge civil de la personne, mais est imputable aux effets cumulés de la hausse du taux de décès avec l'âge liés à une augmentation des coûts de décès, coûts qui sont, eux, indépendants de l'âge de la personne. Cette méthode d'évaluation relativise clairement le lien très souvent fait entre dépenses de santé, vieillesse et vieillissement démographique. C'est pour cette raison que les scénarii catastrophes prévoyant une explosion des dépenses de santé consécutive à l'évolution démographique de la population devraient se révéler erroné. Il est recommandé qu'à l'avenir les bases de discussions politiques et sociales tiennent compte de ces données pour toute décisions ultérieures.

2. Etat de santé des âgés et très âgés

La santé et la maladie durant la vieillesse sont des phénomènes qui ne peuvent être considérés que de façons interdisciplinaires et inter-sectorielles. Précisons d'abord que l'égalité «vieux = malade» ne se justifie pas aujourd'hui car les données épidémiologiques montrent que la fréquence de la morbidité augmente certes avec l'âge, mais que les maladies, les plaintes et les handicaps ne concernent finalement qu'une minorité de la population, même à un âge très avancé; le critère de l'âge chrono-

1 Voir Office fédéral de la Statistique, (1996), Herausforderung Bevölkerungswandel. Perspektiven für die Schweiz (Défi de l'évolution de la population. Perspectives pour la Suisse), Berne, page 102.

2 Voir Peter Zweifel, Stefan Felder (Ed.), (1996), Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses (Une analyse économique du processus de vieillissement), Berne, éditions Haupt.

gique ne s'avère ainsi pas un indicateur fiable en gérontologie et est remis en cause par des notions autres tels que l'âge biologique, l'âge social ou psychologique. De plus, l'on sait aujourd'hui que les facteurs sociaux et le vécu de la personne jouent un rôle clé sur la façon dont on vieillit.

La recherche moderne en gérontologie met en évidence quatre constatations principales:

- la maladie durant la vieillesse n'est pas un phénomène inévitable et inéluctable, mais bien plus un phénomène qui découle de la vie menée par la personne dans sa jeunesse;
- le bien-être et la santé des personnes âgées est très fortement soumis à une part de subjectivité quel que soit leur état de santé objectif;
- les variations de l'état de santé durant la vieillesse ne se font pas de manière linéaire, et l'idée qui associe une détérioration irréversible de la santé à l'élévation de l'âge est aujourd'hui grandement contrecarré par les résultats scientifiques;
- même chez les personnes d'un âge très avancé, il est possible, même si cela a été, jusqu'ici, fort peu mis en pratique, d'intervenir sur la santé et même de mener certaines rééducations ou réversibilité de situation.

Auto-évaluation de l'état de santé par les personnes âgées

Certes, le nombre de femmes et d'hommes qui considèrent que leur santé est moyenne, voire mauvaise, augmente avec l'âge, mais il est surprenant de voir combien de personnes âgées estiment que leur état de santé est bon. Ainsi, d'après l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993, 72% des personnes âgées de 65 à 79 ans et vivant encore à domicile considèrent que leur état de

santé est bon, voire très bon, et encore 62% chez les personnes plus âgées (85 ans et plus). Il en ressort aussi que les hommes âgés sont un peu plus nombreux que les femmes d'âge comparable à estimer que leur état de santé est bon; ceci est en fait le pendant d'un taux plus élevé chez les femmes que chez les hommes âgés de troubles et handicaps physiques systématiques. En même temps, on constate que les romands rapportent une moins bonne santé auto-évaluée que les personnes âgées venant de Suisse alémanique¹. L'étude comparative menée à Genève et en Valais central a, en outre, montré que la proportion de personnes âgées qui évaluent leur propre état de santé comme mauvais, a sensiblement baissé entre 1979 et 1994. A contrario, la proportion de personnes âgées qui estiment jouir d'un bon état de santé, a augmenté sur la même période². Ces résultats mettent en lumière que l'évaluation des personnes âgées de leur santé s'est nettement améliorée au cours de ces dernières années.

Troubles de santé et problèmes sensoriels

Les problèmes articulaires, les maux de dos, les troubles du sommeil, ainsi qu'une faiblesse et une fatigue générales sont les troubles dont souffrent le plus souvent les personnes âgées. Les analyses détaillées montrent que le risque de troubles physiques graves n'est lié à l'âge, en tant que donnée intrinsèque, que dans le cas de personnes ayant plus de 85 ans. Il faut d'abord relever que les différences entre sexes sont très marquées. Selon l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993, un peu moins de la moitié des femmes âgées de 75 ans et plus se plaignent de troubles physiques, alors que seul un quart des hommes en sont touchés pour la même tranche d'âge. Le fait que les femmes âgées souffrent plus souvent que les

1 A propos de la santé des hommes et des femmes âgés vivant à domicile, voir tout particulièrement Theodor Abelin, Valerie Beer, Felix Gurtner (Ed.), (1998), *Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/1993* (Santé des personnes âgées en Suisse. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993), Berne, éditions Haupt. Voir également Astrid Stuckelberger et François Höpflinger (1996), *Viellissement différentiel homme-femme*. Editions Seismo, Zürich.

2 Voir Lalive d'Epinay C.J., Michel J.-P., Maystre C., Riand J.-F. et Stuckelberger A. (1996), *Santé de la population âgée à Genève: une comparaison de l'état de santé fonctionnelle, psychique et auto-évaluée en 1979 et en 1994*. *Médecine & Hygiène*, 54:2145-52. Ainsi que Christian Lalive d'Epinay, Carole Maystre, Jean-François Bickel, Hermann-Michel Hagmann, Jean-Pierre Michel, Jean François Riand, (1997), *Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions suisses et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994)*, *Cahiers médico-sociaux*, 41:109-131.

hommes du même âge de maladies chroniques de longue durée (rhumatismes, maux de dos, troubles du sommeil) est une des raisons permettant d'expliquer cette différence. D'autre part, les inégalités sociales passées et actuelles continuent de produire leurs effets. Ainsi, l'espérance de vie continue à être inégalitaire sur le plan social, car les personnes riches et ayant un niveau de formation élevé continuent à vivre plus longtemps que celles qui sont pauvres et qui n'ont que peu de qualifications. De manière tout à fait analogue, les personnes âgées disposant d'un faible revenu courent un risque supérieur à la moyenne d'être touchées par des troubles de santé et des handicaps.

Les problèmes sensoriels sont aussi plus fréquents chez les personnes de très grand âge, et leur conséquence peut parfois se traduire en une diminution massive des capacités sensorielles, et ainsi des facultés de communication sociale. La diminution de l'acuité visuelle est un phénomène qui est plus particulièrement fréquent chez les hommes et les femmes ayant plus de 84 ans; elle est avant tout le corollaire des processus du vieillissement physiologique qui diminue l'élasticité du cristallin, et par là même, la capacité de «mise au point» de l'oeil. Par la suite, cela peut conduire à l'opacification du cristallin (cataracte) et/ou à une humeur hyaloïde de l'oeil. Dans les cas graves d'opacification du cristallin, il est possible de le remplacer par un cristallin d'origine synthétique. Les opérations de la cataracte font ainsi partie des interventions médicales les plus courantes chez les personnes âgées.

3. Problèmes auditifs et restriction de la communication

La diminution des facultés auditives est aussi un problème sensoriel courant chez les personnes âgées. Dans la plupart des cas, les pertes auditives

peuvent, de nos jours, être compensées par le port d'appareils auditifs. Les chiffres révélés par l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993 montrent toutefois que seule une faible proportion des personnes âgées ayant une mauvaise audition ont recours à une aide auditive (appareil auditif). L'analyse plus fine a permis de mettre en évidence que le nombre de personnes âgées présentant une déficience auditive et ayant recours à un appareil auditif était plus important en Suisse alémanique qu'en Suisse romande. En moyenne, les hommes sans formation professionnelle ont moins souvent recours à ces appareils auditifs et attestent de l'influence des facteurs sociaux et culturels sur l'information ou l'accès adéquat et sur la prise de décision d'utiliser ou non un appareil auditif. D'un côté, l'effet du vieillissement sur les problèmes d'audition et plus spécialement sur la modification des conduits auditifs centraux et périphériques n'a pu, jusqu'à ce jour, être totalement élucidé. D'un autre côté, l'influence de facteurs internes et externes est certaine (exposition prolongée au bruit, les substances ototoxiques, la nicotine, les problèmes vasculaires et l'alimentation).

La représentation clinique que l'on peut se faire des difficultés liées à l'âge (presbytie) fait apparaître une perte symétrique de l'audition, en particulier pour les fréquences élevées. En outre, les pertes d'audition liées à la vieillesse ont pour corollaire d'entraîner des difficultés de compréhension dans les discussions, surtout lorsque le fond sonore est important. Ainsi beaucoup des personnes âgées concernées par ce problème se sentent fortement limitées dans leurs possibilités de communication et se retirent de ce fait de leur cercle social habituel. Cela peut conduire à une disparition de la communication et entraîner un isolement social.

Dans le cadre du PNR32, une étude exploratoire a été menée à la clinique universitaire ORL de l'Hôpital cantonal de Bâle auprès de 201 personnes âgées de 60 ans et plus et qui ressentent une diminution de leurs facultés auditives¹. Cette étude visait à faire un inventaire détaillé des troubles de la communication auditive et à établir une liste précise des besoins de communication éprouvés par ces personnes. Les relations entre les pertes d'audition, mesurées à l'aide de méthodes audiologiques récentes, et l'estimation subjective du handicap auditif faite par le patient ont été investiguées. En effet, des expériences déjà menées dans ce domaine, demandaient à être complétées, car elles mettaient en évidence que les troubles de l'audition et de la communication chez les personnes âgées ne pouvaient être que partiellement cernés au moyen des méthodes et des tests traditionnels, ce qui avait parfois conduit à réaliser des interventions peu satisfaisantes. Ainsi, l'étendue des lésions fonctionnelles (compréhension de la parole, perception d'autres signaux auditifs tels qu'une sonnerie de téléphone, une sonnette, de la musique etc...) dépend de facteurs du style de vie de la personne et de la situation sociale dans laquelle elle se trouve. De telle sorte que les conséquences d'une perte d'audition sont déterminées par des facteurs individuels (facultés naturelles de communication, dispositions émotionnelles) et par l'environnement (par exemple, le comportement de la famille et des amis ou les nuisances sonores dans l'habitat naturel). Il importe donc de tenir compte de la situation individuelle de la personne lors de la mise en place de conseils et d'un suivi audiologiques.

En plus des mesures audiologiques, l'équipe de recherche a eu recours à un test audiométrique de la parole développé récemment, le «Basler

Satztest-test bâlois de phraséologie». Il permet d'évaluer les lésions affectant la communication auditive dans un environnement bruyant (des phrases simples de la vie quotidienne sont prononcées sur un fond sonore perturbant en permanence la personne qui les écoute). Cela permet de tenir compte non seulement de l'environnement sonore «naturel» mais également d'un problème propre aux personnes âgées, à savoir une perception réduite de la parole dans le cas où l'environnement est bruyant, par exemple lors d'une fête ou dans un lieu public. Les résultats obtenus auprès de la population étudiée (109 hommes et 92 femmes, d'un âge moyen de 72,7 ans) correspondent aux attentes de l'équipe: les facultés auditives des personnes âgées baissent de manière continue au fur et à mesure que l'on monte dans la gamme des fréquences sonores. La comparaison entre estimation objective de la perte auditive et compréhension de la parole a montré qu'une perte auditive inférieure à 30 décibels avait généralement peu d'effets sur la compréhension des paroles prononcées habituellement dans la vie quotidienne. Ce n'est qu'à partir d'une perte de 30 décibels que ces perturbations augmentent rapidement.

On a ainsi pu noter des différences sensibles dans la perception subjective du handicap auditif, ce qui prouve que chaque personne réagit de manière différente aux pertes d'audition. L'évaluation subjective des lésions par le sujet âgé ne dépend qu'en partie de la gravité de ces lésions; elle est aussi déterminée par des facteurs tels que la personnalité, l'émotivité, les fonctions sociales et les besoins de communication. Une étude qui ne porterait que sur des mesures audiologiques ne permettrait pas, dans environ un tiers des cas, de dépister de manière satisfaisante les besoins réels des patients. Il n'est pas

¹ Voir S. Bertoli, R. Probst, (1995), Troubles de la communication auditive liés au vieillissement, Médecine et Hygiène, 53, 2094: 2374-2378. Voir aussi S. Bertoli, R. Probst, P. Jordan, (1996), Das Hörhandicap-eine Ergänzung zum audiometrischen Hörverlust. Ergebnisse einer explorativen Studie über auditive Kommunikationsstörungen im Alter (Les handicaps auditifs - Compléments sur les pertes audiométriques de l'audition. Résultats d'une étude exploratoire sur la destruction de la communication des personnes âgées pour cause de troubles auditifs), ORL, 44: 3376-3384.

rare que des patients reçoivent des appareils auditifs qui, sur la base de résultats de tests uniquement audiologiques, sont parfaitement adaptés au niveau physiologique, mais qui finissent pourtant dans le fond d'un tiroir car inadéquat à l'environnement sonore et aux besoins de la personne, alors que d'un autre côté, des patients se plaignant de problèmes de communication dans la vie de tous les jours s'entendent dire qu'ils ne souffrent que de très légers problèmes auditifs. Pour qu'une personne accepte des mesures thérapeutiques ou de rééducation, c'est avant tout la perception qu'elle a des limitations fonctionnelles dans sa vie de tous les jours qui est le facteur motivant et non l'estimation subjective des pertes auditives dont elle souffre. C'est la raison pour laquelle il convient de compléter les tests audiologiques par un questionnaire portant sur le handicap auditif. A ce sujet, il faut préciser que le questionnaire sur les handicaps auditifs développé dans le cadre de ce projet devrait effectivement devenir une pièce indispensable des expertises menées sur les personnes âgées afin de les pourvoir avec des appareils de correction auditive adéquats.

4. Style de vie et comportement de santé

Le style de vie et les comportements de santé sont aujourd'hui reconnus comme des facteurs indissociables de l'état de santé d'un individu. Dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993, les aspects suivants des comportements de santé et des styles de vie qui y sont liés ont été pris en compte: alimentation, activité physique, consommation d'alcool, de tabac ou de médicaments, ainsi que le poids de la personne, car les surcharges pondérales représentent un risque important de problèmes cardio-vasculaires¹.

Alimentation: les données montrent que les femmes accordent plus d'attention que les hommes à une alimentation équilibrée. On constate que, plus les hommes sont âgés, plus ils accordaient d'importance à leur alimentation. Les différences les plus importantes entre les groupes d'âge sont apparues dans la consommation de graisses et de sel. Plus le niveau d'éducation ou la qualification durant la vie est élevé et plus on est conscient de la nécessité de se nourrir de façon équilibrée. D'autre part, les hommes âgés vivant seuls forment un groupe particulièrement à risque, car ils ont fréquemment formé de mauvaises habitudes alimentaires ou ne savent tout simplement pas se nourrir seul, notamment suite à un veuvage. A l'inverse, les femmes vivant seules sont, elles, plus attachées à une alimentation saine et équilibrée.

Surcharge pondérale: d'une manière générale, les personnes âgées ont plus souvent des problèmes de poids que les jeunes. Environ 50% des retraités et environ 38% des retraitées vivant en ménage privé présentent une surcharge pondérale. Toutefois, seule une personne âgée sur dix est réellement une très forte consommatrice de graisses. Les problèmes de poids sont, comme tous les autres aspects du comportement de santé, liés aux facteurs sociaux et la courbe des surcharges pondérales est inverse au niveau de formation et de qualification des personnes âgées.

Activités physiques: quel que soit l'âge et même à un âge avancé, l'activité physique joue un rôle déterminant sur la santé; non seulement, les excès de poids sont évités ou diminués, mais grâce à l'entraînement, la masse musculaire et osseuse peuvent être augmentées. Les effets préventifs et bénéfiques pour la santé d'un entraînement dynamique de longue durée (en faisant alterner des phases

¹ Voir tout particulièrement à ce sujet Th. Abelin, V. Beer, F. Gurtner (Ed.), (1998), *Gesundheit der Befragten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/ 1993* (Santé des personnes âgées en Suisse. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 1992/ 1993), Berne, éditions Haupt.

longues de contraction et de repos de la musculature) sont maintenant prouvés et reconnus¹. Comme on pouvait s'y attendre, les activités physiques sont de moins en moins fréquentes avec les groupes d'âge supérieurs, bien que ceci puisse également refléter un effet de cohorte, les jeunes générations d'âgés étant plus socialisés au sport et activités que leurs aïeux, ne serait-ce que par l'infrastructure sportive de plus en plus accessible à tous les âges. Comme pour les autres aspects des comportements de santé étudiés dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé 1992/93, on constate que les activités physiques sont fortement liées à la situation sociale de la personne. Ainsi, les personnes âgées ayant un niveau de formation élevé et des revenus importants font plus de sport que les personnes âgées peu qualifiées et disposant d'un faible revenu.

Consommation d'alcool: des différences entre hommes et femmes sont très nettes et doivent être abordées séparément; en effet, alors que, chez les hommes âgés, la proportion de ceux qui déclarent ne jamais consommer d'alcool (9%) est faible et que celle de ceux qui déclarent en consommer au moins une fois par jour (44%) est forte, chez les femmes, la proportion de celles qui ne consomment jamais d'alcool (32%) est plus élevée et celle des femmes qui en consomment plus d'une fois par jour (18%) est plus basse. Chez les hommes comme chez les femmes, la consommation d'alcool varie en outre selon les régions linguistiques. Ainsi, selon les données recueillies dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993, la proportion de retraité(e)s habitant en Suisse romande et au Tessin et qui consomment quotidiennement des boissons alcoolisées est sensiblement plus importante qu'en Suisse alémanique, ce qui ne signifie toutefois aucunement un problème d'alcoolisme plus marqué

dans la population. Les questions supplémentaires ayant trait à ce problème (chez les personnes de moins de 75 ans) ont permis de déterminer qu'en 1992/1993, environ 12% des hommes de 65-74 ans se débattaient avec des problèmes majeurs liés à l'alcool, alors que cette proportion n'était que de 2% pour les femmes d'âge comparable.

Consommation de tabac: ici aussi, on constate des différences importantes entre les deux sexes. 24% des hommes âgés et 8% des femmes âgées sont fumeurs, dont respectivement 5 et 2% sont des gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour). Alors que chez les femmes, les non-fumeuses forment l'écrasante majorité (80%), chez les hommes, le groupe le plus important est constitué par les ex-fumeurs (49%). Le comportement de nombreuses personnes âgées face au tabac s'est ainsi modifié au cours de leur vie. En d'autres termes, beaucoup de personnes qui sont aujourd'hui âgées ont fumé à un moment ou à un autre de leur vie (que ce soit pendant leur jeunesse ou à l'âge adulte). Par la suite, grâce à l'évidence scientifique et une meilleure explication des dangers du tabagisme, le tabagisme a régressé et de nombreux fumeurs ont cessé leur habitude tabagique.

Les risques cardio-vasculaires, les risques de cancer du poumon, entre autres, dépendent en grande partie du comportement. Ainsi, est-il possible d'agir de manière préventive sur les causes de beaucoup de morts précoces. D'après de nombreuses études, jusqu'à 70% des maladies pourraient être évitées grâce à une vie sans tabac et une alimentation plus saine. Par ailleurs, le fait que les femmes se préoccupent plus de leur santé explique, pour une grande part, qu'elles aient une espérance de vie plus élevée que celle des hommes. Vu toutes les preuves irréf-

¹ A propos du sport durant la vieillesse, voir M.-J. Manidi Faes, (1998), Le sport tout au long de la vie. Trajectoires sportives de seniors du canton de Genève, Lausanne, Réalités Sociales.

tables des effets nocifs du tabac et la modulation constatée des comportements de santé en fonction du marché de la consommation du tabac, il n'est pas étonnant que la nouvelle direction de l'Organisation mondiale de la santé a récemment fait de la campagne anti-tabac une priorité mondiale. La Suisse elle aussi est touchée par ce problème puisque la deuxième vague de l'Enquête suisse sur la santé (1996) montre une augmentation des comportements tabagiques dans les jeunes générations de 15-25 ans.

Consommation médicamenteuse: la consommation de médicaments augmente sensiblement avec l'âge. Jusqu'à l'âge de 80 ans, ce sont avant tout les médicaments pour le cœur et pour la tension artérielle qui sont utilisés, suivis par les tranquillisants et les hypnotiques, puis les analgésiques et les anti-rhumatismaux, et enfin les vitamines et les fortifiants. A partir de l'âge de 80 ans, ce sont les tranquillisants et les hypnotiques qui arrivent à la première place, suivis des analgésiques. En outre, chez les personnes de plus de 85 ans, on constate une nette augmentation de la prise de vitamines et de fortifiants. D'autres projets du PNR32 ont permis de constater que les personnes âgées vivant à domicile consommaient plus de médicaments que les autres. Ainsi, seulement 13% des hommes et des femmes interrogés dans le cadre de l'étude interdisciplinaire menée à Bâle ne prenaient absolument aucun médicament, alors qu'il s'agissait là de personnes âgées sélectionnées du fait de leur bon état de santé. 12% prenaient de temps à autres un médicament et les 75% restants prenaient régulièrement un ou plusieurs médicaments.

L'enquête préliminaire (1993-1994), menée dans le cadre du projet EIGER auprès de 791 hommes et femmes âgés de 75 ans et plus, vivant à

domicile a relevé que les consommations médicamenteuses sont aussi élevées dans la région de Berne: en moyenne, chez ces très âgés 3,8 médicaments par jour, sont consommés avec des extrêmes allant de 0 à 20 médicaments quotidiens. Sur ces 3,8 médicaments, 2,7 sont délivrés sur ordonnance (entre 0 à 12 médicaments quotidiens) et le reste, soit 1,1 médicament est obtenu en vente libre (entre 0 à 8 médicaments quotidiens). La proportion des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile et prenant, ou du moins étant supposé prendre, plus de 5 médicaments en même temps était considérable (23% chez les hommes, 17% chez les femmes). Dans l'ensemble des études menées en Suisse, on a relevé des différences considérables dans la consommation médicamenteuse des femmes et des hommes. Les femmes consomment ainsi plus de médicaments que les hommes à âge comparable. L'analyse de détail de l'enquête préliminaire EIGER laisse apparaître chez les femmes une consommation significativement supérieure de vitamines et de minéraux, ainsi que de benzodiazépine (contre les symptômes d'anxiété) et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens¹. La prise de benzodiazépine, en particulier sur une longue durée ou conjointement avec d'autres médicaments, est souvent associé chez les personnes âgées à un risque de chute élevé et à des lésions des fonctions cognitives.

Il n'est toutefois pas possible de dire de manière générale si les personnes âgées prennent effectivement trop de médicaments. Les médicaments peuvent, selon les cas, être une partie du problème ou une partie de la solution à ce problème. L'Enquête suisse sur la santé 1992/1993 fait, il est vrai, ressortir une prescription parfois trop fréquente de médicaments. La Suisse se distingue par une prescription beaucoup trop importante de

¹ Voir A. E. Stuck, B. D. Gloor, D. H. Pfuger et al., (1995), Geschlechtsunterschiede im Medikamentenkonsum bei über 75jährigen Personen zu Hause. Eine epidemiologische Untersuchung in Bern (Différences entre les sexes dans la consommation médicamenteuse des personnes de plus de 75 ans. Une étude épidémiologique à Berne), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28: 394-400.

tranquillisants et d'hypnotiques aux personnes âgées, et en particulier aux femmes âgées. D'un autre côté, les résultats tirés de l'étude EIGER montrent que, dans certains cas, les symptômes dépressifs chez les hommes âgés sont sous-évalués et insuffisamment traités.

Il faut noter que les caractéristiques des pathologies gériatriques portent conséquence sur la consommation de médicaments et reflètent de manière générale une complexité sans égal à d'autres âges. Pour ne citer que les aspects les plus saillants, l'on trouve souvent parallèlement des problèmes tels que les effets iatrogènes de la polymédication, les réactions adverses de l'arrêt d'un médicament ou de la discontinuité médicamenteuse, la prescription inappropriée, la non-observance thérapeutique, mais aussi l'auto-médication, l'abus et l'application inadéquate du traitement, etc.¹ Ces situations induisent un risque plus élevé de conséquences délétères et exigent, d'une part, des professionnels de la santé comme de l'individu lui-même une attention particulière, d'autre part, des scientifiques un domaine de recherche devant faire partie intégrante des politiques de santé.

5. Troubles de santé et besoins non satisfaits²

Troubles et influences qui provoquent des problèmes chez les personnes âgées: de 40 à 50% de la population âgée se plaint de douleurs articulaires, problème de santé qui nécessite une attention accrue. Viennent ensuite les douleurs lombaires et dorsales, présentes chez plus de 15% des femmes et plus de 10% des hommes de plus de 65 ans. Environ 17% des femmes âgées et environ 8% des hommes âgés déclarent souffrir de troubles du sommeil. La prévalence de ces troubles augmente avec l'âge et, chez les personnes âgées de

plus de 85 ans, elle atteint 20%.

Durant les 12 mois précédant l'étude, 12% des femmes et 6% des hommes âgés de 65 à 74 ans font état d'accidents qui leur sont arrivés dans leur maison ou leur jardin. On constate ainsi que ce type d'accident est plus fréquent que les accidents de la route, les accidents sportifs ou les accidents du travail.

Ajoutons que 10% des femmes âgées et 3% des hommes âgés se sont vu limités dans leur mobilité fonctionnelle, du fait de vertiges, et sont même tombés (ce qui peut d'ailleurs être mis sur le compte d'une prise très fréquente de tranquillisants et d'hypnotiques).

On constate que plus on avance en âge, plus les hommes et les femmes se plaignent du bruit de la circulation et des gaz d'échappements, ainsi que d'autres nuisances environnementales. Ainsi, 40% des hommes âgés et 20% des femmes âgées citent ces nuisances le plus souvent comparativement aux autres tranches d'âge. Ce constat peut également refléter un effet de cohorte, étant donné que cette population a vu durant sa vie l'évolution très marquée des nuisances liées à l'environnement, contrairement aux plus jeunes qui ont toujours vécu avec ces problèmes.

Besoins non couverts: cette question a pu être étudiée chez les retraités suisses alémaniques et le résultat dévoile que 1,7% des hommes et 4,8% des femmes expriment un besoin d'aide qui n'est pas couvert, ce qui équivaut à une femme sur quatre (25,9%) et à un homme sur huit (12,6%) chez qui il existe un besoin d'aide non satisfait. Le risque pour une personne d'avoir des besoins d'aide qui se sont pas, ou ne peuvent pas être, satisfaits augmente avec l'âge. Il est plus élevé chez les personnes vivant seules ou ayant un

1 Pour plus de détails voir: A. Stuckelberger (1999). Polymédication et automédication chez la femme et l'homme âgés, Résultats du programme national de recherche «Vieillesse». In C. Ammon et Th. Buclin, Automédication. Cahiers Socio-Médicaux. Edition: Médecine et Hygiène: Genève. (à paraître).

2 Source: Th. Abelin, V. Beer, F. Gurtner (éd.), (1998). Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/ 199 (Santé des personnes âgées en Suisse. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 1992/ 1993), Berne, Editions Haupt.

niveau de qualification faible ou moyen. Au total, sur l'ensemble de la Suisse, on estime qu'il existe plus de 30'000 personnes âgées qui ont des besoins non satisfaits, parmi lesquelles plus de 10'000 ont entre 65 et 74 ans, 16'000 entre 75 et 84 ans et plus de 5'000 sont âgées de plus de 85 ans. La majorité des besoins non satisfaits concerne des aides ménagères, qui ne sont pas remboursées par le système d'assurance sociale et maladie.

Utilisation des outils de prévention par la population: l'étude a permis de constater avec satisfaction que presque toutes les personnes suisses âgées de 65 ans ou plus (99,6%) avaient déjà, au moins une fois, subi un contrôle de leur tension artérielle et que, pour plus de 80% d'entre elles, ce contrôle avait eu lieu dans les douze derniers mois. De telle sorte que la population suisse est très conscientisée par cette mesure de prévention très importante dans le domaine des accidents cardio-vasculaires. Il faut toutefois reconnaître que d'autres études - en particulier le projet bernois ELGER - font apparaître que seule une partie des personnes âgées chez qui on a noté une tension artérielle trop élevée sont efficacement traitées ou régulièrement contrôlées.

Afin de mieux prévenir les accidents cérébraux et les autres accidents découlant d'une tension artérielle trop élevée et de faciliter l'efficacité du traitement de l'hypertension, des mesures parallèles pourraient être faites comme celui du contrôle du poids des patients.

En outre, 36,5% des femmes âgées de l'étude n'ont encore jamais subi de frottis vaginal. Chez les femmes d'un faible niveau de formation, ce taux atteignait même 42%.

Les possibilités d'amélioration des facultés auditives restent souvent

inutilisées. Ainsi, seul un quart des hommes et des femmes âgés qui présentent un déficit auditif disposent d'un appareil d'aide auditive (bien que l'utilisation de tels appareils contribue de manière décisive à l'amélioration de la qualité de la vie des personnes malentendantes). Sur le plan pratique, il est à noter qu'en Romandie, la proportion de personnes fortement malentendantes ne disposant pas d'appareil de correction auditive est trois fois plus élevée qu'en Suisse alémanique.

D'un autre côté, on peut aussi observer chez les personnes âgées un problème de surconsommation de soins médicaux. Ainsi, en Suisse, les personnes âgées, en particulier les femmes, se voient prescrire plus que de raison des tranquillisants et des hypnotiques. Il est problématique de constater que, chez les personnes qui prennent des tranquillisants et des hypnotiques, le risque de dangers inhérents à ces vertiges (chutes) est de 60% supérieur à celui qu'ont les personnes qui n'en consomment pas. Avec la révision partielle de la loi sur les stupéfiants et la prescription, à compter du 1er juillet 1996, de la benzodiazépine sur la liste des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance, une mesure importante a été prise il y a peu afin de faire face à ce problème. Une modification, grâce à la formation continue et complémentaire, des habitudes de prescription de toutes les catégories de médecins (médecins généralistes, mais aussi spécialistes et médecins hospitaliers) pourrait aussi contribuer à régler les problèmes non seulement de polymédication, mais également de la surmédication.

Prévention chez les personnes âgées: ce qui est utile et ce qui est superflu: avec l'article 26 de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, les mesures d'ordre préventif ont été incluses dans les actes à réaliser dans le

cadre des consultations médicales ou lors des prestations effectuées par les autres métiers de la santé. Dans ce domaine, il faut bien se rendre compte que la prévention chez les personnes âgées, bien que très liée à la prévention durant la jeunesse et tout au long de la vie, nécessite cependant d'être traitée de façon spécifique non seulement par âge mais par sexe: ce qui est indiqué pour les jeunes générations ne l'est pas chez les personnes de grand âge, alors que d'autres mesures se voient renforcées par rapport aux plus jeunes années; de même, les différences biologiques et physiologiques inhérentes au sexe rendent indispensable une prévention adéquate tout au long de la vie (ex.: ménopause, ostéoporose):

a) *Prévention adaptée aux personnes âgées*: l'évaluation gériatrique préventive. Actuellement, en Suisse, il n'existe pas, sur le plan général, de mesures préventives spécifiques aux personnes âgées. Or, non seulement l'espérance de vie ayant augmenté, les campagnes de prévention ont également gagné en importance dans les tranches d'âge supérieures, mais les moyens concrets à disposition qui permettraient cependant de mener à bien une prévention bien adaptée aux personnes âgées existent. Dépister assez tôt les troubles et les handicaps liés à la vieillesse, ainsi que les conditions de vie susceptibles de les déclencher pourrait reculer l'émergence de troubles et handicaps potentiels liés au processus de vieillissement. Il serait ainsi possible d'engager à temps les mesures visant à les corriger voire renverser les situations dans lesquelles une telle aide préventive pourrait se révéler utile dans la population âgée suisse réduisant à long terme les coûts de la santé comme l'étude EIGER l'a démontré.

b) *Médecine préventive*. Les mesures préventives qui sont mises en place dans diverses tranches d'âge ou divers groupes à risque doivent être poursuivies chez les personnes âgées. Parmi ces mesures, on recense le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle, la palpation du sein (on ne doit cependant avoir recours à la mammographie qu'entre 50 et 70 ans), la vaccination contre la grippe, les conseils en matière d'alimentation, la désaccoutumance au tabac, à l'alcool et aux médicaments. Le suivi médical préventif de la population âgée en Suisse peut, de la sorte, être encore sensiblement amélioré et l'on peut à long terme espérer une compression de la morbidité qui aurait un impact sur la baisse des coûts de la santé.

c) *Mesures préventives inefficaces ou mal appliquées*. Le côté non systématique du suivi médical préventif de la population suisse se reflète, non seulement dans une mise en place insuffisante de mesures pourtant recommandées, mais aussi dans la mise en place fréquente de mesures dont l'efficacité n'a pas, à ce jour, été prouvée et qui sont, pour le moins, déconseillées chez les personnes âgées. Il est impératif de régulièrement évaluer l'efficacité des campagnes et des interventions préventives dans la population afin de les adapter et les améliorer à chaque cohorte d'âgés et de groupes différents.

Parmi ces mesures préventives, on recense celle du taux de cholestérol, qui n'apparaît utile que pour l'évaluation de situations à risque très particulières. Malgré tout, il apparaît que plus de 85% des personnes de plus de 65 ans ont subi, au moins une fois, une mesure du taux de cholestérol et que cela continue plus le patient avance dans l'âge. Les examens de

la prostate, quand il s'agit d'examens de dépistage aléatoires, ne sont pas conseillés chez les hommes âgés, pourtant 30% à 33% des hommes de 65 à 84 ans déclarent avoir subi un tel examen au cours des douze derniers mois, ce qui n'est pas suffisant vu la forte mortalité due à un cancer de la prostate. Enfin, en Suisse romande, près de 15% des femmes de plus de 65 ans déclarent avoir effectué une mammographie au cours des douze derniers mois. Ici aussi, il s'agit en grande partie d'examens de dépistage aléatoires effectués sans motif d'inquiétude valable et qui sont actuellement encouragés par les assurances-maladie. D'autres outils de prévention systématique en relation avec les processus de vieillissement et les causes de mortalité plus prévalante pourraient se développer, tout en encourageant non seulement la population, mais également le corps médical et para-médical à ces contrôles de routines efficaces et peu coûteux.

6. Perte des fonctions: le cas de la fracture du col du fémur

Du fait d'une fragilisation plus grande des os (ostéoporose), le risque de fracture du col du fémur est très important chez les personnes âgées, en particulier chez les femmes. Ce risque de fracture est tout particulièrement élevé chez les personnes âgées qui souffrent de troubles de l'équilibre. D'un point de vue pratique, il faut noter que les personnes qui prennent quotidiennement des tranquillisants ou des hypnotiques prescrits par le médecin traitant sont plus souvent sujettes à des vertiges et font donc plus souvent état des conséquences y afférentes (limitations, chutes).

Vu l'augmentation de l'espérance de vie et surtout l'accroissement de la population de plus de 80 ans, la fréquence des fractures du col du fémur

ne devrait cesser de s'intensifier. Les séquelles des chutes ont très souvent chez l'âgé et surtout le très âgé des conséquences sociales sur le long terme (interruption du rythme normal de la vie quotidienne, isolement social, placement en institution). Dans le cadre du PNR32, les conséquences familiales et sociales d'une fracture du col du fémur chez les femmes et les hommes âgés ont été étudiées de manière ciblée dans deux cantons, à savoir les canton de Genève et du Valais. Cette étude a porté sur 252 patients et patientes, d'un âge moyen de 82 ans et qui avaient été hospitalisés en 1995 à la suite d'une fracture du col du fémur¹.

Etant donné que les femmes ne vivent pas seulement plus longtemps que les hommes, mais souffrent aussi plus souvent d'ostéoporose, il n'est pas surprenant de constater qu'elles représentent l'immense majorité de cette population (85%). Dans plus de 70% des cas, cette fracture du col du fémur s'est produite à domicile et dans presque 60% des cas, elle résultait d'une chute; au niveau psychique, cette chute provoque ou renforce chez de nombreux patients des symptômes dépressifs et un état d'anxiété. On a ainsi constaté une hausse significative des symptômes dépressifs et une aggravation de l'état d'anxiété des patients, surtout dans les trois mois suivant l'hospitalisation. Comme on peut s'y attendre, les personnes qui avaient perdu leur mobilité antérieure se sont retrouvées plongées dans un état dépressif particulièrement prononcé.

L'augmentation du nombre d'états dépressifs constaté chez les personnes âgées peut donc être interprétée comme une conséquence directe de cette fracture, alors que l'hypothèse selon laquelle les états dépressifs aggraveraient le risque de fracture de col du fémur est à mettre fortement en doute.

¹ Voir M. -P. Limagne, J. -P. Michel (et al.), (1997), La fracture du col du fémur chez la personne âgée: de l'impact de la santé psychique sur la réhabilitation, Cahiers médico-sociaux, 41:149-160. Voir aussi M. Bruchez, C. Bayard, J. Morisod, (1998), La fracture du col du fémur: cause de rupture du parcours de vie et de désintégration contextuelle, requête no 4032-35680 du FNRS, Rapport final, Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève (mimeo).

Un an après la fracture du col du fémur, certains patients sont décédés. Sur la base de l'étude, on estime à plus d'un cinquième (22-23%) la proportion des personnes âgées qui décèdent dans l'année qui suit leur hospitalisation pour fracture du col du fémur. D'un autre côté, après seulement 3 mois, 42% des patients ont retrouvé leur mobilité antérieure et après un an, ce chiffre atteint 49% des personnes vivantes. Un tiers (34%) est donc encore, un an plus tard, alité ou doit se déplacer en chaise roulante. Sur toutes les personnes qui vivaient à domicile avant l'accident, près d'un cinquième (19%) se sont vu obligées, au bout d'un an, d'être institutionnalisées.

Bien que les effets de la rééducation sur le rétablissement des personnes concerne la moitié de la population, il existe de fortes chances de rééducation; les risques de perte d'autonomie sont loin d'être négligeables. Ce sont les trois premiers mois suivant la fracture du col du fémur qui sont déterminants dans la récupération de la mobilité antérieure. On note également plusieurs facteurs qui garantissent un meilleur rétablissement: le fait d'être plus jeune, de ne pas avoir eu d'épisodes de fractures antérieures ou d'autres hospitalisations, le fait d'être marié (à l'opposé les célibataires). Par contre, le sexe, le type de fracture ou bien encore les indicateurs subjectifs de la santé du patient ne semblent pas être, après trois mois, des déterminants du bon ou mauvais rétablissement. Ce n'est qu'après un an qu'apparaît un lien plus fort entre les indicateurs subjectifs de la santé du patient et son taux de mobilité. On peut en fait établir un lien mutuel entre une mauvaise santé subjective ou un état dépressif et de faibles chances de guérison. Il apparaît évident, qu'à côté des facteurs purement médicaux, les facteurs psychiques et sociaux influencent aussi les processus de rétablissement après

une fracture du col du fémur. Ceci signifie qu'il faut tenir compte des ressources personnelles et de la situation individuelle antérieure de chaque personne pour décider quelle forme de traitement et d'intervention il convient d'adopter (l'âge ne devrait donc être qu'un critère parmi d'autres).

7. Principaux résultats et perspectives

L'analyse économique de la santé laisse transparaître que la relation entre le vieillissement démographique et l'explosion des coûts de santé est plus faible que l'on avait jusqu'ici pensé. Les études gérontologiques montrent également que l'assimilation de «vieux=malade» ne se justifie pas aujourd'hui car les données épidémiologiques montrent que la fréquence de la morbidité augmente certes avec l'âge, mais que les maladies, les plaintes et les handicaps ne concernent finalement qu'une minorité de la population. De plus l'estimation subjective de sa santé est positive chez la majorité de la population âgée et très âgée avec des différences sociales et spécifiques pour chaque sexe. Ainsi les femmes souffrent plus fréquemment de maladies chroniques de longue durée que les hommes et les personnes âgées à revenu faible; de même, les immigrants retraités sont plus touchés par les troubles de santé que les plus privilégiés et les autochtones.

Les troubles de l'audition s'accroissent avec l'âge, mais seule une petite partie des personnes atteintes ont besoin d'un appareil auditif. Une étude sur le sujet montre que les personnes réagissent de façon très différenciée à la perte d'audition et que les facteurs qui déterminent la capacité d'adaptation touchent des aspects tels que la personnalité, l'émotionnalité et les besoins de communication de l'individu.

Savoir comment les résultats auditifs doivent être considérés dépend dans un tiers des cas des besoins de la personne atteinte par les troubles.

De même lors d'une fracture du col du fémur, les chances d'une bonne réadaptation et du rétablissement de la mobilité est non seulement déterminé par des facteurs médicaux, mais aussi par des facteurs psychosociaux et ceux-ci doivent être pris en compte dans tout traitement de la personne âgée, tout en sachant que l'âge chronologique en lui-même n'a qu'un poids relatif dans le processus de réhabilitation.

L'état de santé dans la vieillesse est très marqué par le comportement et le style de vie tout au long de son parcours de vie¹: développement durant l'enfance, mauvaises habitudes alimentaires conduisant à la malnutrition ou à l'obésité, manque d'activité physique, surconsommation de tabac et d'alcool influencent massivement notre vieillissement. On compte jusqu'à 70% des maladies durant la vieillesse qui peuvent être évitées en vivant avec des habitudes alimentaires saines et sans tabagisme. Le fait que les femmes sont plus conscientes de leur santé et ont un comportement plus enclin à utiliser les services de santé est certainement une cause importante de leur espérance de vie plus élevée.

L'analyse des pensionnaires d'institutions d'hébergement dévoile qu'entre 10% et 14% des personnes âgées de 65 ans et plus sont atteintes par des incapacités fonctionnelles graves, ce qui correspond en 1999, en nombre absolu, entre 110'000 et 127'000 personnes dont la moitié vivent à domicile.

Malgré la mise en place de politique de santé et de soins ambulatoires, il subsiste toujours une tranche non négligeable de la population âgée

qui a des besoins en aide non satisfaits, pour la majorité à domicile, que l'on estime pour toute la Suisse à environ 30'000 personnes.

¹ WHO (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age. Ageing and Health, 99.2, World Health Organization, Geneva.

Les différences individuelles énormes qui sont constatées chez les personnes âgées vont dans le sens d'une forte possibilité de façonner le vieillissement personnel. La vieillesse n'est pas un processus inéluctable qui arrive d'une manière prédestinée, mais un processus qui est très nettement influencé par des facteurs socio-environnementaux et individuels.

Dans la vieillesse, d'importants potentiels existent, que ce soit dans la mobilisation des ressources et compétences dans la phase post-professionnelle, ou que ce soit pour ralentir ou éviter les processus de vieillissement. Les possibilités diverses d'intervention, de prise en charge et de soins ont fait l'objet d'une partie des études du PNR32.

1. Soins apportés par la famille aux malades atteints de démence

On estime que l'immense majorité des patients frappés de démence (maladie d'Alzheimer et autres formes de démence) sont soignés à la maison par leurs proches (principalement le conjoint ou la conjointe, la fille ou la belle-fille). La prise en charge d'un patient frappé de démence exige un engagement extrêmement intense et cela peut mener le conjoint ou la conjointe, qui, bien souvent, est lui-même âgé, aux limites de sa résistance physique et nerveuse. L'évolution inéluctable et toujours plus grave des symptômes de démence contraint les proches à s'adapter à des situations sans cesse renouvelées. La personne touchée par la démence perd toujours plus de ses capacités mentales et donc son autonomie dans la vie de tous les jours. La relation entre le proche qui dispense des soins et le patient souffrant de démence se modifie. L'équilibre, entre ce que l'on donne et ce que l'on reçoit, qui s'était créé entre les conjoints, se trouve toujours plus menacé et les traits de caractè-

re qui étaient si marquants chez le conjoint, la conjointe, la mère ou le père sont peu à peu détruits par la maladie. Les symptômes secondaires de la démence, tels que la dépression, l'agressivité, la peur, l'agitation, le déphasage entre jour et nuit, les hallucinations, etc..., deviennent une charge supplémentaire à laquelle doivent faire face le patient et les proches qui le soignent. Il peut s'en suivre une limitation toujours plus grande de la vie sociale du proche qui a la charge de la personne âgée, en particulier quand il est nécessaire de lui apporter des soins constants. La démence est une maladie qui, bien souvent, ne touche pas seulement les personnes qui en souffrent, mais aussi toute la cellule familiale en modifiant son fonctionnement.

Les proches continuent souvent à soigner et prendre en charge leurs parents atteints de démence jusqu'à la limite de leur force, ce qui les place dans un groupe à risque de morbidité conséquent à cette situation: troubles émotionnels avec des symptômes de peur, dépression et épuisement sont fréquents chez les personnes qui soignent des proches frappés de démence. Etudier de plus près ce que représente, pour les proches, le fait de soigner un parent à domicile s'avère primordial pour anticiper les situations et trouver les solutions adéquates pour cette prise en charge. Ceci peut également permettre, sur le plan de la politique sociale, d'éviter un placement anticipé en institution d'hébergement pour les personnes atteintes de démence par la mise en place d'un système de soutien des familles et une offre d'aide, efficace et correspondant réellement aux besoins spécifiques à ces situations. Les études d'interventions sur le terrain montrent que des traitements psycho-sociaux (dispensés par exemple dans le cadre d'une clinique de la mémoire) peuvent

retarder, voire éviter, le placement des patients déments en maison de retraite.

Dans le cadre du PNR32, deux études parallèles ont été conduites sur la charge et les besoins des proches de patients affecté par la démence et vivant à domicile, ce qui a permis de faire une comparaison entre deux régions culturellement différentes:

1) Denise Meier et Doris Ermini-Fünfschilling ont conduit une étude par interview sur des personnes originaires de Bâle qui soignent chez elles un parent âgé frappé de démence; 2) Cristina Molo-Bettelini, Nathalie Clerici et Anita Testa-Mader ont réalisé au Tessin une analyse dont la structure était analogue et qui porte également sur des personnes qui soignent chez elles des parents souffrant de démence, sur la charge supportée par les proches qui soignent chez eux des parents atteints de démence¹.

Au total, entre janvier 1995 et décembre 1996, 72 personnes (40 femmes et 32 hommes) entrant dans ce cadre ont été interviewées. Au Tessin, entre octobre 1994 et novembre 1996, ce sont 80 personnes (62 femmes et 18 hommes) qui ont été questionnées. En moyenne, la durée écoulée depuis le début de la maladie se chiffrait à Bâle à 62 mois et les personnes interrogées estimaient, en moyenne, qu'elles dispensaient des soins à leur proche depuis 34 mois. Dans bien des cas, il s'agissait de soins qui duraient déjà depuis des années. Les patients tessinois se trouvaient dans une situation analogue, puisqu'ils étaient soignés en moyenne depuis 58 mois. Par semaine, le temps libre moyen de la personne soignant le patient âgé s'élevait, à Bâle comme au Tessin, à environ 17 heures, ce qui signifie, qu'en moyenne, la personne ne disposait que de deux à trois heures de temps libre par jour. Ceci démontre toute l'intensité de la charge de travail que

doivent supporter les personnes soignant chez elles des parents âgés frappés de démence. A Bâle, les proches prenant en charge ces patients âgés considèrent que les symptômes émotionnels et cognitifs de démence sont les plus lourds à gérer. Par contre, au Tessin, les proches estiment que ce sont leurs propres problèmes psychologiques qui représentent la difficulté la plus grande. Les deux études ont révélé que les proches ressentent aussi douloureusement le fait d'être continuellement lié à la personne âgée et qu'ils y voient une limitation de leur liberté personnelle. Bien souvent, les proches doivent renoncer à leur propre vie sociale, à leurs hobbies et leurs passions, et même à leur liberté et à leur indépendance personnelle. Environ 40% des personnes interrogées à Bâle, et ayant à charge un parent démentifié à la maison, ne peuvent compter sur l'aide de leur famille la plus proche ou n'ont pas d'autres parents qui sont en mesure de les aider. Un autre tiers parle d'une aide familiale qui ne se produit qu'en de très rares occasions. Ainsi, moins de 30% des personnes interrogées à Bâle peut compter sur un soutien et une aide familiale réguliers. En outre, environ 60% des personnes de Bâle ayant pris part à cette étude avouent avoir de grandes difficultés à demander de l'aide à d'autres personnes. Seulement la moitié des personnes interrogées à Bâle ont recours aux offres professionnelles de services dans ce domaine. Les autres personnes pensent pouvoir y arriver toutes seules ou ne souhaitent pas que des étrangers viennent chez elles pour les aider. Il n'en demeure pas moins qu'une partie non négligeable de ces personnes n'a pas du tout été informée des possibilités d'aide auxquelles elles pouvaient avoir recours.

¹ Denise Meier, Cristina Molo-Bettelini, Doris Ermini-Fünfschilling, Nathalie Clerici, Anita Testa-Mader, (1998), Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen, die demente Patienten zuhause betreuen (Charges et besoins des membres de la famille soignant à la maison des patients atteints de démence), Rapport émanant des deux régions (Bâle et Tessin), Rapport de synthèse, Bâle/ Mendrisio, mimeo.

Au Tessin, du fait des différences dans la structure et de l'organisation de la famille par rapport à Bâle, la proportion de personnes soignant un parent à domicile et n'ayant aucun autre soutien familial, est nettement plus basse. Seul chez 21% des personnes interrogées aucun soutien familial ne peut être envisagé. Près des deux tiers (61%) peuvent se reposer sur une coopération familiale fréquente (contre seulement 28% des personnes interrogées à Bâle). Il n'est donc pas surprenant de constater que plus des trois quarts des personnes interrogées au Tessin ne mentionnent aucun conflit familial à propos des soins à apporter aux parents atteints de démence et, dans deux cas sur trois (65%), elles reçoivent une aide effective de la part de membres de la famille ou d'amis pour cette prise en charge.

Les différences culturelles dans la façon dont sont perçus les liens familiaux et les réseaux d'aide sociale dans les régions italophones et germanophones de la Suisse se reflètent ainsi dans la façon dont les soins sont apportés par la famille aux parents frappés de démence. Parallèlement, les familles tessinoises font plus souvent appel aux services professionnels que les familles bâloises. Au Tessin, la proportion de proches soignant un parent âgé à domicile et qui ont recours à l'aide de d'autres personnes, est plus faible qu'à Bâle. A Bâle et au Tessin, environ 30% des personnes interrogées estiment que les soins dispensés ne les surchargent que très faiblement. Dans les deux régions, 43% estiment la charge de travail de légère à moyenne et 26% la considèrent comme lourde à très lourde. La charge de travail que doit supporter une personne qui soigne chez elle un parent âgé atteint de démence dépend d'une part du type et de la gravité des déficits cognitifs des patients ainsi que de leur impact sur leur vie quotidienne. Les effets négatifs

de la maladie sur le comportement de la personne sont particulièrement difficiles à gérer. On peut par exemple citer une réduction de la flexibilité ou un plus faible contrôle comportemental, une modification de la personnalité du malade, de son comportement social et de son rythme de vie, ou encore un laisser-aller corporel. D'autre part, il ne faut pas sous-estimer les conflits familiaux, le manque de soutien social quand il s'agit de dispenser les soins, ainsi que des conflits intérieurs qu'éprouve la personne (sentiment de peur et d'angoisse).

Au Tessin, 44% des personnes ayant pris part à cette étude déclarent souffrir elles-mêmes de problèmes de santé sérieux. A Bâle, 70% des personnes interrogées font même état de problèmes de santé susceptibles de rendre encore plus difficiles les soins apportés au patient à domicile. Les personnes soignant leur conjoint - et qui, pour la plupart, sont elles aussi des personnes âgées - mentionnent le plus souvent des problèmes d'ordre psychosomatique, des douleurs rhumatismales ou orthopédiques. Plus de 40% des personnes interrogées présentent, dans les deux études, des symptômes d'anxiété et respectivement 26% et 18% des personnes de Bâle et du Tessin présentent des symptômes dépressifs.

Si la symptomatologie de la démence est moins marquée chez les patients, les personnes soignantes ont plutôt tendance à présenter des symptômes d'anxiété. A des stades avancés de démence - caractérisés par des symptômes très marqués et nécessitant des soins très lourds, l'appréciation subjective de la charge imposée par la garde du patient prend plus d'ampleur et on observe parallèlement une augmentation du risque de peurs pathologiques et d'état dépressif grave.

Mesures permettant de soulager et d'aider les proches qui soignent à domicile des patients atteints de démence

- 1) Il est essentiel d'offrir des entretiens avec des spécialistes qui pourront soutenir et aider ces soignants à domicile. Les entretiens qui donnent des informations sur ce qu'est une démence et sur les moyens d'être aidé pour y faire face dans la vie quotidienne, permettent, dans la phase débutante de la maladie, de réduire l'anxiété des proches. Ils permettent aussi une planification adéquate des soins qui devront être dispensés. Etant donné que les outils diagnostic développés de nos jours permettent un dépistage de plus en plus précoce de la démence, il devient de plus en plus important de dispenser assez tôt des informations et des conseils aux proches qui vont soigner les personnes souffrant de ces maladies.
- 2) Un palette de services devrait être offerte pour soulager les personnes qui soignent chez elles des patients démentifiés englobant des soins ambulatoires (ex.: service d'aide et de soins à domicile, soins quotidiens), des séjours permettant de récupérer (ex.: séjours - cures en hôpitaux ou en institutions d'hébergement décidés sur avis médical, périodes de vacances pour les patients touchés par la démence), des possibilités de thérapies et de conseils encore plus étendus (ex.: entraînement de la mémoire) et des groupes bien organisés de personnes soignant des parents âgés à domicile (ex.: un peu à l'image de ce qui est fait par l'Association Alzheimer).
- 3) Il est nécessaire d'augmenter le nombre de places dans les établissements ou unités de jour pour patients démentifiés, et ceci surtout afin de permettre aux proches fatigués ou épuisés de

bénéficier de soulagements temporaires. Dans ce domaine, la majorité des régions suisses présentent un déficit flagrant et il serait souhaitable que de tels options apparaissent plus en Suisse.

- 4) Les personnes qui assistent et soignent régulièrement chez elles une personne âgée, malade ou handicapée devraient se voir accorder une aide ou compensation financière de la part du canton (comme c'est déjà le cas dans le canton de Bâle-ville). Le fait de soigner les personnes âgées à domicile plutôt que de les placer dans un institution d'hébergement ne devrait pas entraîner un désavantage sur le plan financier et contribuerait à encourager et faciliter la solidarité et la cohésion familiale.

En résumé, les possibilités institutionnelles de soutien au travers d'un personnel bien formé, ainsi que les entretiens de soutien et de conseil menés par des spécialistes n'ont pas pour seul résultat un soulagement psychique et physique des personnes soignant chez elles des patients démentifiés, mais conduisent également à une réduction des coûts de santé publique. D'un côté, car ils permettent de retarder l'hospitalisation ou le placement institutionnel, toujours très onéreux, des patients démentifiés et, d'autre part, car ils permettent de réduire à long terme les risques pour la santé des proches eux-mêmes.

2. Soins ambulatoires et nouvelles formes de prises en charge

Durant ces dernières années, les soins ambulatoires et l'offre de prise en charge se sont solidement implantés en Suisse: d'une part par le renforcement des soins professionnels des personnes âgées, en extension aux soins prodigués par la famille, et, de l'autre côté, par l'encouragement à

une vie autonome et au maintien à domicile¹. Alors que les premiers modèles de soins et prise en charge à l'extérieur de l'hôpital ont d'abord été mis en place en Suisse occidentale, les prestations de soins ambulatoires varient au niveau régional. On remarque donc un nombre plus élevé de personnes âgées utilisant les formes de soins et prise en charge ambulatoires, en particulier les personnes vivant seules à domicile (effet qui reste encore marquant après contrôle de l'âge et du niveau d'incapacité). Il est montré également que des groupes spécifiques utilisent plus les soins ambulatoires, telles les personnes avec un niveau de formation plus élevé qui utilisent pratiquement deux fois plus cette forme de soins que les personnes moins formées (ce qui peut être attribué en partie au fait que ces dernières sont moins informées sur les offres et ont plus de peine à demander de l'aide). Les mesures de l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993 fait état d'un besoin non déclaré de soins chez les personnes à niveau de formation moins élevée ainsi que chez les femmes âgées.

La structure fédéraliste de la Suisse et le secteur de la santé en particulier conduit inéluctablement au développement de différences régionales dans la structure des soins et des prises en charge ambulatoires; certaines régions sont même arrivées à des conflits et incompatibilités entre les soins aigus et les soins ambulatoires de la personne âgée; d'autres régions souffrent d'un manque de politique d'information et de système intégrés qui pourraient permettre de façonner de manière dynamique des prestations de soins ambulatoires.

Considérant la situation démographique du vieillissement de la population et l'explosion des coûts de la santé, la coordination et le système d'information deviennent toujours

plus importants. Les systèmes d'information n'ont pas suivi la croissance des structures médico-sociales, alors que le contexte économique et social requiert de la part des cantons une réflexion sur l'adéquation de leur équipement et l'accès aux soins offerts aux personnes chroniquement dépendantes. Ceci est une des conditions à ce que la restriction des moyens soit utilisée de manière optimale dans le futur. Dans le cadre d'une des études du PNR32, la Dr. Brigitte Santos-Eggimann a ainsi conduit un projet de recherche visant à élaborer et tester un modèle d'évaluation permettant aux cantons de conduire une réflexion sur le type et le volume des prestations médico-sociales nécessaires à la couverture des besoins de leur population âgée chroniquement dépendante². A cet effet, le projet a utilisé et développé un système informatique (Balance of Care System, ou BoC) développé en Grande-Bretagne dans un but de planification régionale des ressources qui a été adapté aux particularités du système suisse de santé. Les adaptations de BoC ont été effectuées sur la base d'enquêtes ad hoc dont les données ont été associées à celles de l'Enquête suisse sur la santé 1992-1993. Ces recueils d'information ont permis de définir une typologie des situations de dépendance rencontrées par les professionnels actifs dans le domaine des aides et soins chroniques, d'estimer la prévalence de divers profils de dépendance dans la population générale suisse âgée de 65 ans ou plus, et enfin d'examiner la fréquence de ces profils dans des échantillons distincts de personnes âgées recourant à une aide professionnelle. Sur la base de la typologie établie, une consultation a été organisée dans cinq cantons tests (Berne, Genève, Valais, Vaud et Zurich) auprès de professionnels du secteur médico-social, afin d'élaborer plusieurs options de soins adaptées aux besoins associés aux différents profils

1 voir H.-M. Hagmann et J.-P. Fragnière (Eds) (1997). *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*, Lausanne: Réalités Sociales; Spitex Verband Schweiz (1998). *Spitex im Trend - Trends für Spitex/Aide et soins à domicile - Profils d'avenir*, Bern: Huber.

2 Voir: B. Santos-Eggimann, N. Chavaz, A. Clerc Berod, P. Laurence, F. Zobel (1999). *Modèle d'évaluation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chroniquement dépendantes et place du maintien à domicile*, Requête Nr. 4032-35702, Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (Rapport final).

de dépendance. En dernier lieu, les enquêtes complémentaires conduites dans chacun des cinq cantons tests ont permis de mettre en évidence les préférences des professionnels d'une part, et des personnes âgées d'autre part, pour les options de soins définies.

Le modèle permet d'estimer sur la base d'éléments démographiques le volume de personnes concernées par la dépendance chronique, puis, dans un second temps, le volume de prestations médico-sociales nécessaires à leur prise en charge. Différentes options de prise en charge sont envisagées, que le système sélectionne en fonction de modes d'allocations spécifiés par l'utilisateur. Ces modes d'allocations prennent en considération le coût des différentes options de soins, mais également les préférences exprimées par des professionnels ou par des personnes âgées.

En dépit des nombreuses approximations rendues nécessaires par les carences manifestes des systèmes d'information relatifs au domaine médico-social, le test produit des résultats compatibles avec les données disponibles. Il met très clairement en évidence les domaines dans lesquels un arbitrage sera nécessaire entre différentes valeurs, montrant le potentiel du modèle en tant qu'instrument permettant, par l'explicitation des valeurs adoptées, de négocier les adaptations des structures de prise en charge de la dépendance chronique. Concrètement, les cinq cantons testés ont révélé d'une part qu'un tel système d'information offre des bases d'options de soins même dans les situations où les données sont faibles, d'autre part que l'expérience d'évaluation par le système «BoC» peut être utilisé pour différentes structures de systèmes de santé¹.

3. Systèmes d'aides électroniques à disposition des personnes âgées

Le développement fulgurant de la micro-électronique ouvre de nouvelles perspectives pour les seniors et les personnes de grand âge, que ce soit dans le domaine des loisirs, du confort ou de la santé. Par exemple, de nouveaux sites Internet sont dévolus spécialement aux âgés (ex. Seniorweb.ch) et l'on y trouve des informations diverses allant des loisirs aux possibilités de s'engager dans des groupements d'âgés (ex.: trouver des partenaires pour les hobbies ou pour des centres d'intérêt communs²). D'autres technologies utilisent même internet ou la télévision pour engager une consultation interactive (ex. télémédecine), ou des informations sur les nouveaux médicaments et les nouvelles formes de thérapie. D'autre part, à domicile, grâce aux appareils de télécommande, les personnes alitées peuvent utiliser leur téléphone ou leur téléviseur et, au moyen de sécurités électroniques, les services de secours peuvent être appelés rapidement en cas d'urgence (de chute, par exemple). Dans l'absolu et de manière idéale, les appartements équipés de systèmes électroniques permettent une ouverture ou une fermeture automatique de portes et de fenêtres, un allumage ou une mise hors-circuit de plaques chauffantes, etc... La technologie n'est cependant pas la panacée à tous les problèmes car elle peut par exemple tout simplement se heurter à de fortes résistances au sein même de la société, ce qui est particulièrement vrai pour des personnes âgées ayant vécu avant l'avènement de la technologie informatique moderne.

Dans le cadre d'une étude pilote du Programme National de Recherche PNR32 «Vieillesse», les conditions dans lesquelles les systèmes d'aide électroniques à domicile peuvent être utilisés par des personnes âgées souffrant de

1 Le logiciel de la version adaptée du système BoC peut être mis à la disposition des cantons intéressés. Contact: Dr Brigitte Santos-Eggimann, Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, rue du Bugnon 17, 1005 Lausanne.

2 Internet est de plus en plus utilisé par des seniors dans le monde entier et les cours permettant d'apprendre à utiliser le réseau trouvent toujours plus d'écho. Depuis mai 1998, il existe en Suisse un site Web spécialement destiné aux seniors et qui est développé par EURAG, Pro Senectute et la Migros (<http://www.seniorweb.ch>).

handicaps a été analysé. Le projet de recherche a été conduit en étroite collaboration interdisciplinaire entre l'Institut de Sociologie de l'Université de Neuchâtel et la Fondation Suisse pour les Téléthèses, également basée à Neuchâtel¹. Deux formes différentes d'aide électronique ont été étudiées.

a) Les dispositifs d'aide actifs: il s'agit d'aides électroniques qui nécessitent une intervention active et volontaire de l'utilisateur ou de l'utilisatrice (téléphone commandé à distance, télécommande pour interrupteurs, pour fenêtres, portes, téléviseur etc...). Ainsi, une personne paralysée des membres inférieurs, alitée ou frappée d'un handicap moteur peut, du moins partiellement, contrôler l'environnement dans lequel elle vit. Les moyens d'aide électroniques actifs n'imposent rien, mais au contraire, offrent des possibilités. C'est la personne qui prend l'initiative de l'utilisation des moyens qui sont à sa disposition, augmentant ainsi son autonomie. Ces aides exigent toutefois un certain niveau d'activité cérébrale de la part de l'utilisateur. C'est la raison pour laquelle ils ne sont que très partiellement utilisables dans le cas de personnes souffrant de troubles cognitifs.

b) Les dispositifs d'aide passifs: ils interviennent automatiquement et ne reposent pas sur une intervention de l'utilisateur. C'est par exemple le cas de systèmes d'ouverture automatique de portes, ou de systèmes envoyant automatiquement un signal de détresse suite à la chute de l'utilisateur. De tels dispositifs sont tout particulièrement appropriés pour les individus qui ne sont pas à même d'agir personnellement (par exemple du fait d'une perte de connaissance suite à une chute ou du fait de troubles cognitifs). Parmi les systèmes électroniques passifs, on trouve aussi des systèmes de sécu-

rité qui indiquent la position de pensionnaires dans les institutions d'hébergement qui se seraient égarés (Quo Vadis), ou bien encore qui permettent de contrôler, voire d'interdire, l'accès de certains secteurs à certaines personnes, etc...

Expériences menées avec les aides technologiques actives

Accepter les divers systèmes d'aide n'a pu se produire qu'après plusieurs explications et a requis un suivi des utilisateurs tout au long de l'étude. Ces deux points garantis, les difficultés rencontrées lors des premières utilisations n'ont été que transitoires. Les personnes âgées ont d'autant mieux accepté les aides électroniques mises en place qu'elles ont pu évaluer les soulagements qu'ils leur apportaient. A l'exception du téléalarme qui, par définition, ne sert qu'en cas d'urgence, ces dispositifs d'aide électroniques sont devenus d'un usage quotidien.

Contrairement aux hypothèses de départ émises par les chercheurs, les personnes âgées équipées de ces systèmes d'aide électroniques n'ont pas modifié de manière sensible leur vie de tous les jours et leurs activités quotidiennes. Dans l'ensemble, on note peu de différences entre les activités avant et après l'installation de ces systèmes actifs. On peut souligner une plus grande facilité dans les activités que les personnes âgées avaient jusqu'alors (téléphone, tenue du foyer etc...). La mise en service de dispositifs d'aide électroniques actifs chez les personnes âgées participant à cette étude n'a ni conduit à une réorganisation de la vie quotidienne, ni à de nouvelles activités, mais a, en premier lieu, permis de continuer à vivre selon les mêmes principes, tout en profitant de confort et de conditions de vie améliorées.

¹ Projet: François Hainard, Jean-Claude Gabus, Jean-Christophe Masson, (1995), Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude expérimentale de techniques mises au service de personnes âgées dépendantes, Rapport final, Projet du PNR32 no 4032-35633, Neuchâtel. Les informations sur la Fondation Suisse pour les Téléthèses sont disponibles sur le site Internet à l'adresse (<http://www.fst.ch>).

D'une manière générale, il ressort que l'utilisation de systèmes d'aide électroniques n'entraîne ni une désocialisation des personnes âgées (plus d'autonomie, donc moins de contacts), ni une régénération de la vie sociale. Toutefois, on peut noter que non seulement la famille des personnes âgées ou les personnes les soignant se sentaient plus rassurées (surtout, avec la mise en service du téléalarme, mais aussi par le fait de savoir que les communications téléphoniques étaient simplifiées), mais que les personnes âgées elles-mêmes se sentent plus en confiance (par exemple, elles savent qu'en cas d'urgence, elles pourraient facilement appeler à l'aide). Et ce sentiment de sécurité a rendu plus sereins les liens sociaux avec les membres de la famille qui ne pouvaient pas passer tous les jours pour vérifier la situation ou qui habitaient loin de la personne âgée concernée. De plus, grâce à ce sentiment de plus grande sécurité, la personne âgée peut augmenter son autonomie, en décidant du moment où elle a besoin d'aide.

Expériences menées avec des aides technologiques passives

Dans les établissements médico-sociaux, le problème le plus important est la désorientation et l'état confusionnel ou les troubles de la démence de certains pensionnaires qui peuvent ainsi se perdre ou prendre la fuite mettant leur vie en péril. Les stratégies traditionnelles (enfermement, accompagnement et surveillance des pensionnaires) renforcent l'image «pénitentiaire» des institutions d'hébergement. C'est pourquoi dans certains centres d'accueil, les personnes âgées désorientées ne sont pas acceptées ou ne le sont qu'avec réticence, car la structure des bâtiments de certains établissements anciens n'est pas spécifiquement adaptée à ces catégories de patients. Le but de l'étude pilote était de mettre en

place un dispositif technique qui puisse détecter les mouvements des personnes désorientées ou démentifiées au-delà des limites de sécurité fixées par l'institution d'hébergement. Idéalement, une telle installation électronique doit être à même de signaler immédiatement et sans risque d'erreurs la sortie sans surveillance d'une personne qui pourrait rapidement se trouver en danger à l'extérieur. Dans la mesure où il existe plusieurs sorties, le système doit aussi pouvoir indiquer quelle voie a été empruntée. D'autre part, afin de ne pas limiter l'autonomie des personnes concernées par ces mesures, l'idéal serait qu'elles puissent permettre une certaine liberté dans la fréquentation des environs immédiats de l'établissement (jardins, parc, esplanade) sans surveillance. Concrètement, l'installation est constituée d'une part d'un petit émetteur (sous la forme d'un bouton-pression par exemple), dont les signaux peuvent être captés par des antennes disposées à proximité des portes d'entrée de l'établissement. D'autre part, ces antennes sont reliées à un tableau central de commande (situé dans la salle de repos du personnel soignant). Grâce à l'affichage électronique de l'identité de la personne venant de quitter l'établissement, il est possible, selon les cas, de repérer le patient désorienté ou de le suivre durant sa promenade.

Durant cette expérimentation, on a ainsi pu montrer que les pensionnaires suivis quittent l'établissement en moyenne quatre à cinq fois par jour (parfois sans même en être conscients) du fait de la perte de leur orientation et de leurs repères. Grâce au système électronique mis en place, il a aussi été possible d'intervenir à temps pour empêcher des patients de sortir en promenade au beau milieu de la nuit. A titre d'exemple, un patient âgé qui voulait quitter l'établissement, en pyjama, en pleine nuit, à quatre heures du matin

et en plein hiver a pu être ramené rapidement.

Une analyse plus affinée a indiqué que le système électronique d'alarme correspondait bien aux besoins des divers groupes de pensionnaires, mais aussi à un certain confort de surveillance: le directeur de l'établissement évite ainsi de placer des personnes désorientées dans des bâtiments fermés à clé et le personnel soignant se trouve soulagé par la très forte réduction du risque de fuite ou de vagabondage de pensionnaires (ainsi que tous les risques d'accident allant de pair). Dans le même ordre d'idées, les contrôles permanents et la surveillance, qui sont souvent ressentis par les personnes touchées comme des immixtions dans la vie privée, peuvent être supprimés. A l'opposé, les pensionnaires ne souffrant pas de troubles de l'orientation peuvent continuer à sortir de l'établissement comme bon leur semble, puisque les problèmes affectant les personnes désorientées peuvent être résolus sans que les autres patients ne soient d'aucune manière limités dans leur liberté individuelle de mouvement (pas de portes fermées à clé, pas de caméras de surveillance, etc...). La question éthique de la limitation de la liberté qui peut se poser avec un tel système de surveillance électronique des personnes âgées désorientées ou démentifiées doit, de ce fait, toujours être débattue en se référant aux alternatives qui s'offrent pour traiter un tel type de problèmes. Il est apparu que les questions éthiques de cet ordre peuvent être résolues de manière satisfaisante si l'on prend soin, avant l'installation de tels systèmes, d'envisager avec le personnel soignant et les proches des personnes âgées concernées les avantages et les inconvénients qu'ils comportaient pour les cas individuels. Comme les autres dispositifs d'aide électroniques, les systèmes passifs requièrent une coopération précoce

et volontaire de tous les acteurs. Leur succès en dépend grandement.

D'une manière générale, on constate, dans tous les domaines explorés par l'étude pilote (dispositifs d'aide électroniques actifs et passifs), que la mise en place de systèmes électroniques d'aide pour les personnes âgées doit toujours être suivi de près par une personne compétente. La participation de l'entourage de la personne âgée (proches, personnel soignant, voisins) à la mise sur pied d'un tel projet est souvent un élément central qui conditionne sa réussite. Il en est de même pour l'information et les explications délivrées aux personnes âgées concernées. Il est d'autant plus important de délivrer les informations assez tôt afin que les personnes âgées puissent faire part de leurs besoins ou de leurs problèmes vis-à-vis de leur environnement au plus vite. Plus l'information préliminaire est de qualité, plus les chances d'acceptation ultérieure du système proposé sont élevées.

On constate que le comportement des personnes âgées utilisant des dispositifs d'aide électroniques actifs ne se modifient pas de manière fondamentale. Ces dispositifs permettent toutefois aux personnes âgées souffrant de handicaps d'accroître leur autonomie et leur sécurité dans la vie de tous les jours (elles ont, par exemple, la possibilité de prévenir leurs proches en cas d'urgence). C'est pourquoi ces systèmes sont tout particulièrement adaptés aux besoins des personnes âgées d'aujourd'hui, pour qui l'autonomie et la sécurité sont deux valeurs de base de la qualité de vie¹.

De leur côté, les systèmes d'aide électroniques passifs ont prouvé qu'ils étaient essentiellement utiles dans les institutions d'hébergement non spécialisés, car ils peuvent apporter un soulagement à des patients se trou-

¹ Les possibilités et les avantages des aides technologiques pour personnes âgées sont présentés et illustrés dans le cadre d'un film vidéo réalisé par le PNR32: A. Jolliet (1997), *Viellir heureux chez soi. Techniques et aides technologiques pour les personnes âgées*, Genève, Unividéo Genève (version allemande: *Glückliches Leben Altern zu Hause*, version italienne: *Invecchiare felici in casa propria*); Vidéofilm de 26 minutes.

vant dans des situations très diverses. Grâce à des systèmes appropriés, il est possible de protéger la sphère privée de chaque individu (par exemple contre l'intrusion d'étrangers) et d'améliorer la sécurité des personnes désorientées. Bien des conflits sont ainsi évités et la charge de travail supportée par le personnel est réduite (contrôles devenant inutiles, sentiment de peur moins important), ce qui, en fin de compte, facilite et améliore la vie des patients et du personnel soignant. Sur la base de cette étude pilote et des expériences qu'elle a permis de mener, le système électronique d'alarme pour institutions d'hébergement a été développé par la «Fondation Suisse pour les Théléthèses».

4. Psychothérapie cognitive chez les personnes âgées dépressives

Les données recueillies sur la dépression chez les personnes âgées relance la question de savoir quels traitements sont les plus efficaces à un âge avancé et dans quelle mesure des interventions psychothérapeutiques bien ciblées peuvent permettre d'atténuer ou annihiler ces troubles. Toutefois l'application de psychothérapies cognitives aptes à traiter des personnes âgées dépressives pose le problème de l'adaptation des thérapies habituelles à un groupe d'âge qui est caractérisé par l'expérience d'une vie passée, mais aussi d'une vie quotidienne marquée par des événements spécifiques et par des modifications physiques, sensorielles et cognitives induites par l'âge. De plus, les cohortes actuelles d'âgés n'ont pas été socialisées à un traitement par psychothérapie et son acceptation n'est pas toujours évidente. Pour cette raison, une étude expérimentale sur la psychothérapie cognitive chez les âgés dépressifs, basée sur une intervention dans le cadre du PNR32, a été menée à Genève par Lucio Bizzini et Christine Favre. Dans

cette étude, des personnes âgées dépressives ayant entre 60 et 80 ans et ne présentant pas de symptômes de démence ont été soumises à une psychothérapie cognitive. Le modèle d'intervention spécialement développé pour cette étude comprenait des amorces psychiatriques, neuro-psychologiques et psycho-gérontologiques, afin de bien cerner la situation de ces personnes âgées¹. Trois types d'interventions ont été menés.

- a) Une séance préparatoire pour la thérapie individuelle, afin de préparer le patient ou la patiente à la psychothérapie (et aussi pour expliquer les «règles du jeu» aux personnes qui n'avaient, jusqu'alors, jamais suivi de traitement psychothérapeutique). Durant cette phase, il est très important de bien déterminer les limitations cognitives et sensorielles dont souffrent les personnes âgées, afin, par exemple, d'éviter par la suite des problèmes de communication qui seraient dus par exemple à des problèmes auditifs chez le sujet.
- b) Une psychothérapie cognitive traditionnelle d'une durée de 4 à 6 mois qui se déroule en entretien individuel et porte plus particulièrement sur la prise de conscience des liens entre leurs pensées et leurs sentiments, ceci dans le but de lever les distorsions cognitives dont ils sont victimes.
- c) Une psychothérapie cognitive de groupe enrichie de «stratégies de décentration» («Cognitive therapy with decentring strategies»). Au moyen des stratégies de décentration, il est possible de briser le système de pensée rigidifiée dont les personnes âgées dépressives souffrent; ces stratégies visent à présenter au sujet de nouveaux points de vue et de nouvelles solutions où que ce soit en explorant explicitement les postulats de base de la pensée et en les remettant en question.

¹ Voir à ce sujet L. Bizzini, C. Favre, (1998a), Psychothérapie cognitive de groupe et dépression dans l'âge: indices et mécanismes psychologiques de changement, Rapport final, Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève, mimeo. Voir aussi L. Bizzini, C. Favre, (1998b), Psychothérapie cognitive et dépression chez la personne âgée, dans B. Samuel-Lajeunesse, C. Mirabel-Sarron, L. Vera, Mehran (éd.), Manuel de thérapies comportementales et cognitives, Paris, éditions Dunod.

Les actions qui ont été menées, c'est-à-dire, avant tout des thérapies cognitives enrichies de stratégies de décentration, se sont révélées très efficaces, même chez les personnes âgées dépressives. Ainsi, près de la moitié des personnes concernées par cette expérience ont fait des progrès sensibles en matière de décentration¹. Il faut toutefois préciser que la plupart des psychothérapies suivies par ce groupe ont duré plus longtemps qu'avec des groupes de patients plus jeunes. Cela pouvait tenir au fait que, chez les personnes âgées, les symptômes dépressifs sont liés à des événements de vie ancrés dans un vécu plus long, donc plus riche, ou au fait qu'ils sont aggravés par des maladies chroniques ou des handicaps. D'un autre côté, il apparaît clairement que les adaptations dictées par l'âge, les phases critiques de la vie et une certaine fragilité contribuent au besoin accru qu'ont les personnes âgées de suivre des traitements psychothérapeutiques.

5. Visites gériatriques préventives à domicile

Le nombre et la proportion sans cesse croissants de personnes de grand âge amène la politique sociale et de santé à se préoccuper plus spécialement de maintenir ou réduire les coûts de santé, notamment en tentant de prévenir ou freiner les processus pathologiques qui peuvent survenir avec le vieillissement, tels que les troubles physiques, les pertes d'indépendance et d'autonomie. Une nouvelle définition de la prévention est toutefois nécessaire dans ce processus car l'effort principal est porté sur le maintien des capacités fonctionnelles, ce qui implique d'aborder d'autres aspects que les facteurs de risque médicaux, tels que les facteurs psychiques, sociaux et environnementaux.

Un programme qui vise à offrir aux personnes âgées une prévention efficace doit donc s'articuler autour de deux critères centraux:

- Premièrement, il est nécessaire de tenir compte très tôt des facteurs de risque et d'anticiper le développement de processus pathologiques avant que les troubles ou les symptômes se manifestent. La stratégie individuelle conventionnelle qui consiste à ne consulter un médecin que lorsque les signes physiques ou psychiques sont visibles et perceptibles est une méthode très peu efficace en matière de prévention. Une des méthodes consiste à faire des visites médicales préventives au domicile des personnes âgées qui permettent de découvrir, puis traiter à temps, les problèmes naissants ou sous-jacents.
- Deuxièmement, du fait des multiples facteurs de risque physiques, psychiques et sociaux entraînant des handicaps au cours de la vieillesse, il est indispensable d'effectuer une évaluation gériatrique multi-dimensionnelle, ce qui implique, entre autres, une étroite coopération interdisciplinaire entre équipes de travail².

Afin d'étudier l'efficacité d'une évaluation gériatrique multi-dimensionnelle et de visites préventives à domicile, le projet EIGER (recherche innovatrice sur les visites à domicile) a été mis sur pied et conduit dans le cadre du PNR32 dans la région de Berne. La population étudiée était composée de femmes et d'hommes âgés de 75 ans ou plus vivant à leur domicile. L'objectif de l'étude était de répondre à trois questions.

- vérifier si la méthode de visites préventives à domicile, telle qu'elle avait été testée avec succès aux Etats-Unis en institution, pouvait se révéler efficace à domicile;

1 La méthode exacte suivie pendant cette phase d'intervention est décrite dans le petit fascicule «Thérapie cognitive de groupe enrichie des stratégies de décentration (CTDS) pour des personnes âgées souffrant de dépression», à paraître en 1999.

2 Voir à ce sujet A. E. Stuck, (1997), State of art: Multidimensionales geriatrisches Assessment im Akutspital und in der ambulanten Praxis (Evaluation gériatrique multi-dimensionnelle dans les hôpitaux de soins aigus et ambulatoires), Hebdomadaire suisse de la Médecine, 127:1781-1788. Voir également H.-Michel Hagmann, J.-P. Fagnière (1997), Maintien à domicile, le temps de l'affirmation, Lausanne, Réalités sociales.

- déterminer si ces interventions à domicile ont un impact positif sur les âgés ou sur des sous-groupes donnés;
- étudier plus en détail le déroulement de ces interventions et leur influence sur l'efficacité finale.

Suite à une première évaluation de 791 personnes, les seniors prenant part à cette étude ont été répartis aléatoirement dans deux groupes différents (intervention et contrôle), puis ont été différenciés par importance des facteurs de risques: ainsi 264 personnes ont été classées dans le groupe «intervention» et ont reçu, pendant deux ans, des visites préventives à domicile régulière effectuées par des infirmières. Les 527 autres personnes ont été mises dans le groupe de contrôle et n'ont pas reçu de telles visites à domicile. De la sorte, il a été possible d'évaluer les effets et l'efficacité des visites préventives à domicile.

Pendant la première année de ce projet, les infirmières ont reçu une formation sur les visites préventives à domicile et les instruments statistiques, ce qui a fait l'objet d'un manuel pratique¹. Les infirmières ont effectué une évaluation gériatrique multi-dimensionnelle approfondie à la première visite, puis chaque année. Cette évaluation comprenait un questionnaire structuré, des examens physiques et fonctionnels (ouïe, vue, mémoire, réponse aux émotions, marche/équilibre, hygiène alimentaire), une évaluation du logement de la personne, de sa consommation médicamenteuse, ainsi qu'une analyse de sang simple. Grâce à cette enquête, les infirmières ont pu répertorié les problèmes observés et un traitement a été mis sur pied ainsi que des recommandations à la personne et, lorsque nécessaire, en lien étroit avec le médecin gériatre du projet et le médecin traitant du patient. Par la

suite, les personnes ont été visitées tous les trois mois afin de soutenir et faciliter la mise en œuvre des conseils et recommandations établies.

Résultats de l'étude d'intervention

En résumé, deux points principaux peuvent être relevés:

- a) Premièrement, les effets préventifs de telles visites à domicile dépendent de la façon dont les soins sont dispensés par les infirmières. Une bonne discussion qui puisse expliquer à la personne quels sont les facteurs de risques et les problèmes qui peuvent surgir en matière de santé et handicap, est un élément très important qui permet d'assurer des effets à long terme des visites préventives à domicile. Ce résultat prouve la pertinence et l'utilité d'une évaluation gériatrique multi-dimensionnelle menée par des professionnels. Sans instruments statistiques précis et bien adaptés à la pratique, les visites préventives à domicile perdent de leur efficacité. Il est, de plus, apparu clairement que l'efficacité de ces visites dépendait de la stratégie adoptée par les infirmières pour intervenir dans les foyers visités. Les infirmières ayant montré le plus d'effets bénéfiques sur la personne visitée sont celles qui donnaient le plus de conseils et qui intervenaient le plus fréquemment (comme le démontre l'analyse du rapport portant sur ces visites); cependant ces résultats ne sont pas liés à la satisfaction éprouvée par les personnes âgées vis-à-vis des visites à domicile, une infirmière perçue ayant créé un lien affectif plus fort ne montre pas une efficacité identique qu'une infirmière «moins gentille» mais qui par contre est plus formée au niveau gériatrique. Quatre critères ont été identifiés comme indispensables pour assurer l'efficacité

¹ Voir à ce sujet A. E. Stuck, H. Schmocker, A. Kesselring, A. Lüdin, H. Flückiger (Ed.), (1995), Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen. Grundlagen, Vorgehen, und Erfahrungen des Projekts EIGER (Visites préventives à domicile chez les personnes âgées. Bases, méthode et conclusions du projet EIGER), première édition, Berne, PNR32. Un manuel révisé va paraître en 1999.

- d'une intervention préventive.
- clarifier et repérer les problèmes individuels, les facteurs de risque, mais aussi les ressources sociales des personnes âgées;
 - mettre sur pied une liste de conseils et recommandations adaptés à chaque individu;
 - assurer un suivi des personnes âgées qui puisse soutenir la mise en application de ces conseils et recommandations;
 - dispenser des conseils sur les habitudes de vie et les comportements de santé d'un niveau plus général.

b) En second lieu, les visites préventives à domicile n'ont montré un effet que pour des personnes âgées ne présentant pas de problèmes de santé graves. En effet, pour les personnes ayant, avant la mise en place d'un tel suivi, des risques importants liés à leur santé, les visites préventives arrivent trop tard. Le projet EIGER a montré que les visites n'avaient d'effets préventifs mesurables que sur le groupe «à faible risque». Dans le groupe «à risque élevé» (c'est-à-dire, lorsque dès le premier entretien, des risques potentiels importants sont identifiés), aucun effet préventif mesurable n'a pu être constaté après deux ans. Ainsi, les visites préventives ne se révèlent efficaces que si elles sont effectuées suffisamment tôt, c'est-à-dire avant que les personnes âgées ne souffrent de troubles et de handicaps physiques identifiables. Pour les personnes âgées vivant à domicile et présentant un risque élevé de handicaps, la thérapie et la rééducation semblent mieux adaptées que les visites préventives.

Les programmes de visites préventives à domicile doivent donc avant tout s'adresser à des personnes âgées «en bonne santé», en complément d'un suivi médical classique.

Pour les personnes âgées de 75 ans et plus classifiées dans le groupe «risque faible», les visites à domicile menées par des professionnels compétents satisfaisant aux critères de qualité exigés ont conduit à une diminution de la dépendance dans les activités de la vie quotidienne plus faible que dans le groupe de contrôle. On constate, entre autres, moins de problèmes d'équilibre grâce un entraînement à la mobilité, plus de vaccinations contre la grippe que dans le groupe de contrôle et une «régulation» de la consommation de médicaments - augmentation de médicaments indispensables (hypotenseurs, analgésiques etc...) et réduction de médicaments inutiles (benzodiazépine, anti-rhumatismaux etc...). L'amélioration de l'autonomie et des capacités fonctionnelles a également montré que le nombre de placements en institutions des personnes âgées du groupe «risque faible» a été très significativement plus faible que pour le groupe de contrôle.

Au niveau économique, à court terme, le projet a occasionné une multiplication des frais, d'une part du fait des coûts occasionnés par les visites à domicile et par l'augmentation des consultations médicales. Toutefois, à long terme, à partir de la troisième année, on a noté une baisse significative des coûts par la réduction du nombre de journées d'hospitalisation et de placement en institution. Dans la mesure où les placements de personnes âgées en institution sont réduits grâce à des visites préventives à domicile efficaces, on peut établir une diminution sensible des coûts sur le long terme, même si l'on tient compte des coûts supplémentaires engendrés par ces visites à domicile. En résumé, l'investissement d'une stratégie préventive telle que celle du projet EIGER, se fait visible du point de vue économique au bout de trois ans, et ceci à condition

qu'elles soient conduites par des professionnels et chez des personnes âgées à faible risque. Le développement de système de prévention spécialisé en gériatrie à domicile pour maintenir les personnes en bonne santé, selon les résultats de cette enquête, se solderait donc par une réduction des coûts.

Conséquences pratiques du projet EIGER

1) Comment est-il possible d'intégrer les visites préventives à domicile dans le système suisse de santé?

Il est possible de penser à plusieurs scénarii. On peut par exemple imaginer une intégration dans certains cabinets médicaux sélectionnés ou certaines entreprises de services ambulatoires ou même une intégration dans les organisations de services d'aide et de soins à domicile. De toute façon, dans le domaine des visites à domicile, il est indispensable d'envisager une collaboration étroite avec le médecin traitant, car nombre de conseils relèvent de sa responsabilité (par exemple, les vaccinations et les prescriptions de médicaments).

2) Quels sont les groupes professionnels qui peuvent mener à bien ces visites à domicile?

Durant le projet EIGER, ce sont essentiellement des infirmières diplômées qui ont effectué ces visites à domicile, en collaboration étroite avec des gériatres participant au projet. Ces visites nécessitent des connaissances dans plusieurs domaines ainsi que la capacité de faire un diagnostic médical. Certains aspects de ces visites à domicile peuvent cependant être pris en main par d'autres personnes compétentes en la matière. Par exemple, le début des évaluations gériatriques multi-dimensionnelles peut être assuré, à moindre coût et de manière professionnelle,

par des enquêteurs spécialement formés à cet effet. De plus, certaines parties des examens peuvent être réalisées par le médecin traitant.

3) Comment financer ces visites à domicile?

Du fait de la hausse permanente des dépenses de santé, ceci est le centre du problème. Dans un premier temps, ces visites entraînent des surcoûts (les visites elles-mêmes coûtent entre 460 et 530 francs par an et par personne). Ce n'est que dans un deuxième temps, grâce à une baisse du nombre de placements de personnes âgées en institutions d'hébergement, que l'on constate des économies. Les études portant sur le financement sont en cours, et on discute actuellement sur les possibilités qui permettraient, dans le cadre de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, de considérer les visites préventives à domicile comme des prestations reconnues. Il est donc indispensable de fixer des règles et conditions précises qui garantissent la qualité de ces visites préventives à domicile vu les résultats déjà mentionnés.

4) Comment assurer la formation des professionnels?

Les analyses faites sur le projet montrent que la formation actuelle des infirmières ne leur permet pas de gérer tous les besoins des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle on définit actuellement le profil type que devrait avoir une infirmière pour pouvoir satisfaire à toutes les exigences de ce genre de visites. Les médecins doivent, eux aussi, faire face à de nouvelles exigences en matière gériatrique. En tout état de cause, à compter de 1999, les résultats du projet EIGER seront inclus dans le cours national de formation complémentaire en gériatrie.

5) *Comment garantir la qualité des visites préventives à domicile?*

D'une part, il faut mettre sur pied une documentation et une évaluation permanentes portant sur les visites préventives à domicile, qui permettent de détecter à temps les déficits éventuels. D'autre part, il est indispensable que des experts spécialement formés (gériatres, médecins généralistes, infirmières) supervisent le déroulement de ces visites. La formation des professions médicales et paramédicales en gériatrie devrait donc être beaucoup plus développée en Suisse dans le futur.

6) *Comment inciter les personnes âgées à participer à ce programme de visites préventives?*

Donner des conseils de santé à des personnes âgées ne peut être en accord avec les règles éthiques de la profession que si ces personnes âgées sont volontaires. Afin de les motiver à prendre part à de tels projets, il faut donc bien les informer sur les possibilités qu'ils offrent de prévenir certains handicaps, car encore bien trop souvent, les processus pathologiques durant la vieillesse sont considérés comme «normaux» et inévitables. La prise de contact avec les personnes âgées peut se faire, entre autres, par l'intermédiaire du médecin généraliste, d'un service d'aide et de soins à domicile, de la commune ou encore d'une caisse d'assurance maladie. Les incitations financières se révèlent ici très importantes. En effet, si ces visites doivent être financées sur le seul budget du ménage, il y a un grand risque que seules les personnes âgées financièrement aisées participent.

6. Principaux résultats et perspectives

Les soins et l'aide prodigués par la famille continuent à être un élément

central et indispensable des soins et de la prise en charge de personnes âgées dépendantes. Les personnes atteintes de démences sont, dans la majorité des cas, soignées par les proches et de ce fait ceux-ci vivent une charge souvent forte que ce soit à travers les soins ou que ce soit à travers les modifications de la personnalité de la personne démentifiée. C'est pourquoi soutenir et décharger ces proches est primordial, soit grâce aux conseils qualifiés de professionnels, soit par les offres diversifiées d'allègement de la charge de l'entourage.

Les soins et la prise en charge ambulatoire des personnes âgées sont devenus une partie importante du secteur de la santé. Dans de nombreuses régions, il manque encore une politique d'information et de systèmes intégrés qui pourrait permettre de façonner de manière dynamique des prestations de soins ambulatoires.

Considérant la situation démographique du vieillissement de la population et l'explosion des coûts de la santé, la coordination et le système d'information deviennent toujours plus importants. Dans le cadre du PNR32, la Dr. Brigitte Santos-Eggimann a ainsi conduit un projet qui a utilisé et développé un système informatique (Balance of Care System, ou BoC), un modèle d'évaluation permettant aux cantons de conduire une réflexion sur le type et le volume des prestations médico-sociales nécessaires à la couverture des besoins de leur population âgée chroniquement dépendante.

Le développement de nouveaux instruments micro-électroniques ouvre de nouvelles perspectives pour les seniors et les personnes de grand âge et peuvent par exemple pallier aux diverses situations et degrés d'incapacités. D'une manière générale, on constate, dans tous les domaines explorés par l'étude pilote (dispositifs

d'aide électroniques actifs et passifs), que les nouvelles technologies peuvent également être utiles aux générations les plus âgées pour autant qu'à l'application de ses innovations, un accompagnement humain soit également mis sur pied.

La spécificité des psychothérapies cognitives pour personnes âgées dépressives pose le problème de l'adaptation des thérapies habituelles à un groupe d'âge qui est caractérisé par l'expérience d'une vie passée, mais aussi par celle d'une vie quotidienne marquée par des événements et par des modifications physiques, sensorielles et cognitives induits par l'âge. Une fois ces paramètres considérés, les thérapies cognitives enrichies de stratégies de décentration, se révèlent être très efficaces, même chez les personnes âgées dépressives.

De façon générale, on observe que les incapacités liées au processus de vieillissement peuvent être considérablement réduites par des mesures préventives. Dans ce sens, les visites préventives à domicile se sont avérées être une stratégie qui diminuait l'incapacité dans la vieillesse, mais sous la condition que l'évaluation gériatrique multi-dimensionnelle lors des visites à domicile soit menée par une infirmière professionnelle, formée en gériatrie. De plus, ces visites préventives sont avant tout efficaces si l'on intervient tôt dans le processus de perte d'incapacité et plutôt chez les personnes sans problèmes de santé graves.

Demain... Regard sur la continuité de la formation et la recherche gérontologique

Le PNR32 a très nettement renforcé la recherche en Suisse. Dans certains domaines, il a contribué à construire une continuité de la recherche en gérontologie. Certains projets ont d'ailleurs perduré au-delà du PNR32: le Centre interfacultaire de gérontologie de Genève, qui a établi un centre de recherche et de formation interdisciplinaire en gérontologie, et l'Université de Zürich qui, grâce au travail commun avec des spécialistes du travail avec les âgés, a créé en automne 1998, un centre de gérontologie. L'Université organise également en collaboration avec Pro Senectute à Zürich, une académie d'été gérontologique depuis 1998. Le PNR32 a également collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé et l'Association américaine des personnes retraitées pour créer, en 1996, le «Geneva International Network on Aging» (GINA), un réseau international sur le vieillissement à Genève.

La continuité et la coordination scientifique et professionnelle sont assurées par la Société suisse de gérontologie qui, dès le début, a collaboré très étroitement avec le PNR32.

Dans le but de renforcer encore la continuité de la recherche gérontologique et des débats sur le plan national interdisciplinaire, les principaux acteurs du PNR32, sur l'initiative du Prof. H.-Michel Hagmann, président du groupe d'experts, ont décidé, avec l'appui de plusieurs partenaires (Université de Bâle, Université de Genève, Pro Senectute Suisse, Société suisse de gérontologie, Institut universitaire Kurt Bösch) la création, en octobre 1998, d'un Institut universitaire Ages et Générations¹ (INAG) dont les objectifs sont les suivants:

- promouvoir la discussions et la diffusion de travaux interdisciplinaires dans les domaines concernés par les âges de la vie et les relations intergénérationnelles,

- développer l'enseignement et la recherche en gérontologie dans une perspective qui prend en compte l'ensemble du territoire et des cultures de la Suisse,
- encourager la coordination entre la recherche fondamentale, la recherche appliquée et les champs de la pratique.

La continuité de la recherche sur la vieillesse et le vieillissement est nécessaire car la situation sociale et économique se modifie, de même que le bien-être personnel et l'état de santé des cohortes spécifiques de personnes âgées. Les analyses des effets de cohortes, mais également les études transversales étendues à des études longitudinales sont actuellement prioritaires dans la recherche en gérontologie. D'autres priorités sont aussi à considérer dans la recherche sur le vieillissement, telles que les études d'intervention et les études pilotes qui prouvent leurs effets même à des âges avancés.

Dans le cadre du PNR32, des travaux importants ont pu être accomplis, même s'il reste encore de nombreux champs non investigués tels que la violence dans la vieillesse, le comportement religieux des personnes âgées, les analyses de situations de soins de longue durée ainsi que des études interculturelles sur la vieillesse. Au vu des discussions actuelles sur la retraite, il y aurait lieu de mener des recherches sur les nouvelles formes de retraites. L'augmentation de l'espérance de vie a pour conséquence que les aspects de la grande vieillesse (situation des très âgés, représentation de la dernière phase de vie) deviennent toujours plus importants. Une question centrale restera toujours sous-jacente, celle d'identifier dans toutes les recherches les aspects différentiels qui sont à la base des différences personnelles, sociales et médicales des personnes inscrites dans le processus de vieillissement.

¹ Des informations complémentaires peuvent être obtenues au sujet de l'INAG sur: <http://www.ikb.vsnet.ch/INAG>

La situation sociale et économique, ainsi que la santé et le bien-être psychique des personnes âgées en Suisse ont connu, au cours de ces dernières années, une amélioration significative. Ceci peut être imputé, non seulement à l'extension du système de prévoyance-vieillesse, mais aussi à une transformation radicale des structures familiales et de la vie et des comportements des nouvelles générations d'âgés. Les hommes et les femmes suisses ne vivent pas seulement plus longtemps, ils ont aussi la possibilité de garder une bonne santé pendant de très nombreuses années. A l'avenir on devrait encore assister à une amélioration substantielle de la qualité de la vie des personnes âgées. Pourtant, les différences dans la vie de ces personnes ainsi que leurs différences sur le plan social rendent la population à la retraite très hétérogène et par là même produisent des situations et conditions de vieillissement inégales. De telle sorte que le renforcement de la solidarité entre les différentes catégories sociales et groupes d'âgés va devenir, outre le maintien des liens de solidarité entre les générations, une des tâches principales auxquelles devra s'atteler la politique en faveur des personnes âgées.

Durant ces dernières années, on a assisté à des évolutions contradictoires. D'un côté, la population âgée a connu un rajeunissement culturel, ce qui lui permet de voir la phase de vie post-professionnelle comme une phase de la vie où il est possible d'utiliser au mieux le temps libre dont on dispose. D'un autre côté, les évolutions se produisant au sein de l'économie ont pour conséquence que les employés quittent toujours plus tôt le marché du travail pour partir à la retraite et sont, de ce fait, de plus en plus tôt considérés comme des «vieux». Il est clair que la tendance toujours plus marquée au raccourcissement de la vie active ne pourra

être poursuivie vu les impératifs du vieillissement démographique. De nouvelles formes de retraite, plus flexibles et qui permettront la poursuite, par les personnes âgées, d'un certain type d'activités, deviennent de plus en plus nécessaires autant pour la cohésion sociale que pour la santé des retraités eux-mêmes. En même temps, il convient, pour la société, de mieux utiliser les potentiels et les compétences des personnes âgées et donner un sens plus important à la phase post-active de la vie humaine. Ceci induira une image plus positive de la vieillesse, une image qui soit plus orientée vers les ressources des personnes âgées et moins vers leurs déficits. Du point de vue de la politique sociale, il est indispensable que les données scientifiques contribuent à dessiner ou «redessiner» la réalité de la situation des personnes âgées et très âgées en Suisse et qu'elles puissent casser les «mythes» ancestraux qui favorisent le modèle du vieillissement associé à un déclin et le remplacer par les modèles positifs de vieillissement normal et réussi.

Actuellement, des débats sur les questions soulevées dans ce document sont pour la plupart déjà engagés et débattus, ceci autant dans les groupes de seniors que dans les discussions politiques ou dans la population en général. Cependant, l'adaptation et l'anticipation des politiques, des structures sociales et aspects juridiques à une vie toujours plus longue des hommes et des femmes est un processus de longue haleine, tâche qui s'intensifiera et s'élargira encore dans les décennies à venir.

Responsabilité du PNR32

Le Programme national de recherche «Vieillesse» (PNR32) a été guidé et suivi par un groupe d'experts. Ce groupe d'experts se composait d'hommes et de femmes des trois régions linguistiques et de diverses disciplines (gériatrie, psychologie, politique sociale, démographie, anthropologie, économie, etc.). Grâce aux qualifications élevées du groupe d'experts les décisions et le travail ont pu être menés à bien avec succès.

Président du groupe d'experts:

Prof. Hermann-Michel Hagmann, Laboratoire de démographie de l'Université de Genève, Centre médico-social régional, Sierre

Membres du groupe d'experts¹:

Dr Peter Binswanger, Lugano (antérieurement président de la Fondation de Pro Senectute, décédé en 1996)²

François Huber, Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne

Dr Charles Kleiber, Secrétaire d'Etat, directeur du Groupement de la science et de la recherche, Berne

Mimi Lepori Bonetti, Consulenza sociale e non profit CONSONO, Lugano

Prof. Pasqualina Perrig-Chiello, Psychologisches Institut, Bern et Institut universitaire Kurt Boesch, Sion

Prof. Yvonne Preiswerk, Institut d'Etudes du Développement, Genève (décédée en 1999)

Dr Jean-Pierre Rageth, Direction de l'action sociale, Genève

Prof. Hans Schmid, représentant de la Division IV du FNRS, St-Gall

Prof. Helmut Schneider, Wirtschaftswissenschaftliches Institut der Universität Zürich

Prof. Hannes B. Stähelin, Geriatriche Universitätsklinik, Kantonsspital Basel

Prof. Jean Wertheimer, Hôpital de psycho-gériatrie, Prilly (décédé en 1999)

Secrétariat:

Dr. Christian Mottas, Fonds national de la recherche scientifique, division IV, Berne

Direction de programme:

Prof. François Höpflinger, Soziologisches Institut der Universität Zürich, directeur.

Dr Astrid Stuckelberger, Hôpitaux universitaires de Genève, Belle-Idée, Chêne-Bourg, Genève, adjointe

¹ Lors de la conceptualisation et du travail préparatoire du PNR32, le Prof. Hans-Dieter Schneider a également collaboré au sein du groupe d'experts.

² Dr Peter Binswanger a été engagé de façon décisive durant les dernières décennies à la construction de l'AVS. Toute notre reconnaissance va à son engagement pour la recherche gérontologique qui a permis de mettre sur pied et de réaliser le PNR32.

Liste de tous les projets PNR32 selon les cinq thèmes prioritaires (par ordre alphabétique)

A) La situation et les activités des personnes âgées dans la société

Le bénévolat social «chez l'âgé et pour l'âgé»

Requérant principal: Prof. Ernst-Bernd Blümle, Prof. Robert Purtschert, Dr. Sebastian Schnyder, Forschungsinsitut für Verbands- und Genossenschafts-Management, Fribourg. Rédaction scientifique: Dr. Hans Lichsteiner.

L'activité lucrative des rentiers et ses implications pour la sécurité sociale

Requérant principal: Prof. Joseph Deiss, Spartaco Greppi, ISES, Université Miséricorde, Fribourg.

L'engagement social des groupements de retraités

Requérant principal: Prof. Jean-Pierre Fragnière, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Lausanne; collaborateurs: Philippe Badan, Dominique Puenzieux, Sylvie Meyer.

Stéréotypes et solidarité dans le cadre des relations entre générations

Requérant principal: Dr Patricia Roux, Prof. Deschamps Jean-Claude, Prof. Doise Willem, Prof. Clémence Alain, Institut des Sciences sociales et pédagogiques, Université de Lausanne; collaborateur: Pierre Gobet.

B) La condition sociale et économique des personnes vieillissantes

La situation du logement, l'occupation de l'habitat et la distribution dans l'espace des personnes âgées en Suisse

Requérant principal: Dr Michal Arend, Synergo Zürich; Brigit Wehrli-Schindler, Zürich.

Stratégies institutionnelles de préservation et de restauration des relations sociales dans les structures d'hébergement pour personnes âgées

Requérant principal: Etienne Christe, Elisabeth Hirsch Duret, Antoinette Genton Trachsel, Pierre Mermoud, Institut d'Etudes Sociales, Genève; collaboratrice: Isabelle Müller, Berne.

La situation socio-économique des retraités dans les ménages privés de retraités et dans les ménages de type mixte (Comparaison 1978-81/1990)

Requérant principal: Dr Laurent Donzé, Prof. Remigio Ratti, Prof. Mauro Baranzini, Istituto di Ricerche Economiche (IRE), Bellinzona.

L'ajustement à la vieillesse, au deuil et à la solitude: entretiens avec des personnes âgées vivant seules

Requérant principal: Prof. Jean Fabre, Madeleine Rudhardt, Groupe «Sol» de l'Université du 3ème âge de Genève (UNI3); collaborateurs: membres du groupe «Sol» d'UNI3.

Autonomie de la personne vieillissante et environnement socio-culturel

Requérant principal: Prof. Christian Lalive d'Epina, Prof. Jean-Pierre Michel, Prof. Eric Fuchs, Prof. André Rougemont, Prof. Eugène Horber, Centre interfacultaire de Genève (CIG), Genève; Collaborateurs: Christine Bétemps, Jean-François Bickel, Carole Maystre, Jean-Fançois Riand, de même qu'en intermittence durant le projet: Cornelia Hummel, Dario Spini, Astrid Stuckelberger, Manfred Urben, Nathalie Vollenwyder.

L'habitat chez l'âgé. L'importance de la sécurité et du chez soi.

Requérant principal: Prof. Alfred Lang, Kilian Bühlmann, Institut de psychologie de l'Université de Berne; collaborateurs: Stefanie Guggi, Isabel Marty, Hubert Studer.

La situation des personnes âgées de plus de 60 ans en Suisse (Etude pauvreté nationale)

Requérant principal: Prof. Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern; collaborateurs: Stefan Burri, Tom Pirester.

Solitude vécue et analyse de récits de vie par les personnes âgées

Requérante principale: Thea Moretti-Varile, Bellinzone.

Les trajectoires des travailleurs âgés sur le marché du travail en Suisse et en Europe

Requérant principal: Jean-Marie Le Goff, avec l'appui de H.-Michel Hagmann et François Höpflinger, INAG.

C) La retraite et passage à la phase de vie post-professionnelle

La population âgée immigrée face à la retraite: modes de vie, ressources et projets d'avenir

Requérant principal: Dr Rosita Fibbi, Institut de Sociologie et d'Anthropologie, Université de Lausanne, Dr Claudio Bolzman, Institut d'Etudes Sociales, Genève; collaboratrice: Marie Vial.

La politique de la vieillesse dans les entreprises suisses et leur contribution au passage de la vie active à la vie de retraité

Requérant principal: Prof. Peter Gross, Soziologisches Seminar an der Hochschule St. Gallen; collaborateurs: Achim Brosziewski, Peter Farago, Claude Hunold, Olaf Zorzi.

Etude comparative de la politique des systèmes de retraite entre la Suisse et les Etats-Unis

Requérant principal: Dr Werner Nussbaum-Zimmermann, Dr Ernst Rätzer-Tön, Berne.

Passage à la retraite

Requérant principal: Prof. Hans-Dieter Schneider, Sabine Dobler, Dr. Philipp Mayring, Institut de Psychologie, Université de Fribourg; collaborateurs: Regula Buchmüller de même que par intermittence: Tina Kiefer, Markus Melching.

D) La santé, la maladie et les soins avec l'avance en âge

La santé des personnes âgées en Suisse. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 1992/93 et comparaison des tendances avec les résultats d'études antérieures

Requérant principal: Prof. Theodor Abelin, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Prof. Felix Gutzwiller, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Dr. Felix Gurtner, Dr. Andreas Stuck (Bern), Dr. Brigitte Bisig (Zürich); collaborateurs: Dr Valeria Beer, Dr Patricia Mbumaston, Dr Marianne Müller.

La fracture du col du fémur: cause de rupture du parcours de vie et de désintégration contextuelle (familiale et sociale)

Requérant principal: Dr Michel Bruchez, Clinique Sainte-Claire, Sierre, Prof. Jean-Pierre Michel, Département de gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, Dr Claude Bayard; collaborateurs: Dr Bernard Grab et en intermittence: Marie-Pascale Limagne, François Monin.

Prise en charge et besoins des membres de la famille s'occupant de patients atteints de démence (Projet parallèle à Molo-Bettelini)

Requérante principale: Doris Ermini-Fünfschilling, memory Klinik Basel; collaboratrice: Dr Denise Meier.

Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée en Suisse

Requérant principal: Dr François Herrmann, Département de gériatrie, Genève, Prof. Jean-Pierre Michel, Prof. Alexander Scott Henderson, Prof. Felix Gutzwiller (Zürich); collaboratrices: Dr Reinhild Mulligan, Dr Vladeta Ajdacic-Gross.

Les besoins de la famille des personnes âgées avec démence sénile au Tessin (Projet parallèle à Ermini-Fünfschilling)

Requérante principal: Dr Cristina Molo-Bettelini, Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale, Mendrisio; collaboratrices: Nathalie Clerici, Anita Testa-Mader (Mendrisio).

Autonomie, santé et bien-être chez la personne âgée

Requérant principal: Prof. Walter Perrig, Institut für Psychologie der Universität Bern, Dr. Eva Krebs-Roubicek, psychiatrische Universitätsklinik Basel, Prof. Hannes B. Stähelin, Geriatrische Universitätsklinik Basel, Dr. Rolf Ehram, Institut für Sport Basel; collaboratrice: Dr Pasqualina Perrig-Chiello, Andrea Kaiser, Vera Kling, Franziska Krings, Dr Manette Ruch, Beat Meier.

Besoins, problèmes et améliorations de la communication auditive dans l'âge avancé

Requérant principal: Prof. Rudolf Probst, HNO, Universitäts Klinik am Kantospital Basel, Dr Kurt Tschopp, Dr Frances P. Harris; collaboratrice: Sibylle Bertoli.

Vieillesse et vieillissement en Suisse: analyse économique du comportement en matière de santé et de soins

Requérant principal: Prof. Peter Zweifel, Institut für Empirische Wirtschaftsforschung Zürich, Prof. Stefan Felder; collaborateurs: Dr Sandra Nocera, Markus Meier, Wolfram Strüwe.

E) Le maintien à domicile et les interventions innovatrices pour personnes âgées

Psychothérapie cognitive de groupe et dépression chez l'âgé: indices et mécanismes psychologiques de changement

Requérant principal: Dr Lucio Bizzini, Prof. Jacques Richard, Prof. Daniel Stern, Département de Psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève; collaboratrice: Christine Favre.

Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude expérimentale des techniques au service des personnes âgées dépendantes

Requérant principal: Prof. François Hainard, Institut de sociologie et sciences politiques, Neuchâtel, Jean-Claude Gabus, Fondation Suisse pour les Téléthèses, Neuchâtel; collaborateurs: Cédric Berger, Jean-Christophe Masson.

Modèle d'évaluation des politiques médico-sociales cantonales et place du maintien à domicile

Requérant principal: Dr Brigitte Santos-Eggimann, Bernard Bachelard, Gérald Tinturier, Christine Schaub, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne; collaborateurs: Nicole Chavaz, Annick Clerc Berod, Laurence Peer, Frank Zobel.

Projet EIGER (Erforschung von Innovativen Geriatrischen Hausbesuchen): évaluation d'une intervention gériatrique innovatrice à domicile

Requérant principal: Dr Andreas Stuck, Zieglerspital Bern, Klinik Geriatri- Rehabilitation, Bern, Dr Charles Chappuis, Prof. Theo Abelin, Prof. Robert E. Leu, Dr Thomas Spuhler, Dr Ruth Meyer Schweizer, Annelise Lüdin-Anderegg; collaborateurs: Dr Stefan Bachmann, Gabriella Bauen, Prof. John C. Beck, Heidi Gafner, Gerhard Gillmann, Beat Gloor, Dr Felix Gurtner, Dr Annemarie Kesselring, Nicole Langel, Heidi Schmockler, Iris West.

Publications les plus importantes du PNR32

Abelin, Theodor; Beer, Valérie; Gurtner, Felix (Hrsg.). (1998). *Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/1993*, Bern: Haupt.

Bétemps, Christine; Bickel, Jean-François; Brunner, Martin; Hummel, Cornelia (1997) *Journal d'une enquête: La récolte des données d'une recherche transversale par échantillon aléatoire stratifié*, Lausanne: Réalités Sociales.

Buchmüller, Regula; Dobler, Sabine, et al. (1996) *Vor dem Ruhestand. Eine psychologische Untersuchung zum Erleben der Zeit vor der Pensionierung*, Bern: Verlag Hans Huber.

Buchmüller, Regula; Mayering, Philipp; Schneider, Hans-Dieter; Dobler, Sabine (1998). *Uebergänge in den Ruhestand*, Zürich: NFP32.

Fabre, J.; Delachaux, E.; Weber A. (1996) *Le devenir des femmes et des hommes qui ont perdu leur conjoint*, Genève: Uni 3 de l'Université de Genève.

Fragnière, Jean-Pierre; Puenzieux, Dominique; Badan, Philippe; Meyer, Sylvie (1996) *Retraités en action. L'engagement social des groupements de retraités*, Lausanne: Réalités Sociales.

Groupe «Sol» de l'Université du 3^e âge de Genève (1996) *Vivre sans elle. Le veuvage au masculin*, Genève: Georg.

Hagmann, Hermann-Michel; Fragnière, Jean-Pierre (Eds.) (1997) *Le maintien à domicile. Etat des lieux et perspectives*, Lausanne: Réalités Sociales.

Höpflinger, François; Stuckelberger, Astrid (1992) *Alter und Altersforschung in der Schweiz*, Zürich: Seismo-Verlag, frz: *Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse*, Lausanne: Réalités Sociales 1992.

Höpflinger, François (1994) *Frauen im Alter - Alter der Frauen. Ein Forschungsdossier*, Zürich: Seismo-Verlag (2. verbesserte Auflage 1997).

Höpflinger François, Stuckelberger, Astrid (1999). *Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm «Alter/Vieillesse/Anziani»*, Zürich: Seismo.

Institut de Sociologie de l'Université de Neuchâtel (Ed.) (1994) *Vieillesse: Enjeux personnels et de société*, Cahiers des l'ISSP No. 16, Neuchâtel. (Présentations de cinq équipes de recherches du PNR 32 (Fragnière, Roux, Deiss, Hainard, Blümle).

Lalive d'Epinaï, Christian; Bickel, Jean-François; Maystre, Carole et al. (1997) *Les personnes âgées à Genève 1979-1994. Santé, famille, réseaux d'aide et de soins*, Cahiers de la Santé, No. 8, Genève: Département de l'action sociale et de la santé.

Lalive d'Épinay, Christian; Bickel, Jean-François; Maystre, Carole; Hagmann, Hermann-Michel; Michel, Jean-Pierre; Riard, Jean-François (1997) *Un bilan de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994)*, Cahiers médicaux-sociaux, Vol. 41, No. 2, Genève, 1997.

Lichtsteiner, Hans (1995) *Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen*, Zürich.

Leu, Robert E.; Burri, Stefan; Priester, Tom (1997) *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*, Bern: Haupt.

Masson, J.-C.; Hainard, F.; Gabus, J.-C. (1995) *Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude expérimentale de techniques au service de personnes âgées dépendantes*, Cahier de l'ISSP, No. 18, Neuchâtel: Université de Neuchâtel.

Moretti-Varile, Thea (ed.) (1996) *L'implication des personnes âgées dans la recherche*, Lausanne: Réalités Sociales.

Moretti-Varile, Thea (ed.) (1996) *Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove*, Giubiasco: Associazione ticinese terza età.

Nussbaum, Werner (1999). *Das System der beruflichen Borsorge in den USA im Vergleich zum schweizerischen Recht*, Bern: Haupt.

Perrig-Chiello, Pasqualina (1997) *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*, Weinheim: Juventa.

Puenzieux, Dominique; Jean-Pierre Fragnière, Philippe Badan, Sylvie Meyer (1997) *Bewegt ins Alter. Das Engagement von Altengruppierungen*, Zürich: Seismo-Verlag.

Stuckelberger, Astrid; Höpflinger, François (1996) *Vieillissement différentiel: hommes et femmes. Dossier de recherche*, Zürich: Seismo.

Wehrli-Schindler, Brigitte (1997) *Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim*, Zürich: Seismo-Verlag.

Zweifel, Peter; Felder, Stefan (Hrsg.) (1996) *Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*, Bern: Haupt.

Film Video PNR32:

Jolliet, Aimé (1997). *Vieillir heureux chez soi. Techniques et Aides domestiques au service des personnes âgées*, UNI-Video Genève (version allemande: Glückliches Altern zu Hause, version italienne: Invecchiare felici in casa propria) (film de 26 minutes. Régie video: Aimé Jolliet, UNI-video Genève; e-mail: univideo@unige.ch; assistante: Isabelle Hochstaetter; studio: Pierre Burdet; UNI-video sur internet: <http://www.unige.ch/univideo>).

