

OBSAN RAPPORT  
09/2020

# La santé des 65 ans et plus en Suisse latine

Analyses intercantonales des données  
de l'Enquête suisse sur la santé 2017

Clémence Merçay



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

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

#### **Impressum**

##### **Éditeur**

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

##### **Mandant**

Cantons de Fribourg, de Genève, du Jura, de Neuchâtel et du Tessin

##### **Auteure**

Clémence Merçay, Obsan

##### **Avec la collaboration de**

- Service de la santé publique, État de Fribourg
- Direction Générale de la Santé, République et Canton de Genève
- Service de la santé publique, République et Canton du Jura
- Service de la santé publique, République et Canton de Neuchâtel
- Divisione della salute pubblica, Repubblica e Cantone Ticino
- Commission de Prévention et de Promotion de la Santé du Groupement romand des services de santé publique (GRSP)

##### **Série et numéro**

Obsan Rapport 09/2020

##### **Référence bibliographique**

Merçay, C. (2020). *La santé des 65 ans et plus en Suisse latine. Analyses intercantionales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017* (Obsan Rapport 09/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

##### **Renseignements/informations**

Observatoire suisse de la santé  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
Tél. 058 463 60 45  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)  
[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

##### **Langue du texte original**

Français

##### **Traduction**

Divisione della salute pubblica, Repubblica e Cantone Ticino

##### **Mise en page/graphiques**

Obsan

##### **Infographies**

Section DIAM, Prepress/Print

##### **Page de couverture**

Section DIAM, Prepress/Print

##### **Photo de couverture**

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://iStock.com/Matjaz_Slanic)

##### **En ligne**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications

##### **Imprimés**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications  
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,  
[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), tél. 058 463 60 60  
Impression réalisée en Suisse

##### **Copyright**

Obsan, Neuchâtel 2020  
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,  
si la source est mentionnée.

##### **Numéro OFS**

874-2003

##### **ISBN**

978-2-940502-97-4

© Obsan 2020



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

# La santé des 65 ans et plus en Suisse latine

Analyses intercantionales des données de l'Enquête suisse  
sur la santé 2017

**Auteure** Clémence Merçay  
**Éditeur** Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2020



# Table des matières

<b>Abréviations</b>	<b>4</b>	2.4.1 Symptômes dépressifs	44
<b>Résumé</b>	<b>11</b>	2.4.2 Problèmes psychiques	46
<b>Introduction</b>	<b>15</b>	2.4.3 Énergie et vitalité	47
<b>1.1 Rapport pour cinq cantons latins</b>	<b>15</b>	<b>2.5 Ressources personnelles</b>	<b>48</b>
<b>1.2 Objectifs du rapport</b>	<b>15</b>	2.5.1 Sentiment de maîtrise de la vie	48
<b>1.3 Présentation des données</b>	<b>16</b>	2.5.2 Adaptation et résilience	50
1.3.1 Univers de base et échantillon	16	2.5.3 Efficacité personnelle	52
1.3.2 Récolte des données	17	<b>2.6 Ressources sociales</b>	<b>54</b>
1.3.3 Limites	18	2.6.1 Soutien social	54
<b>1.4 Méthodes et analyses, lecture des tableaux</b>	<b>19</b>	2.6.2 Sentiment de solitude	55
1.4.1 Analyses sociodémographiques	19	2.6.3 Activités sociales	56
1.4.2 Sélection des informations et lecture des tableaux dans le corps du rapport	21	<b>3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé</b>	<b>58</b>
1.4.3 Lecture des tableaux annexes	21	<b>3.1 Poids corporel</b>	<b>58</b>
<b>1.5 Vieillesse et santé</b>	<b>22</b>	<b>3.2 Alimentation</b>	<b>60</b>
1.5.1 Les représentations du vieillissement	22	<b>3.3 Activité physique</b>	<b>63</b>
1.5.2 Vieillesse et santé	23	<b>3.4 Consommation de tabac</b>	<b>66</b>
<b>1.6 Les cantons latins en comparaison régionale</b>	<b>25</b>	<b>3.5 Consommation d'alcool</b>	<b>67</b>
1.6.1 Vieillesse de la population: état des lieux et perspectives	25	3.5.1 Fréquence de la consommation d'alcool	68
1.6.2 La prise en charge des personnes âgées dans les cantons latins	27	3.5.2 Niveaux de risques pour la santé associés à la consommation d'alcool	70
<b>2 État de santé</b>	<b>29</b>	3.5.3 Ivresse ponctuelle	72
<b>2.1 État de santé auto-évalué</b>	<b>29</b>	<b>3.6 Consommation de médicaments</b>	<b>73</b>
<b>2.2 État de santé physique</b>	<b>31</b>	3.6.1 Polymédication	75
2.2.1 Maladies chroniques	31	3.6.2 Médicaments psychotropes	76
2.2.2 Limitations fonctionnelles	34	<b>3.7 Consommation de substances illicites</b>	<b>77</b>
2.2.3 Capacités cognitives	37	<b>4 Recours aux soins</b>	<b>78</b>
2.2.4 Limitations dans les activités élémentaires et dans les activités instrumentales	38	<b>4.1 Consultations médicales en cabinet</b>	<b>78</b>
<b>2.3 Accidents et chutes</b>	<b>41</b>	<b>4.2 Prestations hospitalières</b>	<b>81</b>
2.3.1 Accidents	41	<b>4.3 Examens préventifs</b>	<b>84</b>
2.3.2 Chutes	42	4.3.1 Dépistage cardiovasculaire	84
<b>2.4 Santé psychique</b>	<b>44</b>	4.3.2 Examens de dépistage du cancer	85
		4.3.3 Prévention de la grippe	88
		4.3.4 Prévention de l'ostéoporose	88

<b>4.4 Médecines complémentaires</b>	<b>88</b>
<b>4.5 Aide et soins au domicile</b>	<b>91</b>
4.5.1 Aide formelle et informelle reçue	91
4.5.2 Aide informelle délivrée	96
4.5.3 Aide reçue et délivrée	97
<b>4.6 Synthèse du recours aux soins</b>	<b>98</b>
<b>5 Bibliographie</b>	<b>99</b>
<hr/>	
<b>6 Annexes</b>	<b>103</b>
<hr/>	
<b>6.1 Bilan des variations cantonales</b>	<b>103</b>
<b>6.2 Démence, état des lieux en Suisse</b>	<b>105</b>
6.2.1 Estimations de la prévalence de la démence en Suisse	105
6.2.2 Décès liés à un diagnostic de démence établi	105
6.2.3 Coûts de la démence en Suisse	105
6.2.4 Prise en charge par les cantons	106
<b>6.3 Tableaux de données détaillés</b>	<b>107</b>
<b>7 Index des graphiques et des tableaux</b>	<b>110</b>
<hr/>	
<b>7.1 Index des graphiques</b>	<b>110</b>
<b>7.2 Index des tableaux</b>	<b>111</b>

# Abréviations

AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne
AVQ	Activités élémentaires de la vie quotidienne
BPA	Bureau de prévention des accidents
CATI	Interview téléphonique personnelle assistée par ordinateur
CAPI teur	Interview en face-à-face, assistée par ordinateur
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CRASS	Conférence romande des affaires sanitaires et sociales
ESS	Enquête suisse sur la santé
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFS	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SRPH	Cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
STATPOP	Statistique de la population et des ménages
EMS	Établissements médico-sociaux
SASD	Services d'aide et de soins à domicile



## 69%

(15-64 ans: 87%)

se sentent en (très) bonne santé

## 54%

(15-64 ans: 45%)

ont un niveau élevé d'énergie et de vitalité

## 63%

des personnes âgées de 70 à 74 ans présentent un niveau élevé d'énergie et de vitalité, «pic» par rapport aux autres tranches d'âge



## 25%

ont chuté au cours des 12 derniers mois

## 37%

des personnes qui consomment des médicaments psychotropes ont chuté

**Les limitations se manifestent surtout à un âge avancé. Chez les 80 ans et plus:**



## 15%

ont des difficultés à prendre un bain ou une douche



## 16%

ont des difficultés à marcher 200 mètres



## 26%

ont des difficultés à utiliser les transports publics

**Les problèmes de santé chroniques les plus courants sont:**



65-79 ans

## 55%

80+ ans

## 64%

Hypertension artérielle



65-79 ans

## 42%

80+ ans

## 48%

Arthrose et arthrite



65-79 ans

## 44%

80+ ans

## 41%

Taux de cholestérol trop élevé



65-79 ans

## 10%

80+ ans

## 23%

Incontinence

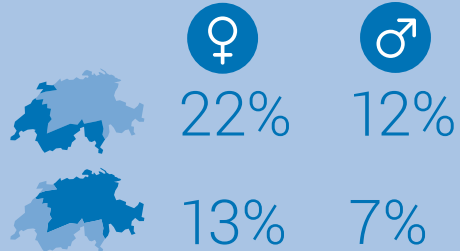
# La santé des 65 + ans en Suisse latine

2017

OBSAN



Les problèmes psychiques moyens à importants sont plus répandus chez les femmes que chez les hommes, et en Suisse latine que dans le reste de la Suisse



3% des personnes vivant en couple...

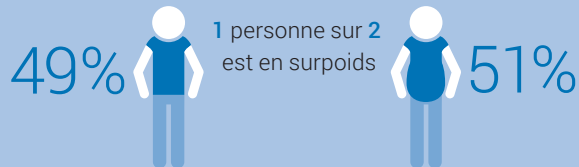


15% des personnes vivant seules...

... éprouvent un sentiment de solitude

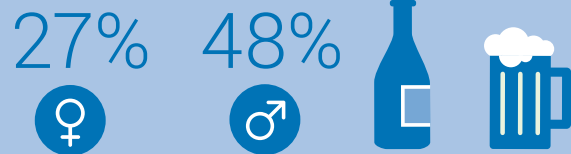
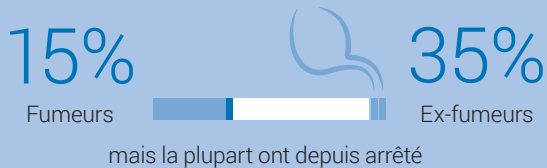


La part de personnes ayant une activité physique suffisante a augmenté



Chez les personnes âgées, une perte de poids n'est pas forcément souhaitable

La moitié ont fumé au cours de leur vie



La consommation quotidienne d'alcool est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes

Toute consommation d'alcool présente un certain niveau de risque pour la santé

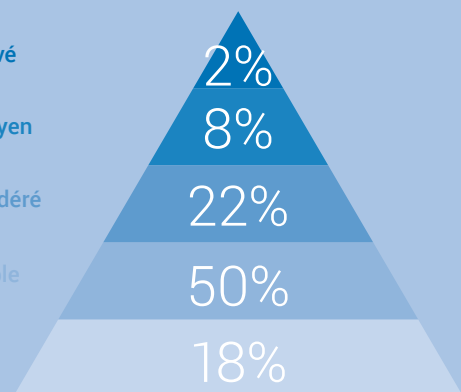
Risque élevé

Risque moyen

Risque modéré

Risque faible

Abstinentes



Source: OBSAN – Enquête suisse sur le santé 2002, 2007, 2012 et 2017

© OBSAN 2020



## 30%

ont consommé au moins trois types de médicaments

Au cours des 7 derniers jours



## 19%

ont consommé au moins un médicament psychotrope (26% en 2012)

## 15%

se sont rendus dans un service d'urgence



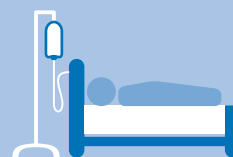
Au cours des 12 derniers mois

## 50%

des personnes ayant eu recours à un service d'urgence ont également été hospitalisées

## 17%

ont été hospitalisés



En moyenne, on dénombre



2,8 consultations chez un médecin généraliste par personne et par année

Ce nombre était de 3,5 en 2012

Le taux de recours annuel aux médecines complémentaires est en hausse



2007

2017

19% 27%

Au cours des 12 derniers mois

## 21%

ont bénéficié de soins ou d'aide à leur domicile (de la part de proches ou d'organisations professionnelles),



## 27%

ont délivré de l'aide à des proches

En prévention de la grippe,



34% des 64-79 ans

60% des 80 ans et plus

ont été vaccinés au cours des 12 derniers mois

16% ont bénéficié d'une aide pour leur ménage

12% ont reçu d'autres types d'aide

8% ont reçu des soins à leur domicile



## 69%

(15-64 anni: 87%)

si sentono in (molto) buona salute

## 54%

(15-64 anni: 45%)

hanno un livello elevato di energia e vitalità

## 63%

delle persone tra 70 e 74 anni presentano un livello di energia e vitalità elevato, «picco» rispetto alle altre fasce d'età



## 25%

sono caduti nel corso dei 12 mesi precedenti

## 37%

delle persone che assumono farmaci psicotropi sono cadute

**Le limitazioni si manifestano soprattutto in età avanzata. Tra le persone di 80 anni e oltre:**



## 15%

hanno difficoltà a fare un bagno o una doccia



## 16%

hanno difficoltà a camminare per 200 metri



## 26%

hanno difficoltà ad utilizzare i mezzi pubblici

### I problemi cronici di salute più comuni sono



65-79 anni

## 55%

80 anni e più

## 64%

Iperensione arteriosa



65-79 anni

## 42%

80 anni e più

## 48%

Artrosi e artrite



65-79 anni

## 44%

80 anni e più

## 41%

Tasso di colesterolo troppo elevato



65-79 anni

## 10%

80 anni e più

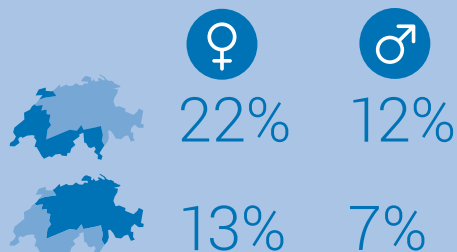
## 23%

Incontinenza

OBSAN



I problemi psichici da medi a importanti sono più diffusi tra le donne che tra gli uomini e in Svizzera latina più che nel resto della Svizzera



3% delle persone che vivono in coppia...

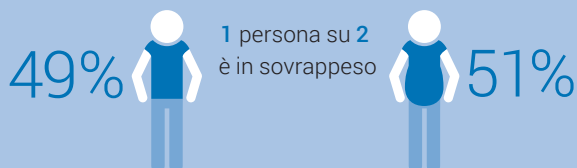


15% delle persone che vivono sole...

... provano un sentimento di solitudine

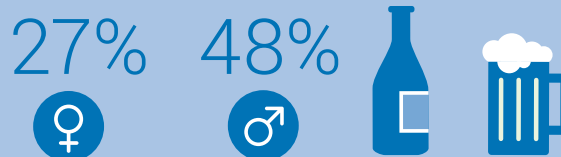


La proporzione di persone che svolge un'attività fisica sufficiente è aumentata



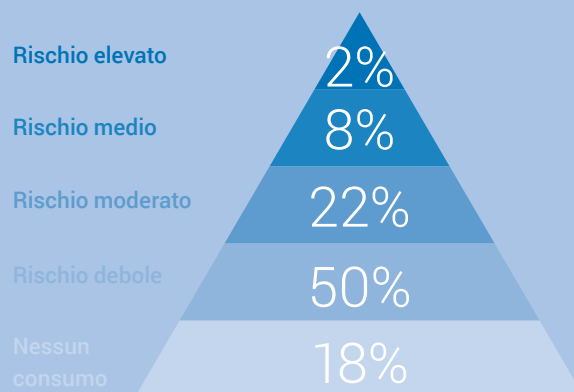
Tra le persone anziane, una perdita di peso non è necessariamente auspicabile

La metà ha fumato nel corso della propria vita



Il consumo quotidiano di alcol è più frequente tra gli uomini che tra le donne

Qualsiasi consumo di alcol presenta un certo grado di rischio per la salute



Fonte: OBSAN – Indagine sulla salute in Svizzera 2002, 2007, 2012 e 2017

© OBSAN 2020

## 30%

hanno assunto almeno tre tipi di farmaci

Nel corso degli ultimi 7 giorni



## 19%

hanno assunto almeno un farmaco psicotropo (26% nel 2012)

## 15%

hanno fatto ricorso ad un servizio d'urgenza



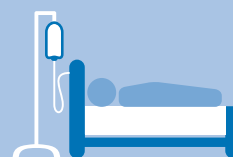
Nel corso degli ultimi 12 mesi

## 50%

delle persone che hanno fatto ricorso ad un servizio d'urgenza sono state anche ospedalizzate

## 17%

sono state ospedalizzate



In media, si rilevano



**2,8** consultazioni per medico generico per persona e per anno

Questo numero era di **3,5** nel 2012

Il tasso annuale di ricorso alle medicine complementari è in aumento



2007

2017

**19%** **27%**

Nel corso dei 12 mesi precedenti

## 21%

hanno ricevuto cure o aiuto a domicilio (da parte di parenti o di organizzazioni professionali),



## 27%

hanno fornito aiuto a persone del loro entourage

Per la prevenzione dell'influenza,



**34%** delle persone tra 64-79 anni

**60%** delle persone di 80 anni e più

sono state vaccinate nel corso dei 12 mesi precedenti

**16%** hanno beneficiato di un aiuto per le attività domestiche

**12%** hanno ricevuto altri tipi d'aiuto

**8%** hanno ricevuto delle cure a domicilio

# Résumé

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé par **cinq cantons latins** (Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel et Tessin) d'élaborer un rapport sur la **santé des personnes âgées de 65 ans et plus**, principalement sur la base des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Afin de disposer d'un échantillon solide, les données des cantons de Vaud et du Valais, mises à disposition, ont été ajoutées à celles des cinq cantons latins mandants. Sur les 453 386 habitantes et habitants des cantons latins âgés de 65 ans et plus, **1692 personnes ont été interviewées dans le cadre de l'ESS 2017**, soit 956 femmes et 736 hommes.

## État de santé physique

La plupart des personnes âgées de 65 ans et plus considèrent leur **état de santé** comme bon ou très bon mais les résultats varient fortement en fonction du **niveau de formation**, les détenteurs d'une formation de niveau tertiaire obtenant des résultats plus favorables que ceux ne disposant pas de formation post-obligatoire. Ce gradient social peut être interprété comme reflétant le cumul dans le temps d'inégalités sociales face à la santé.

La part de personnes âgées de 65 ans et plus se sentant en (très) bonne santé passe de **56%** chez les personnes **sans formation post-obligatoire** à **82%** pour les détenteurs d'une **formation de niveau tertiaire**.

De manière générale, les **indicateurs de santé physique** tendent à se péjorer avec l'avancée en âge. Dans les domaines des limitations fonctionnelles (capacités à voir/entendre/parler/ marcher) et dans l'accomplissement des activités (élémentaires<sup>1</sup> et instrumentales<sup>2</sup>) de la vie quotidienne, un **effet de seuil** s'observe chez les **85 ans et plus**. Il en va de même pour ce qui concerne la prévalence des chutes.

Parmi les 85 ans et plus, **14%** ont d'importantes limitations dans les **activités élémentaires** de la vie quotidienne et **52%** dans les **activités instrumentales**.

La prise de médicaments psychotropes, les problèmes d'incontinence et l'existence de limitations fonctionnelles sont associés à des prévalences de **chutes** plus élevées et peuvent donc être considérés comme des **facteurs de risque**.

<sup>1</sup> Manger, se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes et prendre un bain ou une douche.

**37%** des consommateurs de médicaments **psychotropes** ont **chuté** au cours des 12 derniers mois contre **22%** pour les **autres** catégories de répondants.

Le **déclin cognitif** est une conséquence normale du vieillissement. Il est effectivement courant que quelques difficultés de mémoire ou de concentration soit éprouvées par les personnes âgées. Des difficultés sévères dans ce domaine sont toutefois plus rarement rapportées.

**5%** des 80 ans et plus sont confrontés à d'**importantes limitations cognitives**.

## État de santé psychique et ressources personnelles

Face à la survenue de limitations fonctionnelles, cognitives ou dans leurs activités, des **ressources personnelles** telles qu'un sentiment de maîtrise de la vie élevé ou un niveau élevé de résilience et d'adaptation constituent des **facteurs protecteurs**. Ces ressources personnelles qui permettent d'améliorer la perception de l'état de santé et d'atténuer l'impact des limitations.

Confrontés à d'**importantes limitation fonctionnelles**, **42%** des personnes âgées de 65 ans et plus se considèrent néanmoins en **(très) bonne santé** lorsqu'ils disposent d'un **niveau de résilience et d'adaptation moyen à élevé**. Cette part descend à **26%** lorsque ce niveau est **bas**.

Dans les domaines de la **santé psychique**, les répondants âgés de 65 à 79 ans tendent à présenter des résultats plus favorables que ceux âgés de 55 à 64 ans. Dans la littérature, cette particularité est désignée comme le « **paradoxe du bien-être des personnes âgées** ». Ces résultats s'expliqueraient notamment par la mobilisation de ressources personnelles adaptatives.

Un « pic » d'**énergie et de vitalité** survient **entre 70 et 74 ans** : **63%** des répondants de cette classe d'âge en rapportent un niveau élevé.

Sur plusieurs aspects, les **femmes** présentent des **indicateurs de santé moins bons que les hommes**. D'une part, elles sont plus souvent que les hommes en situation de polymorbidité, notam-

<sup>2</sup> Préparer des repas, téléphoner, faire des achats, faire la lessive, faire de petits travaux ménagers et faire occasionnellement de gros travaux ménagers.

ment en raison de la prévalence plus élevée de maladies rhumatismales (ostéoporose, arthrose, etc.). D'autre part, les indicateurs de santé psychique sont systématiquement moins bons chez les femmes que chez les hommes.

**22%** des femmes âgées de 65 ans et plus présentent des **problèmes psychiques moyens à importants** contre **12%** des hommes.

Les **personnes vivant seules** sont particulièrement **vulnérables** en termes de **ressources sociales**. En comparaison avec les personnes vivant en couple, il est plus fréquent que celles-ci souffrent d'un sentiment de solitude et qu'elles ne disposent que d'un soutien social faible.

**15%** des répondants **vivant seuls** éprouvent souvent un **sentiment de solitude**. Seuls **3%** des répondants **vivant en couple** sont dans cette situation.

Pour plusieurs indicateurs de santé physique et psychique, les **résultats sont plus défavorables en Suisse latine que dans le reste de la Suisse**. L'écart est particulièrement marqué pour ce qui concerne la prévalence de l'arthrose ou de l'arthrite, les limitations fonctionnelles, le niveau de détresse psychologique et le sentiment de maîtrise de la vie.

**39%** des répondants **latins** de 65 ans et plus présentent un **niveau élevé de maîtrise de la vie**. Chez les **autres répondants** suisses de cette classe d'âge, cette part s'élève à **47%**.

## Poids, alimentation et activité physique

À l'image de la population suisse dans son ensemble, **l'indice de masse corporelle** des personnes âgées a été en **constante augmentation** depuis 1992. Les implications en termes de santé publique sont toutefois difficiles à saisir car le rapport entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la mortalité globale est souvent différent chez les personnes âgées de chez les adultes d'âge moyen. Bien que le phénomène ne soit pas encore complètement compris, il semblerait en effet que chez les personnes âgées, un **certain surpoids puisse avoir un effet protecteur sur la santé**.

Selon les seuils habituels, **51%** des personnes âgées sont en **surpoids ou obèses**. Cependant, une **perte de poids n'est pas forcément souhaitable** chez les personnes âgées.

Chez les personnes âgées, les problèmes de **dénutrition** exposent également à des risques pour la santé. Bien qu'il n'existe pas de norme reconnue au niveau international pour la population des 65 ans et plus, on trouve dans la littérature des références à des IMC de 20 ou de 21 comme seuils pour estimer les situations à risque de dénutrition.

Selon les seuils proposés dans la littérature, la part de personnes âgées de 65 ans et plus potentiellement à risque de dénutrition se situerait autour de **15%** pour les **femmes** et serait inférieure à **5%** pour les **hommes**.

Bien que les personnes âgées de 65 et plus de Suisse latine fassent moins souvent **attention à leur alimentation** que les autres

répondants de Suisse de cette classe d'âge, elles suivent plus souvent la recommandation de consommer au moins **cinq fruits et légumes par jour**. Elles consomment également plus souvent du poisson et moins souvent de la viande et de la charcuterie ainsi que des desserts. Depuis 1992, la tendance à la diminution de consommation de viande et à la hausse de la consommation de poisson s'observe partout en Suisse.

**27%** des personnes âgées de 65 ans et plus de **Suisse latine** mangent chaque jour au moins **5 portions de fruits ou de légumes**. Dans le **reste de la Suisse**, cette part est de **19%**.

Depuis 2002, la part de personnes âgées considérées comme **suffisamment actives a nettement progressé**. De plus, cette évolution s'est accompagnée d'une réduction des inégalités liées au sexe ainsi qu'au niveau de formation.

Entre 2002 et 2017, la part de personnes âgées de 65 ans et plus considérées comme **suffisamment actives** est passée de **45% à 65%**.

## Consommation de tabac et d'alcool

La moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ont fumé au cours de leur vie mais la plupart ont depuis arrêté. Depuis 1992, la part de femmes fumant ou ayant fumé au cours de leur vie a continuellement augmenté. Même si dans le même temps, la part d'hommes fumeurs ou ex-fumeurs a diminué, la **prévalence du tabac** reste plus élevée chez ceux-ci que chez les femmes.

**15%** des personnes âgées de 65 ans et plus sont **fumeuses** et **35%** sont **ex-fumeuses**. Parmi ces dernières, 88% ont arrêté de fumer au moins dix ans auparavant.

Chez les hommes de 65 ans et plus, la **consommation d'alcool** est répandue, la plupart consommant de l'alcool chaque semaine, voire chaque jour. Entre 1992 et 2007, une certaine baisse de la **consommation quotidienne** est toutefois observée, à laquelle s'est substituée la consommation hebdomadaire. Quant aux femmes de 65 ans et plus, elles sont plus souvent que les hommes des consommatrices occasionnelles ou abstinentes. Depuis 1992, on observe toutefois une hausse de la fréquence de la consommation hebdomadaire, laquelle s'est en partie substituée à des consommations plus occasionnelles.

Parmi les 65 ans et plus, **48%** des **hommes** et **27%** des **femmes** consomment **quotidiennement de l'alcool**.

Toute **consommation d'alcool** présente un certain **niveau de risque pour la santé**. Jusqu'à une moyenne d'un verre de boisson alcoolisée par jour pour les femmes et de deux verres pour les hommes, ces risques sont considérés comme faibles. À mesure qu'augmente la consommation quotidienne moyenne d'alcool, on parle de risques modéré, moyen et élevé. Même si les femmes boivent moins souvent de l'alcool que les hommes, elles s'avèrent, en raison des seuils différents, autant que ceux-ci concernées par les consommations à risques modéré, moyen ou élevé pour la santé.



La **consommation d'alcool** présente un **risque modéré** pour la santé chez **22%** des personnes âgées de 65 ans et plus, un **risque moyen** chez **8%** et un **risque élevé** chez **2%**.

L'« **ivresse ponctuelle** » désigne la consommation, en une occasion, de quatre verres standards ou plus pour les femmes et de cinq verres standards ou plus pour les hommes. Entre 2007 et 2017, la part de personnes âgées de 65 ans et plus expérimentant au moins une fois par mois de tels épisodes a connu une nette augmentation. Cette pratique concerne surtout les hommes âgés de 65 à 79 ans.

Entre 2007 et 2017, la part d'hommes et de femmes âgés de 65 ans et plus ayant au moins une fois par mois un **épisode d'ivresse ponctuelle** est passée de **4%** à **10%**.

### Consommation de médicaments

Les trois quarts des personnes âgées de 65 ans et plus consommaient au moins un type de **médicaments** au moment de l'enquête. Les médicaments contre l'hypertension, contre le cholestérol et contre les douleurs sont les plus fréquemment mentionnés. Le nombre de différents types de médicaments consommés augmente rapidement avec l'avancée en âge.

**43%** des personnes âgées de 85 ans et plus consomment **au moins trois types de médicaments**.

Chez les personnes âgées, la prise de **médicaments psychotropes** tels que des tranquillisants ou des somnifères fait l'objet d'une attention particulière en raison des effets indésirables qui y sont liés. Par rapport à 2012, une légère baisse de la consommation de médicaments psychotropes est enregistrée en 2017 mais ce type de médication reste toutefois plus répandu que dans le reste de la Suisse. La prise de médicaments psychotropes est moins courante chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, la consommation de médicaments psychotropes est aussi plus fréquente avec l'avancée en âge.

**14%** des **hommes** de 65 ans et plus ont consommé au moins un **médicament psychotrope** au cours des sept derniers jours, indépendamment de la classe d'âge. Chez les **femmes**, cette part est de **22%** chez les **65-79 ans** et de **33%** chez les **80 ans et plus**.

### Recours aux différents prestataires de santé

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, près de neuf personnes latines âgées de 65 ans et plus sur dix se sont rendues au moins une fois chez un **médecin généraliste**. Celui-ci assure donc une prise en charge de base pour la majorité de ces répondants. Un peu plus de la moitié se sont également rendus chez un **médecin spécialiste**. Les personnes âgées de 65 à 79 ans et celles disposant d'un niveau de formation plus élevé ont plus souvent recours à ce dernier type de prestataires.

**67%** des personnes âgées de 65 ans et plus disposant d'un niveau de **formation tertiaire** se sont rendues chez un **médecin spécialiste** au cours des 12 derniers mois. Pour les personnes **sans formation post-obligatoire**, cette part est de **46%**.

Les répondants les plus âgés (80 ans et plus) recourent tendanciellement plus souvent aux **services d'urgence** que les 65-79 ans et se font plus souvent **hospitaliser**, mais ils recourent moins souvent aux autres **services ambulatoires de l'hôpital**. Il est courant qu'une même personne ait recours à plusieurs types de prestations hospitalières. Le recours au service d'urgence et les séjours hospitaliers vont particulièrement souvent de pair.

**45%** des personnes **hospitalisées** ont aussi eu recours à un **service d'urgence** et **50%** des personnes ayant eu recours à un service d'urgence ont également été hospitalisées.

Depuis 2007, le recours aux **médecines complémentaires** s'est répandu en Suisse latine. Ces prestations sont particulièrement prisées par les femmes et par les personnes disposant d'une formation de niveau tertiaire. Le type de thérapie le plus fréquemment mentionné est l'ostéopathie. Dans le reste de la Suisse, le taux de recours aux médecines complémentaires est resté stable depuis 2007 et est donc inférieur à celui de la Suisse latine.

**33%** des **femmes** de 65 ans et plus ont eu recours à une forme de **médecine complémentaire** au cours des 12 derniers mois contre **19%** des **hommes** de cette classe d'âge.

### Prestations préventives

Dans le domaine de la prévention, la grande majorité des personnes âgées de 65 ans et plus fait l'objet d'un suivi pour ce qui concerne les **risques cardiovasculaires** (hypertension, cholestérol, diabète).

Pour plusieurs types de cancer, il existe des recommandations spécifiques concernant la fréquence et l'âge jusqu'auquel des examens de dépistage devraient être pratiqués. Concernant **l'examen de la prostate**, il s'avère que les hommes plus âgés réalisent plus fréquemment cet examen que ceux âgés de 50 à 70 ans qui sont pourtant la population-cible. En comparaison, les pratiques de dépistage des femmes pour le **frottis du col de l'utérus** et la **mammographie** se trouvent plus en ligne avec les recommandations.

**51%** des hommes âgés de 65 à 70 ans ont réalisé un **examen de la prostate** au cours des deux dernières années.

**64%** des femmes âgées de 65 à 79 ans ont effectué un **frottis du col de l'utérus** au cours des trois dernières années.

**56%** des femmes âgées de 65 à 74 ans ont effectué une **mammographie** au cours des deux dernières années.

En **prévention de la grippe**, la **vaccination** est recommandée chez les personnes dès 65 ans. Chez les 65-79 ans, la part de personnes vaccinées au cours des 12 derniers mois est effectivement plus élevée que chez les 50-64 ans ; mais c'est surtout chez les 80 ans et plus que le taux de vaccination augmente.

En prévention de la grippe, **34%** des **65-79 ans** et **60%** des **80+ ans** se sont fait vacciner au cours des 12 derniers mois.

### *Aide au domicile*

La majorité des personnes âgées de 65 ans et plus n'a reçu aucune **aide à son domicile**, que ce soit de la part de **proches** ou de celle de **services d'aide et de soins à domicile**. Lorsqu'une aide est fournie, c'est le plus souvent de façon temporaire. Pour les personnes âgées de 65 à 79 ans, l'aide délivrée émane le plus souvent de proches. Chez les 80 ans et plus, les services d'aide et de soins à domicile occupent un rôle plus important. Le fait d'être une femme âgée d'au moins 80 ans et de vivre seul expose particulièrement à la possibilité de recourir à une aide extérieure. Les bénéficiaires d'aide sont souvent limités dans les activités de la vie quotidienne. Ils sont aussi fréquemment concernés par des maladies rhumatismales et peuvent faire l'objet de problèmes dépressifs.

Si l'on considère ensemble les prestations formelles et informelles (services d'aide et de soins à domicile et proches), **16%** des 65 ans et plus latins ont bénéficié au cours des 12 derniers mois d'une aide pour **l'entretien de leur ménage**, **12%** mentionnent un tel support pour **d'autres types d'aide** et **8%** ont reçu des **soins** à leur domicile.

La part de personnes âgées de 65 ans et plus **apportant une aide à autrui** représente une proportion légèrement supérieure à celle ayant reçu de l'aide à son domicile. Par rapport aux 18 à 64 ans, la part de proches aidants est similaire au sein des 65 ans et plus mais ces derniers apportent plus souvent une aide de longue durée.

**27%** des personnes âgées de 65 ans et plus **délivrent de l'aide** à des proches, le plus souvent à des voisins, connaissances et amis.

# 1 Introduction

## 1.1 Rapport pour cinq cantons latins

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé par cinq cantons latins (Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel et Tessin) d'élaborer un **rapport sur la santé des personnes âgées de 65 ans et plus**, principalement sur la base des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Ce rapport fait suite à deux mandats déjà réalisés par l'Obsan sur mandat des cantons latins, sur la base des données des enquêtes ESS précédentes. Un premier rapport, sur mandat de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), a été réalisé avec les données 2002 de l'ESS (Obsan, 2011). Un second rapport (Obsan, 2011), sur mandat de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), a étudié trois thèmes prioritaires de santé publique (santé psychique, alimentation et activité physique et consommation de substances psychoactives).

Parallèlement, les cantons de Fribourg et de Genève ont mandaté l'Obsan pour réaliser un rapport cantonal sur la santé 2020. Ces rapports cantonaux sont également en grande partie fondés sur les données de l'ESS 2017. Ils traitent de l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus et abordent entre autres les thèmes de la santé au travail ainsi que des coûts et des primes de l'assurance maladie obligatoire des soins.

Dans le contexte de l'augmentation de la proportion des personnes âgées au sein de la population, l'importance des actions de prévention et de promotion de la santé ciblée sur ce groupe augmente. Un objectif majeur de santé publique par rapport à la population vieillissante est le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie le plus longtemps possible. Pour définir et orienter les actions de prévention et promotion de la santé liées à cet objectif, les cantons latins ont souhaité obtenir des données sur différentes thématiques liées à la population âgée de 65 ans et plus. Afin de disposer d'un échantillon plus solide, les données des cantons de Vaud et du Valais, mises à disposition, ont été ajoutées à celles des cinq cantons latins mandants.

## 1.2 Objectifs du rapport

Afin de pouvoir développer une politique de santé des seniors axée sur des mesures de prévention et de promotion de la santé, il est indispensable de disposer de données de base sur l'état de santé de ce groupe de population ainsi que sur les déterminants de la santé.

Le présent rapport a pour but de fournir aux responsables politiques, aux professionnels de la santé et aux milieux intéressés une **vue d'ensemble de la santé de la population latine âgée de 65 ans et plus, des comportements de cette dernière dans le domaine de la santé et des déterminants structurels** qui l'influencent. L'analyse des comportements en matière de **recours aux services de santé** renseigne quant à la prise en charge par le système de santé.

De manière générale, les principaux objectifs du rapport sont de:

- proposer une étude de référence sur différentes questions de santé publique;
- apporter un regard critique dans l'utilisation des indicateurs de santé pour le groupe spécifique des 65 ans et plus;
- identifier des groupes à risque et des groupes-cibles en vue d'actions curatives, préventives et de promotion de la santé;
- décrire les changements intervenus depuis 1992;
- mettre en évidence les spécificités des cantons latins par rapport aux cantons suisses sur le plan sociodémographique et structurel ainsi que sur le plan des indicateurs de santé.

Dans les contextes cantonaux, ce rapport constitue, en outre, un **support au développement de l'action publique** en lien avec la santé des aînés. C'est en effet aux cantons qu'il incombe de veiller à la couverture sanitaire de leur population, notamment des personnes âgées. Comme le rappelle l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), « ce sont eux qui déterminent le cadre légal et les mesures à prendre en les inscrivant dans des lois générales ou spécifiques ainsi que dans des concepts ou des lignes directrices axés sur les besoins des aînés. Dans leurs plans de législature, ils fixent aussi leurs priorités en matière de promotion de la santé et de prévention » (OFSP, 2019).

Ces dernières années, **différentes initiatives ont été lancées par les cantons latins dans le domaine de la santé des personnes âgées**. Sans prétendre à l'exhaustivité, quelques mesures et actions politiques peuvent être mentionnées:

- Le canton de **Neuchâtel** a adopté en décembre 2017 un Plan d'action cantonal (PAC) pour la promotion de la santé des 65 ans et plus. Celui-ci comporte un paquet de mesures ayant notamment trait à la création d'un environnement favorable à la santé des 65 ans et plus, à la prévention des chutes, à la promotion des ressources et à la mise en réseau des acteurs de la santé en lien avec les 65 ans et plus.
- En 2016, le canton de **Fribourg** a adopté la Loi sur les seniors (LSen). Entrée en vigueur la même année, la LSen concerne

les personnes ayant atteint l'âge légal de la retraite. Elle promeut des objectifs d'autonomie des seniors, d'intégration dans la société et de reconnaissance de leurs besoins et compétences. Elle prévoit en outre l'octroi d'aide financière à des projets de soutien aux seniors. En amont de l'adoption de la LSen, le canton de Fribourg a développé et approuvé en 2015 le Concept Senior+. Celui-ci définit les objectifs de la politique du canton de Fribourg relative aux seniors ainsi que les axes d'intervention et organisationnel de cette politique jugés prioritaires.

- Dans le canton du **Jura**, le Réseau d'Information et d'Orientation de la personne âgée RIO met en réseau les acteurs jurassiens proches de la personne âgée. Il offre des prestations de conseil et d'évaluation afin d'optimiser la prise en charge des aînés.
- En 2019, le canton de **Genève** a lancé *Cogeria*, un dispositif pilote de coordination des soins pour les personnes âgées fragiles visant notamment à limiter les hospitalisations inappropriées. De plus, le canton a développé un programme de soutien aux proches aidants (2017-2020) comportant notamment des aspects d'information et de soutien financier.
- Dans le canton du **Tessin**, *l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio* s'occupe de la mise en œuvre de la loi concernant la promotion, la coordination et le financement des activités pour les personnes âgées (Legge sull'assistenza e cura a domicilio - LACD). Trois secteurs principaux sont réglementés par la LACD : les services d'aide et de soins à domicile (Servizi d'aiuto e cure a domicilio - SACD), les services de soutien et les aides financières directes servant des solutions individuelles de soutien ou d'habitation.

### 1.3 Présentation des données

Les analyses et résultats présentés dans ce rapport se fondent principalement sur les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017. Ce chapitre, largement fondé sur un rapport méthodologique de l'OFS (OFS, 2019), décrit les modalités principales de cette enquête.

#### 1.3.1 Univers de base et échantillon

L'enquête suisse sur la santé fait partie intégrante du programme pluriannuel de la statistique fédérale. Cette enquête, menée **tous les cinq ans** auprès de la population résidente permanente de la Suisse, produit des données sur les liens entre état de santé physique et psychique, comportements de santé et facteurs de risques, ainsi que sur l'utilisation qui est faite des services de santé. Réalisée tous les cinq ans depuis 1992, l'ESS a été menée pour la sixième fois en 2017.

La **population résidente permanente** de la Suisse (Suisse et étrangers possédant une autorisation de résidence ou séjournant en Suisse pendant 12 mois au moins) âgée d'au moins 15 ans et vivant dans un **ménage privé** constitue l'univers de base de l'ESS (OFS, 2019a). Les personnes vivant en institution au moment de l'enquête ne sont pas couvertes par l'enquête. Dans le cadre de l'étude des personnes âgées de 65 ans et plus, cela signifie notamment que les personnes résidant dans un établissement médico-social ne sont pas incluses dans l'enquête.

#### T 1.1 Fiche signalétique de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)

Producteur de données	Office fédéral de la statistique (OFS), section Santé de la population
Bases légales	Ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (RS 431.012.1) Ordonnance du 19 décembre 2008 sur le recensement fédéral de la population (RS 431.112.1)
Objectif de l'enquête	L'Enquête suisse sur la santé livre des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de maladies, sur l'utilisation des services de santé et sur les conditions d'assurance. Sa périodicité permet d'observer l'évolution dans ces domaines de même que les effets des mesures de politique sanitaires.
Personnes interrogées	Échantillon aléatoire représentatif formé de personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé.
Échantillon	L'ESS est une enquête par échantillonnage. Les personnes sont sélectionnées aléatoirement dans le cadre d'échantillonnage de l'OFS pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH), qui se base sur les registres cantonaux et communaux des habitants. Dans le cadre de l'ESS 2017, 22 134 personnes ont répondu à l'interview téléphonique (Suisse latine : 7352). Sur ce total, 18 832 personnes ont rempli le questionnaire écrit complémentaire (Suisse latine : 6584).
Périodicité	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017. Prochaine enquête: 2022.
Pertinence	Les données de l'échantillon sont pondérées. Cela permet d'améliorer la fiabilité des extrapolations à la population de la Suisse ou des cantons participants.

Source: OFS (2016)

© Obsan 2020

L'OFS a tiré l'échantillon de l'ESS 2017 à partir du **cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages** (SRPH). Celui-ci se base sur les données provenant des registres cantonaux et communaux des habitants, qui sont complétées chaque trimestre par les informations des fournisseurs de services téléphoniques (OFS, 2014). Le plan d'échantillonnage comprend un échantillon aléatoire simple, stratifié, de personnes et de ménages. Les strates sont formées par les cantons et des demi-cantons, avec une séparation de la ville de Zurich du reste du canton. L'échantillon est réparti entre les strates de telle sorte que les grandes régions<sup>3</sup> se voient attribuer une taille d'échantillon minimale (au minimum 900 interviews par grande région).

L'échantillon national de l'ESS 2017 comprend 10 000 interviews, réparties de manière proportionnelle entre les cantons (strates d'échantillonnage). Pour leur permettre d'effectuer des analyses représentatives à l'échelon cantonal, les cantons ont la possibilité de densifier leur échantillon. En 2017, la ville de Zurich ainsi que dix-huit cantons<sup>4</sup>, dont les cantons de Genève, du Jura, de Neuchâtel et du Tessin, ont eu recours à cette possibilité. Des interviews financées par l'OFSP ont par ailleurs été réalisées auprès d'un échantillon supplémentaire de 1000 personnes de nationalité étrangère. Cet échantillon supplémentaire comprend des personnes réparties dans toute la Suisse et provenant pour les trois quarts de pays d'Europe du Sud-Est et d'Europe de l'Est et pour un quart de pays d'Europe du Sud-Ouest. Pour l'ensemble de la Suisse, l'échantillon net se compose de 22 134 personnes interrogées.

### 1.3.2 Récolte des données

La collecte de données de l'ESS s'est déroulée tout au long de l'année 2017 de façon à tenir compte de l'influence des saisons et des comportements sur l'état de santé. L'enquête a été réalisée par l'institut Link de recherche marketing et sociale à Lucerne. Dans l'ensemble, 75% des enregistrements dans le registre des habitants ont pu être appariés avec un numéro de téléphone valable (OFS, 2019). Les personnes en question ont reçu une lettre les informant du fait qu'elles avaient été sélectionnées par un

échantillonnage aléatoire et qu'elles seraient contactées les jours suivants pour un **entretien téléphonique**. Les personnes sans numéro de téléphone (25%) ont reçu une carte-réponse sur laquelle elles pouvaient indiquer leurs coordonnées et proposer un jour et une heure pour qu'on les appelle; il a été donné suite à 48% de ces envois.

En 2017, un total de 22 134 personnes ont pris part à l'ESS, ce qui représente un **taux de participation de 50,6%** (OFS, 2019). Un peu moins d'un tiers des personnes contactées (30,0%) n'ont pas pu être atteintes et 15,1% ont refusé de répondre à l'enquête. Le taux de participation a atteint 57,4% des personnes parmi celles dont le numéro de téléphone était connu et 29,6% parmi celles dont le numéro n'était pas connu au début de l'enquête. Sur les 22 134 personnes ayant répondu à l'interview téléphonique, 11 671 étaient des femmes et 10 463 des hommes; 17 277 personnes étaient de nationalité suisse et 4857 étaient de nationalité étrangère (établies en Suisse). Les interviews ont été menées exclusivement dans les trois langues officielles: 14 308 en allemand, 5840 en français et 1986 en italien.

La grande majorité des interviews téléphoniques sont de type CATI (interview téléphonique personnelle assistée par ordinateur, 96% des cas). La programmation CATI permet de gérer l'interview en fonction de la structure en arborescence du questionnaire.

Dans moins de 1% des cas, l'interview a eu lieu en face-à-face, assistée par ordinateur (CAPI). Cette solution permet notamment d'intégrer des participants dont les problèmes d'audition empêchent la conduite d'un entretien téléphonique.

Finalement, l'interview téléphonique a été menée avec une personne de substitution (proxy) dans 4% des cas. Cette option, qui implique un questionnaire un peu plus court, a notamment été choisie lorsque la personne cible n'était pas à même de répondre dans l'une des trois langues d'interview ou si elle était limitée par des raisons d'âge ou de santé.

Le tableau T 1.2 indique, par sexe, le nombre de personnes de 65 ans et plus domiciliées dans chaque canton latin et le nombre de celles de cette classe d'âge qui ont participé à l'ESS. Sur les 453 386 habitantes et habitants des cantons latins âgés de 65 ans et plus (colonne N), 1692 personnes (colonne n) ont été interviewées dans le cadre de l'ESS 2017, soit 956 femmes et 736 hommes.

<sup>3</sup> Il y a en Suisse sept grandes régions: Région lémanique (GE, VD, VS), Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO), Suisse du Nord-Ouest (AG, BL, BS), Zurich (ZH), Suisse orientale (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG), Suisse centrale (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) et Tessin (TI).

<sup>4</sup> Argovie, Appenzell Rhodes-Extérieures, Bâle-Campagne, Berne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Obwald, Saint-Gall, Schwyz, Tessin, Thurgovie, Uri, Valais et Vaud.

## T 1.2 Échantillon ESS et population résidante des cantons latins, selon le sexe, personnes âgées de 65 ans et plus, 2017

	Femmes 65+ ans				Hommes 65+ ans				Total 65+ ans			
	Échantillon		Population		Échantillon		Population		Échantillon		Population	
	n	% des femmes	N	% des femmes	n	% des hommes	N	% des hommes	n	% des répondants	N	% de la population
Fribourg	113	23,1	26 490	16,9	88	18,0	22 390	14,2	201	20,5	48 880	15,5
Tessin	227	31,9	44 613	24,6	159	22,3	34 286	19,9	386	27,1	78 899	22,3
Neuchâtel	77	26,3	19 264	21,2	67	22,9	14 194	16,3	144	24,6	33 458	18,8
Genève	155	29,0	47 183	18,5	104	19,4	34 103	14,2	259	24,2	81 286	16,4
Jura	59	24,5	8 369	22,6	60	24,9	6 717	18,5	119	24,7	15 086	20,6
Vaud	190	20,1	74 093	18,4	143	17,3	55 685	14,3	333	18,8	129 778	16,4
Valais	135	24,9	36 163	21,0	115	24,0	29 836	17,6	250	24,5	65 999	19,3
<b>Suisse latine</b>	<b>956</b>	<b>25,5</b>	<b>256 175</b>	<b>19,7</b>	<b>736</b>	<b>20,6</b>	<b>197 211</b>	<b>15,7</b>	<b>1692</b>	<b>23,1</b>	<b>453 386</b>	<b>17,8</b>

Source : OFS, Enquête suisse sur la santé 2017 et STATPOP 2017

© Obsan 2020

Après l'interview téléphonique, les personnes interrogées ont reçu un **questionnaire écrit** pour l'enquête complémentaire. Celle-ci permet d'aborder des sujets plus sensibles, et laisse la possibilité de consulter des documents aidant à répondre à certaines questions. Parmi les personnes interrogées, 88,7% ont participé à l'enquête complémentaire écrite (18'832 personnes), dont 60,5% l'ont fait en ligne.

Une fois les données transmises par l'institut de sondage, diverses étapes interviennent pour la **validation des données**: contrôle des données manquantes, de la personne cible, plausibilisation des données téléphoniques et écrites et appariement avec les données tirées des registres.

Afin que les données de l'ESS 2017 soient représentatives de l'ensemble de la population de Suisse de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé et afin de corriger une partie des non-réponses, une **pondération** a été appliquée aux données. Celle-ci se calcule en trois étapes. Premièrement, le poids initial tient compte du plan d'échantillonnage (et donc de la probabilité de faire partie de l'échantillon) et d'une partie des non-réponses. En modélisant les non-réponses sur la base de variables pouvant expliquer en partie le mécanisme de réponse, un poids de correction de la non-réponse est ensuite appliqué. Finalement, un poids de calage est calculé, garantissant que les effectifs de l'échantillon correspondent à leur valeur réelle dans la population totale. Dans ce cadre, on tient compte en particulier de la région de domicile, du sexe, de l'âge, de la nationalité, de l'état civil et de la taille du ménage. Des pondérations distinctes ont été calculées pour les questionnaires téléphonique et écrit.

### 1.3.3 Limites

L'ESS a l'intérêt d'étendre les connaissances sur l'état de santé de la population suisse. En effet, contrairement aux registres des maladies et aux données médicales administratives, l'ESS permet de tirer des **conclusions concernant l'ensemble de la population**

**et non seulement les personnes qui ont fait appel au système de santé.** L'état de santé individuel peut, de plus, être mis en relation avec d'autres facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie, les comportements favorables ou défavorables à la santé, ou la manière de faire face aux problèmes de santé.

Comme toutes les enquêtes auprès de la population, l'ESS a toutefois aussi ses limites. On peut premièrement rappeler que dans la mesure où les **personnes séjournant en établissement médico-social** ne participent pas à l'enquête, cette part de la population, qui représente environ 5% des 65 ans et plus de Suisse latine n'est de fait pas représentée, sachant que les personnes vivant en institution ont a priori un moins bon état de santé que celles vivant à leur domicile.

Deuxièmement, les renseignements fournis par les personnes interrogées peuvent aussi contenir des **imprécisions** et des **distorsions**, dues en particulier à des souvenirs imparfaits, au refus de répondre et à la désirabilité sociale (Bogner & Landrock, 2015; Faeh, Marques-Vidal, Chiolero, & Bopp, 2008). Chez les personnes âgées, les différents **déficits cognitifs** qui accompagnent le vieillissement (perception, attention, compréhension et mémorisation), sont particulièrement susceptibles d'introduire des **biais méthodologiques** tels qu'une hausse de la non-réponse, des réponses hasardeuses ou des réponses ne respectant pas les instructions (Boulbry, 2006).

Troisièmement, un effet de sélection – tendant à sous-représenter les **personnes en mauvaise santé** – résulte du fait que les individus malades ne sont, dans certains cas, pas en mesure ou pas désireuses de participer à une telle enquête. Sont également sous-représentées les personnes qui vivent dans des conditions précaires (sans domicile fixe, sans autorisation de séjour valable, etc.). De plus, les personnes qui ne maîtrisent aucune des trois langues officielles sont de facto exclues de l'enquête. Bien que 1000 interviews supplémentaires aient été réalisées auprès de personnes de nationalité étrangère dans l'enquête 2017 (OFS, 2019a), les migrants aux connaissances linguistiques insuffisantes demeurent sous-représentés.



Chez les répondants des classes d'âges les plus élevées, cette auto-sélection des répondants engendrerait également un **biais de classe**, étant donné que le statut social et l'état de santé sont fortement corrélés et que cette relation s'accroît avec l'avancée en âge. Il a ainsi été observé que plus on monte dans l'échelle des âges, plus les résultats des enquêtes reflètent les aptitudes physiques et mentales, le mode de vie et les activités d'un échantillon de personnes socialement bien intégrées, bénéficiant d'un revenu aisé, d'un niveau d'éducation élevé (Höpflinger (1995) cité par Hummel (2002)).

Dans le cadre de l'ESS, la non-réponse des seniors est en partie corrigée par la **pondération**, au même titre que celle des autres classes d'âge. Ces facteurs tiennent en particulier compte de la région de domicile, du sexe, de l'âge, de la nationalité, de l'état civil et de la taille du ménage (OFS, 2019a). Ces pondérations permettent de compenser, en partie au moins, les différentes distorsions évoquées plus haut.

Finalement, on peut regretter que par rapport à la thématique du vieillissement, l'ESS ne comporte pas plus d'informations concernant **l'environnement dans lequel vivent les personnes âgées** (par exemple concernant la disponibilité d'assises adaptées dans les rues, d'espaces verts ou d'accès aux transports). Il s'agit pourtant d'un aspect particulièrement important dans la perspective d'un vieillissement actif puisque les conditions d'un vieillissement réussi ne tiennent pas qu'aux individus eux-mêmes mais aussi aux possibilités offertes par leur environnement. L'OMS œuvre notamment à la promotion d'un environnement adapté aux personnes âgées à travers la mise sur pied du Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés.

## 1.4 Méthodes et analyses, lecture des tableaux

### 1.4.1 Analyses sociodémographiques

Les résultats de l'ESS sont présentés pour l'ensemble des 65 ans et plus de Suisse latine, ainsi que par rapport à un certain nombre de **variables sociodémographiques** pour ce groupe de population. Ces variables explicatives, mobilisées dans les tableaux de données annexes ainsi que dans le corps du rapport, sont présentées en détail ci-après.

Il est à noter que bien que l'ESS comporte des questions ayant trait au revenu du ménage, cette information n'a pas été exploitée en 2017 en raison d'une qualité insuffisante des données. D'une part, cette variable souffrait d'une importante non-réponse. D'autre part, les résultats obtenus étaient incohérents avec la connaissance existante concernant les revenus des ménages. Il n'est donc pas possible d'analyser les résultats de l'ESS en fonction d'un tel déterminant économique. Afin de documenter la « position sociale » des répondants, le niveau de formation constitue donc la variable la plus pertinente.

**Classes d'âge :** L'état de santé est lié à l'âge et doit en même temps en être dissocié (le déroulement du temps biologique ne

correspond pas nécessairement à l'avancée en âge chronologique, cf. 1.5.2). De manière générale, les classes d'âge des **65-79 ans** et des **80 ans et plus** sont distinguées. Il est commun d'opérer une telle classification, ces deux classes d'âge étant couramment rapportées au **troisième** et au **quatrième âge**.

Toutefois, des changements importants peuvent intervenir dans l'état de santé des répondants avant ou après la limite d'âge de 80 ans. Il est donc utile, selon les thèmes abordés, de recourir à des classes d'âge plus fines, permettant de repérer plus précisément à quel moment des ruptures interviennent dans l'évolution des résultats.

De la même manière, le rapport comprend certaines analyses présentant les évolutions par classe d'âge à partir de 45 ou de 50 ans. Cela permet particulièrement de voir comment se situe le groupe des « jeunes retraités » par rapport aux répondants approchant de l'âge de la retraite et si un effet de seuil se produit au cap des 65 ans.

**Sexe :** Les **différences entre hommes et femmes en matière de santé** ont fait l'objet d'une documentation systématique dans le cadre d'un mandat de l'OFSP (Spiess & Schnyder-Walser, 2018). Il y apparaît notamment que si l'espérance de vie des femmes continue d'être plus longue que celle des hommes, l'écart entre les deux sexes a plutôt diminué ces dernières années.

Dans le cadre de ce rapport, les analyses simples en fonction du sexe sont souvent influencées par le fait que la structure par âge des hommes et des femmes n'est pas la même. Pour la Suisse latine, 56% des hommes âgés de 65 ans et plus ont moins de 75 ans contre 49% des femmes (T 1.3). La classe d'âge des 75-79 ans compose 19% des effectifs pour les deux sexes et 31% des femmes ont au moins 80 ans, ce qui est le cas de 24% des hommes. Afin de tenir compte de l'effet combiné du sexe et de l'âge, les résultats sont présentés, pour un certain nombre d'indicateurs, par sexe et par classes d'âge.

T 1.3 Distribution par classes d'âge et par sexe des 65 ans et plus, Suisse latine, 2017

	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85+ ans	65+ ans
Homme	29%	27%	19%	13%	11%	100%
Femme	25%	24%	19%	14%	17%	100%

Source : OFS, Statistique de la population et des ménages 2017.

© Obsan 2020

**Niveau de formation :** La recherche scientifique a établi une claire **relation entre le niveau d'éducation et l'état de santé** qui s'explique notamment par des comportements de santé plus favorables (Mackenbach et al., 2008). En effet, un niveau de formation plus élevé rendrait plus réceptif aux messages de prévention et favoriserait une bonne communication et donc un meilleur accès aux services de santé. Par ailleurs, la relation de causalité peut également être inverse, une santé plus fragile à un jeune âge étant susceptible de limiter les possibilités de poursuivre une formation à un stade avancé.

Pour la Suisse latine, environ la moitié des répondants de 65 ans et plus disposent d'une formation de niveau secondaire II (51,1%), 26,6% n'ont pas accompli de formation post-obligatoire et 22,3% disposent d'une formation de niveau tertiaire. Cette distribution est spécifique à la population âgée. En comparaison, les répondants de Suisse latine âgés de moins de 65 ans disposent plus souvent d'une formation de niveau tertiaire (34,1%) et moins souvent d'une formation de niveau secondaire II (44,0%). La part de répondants sans formation post-obligatoire est également plus basse (21,9%).

Ces différences sont le reflet des mutations du marché du travail ainsi que du système de formation, de nombreuses professions s'étant tertiairisées au fil du temps (par exemple dans l'enseignement ou dans la santé). Toutefois, pour les personnes plus âgées, l'effet du niveau de formation sur le parcours social n'a pas forcément été le même que pour les personnes plus jeunes. En effet, les 65 ans et plus ont effectué leur parcours professionnel à une époque où un diplôme du degré secondaire II était plus susceptible de permettre un accès à la classe moyenne supérieure, le nombre de diplômés de l'enseignement supérieur n'étant pas suffisant pour répondre à la demande sur le marché du travail (Falcon, 2016). Aux personnes ayant un niveau de formation secondaire II est donc susceptible de correspondre une grande variété de parcours de vie.

De plus, l'accès à l'éducation supérieure s'avère très genré parmi ces générations (cf. T 1.4) : un tiers des femmes latines de 65 ans et plus (33,7%) ne dispose pas de formation post-obligatoire contre 16,8% des hommes. À l'inverse, environ un tiers des hommes latins de 65 ans et plus (31,9%) disposent d'un niveau de formation de degré tertiaire contre 15,3% des femmes.

#### T 1.4 Distribution par classes d'âge et par sexe des 65 ans et plus, Suisse latine, 2017

	Scolarité obligatoire	Degré secondaire II	Degré tertiaire
Homme	16,8%	51,3%	31,9%
Femme	33,7%	51,0%	15,3%

Source : OFS, Enquête suisse sur la santé 2017. © Obsan 2020

**Statut migratoire :** Pour la première fois en 2017, l'ESS permet de documenter le statut migratoire des répondants. Dans les discussions internationales liées à la migration et à l'intégration, ce concept est de plus en plus utilisé car contrairement à un indicateur basé sur la nationalité, le statut migratoire permet de rendre compte du rapport de l'individu à la migration, que ce soit à travers sa propre expérience ou celle de ses parents.

Le statut migratoire se définit en combinant les variables suivantes : le « pays de naissance », la « nationalité à la naissance », ainsi que les variables du « pays de naissance » de chacun des deux parents. Tel que défini par l'OFS, le groupe « population issue

de la migration » comprend les personnes de nationalité étrangère ou naturalisées – à l'exception de celles nées en Suisse et dont les deux parents sont nés en Suisse – ainsi que les Suisses à la naissance dont les deux parents sont nés à l'étranger<sup>5</sup>.

Pour ce qui concerne la population sous étude dans le cadre de ce rapport, il semble particulièrement pertinent de retenir le statut migratoire plutôt que la nationalité. Avec l'avancée en âge, il devient effectivement plus probable qu'un individu né de nationalité étrangère acquiert la citoyenneté suisse. Au sein de l'échantillon de l'ESS, 29,8% des 65 ans et plus de Suisse latine sont considérés comme issus de la migration alors que la part de répondants de nationalité étrangère est de 15,2%. Outre ce rapport plus étroit à l'expérience de la migration, cet indicateur présente donc également l'avantage de déboucher sur des groupes plus équilibrés.

Plus d'un tiers des répondants latins de 65 ans et plus issus de la migration sont nés avec la nationalité italienne (38,1%). Les autres nationalités à la naissance les plus fréquentes sont les nationalités française (23,4%), allemande (9,5%), britannique (3,5%) et belge (3,4%). Il s'agit également d'une population plus homogène en terme de nationalité d'origine que celle âgée de 15 à 64 ans : les quatre nationalités à la naissance les plus fréquentes correspondent à 75% des répondants de 65 ans et plus issus de la migration ; chez les 15 à 64 ans issus de la migration, les treize nationalités les plus fréquentes représentent 75% des répondants.

**Type de ménage :** Parmi les répondants latins de 65 ans et plus, 54,8% vivent en couple sans enfants et 36,2% vivent seuls. Les autres catégories de répondants, composées des personnes vivant en couple avec enfants (5,9%) et de celles vivant dans un ménage monoparental (3,2%) ne sont pas représentées en raison de la petite taille des effectifs.

Les personnes vivant seules sont le plus souvent des femmes (77,2%) et un tiers ont 80 ans et plus (33,6%). Chez les personnes vivant en couple, la part de femmes est moins élevée (53,3%) et la plupart ont moins de 80 ans (83,7%).

Il apparaît ainsi que 69,7% des femmes âgées de 80 ans et plus vivent seules, ce qui n'est le cas que de 23,5% des hommes de cette classe d'âge, les hommes décédant généralement plus tôt ou débutant plus souvent une nouvelle relation de couple après une séparation (Höpflinger & Wezemaal, 2014)

Par ailleurs, le fait de vivre en couple est une source de contact social et la possibilité de bénéficier de l'aide du conjoint favorise le maintien à domicile.

**Degré d'urbanisation :** Depuis 2017, l'OFS applique une nouvelle typologie urbain-rural (OFS, 2017). Jusqu'alors, les régions « urbaines », comprenant agglomérations et villes isolées, étaient distinguées des régions « rurales » correspondant au reste du territoire. Afin de mieux rendre compte des réalités actuelles, une ca-

<sup>5</sup> Le détail de la typologie de la population selon le statut migratoire de l'OFS peut être consulté dans la section « migration et intégration » du site internet de l'OFS.

tégorie « intermédiaire » présentant des caractères à la fois urbains et ruraux a été ajoutée. Dans l'échantillon de répondants latins de l'ESS âgés de 65 ans et plus, 62,2% habitent une commune de type urbain, 21,0%, une commune de type intermédiaire, et 16,8%, une commune de type rural. Cette répartition est similaire à celle observée pour les répondants latins âgés de 15 à 64 ans (62,1%, 20,8% et 17,0%).

Les analyses de l'OFS ont révélé que les densités en services de différents types (services de proximité, services du quotidien, services de santé, etc.) varient entre les espaces rural, intermédiaire et urbain (OFS, 2018a).

**Statut d'occupation du logement :** Selon une enquête de l'OFS (2018b), en 2016, plus d'un senior sur deux (54%) est propriétaire du logement qu'il occupe. Au sein de l'ESS, des résultats assez proches sont obtenus avec, pour les 65 ans et plus, 55,1% de propriétaires en Suisse latine et 55,6% pour l'ensemble de la Suisse. Le statut d'occupation du logement constitue une information contextuelle importante quand il s'agit d'étudier les conditions de vie d'une personne. Par exemple, la publication de l'OFS révèle que 81% des propriétaires occupent un logement d'au moins quatre pièces contre 39% pour les locataires.

Bien que les données sur le revenu ne soient pas exploitables, celles-ci suggèrent que les propriétaires ont un revenu plus élevé que les locataires. L'idée que le statut d'occupation du logement puisse constituer un indicateur approximatif de la position sociale est renforcée par le fait que les personnes au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire sont surreprésentées parmi les propriétaires alors que les personnes sans formations post-obligatoires sont pour leur part sous-représentées. Toutefois, cette variable reflète également l'environnement dans lequel vivent les répondants, la part de propriétaires étant plus élevée en région rurale qu'en zone urbaine, certainement en raison des différences de prix de l'immobilier.

#### 1.4.2 Sélection des informations et lecture des tableaux dans le corps du rapport

Dans l'ensemble du rapport, les lignes directrices suivantes ont régi le choix des informations présentées ainsi que de leur mode de représentation graphique :

- Pour les tableaux présentant les résultats en fonction de **critères sociodémographiques**, seuls les variables pour lesquelles les différences les plus marquantes apparaissent sont retenues, ou si un résultat va à l'encontre de ce qui pourrait a priori être attendu.
- Les **évolutions temporelles** sont représentées seulement si une évolution marquante des résultats est observée.
- Il en va de même pour la comparaison avec les **autres cantons suisses**, seule les différences marquantes sont mentionnées.

- Sur les graphiques, les données correspondant à des répondants latins en 2017 sont représentées en **bleu foncé**. Les **bâtons en gris foncés** figurent sur les graphiques à titre de comparaison, pour les années d'enquête antérieures, les données des autres cantons suisses ou celles des 50-64 ans.
- Les analyses par critères sociodémographiques correspondent toujours aux données de la Suisse latine en 2017
- Les données pour la Suisse latine sont tantôt comparées à celles de la **des autres cantons suisses**, ou à celle de la **Suisse** dans son ensemble. Dans le premier cas, cela permet de mettre en évidence les spécificités des résultats latins. Les cantons latins ne sont ici pas opposés aux cantons alémaniques car le canton de Fribourg, en tant que canton bilingue, est un canton latin et alémanique. Les cantons latins sont donc distingués des « autres cantons suisses ». Dans le deuxième cas, il s'agit plutôt de révéler des différences sociodémographiques qui ne seraient pas significatives à l'échelle de la Suisse latine, notamment en raison de la plus petite taille de l'échantillon.
- En raison de la petite taille des échantillons cantonaux, il n'est que rarement possible de mettre en évidence des **spécificités cantonales**. Lorsque des différences cantonales significatives sont identifiées, celles-ci sont mentionnées dans le texte. Le tableau T 6.1 en annexe présente l'ensemble de ces différences.

Dans la rédaction des analyses, le **masculin générique** est utilisé pour désigner les deux sexes, ceci de façon à faciliter la lecture du document.

#### 1.4.3 Lecture des tableaux annexes

Les résultats présentés pour les cantons latins dans ce rapport sur la santé sont essentiellement d'ordre descriptif. Chacun des chapitres fournit et décrit les principaux résultats d'intérêt. En annexes à ce rapport, les résultats détaillés des variables utilisées peuvent être téléchargés via [ce lien](#)<sup>6</sup>. Ces tableaux donnent aussi à titre de comparaison les valeurs de la Suisse, des trois régions linguistiques ainsi que des cinq cantons latins participant au projet. Lorsque les données le permettent, une comparaison temporelle est également proposée.

Pour les résultats statistiques (graphiques et tableaux), le rapport donne les **intervalles de confiance** correspondant autour de chaque donnée, ce qui permet d'évaluer la marge d'incertitude (voir Encadré 1).

Cet intervalle permet d'apprécier si un écart mis en évidence est attesté par les données statistiques ou s'il pourrait relever du hasard. Le présent rapport propose des commentaires sur des différences qui sont significatives entre des groupes de population.

<sup>6</sup> <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-des-65-ans-et-plus-en-suisse-latine>

Les modalités des questions qui n'ont réuni **qu'entre 10 et 29 répondants** (n) sont indiquées entre parenthèses, car leur significativité statistique est limitée. Les résultats où le nombre de cas (n) est **inférieur à 10** ne sont pas indiqués, mais remplacés par un point.

Les résultats ou fréquences relatives sont toujours **arrondis à une décimale**. Les nombres étant arrondis, la somme des fréquences relatives de toutes les réponses possibles n'équivaut pas toujours exactement à 100,0%.

#### Encadré 1 La significativité statistique

Les enquêtes statistiques par échantillonnage, telle l'ESS, partent de l'idée qu'il est possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population étudiée. Or, les résultats d'une enquête peuvent dans une certaine mesure être dus au hasard inhérent à la sélection aléatoire de l'échantillon. Afin de garantir la fiabilité des résultats, il est d'usage de définir un seuil, qui correspond à la marge d'erreur: plus ce seuil est bas (il se situe en général à 5%, et c'est le cas dans le présent rapport), plus la probabilité d'une erreur est faible. À partir du seuil défini, il est possible de calculer un intervalle dit de confiance pour délimiter le domaine qui contient le résultat « correct » avec une probabilité de 95% par exemple.

De manière générale, l'étendue de l'intervalle de confiance est déterminée par la taille de l'échantillon (plus ce dernier est grand, plus l'intervalle est étroit), la variabilité des données (moins celles-ci sont dispersées, plus l'intervalle est petit) et le seuil choisi (plus celui-ci est bas, plus l'intervalle de confiance est large). Les calculs de l'intervalle de confiance permettent de tirer des conclusions quant à la significativité statistique des résultats obtenus. Dans le présent rapport, cette significativité est principalement utilisée pour analyser les différences entre deux ou plusieurs groupes de population.

## 1.5 Vieillesse et santé

Souvent présenté comme un défi pour le futur, le **vieillesse démographique** est déjà présent et se perçoit nettement depuis les années 1970 (OFS, 2018c). Ce phénomène est amené à se poursuivre encore dans les années à venir puisque dans quelques années, un résident du territoire helvétique sur quatre aura passé l'âge de 65 ans.

Cet état de fait justifie que l'on s'intéresse de près aux personnes âgées résidentes en Suisse, et plus particulièrement à leur état de santé. La santé et les conditions de vie des personnes âgées de 65 ans et plus (également désignées comme « personnes âgées » dans le cadre de ce rapport) ne peuvent cependant être réduites à une description uniforme. Dans cette catégorie d'âge, une grande **hétérogénéité des situations** prévaut, allant du retraité actif, en bonne santé et entretenant une riche vie sociale aux personnes sévèrement atteintes dans leur santé, dépendant de l'aide d'autrui et dont les contacts sociaux se font plus rares.

Ces deux portraits correspondent en fait aux deux stéréotypes principaux que véhiculent les **représentations sociales du vieillissement** (voir ci-après) mais il est désormais reconnu que la population âgée se caractérise par son hétérogénéité, que ce soit au niveau de l'état de santé, de la culture ou du style de vie.

Aborder la question de la santé de la population âgée soulève un certain nombre de questions : Qu'est-ce que le vieillissement réussi ? Comment une bonne santé peut-elle être promue jusqu'à un âge avancé ? De quelle manière les maladies s'articulent-elles avec les effets du vieillissement ? Le vieillissement débouche-t-il inéluctablement sur une situation de dépendance ? Cette introduction thématique s'attache à répondre à ces questions et à clarifier certains concepts en lien avec le vieillissement. Ce faisant, l'ancrage conceptuel auquel se rattachent les indicateurs de l'ESS mobilisés pour l'analyse est défini.

### 1.5.1 Les représentations du vieillissement

Si la diversité des manières de gagner en âge est désormais relativement bien reconnue, la manière d'appréhender les personnes âgées reste fortement marquée par les **représentations sociales autour du vieillissement**. À la fin des années 1960, Butler a développé le concept **d'âgisme** afin de qualifier les stéréotypes négatifs liés à la vieillesse ainsi que les discriminations qui en découlent. Selon ce gérontologue américain, un certain nombre de mythes entourent la représentation du vieillissement. Ceux-ci représentent notamment la personne âgée comme repliée sur elle-même (mythe du désengagement), incapable de s'adapter au changement (mythe de l'inflexibilité) et déclinant mentalement (pertes de mémoire, diminution de l'attention ou moments de confusion renvoyant au mythe de la sénilité).

Ces **mythes sont néfastes** car en généralisant des problématiques qui sans être systématiques, peuvent apparaître avec le vieillissement, ils alimentent une attitude de rejet de la société vis-à-vis de la vieillesse. De plus, ils favoriseraient les écarts entre les mesures mises en place par les institutions sociales et les politiques et les attentes des personnes âgées, notamment en terme de participation à la communauté (Reymond, 2018). Par ailleurs, ces images négatives, lorsqu'elles sont intériorisées par les personnes âgées, auraient un impact sur l'estime de soi ainsi que sur l'auto-évaluation de l'état de santé (Macia, Chapuis-Lucciani, & Boëtsch, 2007; Thornton, 2002).

Suite à la prise de conscience de ces stéréotypes **âgistes**, un glissement épistémologique s'opère avec le développement d'études reposant sur une **vision positive du vieillissement**. Les travaux de Rowe et Kahn publiés dans les années 1990 s'inscrivent dans ce changement de perspective et en constituent certainement la forme la plus poussée. Ces auteurs avancent le concept de **vieillesse réussie** dont ils dénombrent trois composantes : un faible risque de maladie ou de handicap, une capacité cognitive et fonctionnelle élevée et un engagement actif dans la vie. Pour ces auteurs, ce sont le parcours de vie et les choix qui le jalonnent qui conditionnent les possibilités d'un vieillissement. L'attention se déplace ainsi de l'avancée en âge comme facteur

de risque aux risques liés à l'âge (Hummel, 2002). Dans la mesure où ces risques dépendent principalement du style de vie et de l'environnement, il existerait une importante marge de manœuvre afin de les prévenir.

Ces travaux présentent l'avantage d'offrir une **représentation plus valorisante** des personnes âgées. La vieillesse n'apparaît plus comme fatalement associée aux notions de déclin, de maladie, d'infirmité ou de retrait social. En outre, le poids des facteurs génétiques y est relativisé, ouvrant la voie aux stratégies de prévention axées sur la modification des facteurs environnementaux ainsi que sur la promotion d'une bonne hygiène de vie tout au long de la vie.

Toutefois, cette approche a également été critiquée car elle a pour corollaire de faire peser sur les personnes vieillissantes une **injonction à réussir leur vieillissement**. Le concept de vieillissement réussi participerait ainsi à une forme de « culte de la performance » (Crignon-De Oliveira, 2010). Or les individus ne disposeraient pas tous des mêmes ressources leur permettant de faire les bons choix en matière de prévention. Ces inégalités se manifestent notamment par l'importance du statut économique de la personne vieillissante dans l'accès au vieillissement réussi. De façon quelque peu paradoxale, la théorie du vieillissement réussi peut alors s'avérer tout aussi discriminante que les théories *âgistes*.

Considéré comme trop normatif, le concept de vieillissement réussi a depuis laissé la place à celui de « **vieillissement actif** ». Plusieurs organisations internationales ont participé à la diffusion de ce concept (Kaeser & Roch, 2013). Telle que diffusée par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), l'Union européenne ou le Fond Monétaire International, l'idée de vieillissement actif a été plutôt empreinte d'une **approche productiviste** discutant particulièrement les possibilités de prolongement de la vie active.

L'OMS a pour sa part promu une **vision plus multidimensionnelle**. Celle-ci se trouve formalisée au sein du cadre d'orientation préparé dans la perspective de la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, qui s'est tenue à Madrid en 2002 : « Vieillir en restant actif est le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. Vieillir en restant actif s'applique à toutes les personnes âgées, individuellement ou collectivement. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin » (OMS, 2002). Selon cette approche, l'activité va au-delà de la sphère productive liée au marché du travail, toute forme de participation et d'intégration des personnes âgées comme citoyen étant ici considérée (Walker, 2002).

Dans la filiation des **approches positives du vieillissement**, l'OMS a récemment développé le concept de « **vieillissement en bonne santé** » (OMS, 2016). Alors que les travaux de 2012 soulignaient le potentiel que représentent les populations âgées comme ressources pour le développement, le rapport publié en

2016 se concentre donc sur les enjeux liés à la santé. L'accent est en particulier mis sur l'adéquation des systèmes de santé avec les besoins spécifiques des personnes âgées, sur l'élaboration de systèmes de soins de longue durée ainsi que sur la création d'un environnement favorable aux personnes âgées.

L'importance accordée aux **facteurs environnementaux** se reflète notamment dans la définition du vieillissement en bonne santé centrée sur le développement et le maintien des capacités fonctionnelles. Ces dernières sont pensées comme constituées non seulement des capacités intrinsèques de l'individu, mais également des caractéristiques pertinentes de l'environnement, et des interactions entre l'individu et l'environnement.

Ce passage en revue des représentations successives du vieillissement nous montre que les dernières décennies ont été marquées par un **renouvellement des réflexions** et des théories visant à appréhender l'avancée en âge. Les représentations contemporaines de la vieillesse oscillent ainsi au sein d'un spectre allant du vieillissement pathologique au vieillissement réussi. Cette vision dichotomique se retrouve dans la distinction communément opérée entre « jeunes vieux » (soit les retraités actifs et engagés) et les « vieux vieux » (soit les personnes âgées malades et dépendantes, Hummel (2002)). Au-delà de ces visions misérabilistes et idéalisées, il faut certainement retenir que la population âgée ne constitue pas un groupe homogène et reconnaître la diversité des situations.

Au-delà des représentations sociales, il est important de comprendre la **relation entre vieillissement et santé**. En effet, il serait erroné de considérer que l'avancée en âge se traduit de façon inéluctable par un passage d'un vieillissement réussi à un vieillissement pathologique. Il importe ainsi de distinguer le vieillissement de la maladie (ou du vieillissement pathologique). Le concept de fragilité permet en particulier de comprendre de quelle manière s'opère le passage d'un état de robustesse à une situation de dépendance.

## 1.5.2 Vieillissement et santé

Selon la définition proposée le Collège National des Enseignants de Gériatrie (2000) et largement reprise dans la littérature, le **vieillissement** correspond à « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auquel est soumis l'organisme tout au long de sa vie ». On parle également de **sénescence** pour qualifier ce phénomène universel de déroulement du temps biologique, lequel ne correspond pas nécessairement à l'avancée en âge chronologique.

Ce vieillissement se traduit par une **diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme**, le vieillissement étant très variable d'un organe à l'autre. Parmi les multiples manifestations du vieillissement des organes et des fonctions, on peut mentionner la modification de la composition corporelle des masses grasses et

maigre (vieillesse du métabolisme), la réduction des performances mnésiques concernant l'acquisition d'informations nouvelles (vieillesse du système nerveux central), la réduction de la densité osseuse et l'amincissement du cartilage (vieillesse de l'appareil locomoteur) ou la perte progressive de l'audition ainsi que l'apparition de la presbytie (vieillesse des organes des sens).

Le **vieillesse** constitue donc un processus lent et progressif qui doit être **distingué des manifestations des maladies**, même si la vieillesse peut constituer un **terrain propice** pour le développement de maladies en raison de réduction des capacités de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression (voir ci-après, vieillissement pathologique et dépendance).

On considère donc habituellement que l'état de santé d'une personne âgée résulte des effets du vieillissement et des **effets additifs de maladies** passées (séquelles) et actuelles, chroniques ou aiguës (Collège national des enseignants de gériatrie, 2000).

Le vieillissement se manifeste donc selon une vaste palette clinique allant du **vieillesse « robuste »** au **vieillesse « pathologique »** et à la **dépendance** (Lang, Trivalle, & Dramé, 2012). On parle de fragilité pour qualifier l'état intermédiaire se situant entre ces deux extrêmes. Pour la suite, ce chapitre s'attache à décrire plus en détail ces trois formes de vieillissement, étant entendu que celles-ci ne se succèdent pas nécessairement de façon linéaire.

### *Le vieillissement robuste*

Si les théories du vieillissement réussi ont fait l'objet de critiques, notamment en raison de leur caractère normatif, celles-ci fournissent néanmoins des critères permettant de qualifier un vieillissement robuste. Le modèle de Rowe et Kahn s'articulait autour de trois dimensions que sont l'engagement dans la vie, l'absence de maladie et des fonctions physiques et cognitives préservées. Ce modèle tient donc compte tant des **facultés psychiques que mentales et psychosociales**.

Si un vieillissement robuste peut être rendu possible par des conditions de base favorables, le maintien de cet état avec l'avancée en âge nécessite de ne pas abandonner les **activités qui mettent en jeu les capacités d'adaptation de l'organisme**. Il est notamment recommandé d'entretenir, voire d'améliorer le capital de base intellectuel, physique et relationnel, de prévenir les maladies qui peuvent l'être (grippe, maladies cardio-vasculaires par exemple) et de favoriser la prise en charge précoce des maladies ou des troubles qui sont susceptibles d'entraîner des désordres en cascade des autres fonctions de l'organisme (Le Deun, 2007).

De plus, la littérature met notamment l'accent sur l'étendue des **bienfaits d'une activité physique régulière** dans la vie quotidienne de la personne âgée (OMS, 2002). De nombreux bénéfices sont associés à l'activité physique (équilibre, force, endurance, masse osseuse, performances cognitives, moral et sommeil) et des preuves scientifiques s'accumulent pour démontrer que ces bienfaits peuvent contrebalancer les effets du vieillissement qui s'opèrent à différents niveaux (Riviere, Ruffel, & Pillard, 2015).

Il est également recommandé de veiller à une **alimentation adaptée**, ceci afin de limiter les risques de dénutrition. Avec l'avancée en âge, c'est d'ailleurs plutôt la perte de poids que l'on cherche à prévenir alors que chez l'adulte, on préconise surtout d'éviter le surpoids. En raison des possibles effets iatrogènes, la prise d'un nombre important de **médicaments** est également à éviter. Finalement, le respect des recommandations usuelles concernant la consommation d'**alcool** et de **tabac** participeraient également à un vieillissement réussi.

Outre ces aspects objectifs, certains auteurs appellent également à la prise en compte des **dimensions subjectives** de « bien-être » et de « satisfaction de vie », les personnes âgées ayant souvent une évaluation plus positive de leur vieillissement que ce que suggèrent l'application des critères de Rowe et Kahn. Il importe donc d'également considérer la perception qu'ont les individus de leur propre santé ainsi que leur satisfaction à l'égard des liens affectifs entretenus et de leur rôle social.

Le **modèle d'optimisation sélective avec compensation** (Freund & Baltes, 2003) s'inscrit également dans cette perspective. Confrontés aux manifestations du vieillissement, les personnes restreindraient leurs activités à certains domaines particuliers (sélection), s'engageraient dans les activités les plus importantes pour elles (optimisation) et le cas échéant, adapteraient leurs comportements ou leur environnement (compensation). Leclerc (2007) complète encore ce modèle en intégrant des étapes telles que l'acceptation des limites et des pertes, la découverte de nouvelles sources de sens à la vie et la réactualisation du potentiel de soi.

### *La fragilité chez les personnes âgées*

Le concept de fragilité permet d'appréhender la manière dont au cours du vieillissement, une personne âgée robuste peut verser dans la dépendance. Lorsqu'elle est appréhendée comme un **syndrome clinique**, la fragilité peut se définir comme **diminution des capacités physiologiques** de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress (Rolland, Benetos, & al, 2011). En ce sens, des similarités existent entre les processus de fragilisation et de vieillissement (Lang et al., 2012).

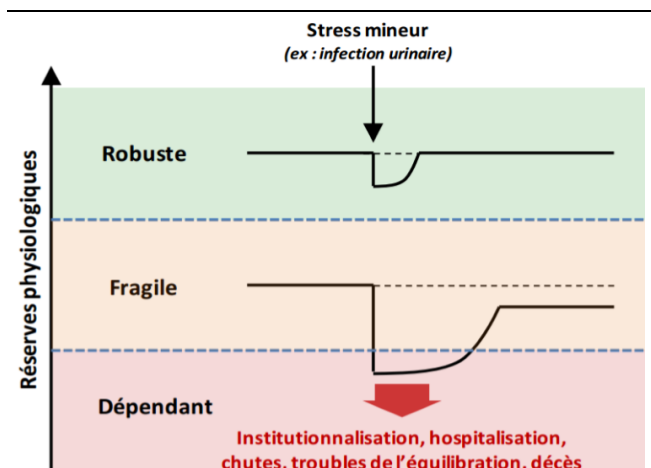
L'illustration ci-dessous permet de distinguer les spécificités de la fragilité en tant qu'état. En raison de l'insuffisance de leurs réserves physiologiques, les sujets fragiles ont une **récupération plus lente et incomplète** après la survenue d'un événement stressant tel qu'une affection aiguë, des traumatismes ou des douleurs (Lang, P. et al., 2011). Lorsque l'état est dit robuste, une récupération plus rapide et complète peut par contre être attendue.

La fragilité se caractérise par un **risque accru d'aggravation de l'état de santé et d'entrée dans la dépendance**, par un risque accru de chutes, de pathologies en cascade, menant à l'hospitalisation puis au décès (Bortz, 2002). En ce sens, la fragilité est donc une forme d'état d'instabilité et amène à un point de bascule vers un effet de domino de déstabilisation de la santé (Lee, Heckman, & Molnar, 2015).



Il est d'intérêt de pouvoir identifier les personnes fragiles le plus tôt possible car contrairement au vieillissement, ce processus est **potentiellement réversible**. Par des mesures de prévention appropriées telles que la pratique d'exercice physique régulier, un reconditionnement rapide après une situation de stress, une renutrition et une physiothérapie adaptée, la fragilité peut donc être prévenue et son évolution ralentie ou retardée (Michel, 2012). Le retour à un état robuste à partir d'une situation de fragilité est même envisageable, alors que l'entrée en dépendance est considérée comme irréversible.

### G 1.1 Impact d'un stress mineur sur la vulnérabilité des personnes âgées



Source : Adapté de Clegg A, Young J, Iliffe S., et al. (2013), Frailty in elderly people. *Lancet*; 381 :753.

À ce jour, il n'existe pas de marqueur biologique permettant d'objectiver la condition de fragilité et sur le plan médical, le **concept n'est pas complètement défini**. Dans la littérature, les dimensions communément mentionnées dans la composition du phénotype de la fragilité sont notamment la perte de poids involontaire, un faible niveau d'activité physique, une sensation de faiblesse et de fatigue, la faiblesse musculaire et la vitesse de marche lente (Fried, Tangen, & al, 2001). Au-delà des **dimensions physiologiques** ou de performance fonctionnelle, certains auteurs étendent leur conception aux **aspects psychologiques** (p.ex. dépression ou anxiété), **cognitifs** (p.ex. perte de mémoire) et **sociaux** (p.ex. relations sociales ou environnement) (Béland & Michel, 2013; Michel, 2012).

#### *Vieillesse pathologique et dépendance*

On définit ici le vieillissement pathologique comme le **vieillessement aggravé (ou accéléré) par la survenue de morbidités**. Ces maladies peuvent être liées au grand âge, ce qui signifie que leur **fréquence augmente avec l'âge**. Pour autant, elles ne doivent pas être considérées comme l'expression du vieillissement. Des maladies graves telles que le cancer, les pathologies cardio-vasculaires ou des pathologies dégénératives (par exemple les démences) ont longtemps été assimilées au vieillissement normal.

À mesure qu'avance l'âge, les frontières entre vieillissement physiologique et maladies peuvent effectivement devenir difficile à distinguer. Or le développement de ces troubles n'est pas inéluctable. Il tient notamment à **l'effet cumulatif de l'exposition** à certains facteurs de risques et à l'allongement de l'espérance de vie, augmentant la probabilité que des troubles se développent à un âge plus avancé (Lang, Proust, Vogel, & Aspinall, 2013).

La survenue de pathologies chroniques, sévères, évolutives ou compliquées est alors susceptible de s'accompagner d'une **perte d'autonomie**, voire d'une **entrée en dépendance**. L'institutionnalisation devient alors plus fréquente. Pour les personnes restant à leur domicile, se pose la question des modalités de prise en charge (recours à des aides professionnelles, soutien des proches aidants).

Schématiquement, ce stade suit celui de la fragilité et correspond à la survenue de complications, lesquelles font office de seuil décompensation à partir duquel la personne fragile verse dans une situation de dépendance. Le passage de l'état de fragilité à celui de dépendance est considéré comme irréversible.

## 1.6 Les cantons latins en comparaison régionale

### 1.6.1 Vieillessement de la population: état des lieux et perspectives

#### ***Croissance du nombre de personnes âgées particulièrement importante pour les très âgés***

**Pour l'ensemble de la Suisse**, on s'attend à ce que le nombre de **personnes âgées de 65 à 79 ans** passe de 1,1 million en 2017 à **1,7 million en 2045**, soit une hausse de 45% alors que le nombre de **personnes âgées de 80 ans et plus** passerait de 0,5 million à **1,2 million**, ce qui correspond à une hausse de 134%. En comparaison, le nombre de jeunes âgés de moins de 20 ans ne devrait augmenter que de 13% à cet horizon et les individus âgés de 20 à 64 ans, de 7%. Les personnes âgées représentent donc le groupe de population dont le nombre devrait augmenter le plus rapidement dans les années à venir.

#### ***La croissance du nombre de personnes âgées sera la plus forte dans le canton de Fribourg***

Ces évolutions devraient se retrouver dans les cinq cantons latins sous étude, avec toutefois quelques variations. Par exemple, dans les cantons du Tessin, du Jura et de Neuchâtel, le nombre de jeunes âgés de moins de 20 ans ne devrait que faiblement augmenter et le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans devrait augmenter encore plus lentement, voire diminuer. Dans le canton de Fribourg, une hausse particulièrement rapide du nombre de résidents devrait être observée pour toutes les classes d'âge, en dessous et en-dessus de 65 ans. Dans les cantons de Genève et de Neuchâtel, la hausse du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait être plus modérée.

## T 1.5 Projections démographiques selon le scénario de référence de l'OFS, Suisse et cinq cantons latins, 2017, 2030 et 2045

CH	2017	2030		2045		FR	2017	2030		2045					
0-19	1 590 973	1 776 083	+	12%	1 798 846	+	13%	0-19	67 727	81 984	+	21%	89 339	+	32%
20-64	5 214 189	5 444 806	+	4%	5 567 589	+	7%	20-64	196 520	222 732	+	13%	241 266	+	23%
65-79	1 143 862	1 507 450	+	32%	1 656 124	+	45%	65-79	37 461	54 589	+	46%	64 932	+	73%
80+	481 951	739 038	+	53%	1 129 596	+	134%	80+	13 296	22 268	+	67%	38 047	+	186%
GE	2017	2030		2045		JU	2017	2030		2045					
0-19	96 476	105 018	+	9%	106 958	+	11%	0-19	14 748	15 485	+	5%	15 531	+	5%
20-64	308 580	338 529	+	10%	340 864	+	10%	20-64	42 776	41 610	+	-3%	41 267	+	-4%
65-79	59 192	72 567	+	23%	86 198	+	46%	65-79	11 022	14 162	+	28%	13 971	+	27%
80+	27 192	40 392	+	49%	56 055	+	106%	80+	4 794	7 021	+	46%	10 513	+	119%
NE	2017	2030		2045		TI	2017	2030		2045					
0-19	36 257	38 443	+	6%	39 358	+	9%	0-19	61 425	62 836	+	2%	64 227	+	5%
20-64	108 362	111 718	+	3%	111 816	+	3%	20-64	213 691	221 138	+	3%	213 192	+	0%
65-79	24 008	28 804	+	20%	31 909	+	33%	65-79	57 268	72 682	+	27%	83 601	+	46%
80+	11 236	15 232	+	36%	21 073	+	88%	80+	26 262	41 967	+	60%	60 425	+	130%

Source : Scénarios de l'évolution de la population des cantons, OFS, 2015-2045.

© Obsan 2020

Note : Scénario de référence AR-00-2015, population au 1<sup>er</sup> janvier**En Suisse, le vieillissement démographique se traduit particulièrement par une hausse de l'indice de dépendance des aînés**

En 2017, près d'un résidant suisse sur cinq **65 ans** ou plus (19%, cf. T 1.6). Selon le scénario de référence de l'OFS<sup>7</sup>, cette part devrait passer à 24% en 2030 et à 27% en 2045. Le **rapport de dépendance des personnes âgées** devrait évoluer encore plus rapidement. Partant de 31 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans en 2017, cet indice passerait à 41 en 2030 puis à 50 en 2045. Comme le nombre de jeunes de moins de 20 ans devrait augmenter plus rapidement que le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans, **l'indice de vieillesse**, qui exprime le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 15 ans, devrait augmenter un peu moins rapidement que le rapport de dépendance des personnes âgées (2017 : 139, 2030 :

171, 2045 : 214). Ces évolutions sont en particulier dues à la diminution de la fécondité, qui entraîne un vieillissement de la population dit « par le bas », ainsi qu'à l'allongement de l'espérance de vie, qui entraîne un vieillissement dit « par le haut » (OFS, 2018c).

En 2017, les cantons de Fribourg et de Genève présentent, indépendamment de l'indicateur présenté, un profil de population plus jeune que celui de la moyenne suisse. Pour leur part, les cantons du Jura, de Neuchâtel et du Tessin présentent en 2017 une structure démographique plus âgée qu'en moyenne suisse. Le vieillissement devrait être particulièrement rapide dans le canton du Tessin dont l'indice de vieillesse pourrait être supérieur de 45% à la moyenne suisse en 2045. À cet horizon, la situation pourrait par contre se rapprocher de la moyenne suisse dans le canton de Neuchâtel.

<sup>7</sup> Le scénario de référence prolonge les évolutions observées au cours des dernières décennies.

### T 1.6 Indicateurs du vieillissement de la population selon le scénario de référence de l'OFS, Suisse et cinq cantons latins, 2017, 2030 et 2045

	Part de 65+ (en %)					
	CH	FR	GE	JU	TI	NE
2017	19	16	18	22	23	21
2030	24	20	20	27	29	24
2045	27	24	24	30	34	27
Indice de dépendance des personnes âgées (Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans)						
	CH	FR	GE	JU	TI	NE
2017	31	26	27	37	39	36
2030	41	35	33	51	52	44
2045	50	43	42	59	68	53
Indice de vieillesse (Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de 0 à 14 ans)						
	CH	FR	GE	JU	TI	NE
2017	139	103	122	152	188	135
2030	171	125	144	183	252	155
2045	214	159	182	218	310	186

Source : Scénarios de l'évolution de la population des cantons, OFS, 2015-2045.

© Obsan 2020

Note : Scénario de référence AR-00-2015, population au 1<sup>er</sup> janvier

#### 1.6.2 La prise en charge des personnes âgées dans les cantons latins

Les caractéristiques cantonales en matière de prise en charge des soins de longue durée ont été mises en évidence dans le cadre d'une étude de l'Obsan parue en 2016 (Dutoit, Füglistler-Dousse, & Pellegrini). Sur la base des données 2013, plusieurs modèles-types de prise en charge (regroupement de cantons

ayant des pratiques similaires) y étaient définis. Alors que les cantons du Tessin, de Neuchâtel, de Genève et du Jura ont été identifiés comme des cantons comptant **une forte présence de services d'aide et de soins à domicile (SASD)**, un mélange d'établissements médico-sociaux (EMS) et de SASD était observé dans le canton de Fribourg. Il est probable qu'en 2017, ces cinq cantons auraient été regroupés au sein du même modèle-type d'orientation sur les soins à domicile, le canton de Fribourg ayant depuis opéré un certain virage ambulatoire.

#### T 1.7 Indicateurs de prise en charge par des structures formelles, personnes âgées de 65 ans et plus, cantons latins, 2017

	Services d'aide et de soins à domicile			Établissements pour personnes âgées				
	Taux de recours brut	Taux de recours standardisé	Nombre d'heures par client	Taux de recours bruts	Taux de recours standardisés	Âge moyen à l'entrée	Durée moyenne du dernier séjour	Nombre moyen de minutes de soins
CH	16,0	16,0	73,9	5,5	5,3	84,8	2,8	117,4
FR	22,6	23,6	45,5	5,4	5,8	84,8	2,9	122,5
GE	19,6	18,7	81,2	4,8	4,2	86,4	3,3	171,4
JU	22,6	22,3	78,1	4,7	4,4	86,6	2,7	180,5
NE	24,6	23,7	50,2	6,3	5,6	85,1	2,8	165,1
TI	17,6	17,1	83,2	5,2	4,7	85,2	3,3	149,1
	Taux de recours total							
	Taux de recours brut	Taux de recours standardisé						
CH	21,5	21,3						
FR	28,0	29,3						
GE	24,3	22,9						
JU	27,3	26,7						
NE	30,9	29,3						
TI	22,8	21,8						

Source: OFS, SOMED 2017; SPITEX 2017; STATPOP 2017

© Obsan 2020

Note: Standardisation basée sur la méthode directe, population de référence : population CH en 2013.

Avec une part de la population âgée faisant appel aux SASD ou aux EMS allant de 22,8% à 30,9% contre 21,5% en moyenne suisse (T 1.7), les cinq cantons latins ont fortement développé les structures formelles de prise en charge, en particulier dans le domaine des soins à domicile.

Les cinq cantons romands présentent tous un taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile supérieur à la moyenne suisse avec les taux les plus élevés enregistrés dans les cantons de Neuchâtel, de Fribourg et du Jura. Il est toutefois possible que ces taux de recours soient surestimés en raison du double comptage de patients, en particuliers lorsque ceux-ci sont pris en charge par des prestataires différents. Cela peut également expliquer les variations observées concernant le nombre d'heure moyen par client. Ce nombre est plutôt bas dans les cantons de Fribourg et de Neuchâtel (41,0 et 45,1 heure) et plutôt élevé dans les cantons du Jura et du Tessin (72,1 et 75,0).

En ce qui concerne les séjours en EMS, les taux de recours sont inférieurs à la moyenne suisse dans quatre cantons et supérieur dans le canton de Neuchâtel. En prenant le taux de recours standardisé, le canton de Fribourg présente également un résultat supérieur à la moyenne. Dans quatre des cinq cantons latins, les personnes âgées tendent à entrer plus tard en EMS qu'en moyenne suisse. Les durées de séjour, allant de 2,7 ans (Jura) à 3,3 ans (Tessin et Genève), sont néanmoins proches ou plus longue que la moyenne suisse (2,8 ans). Le besoin en soins moyen en EMS est plus important dans ces cantons qu'en moyenne suisse (de 122,5 dans le canton de Fribourg à 180,5 minutes dans le canton du Jura contre 117,4 en moyenne suisse).

## 2 État de santé

Dans ce chapitre, plusieurs dimensions de l'état de santé de la population latine âgée de 65 ans et plus sont abordées. Le point 1.1 s'intéresse à la santé auto-évaluée, laquelle fournit une appréciation générale de l'état de santé des individus. Le point 1.2 porte sur l'état de santé physique, recensant la fréquence de maladies chroniques ainsi que des limitations fonctionnelles, cognitives ainsi que dans les activités de la vie quotidienne. Les accidents et chutes sont discutés conjointement au point 1.3. La santé psychique de la population âgée des cantons latins est présentée plus en détail dans le point 1.4 et les points 1.6 et 1.7 portent sur les ressources personnelles et sociales en santé telles que le sentiment de maîtrise de la vie ou le soutien social.

### 2.1 État de santé auto-évalué

#### En bref

- La majorité des personnes âgées considèrent leur **état de santé comme bon ou très bon** (69,3%).
- La part de répondants se disant en bonne ou en très bonne santé varie fortement en fonction du **niveau de formation**. Cette part est aussi liée à d'autres caractéristiques sociodémographiques telles que le statut migratoire et le nombre de personnes composant le ménage.
- La part de répondants se disant en bonne ou en très bonne santé diminue avec l'avancée en âge avec un **effet de seuil à partir de 85 ans**.

L'état de santé auto-évalué est une mesure fréquemment utilisée afin de fournir une **appréciation générale de l'état de santé** des individus. Outre son intérêt en tant que reflet du bien-être global de la population, cet indicateur est également précieux en raison de son étroite relation avec toute une série de mesures de l'état de santé actuel et futur. L'indicateur s'avère fortement corrélé avec la prévalence de diverses maladies telles que le diabète, l'épilepsie, les problèmes cardiaques ou l'hypertension (Manor, Matthews, & Power, 2001), avec le taux de mortalité et de morbidité (Bopp & Holzer, 2012; Jylhä, 2009), ainsi qu'avec l'espérance de vie (Idler & Kasl, 1991; Yu et al., 1998). Cette **capacité prédictive de l'indicateur** d'état de santé auto-évalué tient notamment au fait qu'il s'agit d'une mesure inclusive permettant au répondant de rendre compte d'une grande variété d'informations, que ce soit sur la base de critères objectifs ou de perceptions subjectives.

Dans le cas des personnes âgées, il a été montré que le processus d'évaluation n'est pas uniquement fonction de critères

médicaux objectifs, mais que ces derniers font l'objet d'interprétations en fonction de leur trajectoire de santé passée et à venir (Scodellaro, 2014). Cette **perspective évolutive** intervient par exemple lorsque le fait de ne plus pouvoir pratiquer certaines activités sert à évaluer l'état de santé. De plus, il a été montré que cette interprétation variait notamment selon la **condition sociale**. Par exemple, dans les milieux populaires, la consommation de médicaments et les consultations médicales répondraient essentiellement à une utilisation curative, et seraient donc associées à une représentation négative de l'état de santé. Dans les milieux plus aisés, le recours plus souvent préventif aux prestations de santé tend à affaiblir le lien perçu entre intervention médicale et mauvais état de santé.

Outre les problèmes de santé, **l'avancée en âge peut aussi être associée à une amélioration du niveau de bien-être**. Ce processus serait rendu possible par le déploiement de stratégies d'adaptation (voir également Encadré 3). On distingue notamment les stratégies primaires, qui consistent à agir sur l'environnement afin de l'adapter à ses objectifs, des stratégies secondaires qui consistent à adapter les désirs, envies et objectifs aux contraintes de l'environnement (Heckhausen et Schulz, 1995). Des mécanismes de comparaison sociale descendante sont également invoqués. Ceux-ci désignent la tendance à se mesurer (par exemple en termes d'aptitudes ou d'état de santé) à d'autres personnes se trouvant dans une situation analogue (des personnes du même âge) en se confrontant à des personnes moins bien loties que soi. La comparaison avec des individus plus gravement affectés favoriserait alors le maintien d'une image positive de soi-même.

#### *Sept personnes âgées sur dix se disent en bonne santé*

En 2017, près de sept personnes latines âgées de 65 ans et plus sur dix considèrent leur **état de santé comme bon ou très bon** (69,3%, cf.

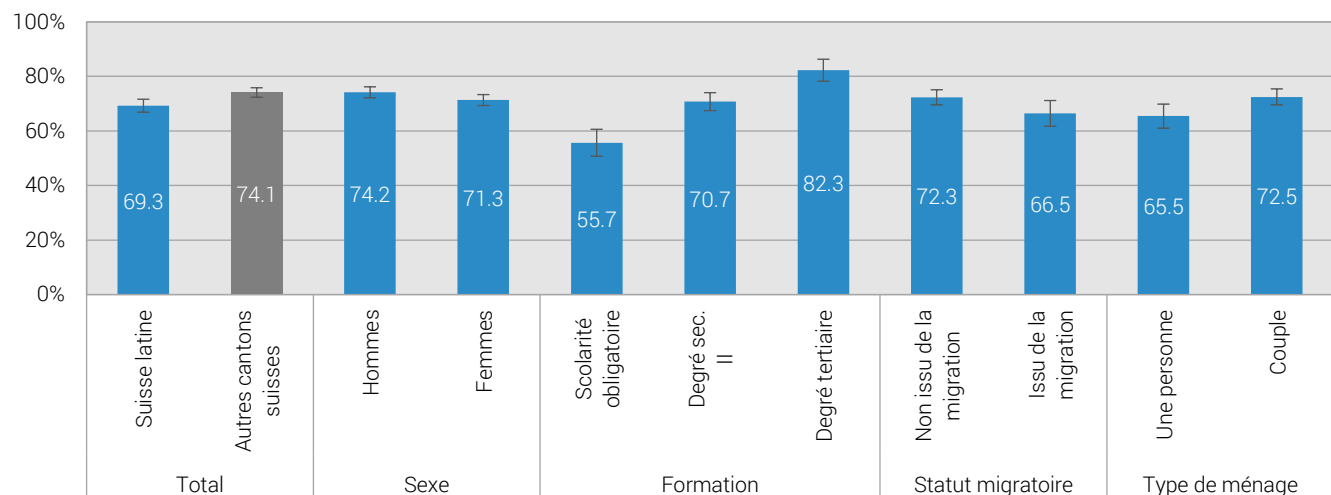
G 2.1). Environ un quart déclare un état de santé moyen (25,4%) et les 5,4% restant donnent une appréciation mauvaise ou très mauvaise de leur état de santé (cf. tableaux annexes 6.3). Ces résultats sont un peu moins favorables que ceux observés dans les autres cantons suisses où 74,1% des personnes âgées se déclarent en bonne ou en très bonne santé.

Les résultats ne diffèrent pas entre hommes et femmes. Par contre, un état de santé auto-déclaré bon ou très bon est rapporté par 82,3% des répondants latins au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire contre 55,7% des répondants sans formation post-obligatoire. Ce fort gradient social peut être lié au fait que

l'indicateur de santé subjective rend compte de façon globale, et possiblement cumulée, de dimensions multiples des inégalités sociales en matière de santé.

Les personnes vivant seules ainsi que celles issues de la migration ont également tendance à présenter des résultats moins favorables que les personnes vivant en couple ou non issues de la migration. Les écarts observés sont significatifs mais seulement à l'échelle de l'ensemble de la Suisse.

### G 2.1 État de santé auto-évalué bon ou très bon, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



Suisse latine: n=1691 ; autres cantons suisses: n=6483.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

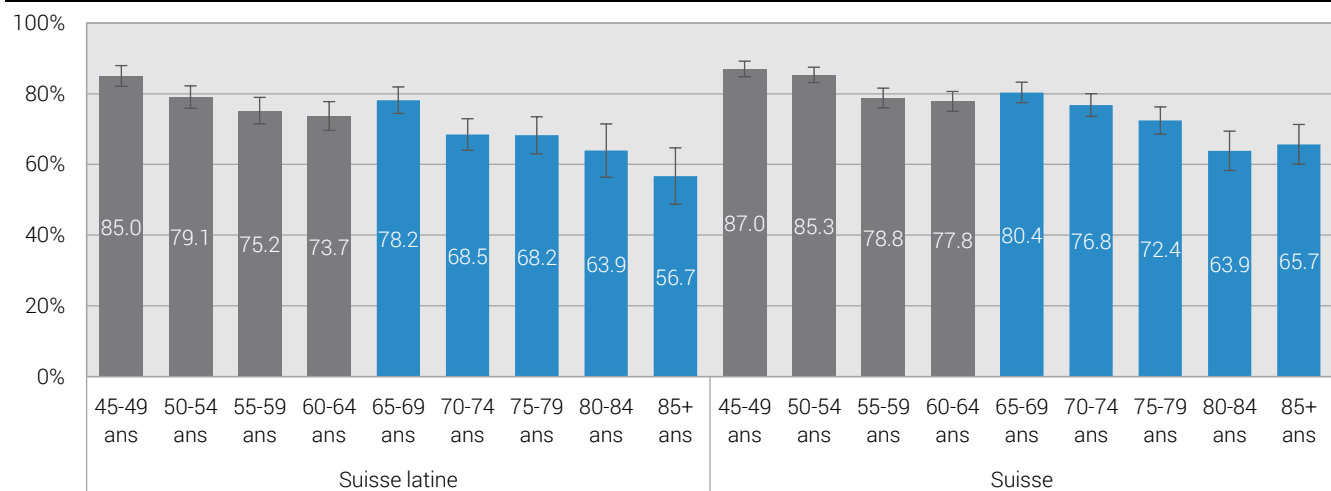
Les données des autres cantons suisses ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

La part de répondants se déclarant en bonne ou en très bonne santé part de 85,0% chez les 45-49 ans. Cette part diminue pour s'établir à environ 75% chez les 55-59 ans ainsi que chez les 60-64 ans. La fréquence d'un (très) bon état de santé auto-évalué augmente ensuite légèrement chez les 65-69 ans (différence non significative) et passe à 78,2%, avant de diminuer de 10 points de

pourcentage (autour de 68%) chez les 70-74 ans et 75-79 ans. La diminution se poursuit ensuite avec l'avancée en âge.

À l'échelle de la Suisse, la part considérant son état de santé comme bon ou très bon diminue progressivement entre les 60-65 ans (80,4%) et 75-79 ans (72,4%) avant qu'un effet de seuil ne se produise chez les 80-84 ans (63,9%).

### G 2.2 État de santé auto-évalué bon ou très bon, population âgée de 45 ans et plus, Suisse latine et Suisse, 2017



Suisse latine: n=4410 ; Suisse: n=8825.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020



## 2.2 État de santé physique

### En bref

- Plus de neuf répondants sur dix font face à au moins un **problème de santé chronique**.
- **L'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'arthrite et l'arthrose** sont les problèmes de santé chroniques les plus fréquemment mentionnés.
- Les **limitations fonctionnelles** se manifestent surtout à un âge avancé. Par exemple, 16% des 80 ans et plus ne parviennent pas à marcher 200 mètres, 15% ont des difficultés ou des incapacités à prendre un bain ou une douche et 26% à utiliser les transports publics.

### 2.2.1 Maladies chroniques

Dans la mesure où le vieillissement physiologique correspond à une limitation de l'aptitude de l'organisme à s'adapter aux situations mettant en jeu ses réserves fonctionnelles (De Jaeger, 2017), l'avancée en âge voit augmenter la probabilité que se développent des maladies et que celles-ci découlent sur des complications. De plus, certaines maladies ne se déclarent que dans la vieillesse (diabète sucré, artériosclérose, affections dégénératives, etc., voir section 1.5.2). Le graphique G 2.3 rend compte de la prévalence de 13 maladies chroniques en fonction de la classe d'âge. La prévalence correspond ici à la part de répondants déclarant avoir eu l'un de ces problèmes de santé au cours des 12 derniers mois, indépendamment de l'existence d'un diagnostic médical<sup>8</sup>. Pour l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète, seules les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic médical<sup>9</sup> sont comprises et on inclut également les personnes ayant pris des médicaments pour ces problèmes au cours des sept derniers jours<sup>10</sup>.

*Plus de la moitié des répondants ont eu une tension trop élevée au cours des 12 derniers mois*

Interrogés de manière générale, près de la moitié des répondants latins âgés de 65 ans et plus fait part en 2017 d'un **problème de santé chronique ou de longue durée** (44,2%, cf. tableaux annexes 6.3). Ce pourcentage ne varie que peu selon des facteurs tels que le sexe, la classe d'âge, ou le niveau de formation. Par contre, il s'avère plus bas que celui constaté en 2012 (54,5%, différence significative).

Les répondants à l'ESS sont également interrogés quant à la présence de certaines maladies chroniques spécifiques. L'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie peuvent être considérées à la fois comme des maladies et comme des facteurs de risque de développer un éventail de maladies chroniques, notamment des maladies cardio-vasculaires. En Suisse latine, 55,1% des répondants âgés de 65 à 79 ans ont une tension trop élevée ou sont sous médication pour ce problème (G 2.3). Chez les personnes âgées d'au moins 80 ans, cette part passe à 63,5%. Pour l'ensemble des 65 ans et plus de Suisse latine, 43,5% des répondants ont un taux de cholestérol trop élevé et / ou sont sous médication pour ce problème. Les résultats ne diffèrent pas de façon significative entre les classes d'âge 65 à 79 ans (44,2%) et 80 ans et plus (41,2%).

Des problèmes **d'arthrose ou d'arthrite** sont rapportés par plus de 40% des répondants (65-79 ans: 42,1%, 80+ ans: 48,2%). À noter que parmi ces derniers, plus d'une personne sur dix se dit concernée malgré l'absence de diagnostic médical<sup>11</sup> (cf. tableaux annexes 6.3). **Le diabète** est la quatrième maladie chronique la plus fréquemment mentionnée par les répondants: 16,2% de l'ensemble des répondants âgés de 65 ans et plus en Suisse latine disent avoir eu du diabète au cours des 12 derniers mois ou avoir été sous médication au cours des sept derniers jours pour ce problème. Les résultats ne diffèrent pas de façon significative entre les classes d'âge (65-79 ans: 15,3%, 80+ ans: 18,7%). Parmi l'ensemble des 65 ans et plus concernés, 12,4% déclarent un diabète de type I, 60,1%, un diabète de type II, 24,5% ne savent pas de quel type de diabète il s'agit et 3,0% déclarent un autre type (données non représentées).

Pour l'hypercholestérolémie, le diabète et les problèmes d'arthrose ou d'arthrite, les **répondants latins** de 65 ans et plus présentent des taux de prévalence légèrement supérieurs à ceux des **autres cantons suisses**. Par contre, ces derniers rapportent un peu plus souvent que les latins de l'hypertension artérielle (cf. tableaux annexes 6.3).

Précisons encore que plus d'un tiers des personnes rapportant des problèmes d'**incontinence urinaire** (65-79 ans: 10,4%, 80+ ans: 22,5%) n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic médical. Il est possible qu'une prise en charge thérapeutique permettrait d'améliorer la qualité de vie de ces personnes. Par ailleurs, ces résultats souffrent vraisemblablement d'un biais de réponse, la prévalence de l'incontinence étant certainement plus élevée (Jaunin-Stalder & Lagro-Janssen, 2013).

<sup>8</sup> Les personnes sont d'abord interrogées quant à l'existence de chaque maladie chronique. Il est ensuite demandé si celles-ci ont été diagnostiquées par un médecin ou par quelqu'un travaillant dans le domaine médical.

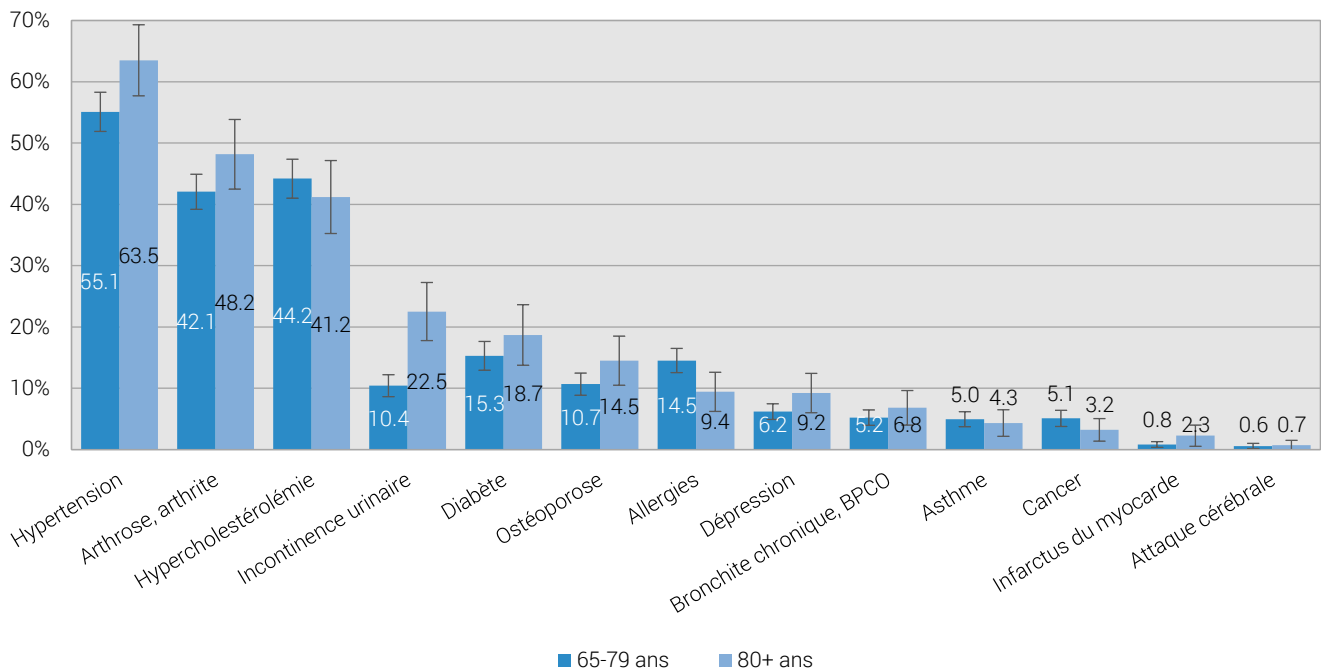
<sup>9</sup> Il est d'abord demandé si un médecin ou une autre personne travaillant dans le domaine médical a déjà identifié l'un de ces problèmes, puis si celui-ci s'est produit au cours des 12 derniers mois.

<sup>10</sup> L'indicateur comprend les personnes ayant eu de l'hypertension au cours des 12 derniers mois et celles ayant pris des médicaments contre l'hypertension au cours des sept derniers jours. Idéalement,

l'horizon temporel devrait être le même pour les deux parties de l'indicateur, mais les données ne le permettent pas. L'indicateur peut sensiblement différer d'autres indicateurs présentés par l'Obsan reposant sur une définition différente. Cette remarque vaut également pour l'hypercholestérolémie et le diabète.

<sup>11</sup> Les indicateurs présentés (sauf pour l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète) se rapportent aux maladies auto-déclarées par les répondants, que celles-ci aient fait l'objet d'un diagnostic médical ou non.

### G 2.3 Maladies chroniques au cours des 12 derniers mois selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 et plus, Suisse latine, 2017



65-79 ans : 1028 <= n <=1348 ; 80+ ans : 290 <= n <=344.  
Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

*Hors hypertension artérielle et hypercholestérolémie, les deux tiers des répondants font face à au moins une maladie chronique*

Sur la base des taux de prévalence rapportés pour chacun de ces 13 problèmes de santé chroniques<sup>12</sup>, il est possible d'établir une **typologie** (G 2.4). Il apparaît que, indépendamment de la présence de problèmes d'hypertension artérielle (HTA) et d'hypercholestérolémie (HChol), les deux tiers des répondants font face à au moins une **maladie chronique** : un tiers en rapporte une (36,5%) et un autre tiers, au moins deux (36,9%<sup>13</sup>). De plus, deux répondants sur dix (19,1%) rapportent la présence d'un **facteur de risque tel que l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle** mais ne font pas état d'autres maladies chroniques. Au total, plus de neuf répondants sur dix font face à au moins un problème de santé chronique, alors que 7,5% n'en rapporte aucun.

On relève que la part de répondants concernés par au moins une maladie chronique (73,4%), même en excluant l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, est nettement supérieure à la part ayant déclaré un quelconque problème de santé de longue durée (44,2%, question d'ordre général quant à la présence d'un

problème de santé chronique ou de longue durée). Cet écart suggère que les 13 problèmes de santé chroniques pour lesquels les répondants sont spécifiquement sondés ne sont pas forcément perçus comme tels par ceux-ci.

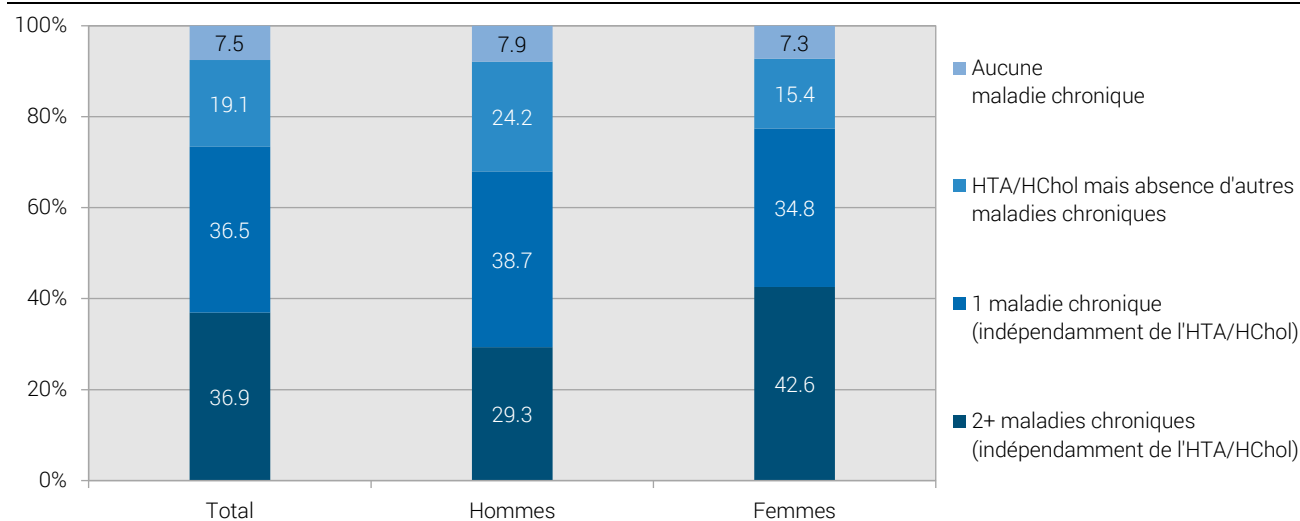
Si l'on compare les résultats en fonction du sexe, on constate que la polymorbidité concerne d'avantage les **femmes** que les **hommes**: celles-ci déclarent plus fréquemment au moins deux maladies chroniques, auxquelles s'ajoutent potentiellement des problèmes d'hypertension ou d'hypercholestérolémie (42,6% contre 29,3%). À l'inverse, la part de répondants avec hypertension ou hypercholestérolémie mais sans autre maladie chronique est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (24,2% contre 15,4%).

On peut relever que dans les **autres cantons suisses**, ces différences en fonction du sexe sont encore accentuées : les hommes présentent encore plus souvent l'un des facteurs de risque HTA/HChol, sans autre maladie chronique (32,0%) et moins souvent au moins deux maladies chroniques (22,3%, différences significatives, données non représentées). Les femmes latines et celles des autres cantons suisses se répartissent de façon similaire entre les quatre catégories.

<sup>12</sup> Cette catégorisation repose sur la prévalence des 13 maladies chroniques renseignées lors de l'enquête. Cette liste n'est pas exhaustive et d'autres diagnostics pourraient être considérés. Toutefois, il semblerait que dans les études qui considèrent 12 diagnostics et plus, les chercheurs n'ont pas constaté beaucoup de variation quant à la prévalence de la polymorbidité (Moreau-Gruet, Florence, 2013).

<sup>13</sup> Cette répartition est relativement similaire à celle observée par Junod et al. (2014) sur la base des données SHARE. Les variations observées peuvent notamment s'expliquer par les différences quant aux maladies chroniques incluses ainsi que par le fait que les populations sous études ne sont pas exactement les mêmes.

#### G 2.4 Répartition de la population âgée de 65 ans et plus selon le nombre de maladies chroniques et l'hypertension artérielle/hypercholestérolémie (HTA/HChol) rapportées, par sexe, Suisse latine, 2017



n=1262.

Catégorisation inspirée de Junod et al. (2014) sur la base des données SHARE.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

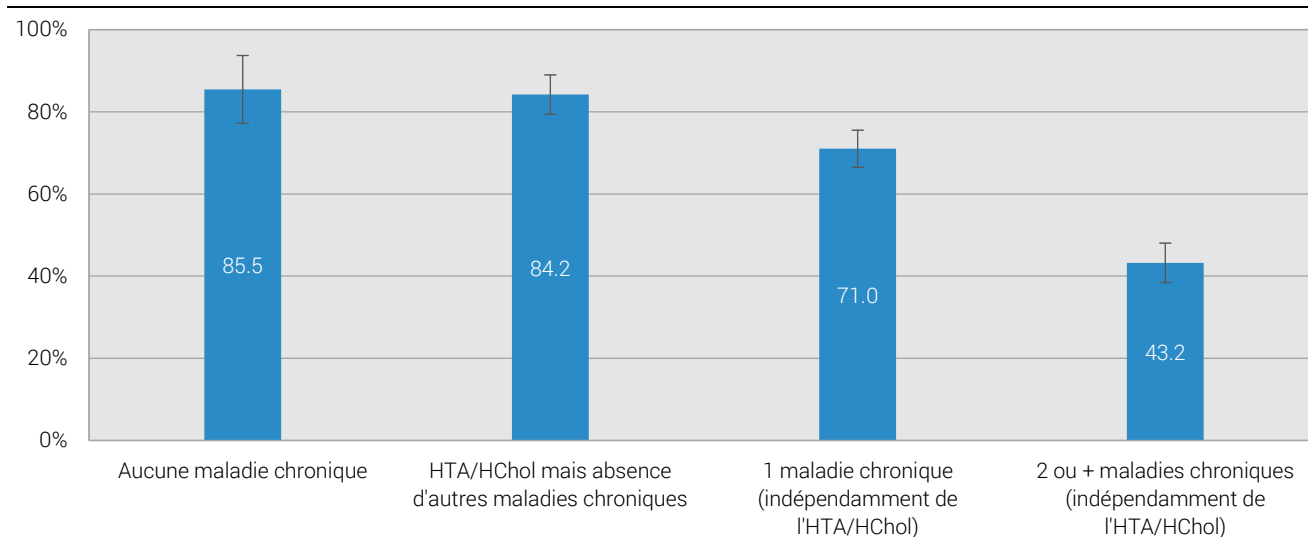
© Obsan 2020

*La présence de plusieurs maladies chroniques est liée à une moins bonne représentation de l'état de santé*

En l'absence d'autres **maladies chroniques**, la seule présence d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie ne semble pas **impacter la manière dont les répondants se représentent leur état de santé**: la part se déclarant en bonne ou en très bonne

santé se situe chez ces derniers à 84,2% contre 85,5% pour les répondants ne présentant aucune maladie chronique (G 2.5). Chez les individus affectés par une seule maladie chronique, cette part baisse à 71,0% et elle diminue encore pour passer à 43,2% chez les personnes touchées par au moins deux maladies chroniques. Au sein de ce dernier groupe de répondants, 45,8% considèrent leur état de santé comme moyen et 11,0%, comme mauvais ou très mauvais.

#### G 2.5 État de santé auto-évalué bon ou très bon, selon le nombre de maladies chroniques et l'hypertension artérielle/hypercholestérolémie (HTA/HChol), population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



n=1262.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

## 2.2.2 Limitations fonctionnelles

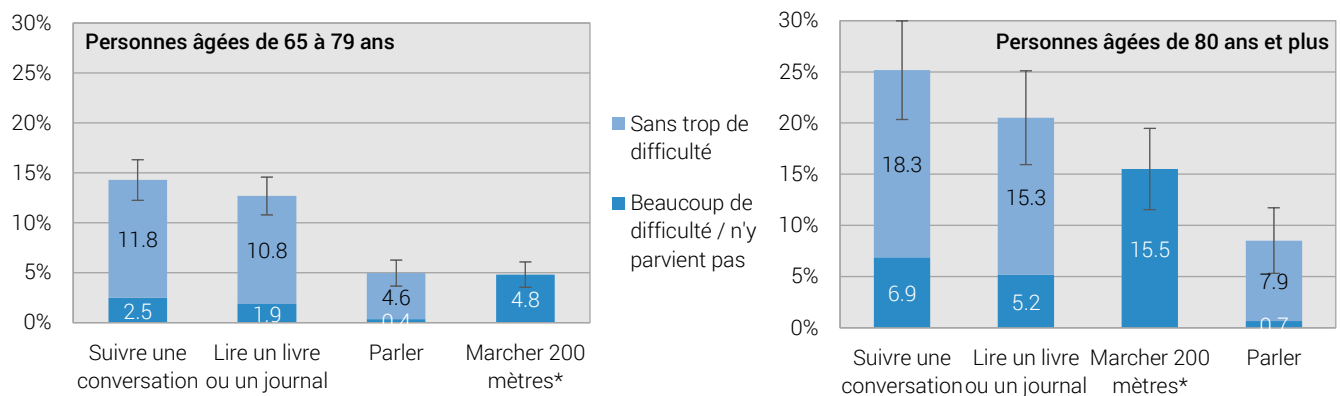
Les limitations fonctionnelles renvoient à des formes de handicaps physiques et sensoriels, regroupant une série de déficiences des fonctions organiques (voir, entendre, parler, marcher) (Gazareth, 2009). S'il n'est pas possible de distinguer la cause de ces handicaps (notamment s'ils sont de naissance ou liés au vieillissement), il est possible de voir de quelle manière ces limitations progressent entre la classe d'âge de 65 à 79 ans et celle des 80 ans et plus (G 2.6).

C'est en matière de mobilité que les personnes âgées de 65 à 79 ans sont le plus souvent sévèrement limitées: 4,8% des répondants ne se sentent pas capables de marcher 200 mètres sans s'arrêter ou être fortement incommodés. Moins de 3% rapportent

des difficultés à suivre une conversation (2,5%), à lire un livre ou un journal (1,9%) ou à parler (0,4%). Une certaine gêne est cependant associée aux activités sollicitant l'ouïe et la vue par un peu plus de 10% des répondants et 4,6% rendent compte d'un inconfort pour ce qui concerne l'expression orale. Toutefois, la grande majorité des répondants parvient à réaliser ces différentes actions sans difficulté ou sans trop de difficulté.

Chez les 80 ans et plus, ces différentes limitations sont nettement plus fréquentes: la part ne parvenant pas à marcher au moins 200 mètres atteint 15,5% et entre 5% et 7% des répondants rapportent des difficultés de lecture ou à suivre une conversation. En comparaison, les capacités d'expression orale sont les mieux conservées dans cette classe d'âge.

### G 2.6 Limitations fonctionnelles selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



65-79 ans: n=1346 ; 80+ ans: n=344.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Sans trop de difficulté » et « Beaucoup de difficulté/n'y parvient pas ». Les catégories de réponses « sans difficulté » et « sans trop de difficulté » (pour un total de 100%) ne sont pas représentées.

\* Cette question est formulée différemment que celles concernant les autres limitations fonctionnelles. L'indicateur présente la part de répondants ne parvenant pas à marcher 200 mètres sans aide, sans devoir s'arrêter et sans être fortement incommodés. Il n'est pas possible de savoir quelle est la part parvenant à marcher 200 mètres « sans trop de difficulté ».

### La moitié des 85 ans et plus rapporte des limitations fonctionnelles

Globalement, la part de répondants expérimentant beaucoup de **difficultés** ou étant dans **l'incapacité de voir, entendre, parler ou marcher**<sup>14</sup> se situe à moins de 4% chez les latins de 65 à 69 ans et de 70 à 74 ans, puis augmente de façon continue pour atteindre près de 20% chez les 85 ans et plus (G 2.7). La part de répondants exprimant **quelques difficultés sensorielles** augmente moins rapidement (d'environ 20% pour les personnes de 65 à 69 ans et de 70 à 74 ans à 32,2% chez les 85 ans et plus). Au total, un peu plus

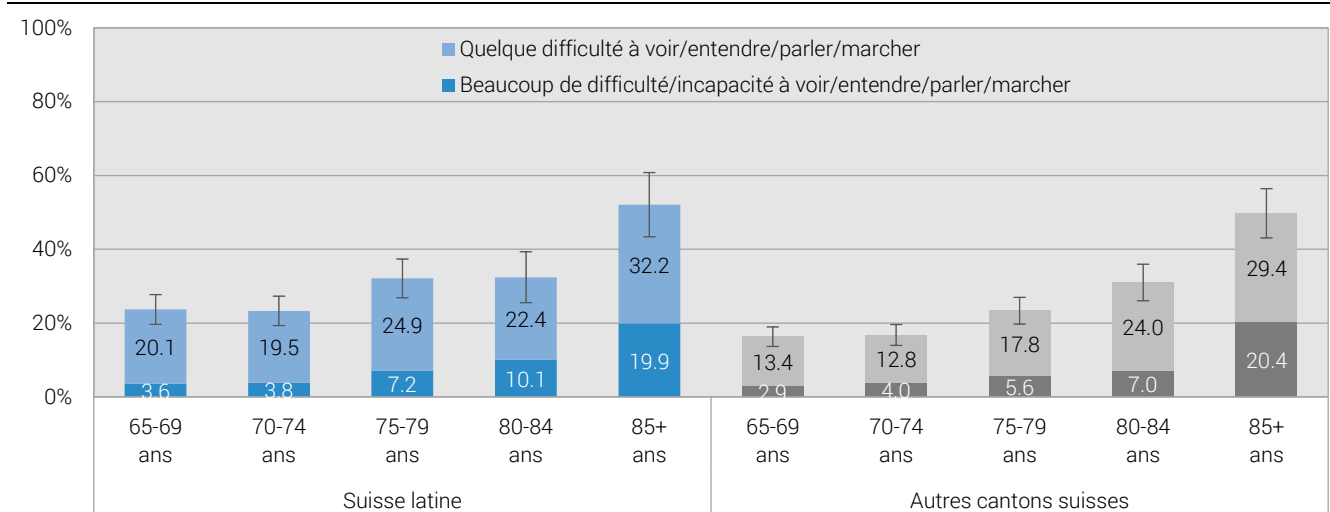
de la moitié des 85 ans et plus rapporte des limitations fonctionnelles (52,1%).

En comparaison, les **répondants des autres cantons suisses** de 65 à 69 ans sont un peu moins souvent concernés par des difficultés à voir, entendre, parler ou marcher que ceux de **Suisse latine** (16,3% vs 23,7%). Chez les 70-74 ans et 75-80 ans, la fréquence des limitations fonctionnelles tend encore à être plus élevée chez les latins que chez les répondants des autres cantons suisses. Les écarts ne sont pas significatifs, ce qui peut être dû à la taille des échantillons. Chez les classes d'âge plus avancées, ces différences tendent à disparaître.

<sup>14</sup> Indicateur construit sur la base des questions présentées plus haut. Voir : Voyez-vous suffisamment bien pour lire un livre ou un journal ? Entendre : Pouvez-vous suivre une conversation à laquelle participent au moins 2 autres personnes ? Parler : Pouvez-vous parler sans difficultés ? Marcher : Sur quelle distance pouvez-

vous marcher seul(e) sans aide, sans devoir vous arrêter et sans être fortement incommodé(e) ?

### G 2.7 Degré de limitations fonctionnelles selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 2017



Suisse latine: n = 1681, Autres cantons suisses: n=3481.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Quelque difficulté à voir/entendre/parler/marcher » et « Beaucoup de difficulté/incapacité à voir/entendre/parler/marcher ». Les catégories de réponses « sans difficulté » et « sans trop de difficulté » (pour un total de 100%) ne sont pas représentées.

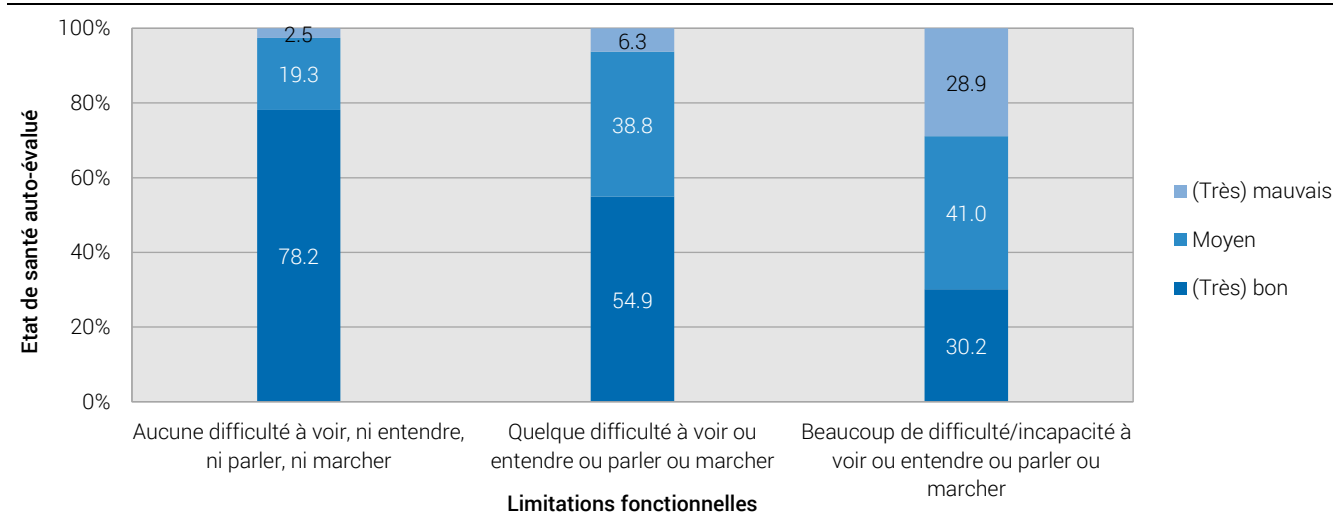
*De légères limitations fonctionnelles sont déjà associées à un moins bon état de santé auto-évalué*

La présence de **limitations fonctionnelles** a un fort impact sur la manière dont les **répondants appréhendent leur état de santé**. Alors que la grande majorité de ceux ne présentant aucune difficulté sensorielle considère son état de santé comme bon ou très bon (78,2%), cette part diminue fortement pour s'établir à 30,2% pour les personnes ayant beaucoup de difficultés à voir, entendre,

parler ou marcher (G 2.8). Les différences sont significatives entre chaque degré de limitations fonctionnelles.

La part de répondants considérant son état de santé comme (très) mauvais, très faible chez les personnes sans limitations (2,5%), n'augmente que peu chez les répondants présentant quelques limitations (6,3%). Le fait de présenter d'importantes difficultés sensorielles se traduit par contre plus souvent par un (très) mauvais état de santé auto-évalué (28,9%).

### G 2.8 État de santé auto-évalué selon les limitations fonctionnelles, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



n=1680.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

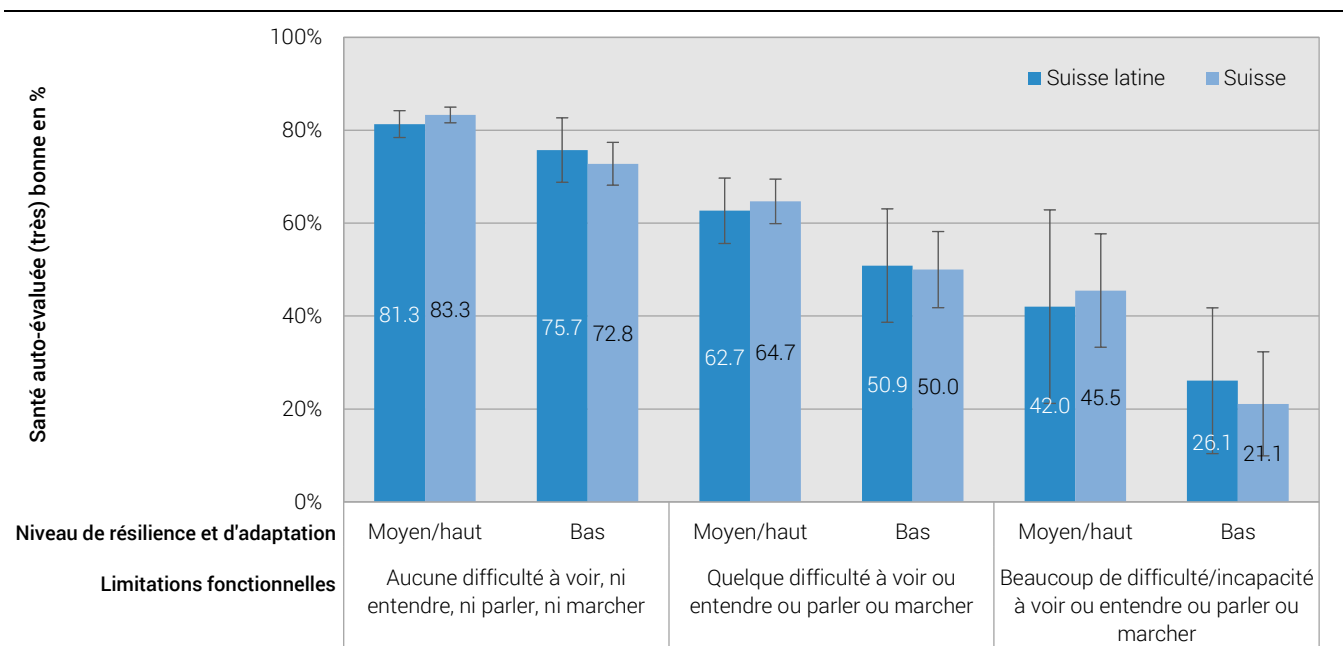
L'apparition de limitations fonctionnelles fait partie des pertes physiques susceptibles d'accompagner le vieillissement. Au-delà des symptômes observés, ces atteintes peuvent avoir des répercussions sur différents aspects de la vie, notamment en entraînant une forme d'exclusion sociale et constituant des entraves à la mobilité des personnes âgées (d'Epina & Spini, 2007). Face à ces changements, des **mécanismes de résilience et d'adaptation constituent des ressources** permettant de conserver un certain niveau de bien-être et de satisfaction de la vie.

Le concept de résilience rend compte de la façon dont la survenue d'un traumatisme ou d'un autre événement critique de l'existence peut déboucher sur un développement psychologique et social positif. Il peut être rapporté à la capacité des personnes à « rebondir » face aux épreuves de la vie. Quant aux mécanismes d'adaptation (coping), ceux-ci interviendraient plus directement dans la résolution de problèmes et la gestion du stress (voir 2.5.2 pour la présentation des indicateurs).

### *Les ressources personnelles permettent de modérer l'impact des limitations fonctionnelles*

Le graphique G.2.9 permet de voir dans quelle mesure le fait de disposer d'un certain **niveau de résilience et d'adaptation** a un **impact** sur la **façon dont les répondants appréhendent leur propre état de santé**, et de quelle manière le niveau de résilience et d'adaptation s'articule avec l'existence de **limitations fonctionnelles**. Comme mentionné, la part de répondants déclarant un (très) bon état de santé auto-évalué tend à diminuer à mesure qu'augmentent les limitations fonctionnelles. Mais il apparaît également qu'un niveau de résilience et d'adaptation moyen ou haut est systématiquement associé à une part de répondants plus élevée déclarant un (très) bon état de santé auto-évalué. À l'échelle de la Suisse, cette différence est significative pour deux des trois degrés de limitations fonctionnelles. De plus, l'écart en fonction du niveau d'adaptation et de résilience tend à s'accroître à mesure qu'augmentent les limitations fonctionnelles. Cela suggère que plus les limitations fonctionnelles auxquelles sont confrontés les répondants sont importantes, plus les ressources personnelles en termes de résilience et d'adaptation sont susceptibles d'avoir un effet bénéfique sur la manière dont les répondants se représentent leur état de santé.

**G.2.9 Part de répondants âgés de 65 ans et plus considérant son état de santé comme (très) bon, selon l'existence de limitations fonctionnelles et selon le niveau de résilience et d'adaptation, Suisse latine et Suisse, 2017**



Suisse latine: n = 1350, Suisse: n=4169.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020



### 2.2.3 Capacités cognitives

Au sens large, la **cognition** peut être considérée comme l'ensemble des capacités mentales permettant l'acquisition et le maintien des connaissances. Bien que certains individus maintiennent un haut niveau de fonctionnement jusqu'à un âge avancé, une part importante des personnes âgées souffre d'un **déclin cognitif**, lequel constitue une **conséquence normale du vieillissement** (American Psychological Associations, 1998). Les atteintes cognitives **peuvent aussi être symptomatiques d'une démence**, notamment lorsqu'elles touchent plusieurs fonctions, interfèrent de façon significative avec le fonctionnement quotidien social et constituent une baisse de ce fonctionnement par rapport à un niveau antérieur (Bakchine & Habert, 2007).

D'un point de vue théorique, la cognition comprend un ensemble de fonctions qui, selon Van der Linden (1994) se distinguent soit par les caractéristiques des informations à traiter (langage, orientation spatiale), soit par le type de traitement à solliciter (mémoire, attention). Dans le cadre de l'ESS, les **fonctions cognitives** au sujet desquelles les répondants sont questionnés renvoient aux fonctions de **mémoire** (mémoire des faits vécus) ainsi que **d'attention** (capacité à se concentrer). D'autres fonctions cognitives

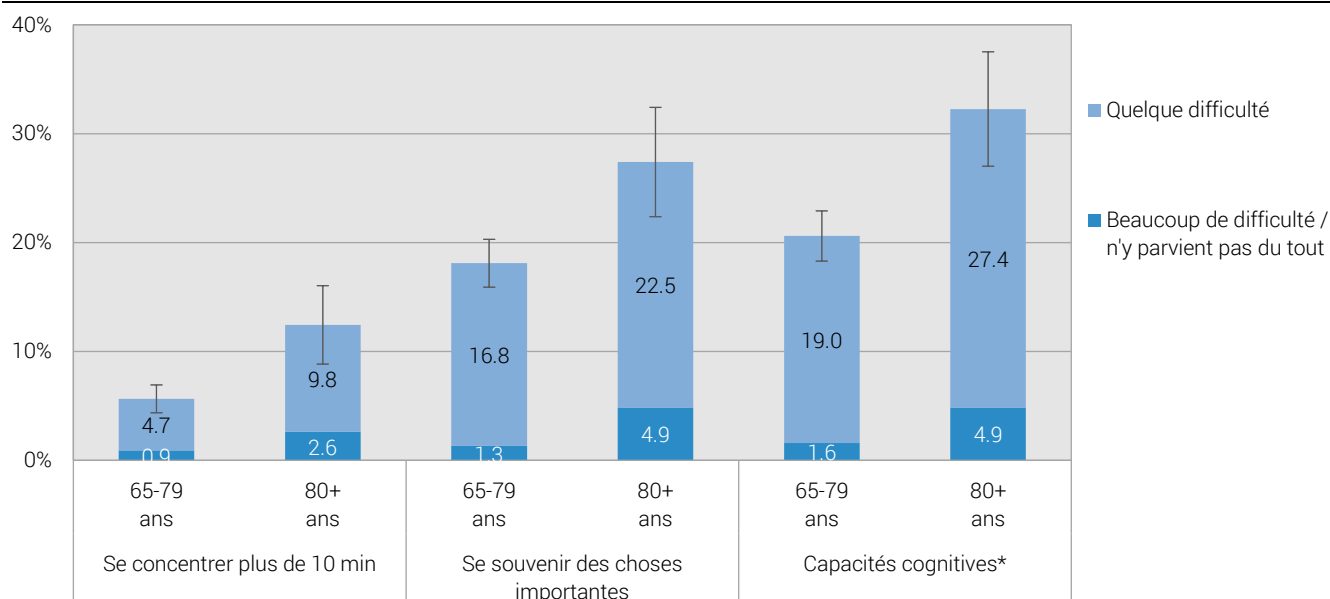
existent qui ne sont pas sondées dans le cadre de l'ESS (fonctions exécutives, praxies, langage, etc.).

*Environ 5% des 80 ans et plus sont confrontés à d'importantes limitations cognitives*

Les répondants latins de 65-79 ans rapportent rarement des **difficultés importantes liées à la concentration ainsi qu'à la mémoire** (0,9% et 1,3%, G 2.10). Leur taux sont similaires à ceux de la population de 18-64 ans (1,4% et 1,2%, données non représentées). Chez les 80 ans et plus, ces parts augmentent pour passer à respectivement 2,6% et 4,9%. Il est également plus fréquent que des **difficultés légères** (« quelque difficulté ») soient rapportées. Ces dernières sont mentionnées par 9,8% (concentration) et 22,5% (mémoire) des répondants latins âgés de 80 ans et plus.

Dans l'ensemble, 27,4% des répondants latins âgés de 80 ans et plus sont concernés par quelques difficultés de mémoire ou de concentration et 4,9% sont confrontés à beaucoup de difficultés ou à des incapacités. Ces taux sont similaires à ceux observés pour l'ensemble de la Suisse.

G 2.10 Limitations cognitives, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



Suisse latine: n = 1683.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Capacités cognitives : Se concentrer plus de 10 minutes ou se souvenir des choses importantes.

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Quelques difficultés » et « Beaucoup de difficulté / n'y parvient pas du tout ». La catégorie de réponse « aucune difficulté » (pour un total de 100%) n'est pas représentée.

## 2.2.4 Limitations dans les activités élémentaires et dans les activités instrumentales

Afin d'évaluer le niveau d'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, on distingue communément **les activités (élémentaires) de la vie quotidienne (AVQ)** des **activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ)**, voir Encadré 1). Dans le contexte suisse, les limitations dans les AVQ revêtent une importance particulière car elles servent de critères à l'évaluation du degré d'impotence (art. 37 RAI<sup>15</sup>). Il est également d'usage de considérer qu'une incapacité dans une AVQ constitue un **critère de dépendance**. Alors que les **AVQ** permettent de répondre aux **besoins primaires**, les **IAVQ** regroupent des activités domestiques permettant de **vivre en autonomie dans un environnement donné**. La dimension sociale de ces limitations a été relevée (Gazareth 2009). En effet, celles-ci sont généralement liées à des problèmes physiques, psychologiques ou cognitifs, mais elles peuvent également tenir à un environnement inadapté. Les résultats de l'ESS ne permettent pas d'identifier le rôle de l'environnement dans ces limitations.

### Encadré 2 Activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne

#### Activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ)

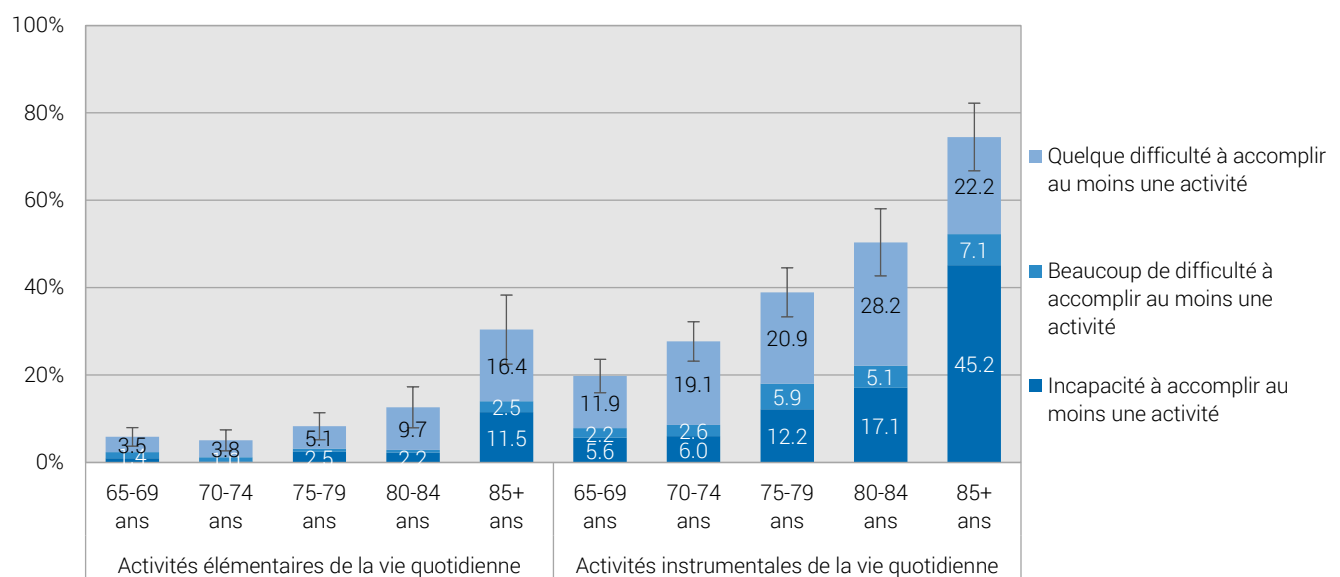
- Manger
- Se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil
- S'habiller et se déshabiller
- Aller aux toilettes
- Prendre un bain ou une douche

#### Activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ)

- Préparer des repas
- Téléphoner
- Faire des achats
- Faire la lessive
- Faire de petits travaux ménagers
- Faire occasionnellement de gros travaux ménagers

Sources : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017 et (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011)

### G 2.11 Limitations dans l'accomplissement sans aide des activités élémentaires de la vie quotidienne par classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine et Suisse, 2017



Les pourcentages inférieurs à 1% ne sont pas représentés.

Activités élémentaires de la vie quotidienne : n=1690 ; Activités instrumentales de la vie quotidienne : n=1632.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Quelques difficultés » et « Beaucoup de difficulté / n'y parvient pas du tout ». La catégorie de réponse « sans difficulté » (pour un total de 100%) n'est pas représentée.

<sup>15</sup> Le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) mentionne un sixième acte ordinaire de la vie: « se déplacer (dans le logement ou à l'extérieur), entretenir des contacts sociaux.

### Fréquence des limitations dans les AVQ : effet de seuil à partir de l'âge de 85 ans

Chez les latins âgés de moins de 85 ans, la part de répondants touchés par des **incapacités dans les AVQ** est assez faible (de moins de 1% à 2,5% selon la classe d'âge, cf. G 2.11). Ces bas pourcentages correspondent cependant à plusieurs milliers de personnes qui dépendent de l'aide de tiers et nécessitent d'être accompagnées au quotidien. Les incapacités à accomplir au moins une AVQ s'accroissent fortement chez les personnes âgées de 85 ans et plus (11,5% pour la Suisse latine, un effet de seuil étant observé pour cette classe d'âge. La part de répondants mentionnant **quelques difficultés** augmente pour sa part à partir de la classe d'âge des 80-84 ans.

### Fréquence des limitations dans les IAVQ : progression continue avec l'âge

Les **incapacités dans les AIVQ** sont plus courantes et par rapport aux AVQ, progressent de façon plus continue en fonction de l'âge. Chez les 65-69 ans et 70-74 ans, moins de 10% des répondants mentionnent beaucoup de difficulté ou des incapacités dans les AIVQ. Chez les 75-79 ans et 80-84 ans, cette part augmente et se situe autour de 20%. Chez les 85 ans et plus, cette part augmente encore fortement : plus de la moitié des répondants rencontre des

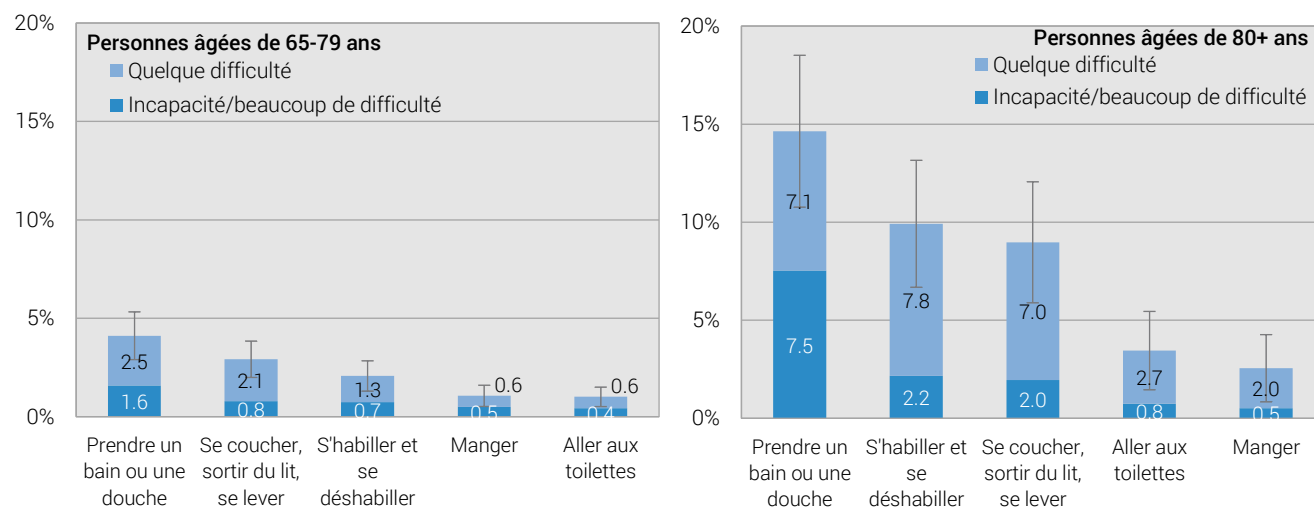
difficultés importantes ou des incapacités dans l'une ou l'autre de ces activités (52,3%).

La part de répondants mentionnant **quelque difficulté** semble également augmenter avec l'âge mais avec un plafond à environ 30%. Quel que soit le type d'activité, les répondants sont relativement peu nombreux à rapporter beaucoup de difficulté. On peut supposer que dans ces situations, le renoncement à accomplir l'activité prend le dessus, découlant sur une incapacité. Pour la suite de la présentation des résultats, les catégories « beaucoup de difficulté » et « incapacité » sont donc regroupées.

### Le bain et la douche comme AVQ le plus souvent à l'origine de limitations

Quelle que soit la classe d'âge, c'est le bain ou la douche qui occasionnent le plus souvent beaucoup de difficultés ou des incapacités: celles-ci sont mentionnées par 4,1% des répondants âgés de 65 à 79 ans et par 14,6% des répondants âgés de 80 ans et plus (G 2.12). Dans ce domaine il serait utile de connaître la part de répondants pour lesquels les difficultés pourraient être soulagées au moyen d'aménagements (par ex. douche de plain-pied ou baignoire à porte). Pour les autres activités, la part de répondants rapportant beaucoup de difficultés ou des incapacités est nettement plus basse (inférieure à 1% pour les personnes âgées de 65 à 79 ans et au maximum 2,2% pour les personnes âgées de 80 ans et plus).

## G 2.12 Limitations dans l'accomplissement sans aide des activités élémentaires de la vie quotidienne, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



65-79 ans: 1347<= n <= 1348, 80+ ans: 343<=n<=344.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

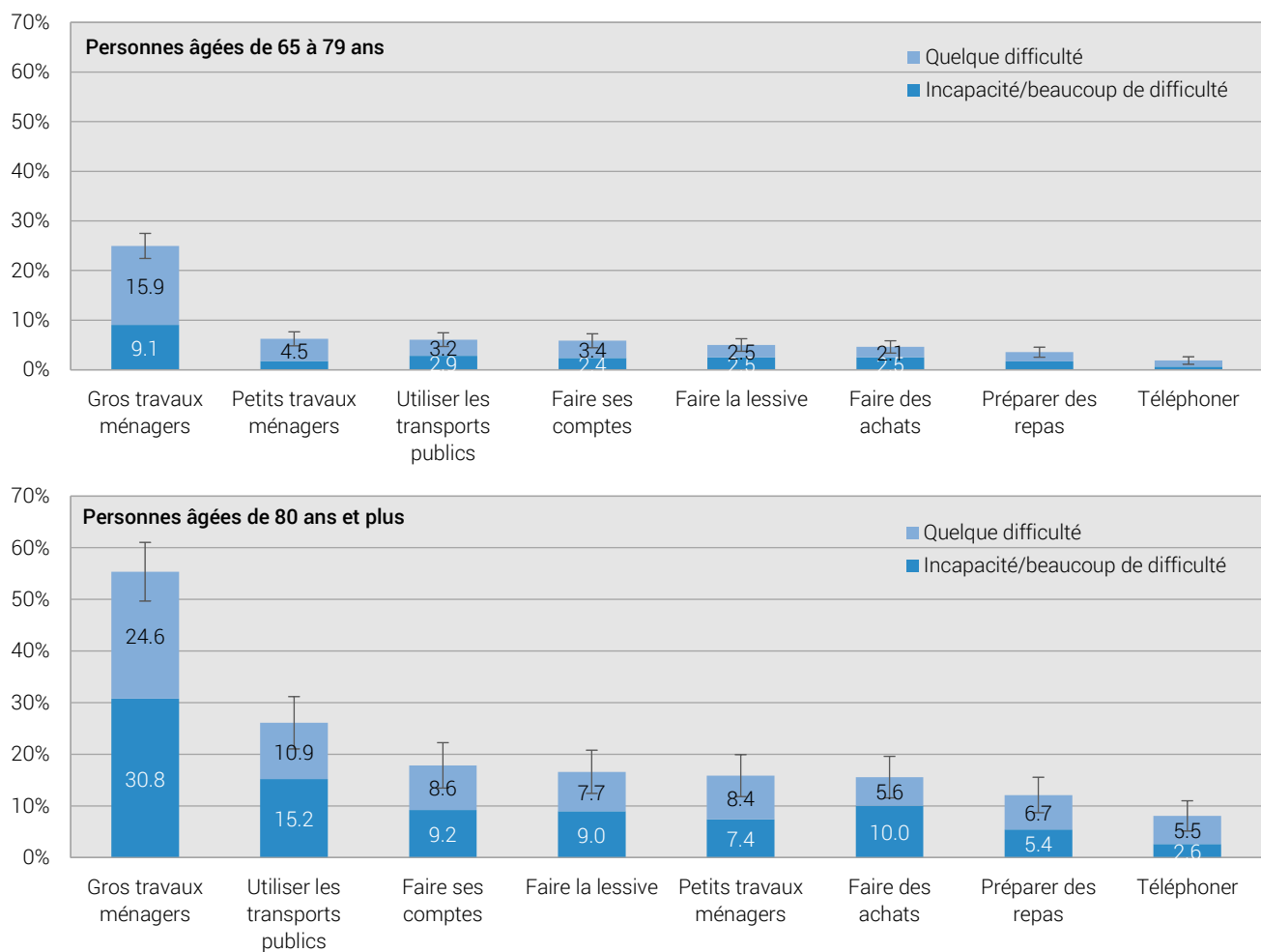
L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Quelque difficulté » et « Incapacité/beaucoup de difficulté ». La catégorie de réponse « sans difficulté » (pour un total de 100%) n'est pas représentée.

Chez les 65 à 79 ans, les AIVQ occasionnent rarement des difficultés, à l'exception des gros travaux ménagers

Afin d'interpréter au mieux les limitations dans les AIVQ, celles-ci devraient idéalement être mises en perspective avec les activités précédemment réalisées au cours de la vie<sup>16</sup>. Par exemple, dans un couple où les tâches seraient distinctement réparties, il est possible qu'une personne n'ait jamais fait les comptes alors qu'une autre n'aurait jamais fait la lessive. De la même manière, une personne qui a toujours privilégié la voiture peut être mise en difficulté pour utiliser les transports publics.

Chez les répondants âgés de 65 à 79 ans, c'est la réalisation de gros travaux ménagers (par ex. déplacer un meuble lourd, nettoyer les fenêtres, etc.) qui est le plus souvent à l'origine de quelque difficulté (15,9%) ou de beaucoup de difficulté, voire d'incapacité (9,1%, G 2.13). On peut supposer que chez les moins de 65 ans, la réalisation de gros travaux ménagers occasionne également des difficultés pour certaines personnes. Pour les autres activités, 5% environ des 65-79 ans rapportent des difficultés.

### G 2.13 Limitations dans l'accomplissement sans aide des activités instrumentales de la vie quotidienne selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



Les pourcentages inférieurs à 2% ne sont pas représentés.

65-79 ans: 1323 <= n <= 1348 ; 80+ ans: 333 <= n <= 343.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Quelque difficulté » et « Incapacité/beaucoup de difficulté ». La catégorie de réponse « sans difficulté » (pour un total de 100%) n'est pas représentée.

<sup>16</sup> Les questions ayant trait aux limitations dans les ADL et IADL ne sont posées aux personnes âgées de moins de 65 ans que si

celles-ci se disent limitées en raison d'un problème de santé de longue durée, ou si elles sont concernées par une limitation fonctionnelle.

### *Un quart des 80 ans et plus a des difficultés à utiliser les transports publics*

Chez les 80 ans et plus, 30,8% des répondants sont sérieusement limités dans la réalisation de gros travaux ménagers et 24,6% disent rencontrer quelque difficulté. En l'absence de véhicule privé, les transports publics jouent un rôle important dans le maintien de l'autonomie mais leur utilisation devient difficile pour un quart des répondants (26,1%) âgés de 80 ans et plus. Pour les autres activités, les difficultés importantes ou les incapacités atteignent au maximum 10% des répondants de cette classe d'âge.

## 2.3 Accidents et chutes

### En bref

- Au cours des 12 derniers mois, 15% des personnes âgées déclarent avoir été victimes d'une atteinte corporelle à la suite d'un **accident**, le plus souvent dans le cadre domestique et 25% ont été victime d'une **chute**.
- Il est possible que souvent, ces **accidents soient liés à une chute**, même si toutes les chutes ne causent pas d'atteinte corporelle.
- La **fréquence des chutes** augmente à partir de 85 ans.
- La prise de **médicaments psychotropes** ainsi que les problèmes **d'incontinence** sont notamment associés à une fréquence de chute plus élevée.

### 2.3.1 Accidents

Dans l'ensemble, 15,1% des répondants latins âgés d'au moins 65 ans déclarent avoir été victimes d'une **atteinte corporelle à la suite d'un accident au cours des 12 derniers mois**. Dans les deux tiers des cas (9,9% de l'ensemble de ces répondants), ces atteintes ont été prises en charge de façon ambulatoire ou à l'hôpital, le tiers restant déclare s'être soigné soi-même (cf. tableaux annexes 6.3).

#### *Plus de la moitié des accidents se produisent à la maison*

Le plus souvent, les accidents ont lieu dans l'enceinte de la maison ou du jardin: 9,0% des répondants rapportent un accident dans ce cadre. Les **accidents domestiques** sont un peu plus souvent rapportés par les 80 ans et plus (12,1%) et par les personnes vivant seules (10,7%) que par les 65 à 79 ans (8,2%) et par les personnes vivant en couple (8,1%, différences significatives à l'échelle de la Suisse).

Les **accidents de sport**, mentionnés par 5,2% des répondants latins à l'ESS âgés de 65 ans et plus sont un peu moins fréquents mais ce résultat témoigne d'une hausse significative par rapport à 2012 (2,6%). Ceux-ci sont surtout rapportés par les personnes âgées de 65 à 79 ans (6,0%), par les personnes ayant une formation de degré tertiaire (10,1%) ainsi que par les personnes vivant en couple (6,4%). L'accidentalité dans le cadre d'activités sportives est donc plus faible chez les personnes âgées de 80 ans et plus (2,1%), chez les personnes sans formation tertiaire (3,7%) ainsi que chez celles vivant seules (3,1%). Selon le bureau de prévention des accidents (BPA, 2017), chez les 65 ans et plus, environ un accident sportif sur trois a lieu dans le cadre de randonnées ou de randonnées de montagne (sur la base du nombre de blessés).

Les **accidents de la route** sont mentionnés par 1,4% de l'ensemble des répondants. Il s'agit certainement dans la plupart des cas d'accidents légers, non enregistrés par la police car selon l'OFROU (2017) celle-ci rapportait en Suisse, en 2016, environ 200 blessés pour 100'000 habitants âgés de 60 à 79 ans. On peut d'ailleurs relever que ce taux est nettement plus bas que celui des personnes âgées de 40 à 59 ans (environ 270 blessés pour 100'000 habitants).

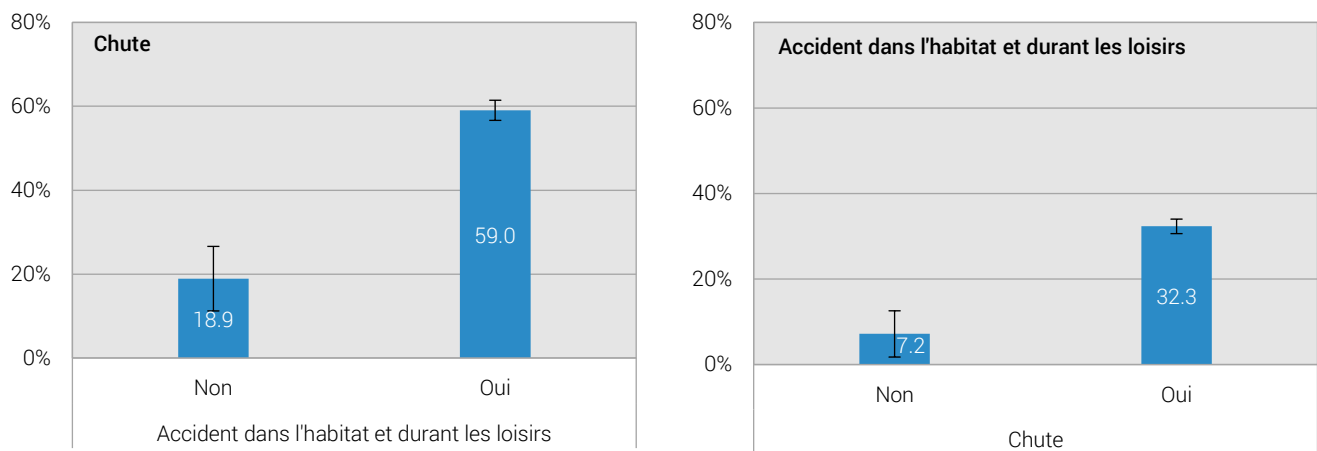
#### *Il est possible que la plupart des accidents soient liés à une chute*

Selon le BPA, environ 70% des accidents concernant des personnes de 65 ans et plus (personnes blessées) dans l'habitat et durant les loisirs sont liés à une **chute**<sup>17</sup>. Des pourcentages cohérents apparaissent avec les données de l'ESS (G 2.14): 59,0% des répondants latins et ayant eu un accident à leur domicile ou dans le cadre de loisirs mentionnent également une chute au cours des 12 derniers mois (CH : 66,3%, données non représentées). Il n'est toutefois pas possible de savoir si l'accident et la chute sont liés. Chez les répondants n'ayant pas eu d'accident dans l'habitat et durant les loisirs, ce pourcentage passe à 18,9% (CH : 19,1%). Pour ces derniers, la chute n'est apparemment pas assimilée à un accident, possiblement car l'atteinte corporelle est mineure.

À l'inverse, environ un tiers des personnes ayant chuté au cours des 12 derniers mois font part d'un accident à leur domicile ou durant les loisirs. Cette part est inférieure à 10% chez les répondants n'ayant pas chuté. L'interprétation suivante peut être proposée: les chutes, souvent bénignes, ne sont pas forcément assimilées à un accident. Par contre, la plupart des accidents découlant sur une atteinte corporelle sont associés à une chute.

<sup>17</sup> Chutes de plain-pied (49,1%), chute d'une certaine hauteur (8,8%), chute dans les escaliers, d'une marche (10,5%), autre chute (1,3%).

### G 2.14 Relation entre les chutes et la survenue d'un accident dans l'habitat et durant les loisirs (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



Accidents: On considère ensemble les accidents survenus à la maison ou au jardin et les accidents de sport, de jeu, etc.

Suisse latine: n=1440.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

#### 2.3.2 Chutes

Avec l'âge, les chutes deviennent plus fréquentes. À l'origine des chutes se trouvent souvent une **combinaison de facteurs liés à l'état de santé, à un environnement mal adapté et à des comportements à risques** (Prescrire, 2015, 2016). En raison des traumatismes physiques ou psychologiques pouvant en découler, ainsi que de leur **impact important sur l'autonomie et la qualité de vie**, de nombreux acteurs de la santé œuvrent à prévenir les chutes chez la personne âgée.

*Entre 65-69 ans et 85 ans et plus, la part de répondants ayant chuté passe d'environ 20% à 40%*

Environ un quart des répondants latins âgés de 65 ans et plus déclare être **tombé au cours des 12 derniers mois** (25,2%). Ce pourcentage suit une légère tendance à la hausse depuis 2002 (22,1%, différence significative à l'échelle de la Suisse, cf. tableaux annexes 6.3). La part de répondants ayant chuté s'avère plus élevée

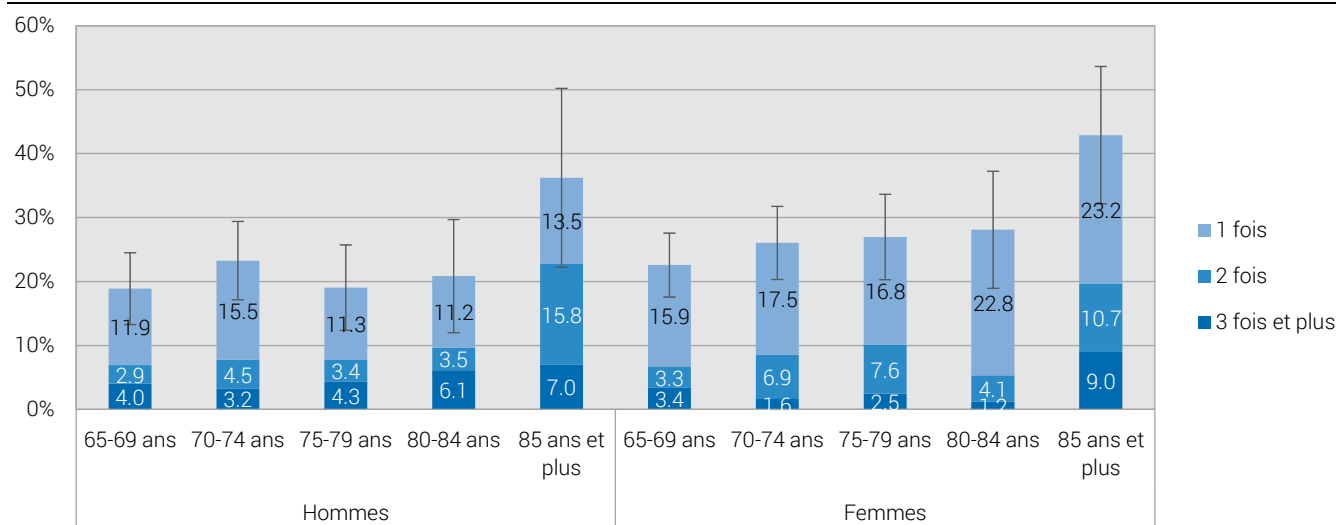
que celle comprenant l'ensemble des accidents domestiques et sportifs (13,2%), ce qui peut s'expliquer par le fait qu'une chute n'occasionne pas nécessairement une atteinte corporelle.

De la classe d'âge allant de 65 à 69 ans à celle allant de 80 à 84 ans, la part de répondants latins ayant chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois se maintient autour de 20% pour les hommes et de 25% pour les femmes (cf. G 2.15). Un effet de seuil se produit chez les personnes âgées de 85 ans et plus pour lesquelles les parts ayant chuté atteignent 36,2% pour les hommes et 42,9% pour les femmes, dont un peu moins de la moitié a chuté plusieurs fois. L'observation d'une plus grande fréquence de chutes chez les femmes que chez les hommes n'est ici pas statistiquement significative, mais elle correspond à ce qui a été observé dans d'autres enquêtes (Dargent-Molina & Cassou, 2008; Pin, Vuillemin, & Léon, 2014).

Lorsqu'il est demandé aux répondants latins s'ils ont chuté en raison d'un **vertige**, cette explication est confirmée par 9,9% des répondants âgés de 65 à 79 ans. Chez les 80 ans et plus et le vertige est retenu comme motif de chute par 23,4% des répondants (cf. tableaux annexes 6.3).



**G 2.15 Prévalence des chutes au cours des 12 derniers mois selon le sexe et la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



Suisse latine: n=1687.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

### *La prise de médicaments psychotropes est associée à une fréquence de chute de près de 40%*

Le **profil des personnes ayant chuté** peut être décrit plus en détail. Premièrement, la prise de médicaments est considérée comme un facteur de risque de chute chez les personnes âgées. En effet, celles-ci prennent souvent plusieurs médicaments (polymédication), augmentant le risque d'interaction médicamenteuse. De plus, des effets indésirables inattendus peuvent également être induits par les modifications liées à l'âge sur la pharmacodynamie (l'action exercée par le médicament sur l'organisme humain) et sur la pharmacocinétique (manière dont l'organisme prend en charge un médicament). Les médicaments psychotropes tels que les antidépresseurs, les calmants ou les somnifères sont particulièrement désignés comme susceptibles de causer des chutes (Woolcott et al., 2009). Les résultats semblent corroborer ce facteur de risque : plus d'un tiers des consommateurs de **médicaments psychotropes** ont chuté au cours des 12 derniers mois (36,8%) contre un peu plus de 20% pour les autres catégories de répondants.

Environ un tiers des répondants latins présentant des **difficultés fonctionnelles** (parler, entendre, voir, marcher), même légères, ont chuté au cours des 12 derniers mois contre 22,1% des répondants ne présentant aucune limitation fonctionnelle.

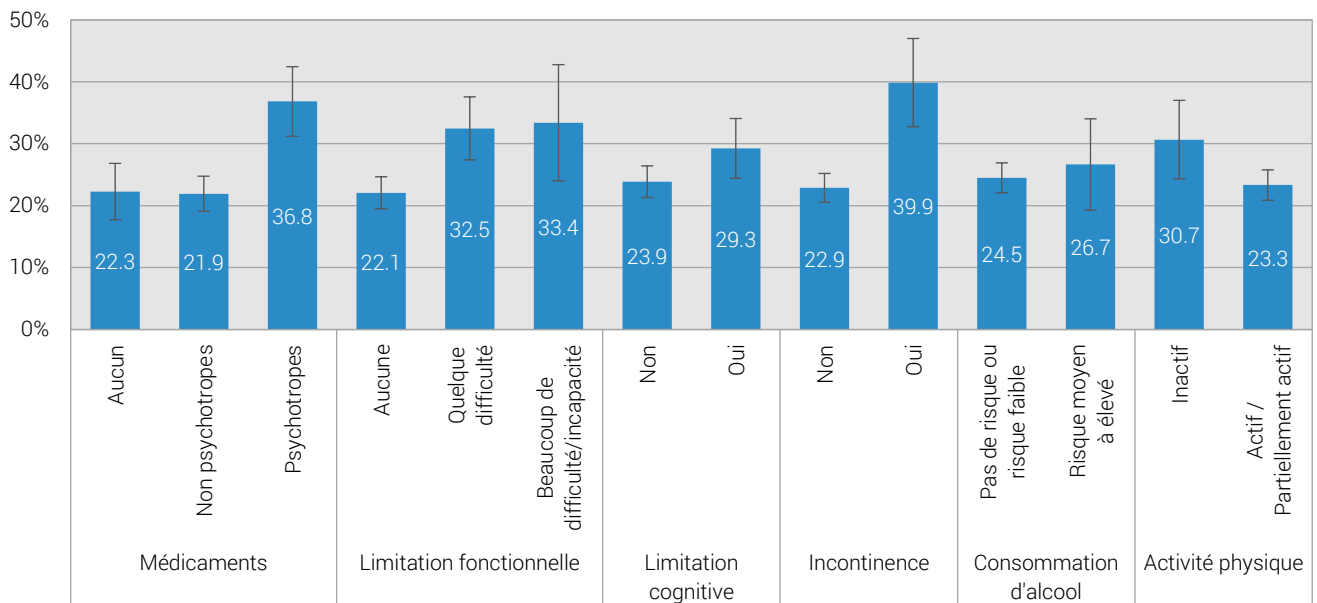
De la même manière, la présence de **limitations cognitives** est associée à une fréquence de chute supérieure (29,3%) à celle

observée chez les personnes ne mentionnant pas de tels problèmes de mémoire ou de concentration (23,9%, différence significative pour l'ensemble de la Suisse).

L'existence de **problèmes d'incontinence** est également associée à une fréquence de chute plus élevée: quatre répondants sur dix concernés par ce problème ont chuté au cours des 12 derniers mois (39,9%) contre 22,9% des personnes ne mentionnant pas de problème d'incontinence. Ce risque accru serait notamment lié à la multiplication des déplacements précipités vers les toilettes, en particulier durant la nuit (Brown et al., 2000).

On relève qu'une forte consommation d'alcool et l'absence d'activité physique sont également considérés comme des facteurs de risque de chute (Chevalier, 2008). Les données de l'ESS n'ont pas permis de mettre à jour des fréquences de chute supérieures chez les répondants dont la consommation d'alcool présente un risque pour la santé moyen ou élevé (26,7%) par rapport à ceux dont la consommation d'alcool ne présente pas de risque ou un risque faible (24,5%). Cela ne signifie pas nécessairement que la consommation d'alcool n'est pas un facteur de risque de chute. Il est possible que le profil de risque de ces répondants soit contrebalancé par d'autres facteurs. De la même manière, il n'apparaît pas clairement que les personnes physiquement actives ou partiellement actives (voir ci-chapitre activité physique) chutent moins souvent (23,3%) que les personnes physiquement inactives (30,7%, différence non significative).

**G 2.16 Prévalence des chutes au cours des 12 derniers mois selon différents indicateurs de santé, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



1584 <= n <= 1687.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

## 2.4 Santé psychique

### En bref

- Un peu moins de 30% des personnes âgées sont concernées par des **symptômes dépressifs** et 18% par des **problèmes psychiques**.
- La majorité des répondants présente un niveau d'**énergie et de vitalité** élevé (54%).
- Les indicateurs de **santé psychique** sont globalement plus défavorables aux **femmes** qu'aux **hommes**. La différence entre les sexes est particulièrement importante pour ce qui concerne la fréquence des problèmes psychiques moyens à importants.
- Avec l'avancée en âge, c'est l'indicateur d'**énergie et de vitalité** qui se détériore le plus rapidement. Cette évolution est particulièrement forte chez les femmes.

### 2.4.1 Symptômes dépressifs

Au sein de la population générale, les **dépansions** sont des **troubles psychiques très fréquents**, qui sont associés à des souffrances importantes, générant des handicaps considérables dans la vie quotidienne et sociale et qui induisent des coûts socio-éco-

nomiques élevés. Même sous une forme légère, les états dépressifs et les dépressions<sup>18</sup> peuvent **entraver la vie quotidienne** (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse, & Morau-Gruet, 2013). Ils passent par ailleurs pour être la cause fréquente de retraites anticipées et d'arrêts de travail pour cause de maladie (Stamm & Salize, 2006).

Les changements liés au vieillissement (p. ex. perte d'autonomie, isolement social, problèmes financiers) peuvent générer des difficultés susceptibles d'engendrer des troubles dépressifs. Pourtant, les **tendances dépressives** sont souvent **sous-estimées** chez les personnes âgées. Pour Bizzini, la tendance à percevoir les symptômes dépressifs comme des conséquences normales du processus de vieillissement et non comme des affections susceptibles d'être traitées indépendamment de l'âge du patient relève d'une forme d'agisme (2007). De fait, la dépression est effectivement plus difficile à appréhender chez la personne âgée en raison de sa forte composante somatique (Masse & Meire, 2012). Une bonne connaissance de la constellation de symptômes spécifiques aux personnes âgées est donc nécessaire pour une prise en charge adéquate.

L'ESS permet de construire un **indicateur de l'état dépressif** basé sur le **Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**, un outil répandu au niveau international et dont la validité et la fiabilité sont reconnues (Rüesch, Volken, Bänziger, & Gügler, 2011). Le

s'ils remplissent les critères diagnostiques d'une dépression. Le terme « dépression » est utilisé dans le contexte d'une dépression diagnostiquée au plan clinique.

<sup>18</sup> L'expression « états dépressifs » sert ici à désigner des indicateurs subjectifs correspondant à une humeur dépressive, dont on ignore

PHQ-9 comprend neuf questions sur la fréquence des symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête<sup>19</sup>. Sur la base des réponses fournies, quatre degrés de gravité des symptômes dépressifs sont définis : symptômes absents/minimaux, légers, modérés et (plutôt) sévères (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Löwe & Spitzer, 2001). En cas de symptômes (plutôt) sévères, il est très probable que la personne concernée souffre d'une dépression pouvant faire l'objet d'un diagnostic de dépression majeure (selon DSM-IV) ou d'un épisode dépressif (selon la CIM-10). Les résultats de l'ESS, basés sur des impressions rapportées, ne peuvent toutefois pas être assimilés à un diagnostic médical.

### *Un peu moins de 30% des personnes âgées sont concernées par des symptômes dépressifs*

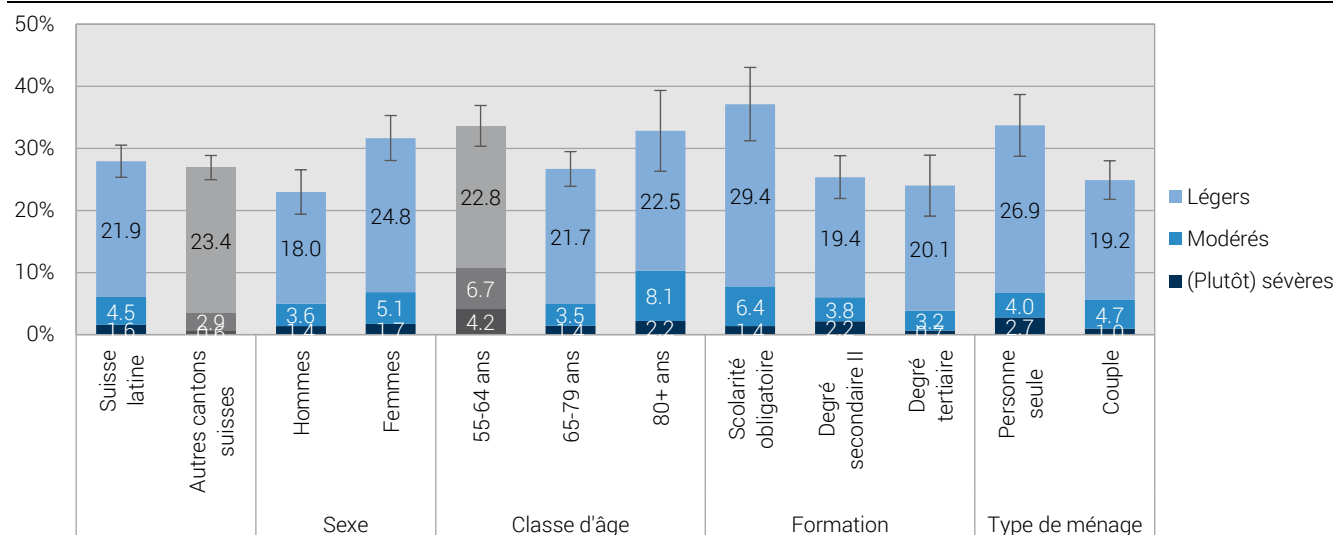
Les analyses des données issues de l'ESS 2017 montrent qu'environ un quart des personnes latines de 65 ans et plus interrogées font état de **symptômes dépressifs** (27,9%). Ce pourcentage est légèrement plus élevé que celui observé en 2012 (22,1%, différence significative, cf. tableaux annexes 6.3), et se situe dans le même ordre de grandeur que celui observé dans les autres cantons suisses (26,9%). En 2017, plus précisément, 21,9% des répondants rapportent des symptômes légers, 4,5%, des symptômes modérés et 1,6%<sup>20</sup>, des symptômes (plutôt) sévères

(G 2.17). Il est toutefois possible que la fréquence des symptômes dépressifs, en particulier des plus sévères, soit sous-estimée, car les personnes concernées peuvent éprouver des difficultés à remplir le questionnaire ou à participer à un entretien téléphonique.

Les symptômes dépressifs sont plus souvent rapportés par les **femmes** (31,7%) que par les **hommes** (23,0%). Si l'on distingue les personnes touchées en fonction du degré de gravité, un écart significatif entre les sexes n'apparaît que pour les symptômes dépressifs légers (24,8% contre 18,0%). Il n'y a pas de différences significatives entre femmes et hommes concernant la fréquence des symptômes modérés à sévères. Les symptômes dépressifs sont également plus souvent présents chez les personnes sans formation post-obligatoire (37,1%, contre environ 25% pour les autres niveaux de formation) ainsi que chez celles vivant seules (33,7% contre 24,9% chez celles vivant en couple).

Par rapport aux personnes âgées de **55 à 64 ans**, les symptômes dépressifs sont **moins fréquents** chez celles âgées de **65 à 79 ans** (33,6% vs 26,7%, différence significative). Ces symptômes tendent ensuite à devenir plus fréquents chez les répondants âgés de 80 ans et plus (32,8%, différence significative à l'échelle de la Suisse).

**G 2.17 Symptômes dépressifs, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



65 ans et plus (Suisse latine) : n=1339 ; 55-64 ans (Suisse latine) : n=1058 ; 65 ans et plus (autres cantons suisses) : n=2832.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées des symptômes de dépression majeure « légers », « modérés » et « (plutôt) sévères ».

Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

<sup>19</sup> Les questions couvrent les neuf critères d'une dépression majeure selon le DSM-IV : indifférence ; abattement, mélancolie, désespoir ; troubles du sommeil ; fatigue, manque d'énergie ; inappétence ou appétit excessif ; mauvaise opinion de soi-même, sentiment

d'échec ; difficultés de concentration ; lenteur d'élocution ou de locomotion ou agitation constante ; idées noires ou suicidaires.

<sup>20</sup> Pour des raisons d'arrondissement, ce chiffre diffère d'une décimale du total présenté en G 2.17.

## 2.4.2 Problèmes psychiques

Les **problèmes psychiques** couvrent un **large spectre de souffrances**, allant d'états de stress émotionnel léger à de véritables troubles psychiques diagnosticables tels que la dépression majeure, l'agoraphobie, la schizophrénie ou les troubles obsessionnels compulsifs. Ces problèmes varient notamment en fonction de leur gravité, de leur fréquence, de la durée des symptômes et du degré de déficience qu'ils entraînent (Scharfetter, 2010).

Dans l'ESS, les problèmes psychiques font l'objet d'une **estimation fondée sur la fréquence de trois états émotionnels négatifs** (nervosité ; abattement ou mauvaise humeur ; découragement ou déprime) **et de deux états émotionnels positifs** (calme ou sérénité ; sentiment de bonheur) durant les quatre semaines écoulées (Mental Health Inventory, MHI-5). Il est ainsi possible d'établir un indicateur de la probabilité de troubles anxieux ou dépressifs (OFS, 2010).

La catégorisation en problèmes inexistants/faibles, moyens ou importants ne correspond pas à un diagnostic médical, mais elle permet néanmoins d'identifier des personnes touchées par des problèmes psychiques d'une certaine gravité. Du point de vue clinique, on considère que le ressenti de problèmes psychiques moyens tels qu'évalués dans le cadre de l'ESS dénote une probabilité accrue de troubles psychiques susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic. L'existence de tels troubles est considérée

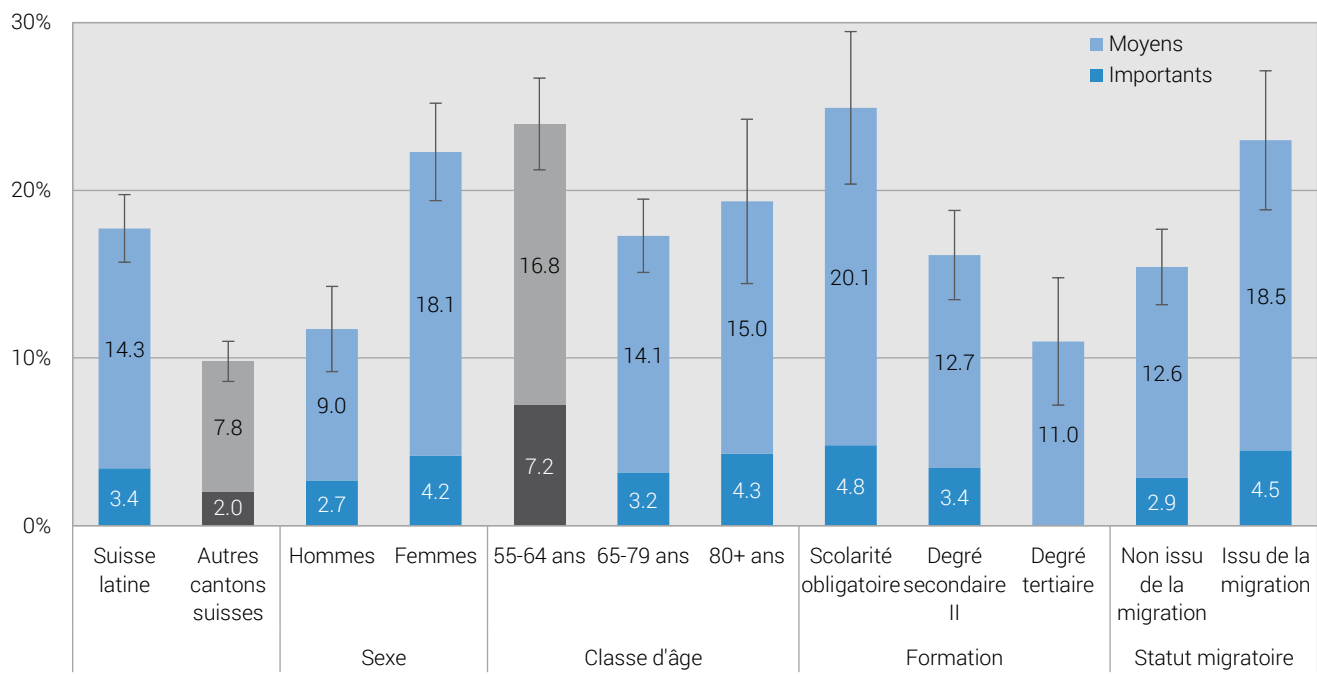
comme très probable en cas de problèmes psychiques importants identifiés dans le cadre de l'ESS (OFS, 2008, 2013).

*Les problèmes psychiques sont plus courants en Suisse latine que dans les autres cantons suisses*

Chez 14,3% des répondants latins âgés de 65 ans et plus, les réponses à l'ESS indiquent des problèmes psychiques moyens et, chez 3,4%, celles-ci suggèrent des problèmes psychiques importants (G 2.18). Il s'agit du seul indicateur de santé psychique où des différences significatives sont observées entre la Suisse latine et les autres cantons suisses où ces parts sont de respectivement 7,8% et 2,0% (différence significative pour les troubles moyens).

Si l'on suit l'évolution de la fréquence de ces troubles à partir de 55 ans, on observe que les problèmes psychiques importants sont plus fréquents chez les personnes âgées de 55 à 64 ans que chez celles âgées de 65 à 79 ans (7,2% vs 3,2%, différence significative). Par contre, le fait d'appartenir à une classe d'âge plus avancée ne semble pas augmenter le risque de présenter des problèmes psychiques moyens ou importants. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les femmes font état de problèmes psychiques moyens ou importants deux fois plus souvent que les hommes (22,3% contre 11,7%).

**G 2.18 Population âgée de 65 ans et plus présentant des problèmes psychiques, Suisse latine, 2017**



65 ans et plus (Suisse latine) : n=1584 ; 55-64 ans (Suisse latine) : n=1184 ; 65 ans et plus (autres cantons suisses) : n=3264.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées de problèmes psychiques « moyens » et « importants ».

Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

Un gradient social assez net apparaît en lien avec le niveau de formation : la part de répondants présentant des problèmes psychiques passe de 11,0% chez les personnes disposant d'une formation de niveau tertiaire à 16,1% chez celles ayant une formation de niveau secondaire II et à 24,9% chez les personnes sans formation post-obligatoire. Les problèmes psychiques sont également plus souvent présents chez les personnes issues de la migration (23,0%) que chez les autres (15,4%<sup>21</sup>). À l'échelle de la Suisse, un écart significatif entre ces deux groupes apparaît tant pour la fréquence de problèmes moyens que de problèmes importants (cf. tableaux annexes 6.3).

### 2.4.3 Énergie et vitalité

Afin de décrire la santé psychique, une approche dite « positive » peut également être adoptée, en mettant l'accent sur les dimensions positives des ressentis et traits de caractère ainsi que de l'environnement des individus considérés. Ces **caractéristiques favorables contribuent à améliorer la qualité de vie des personnes** et, ainsi, à mieux prévenir les problèmes psychiques (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

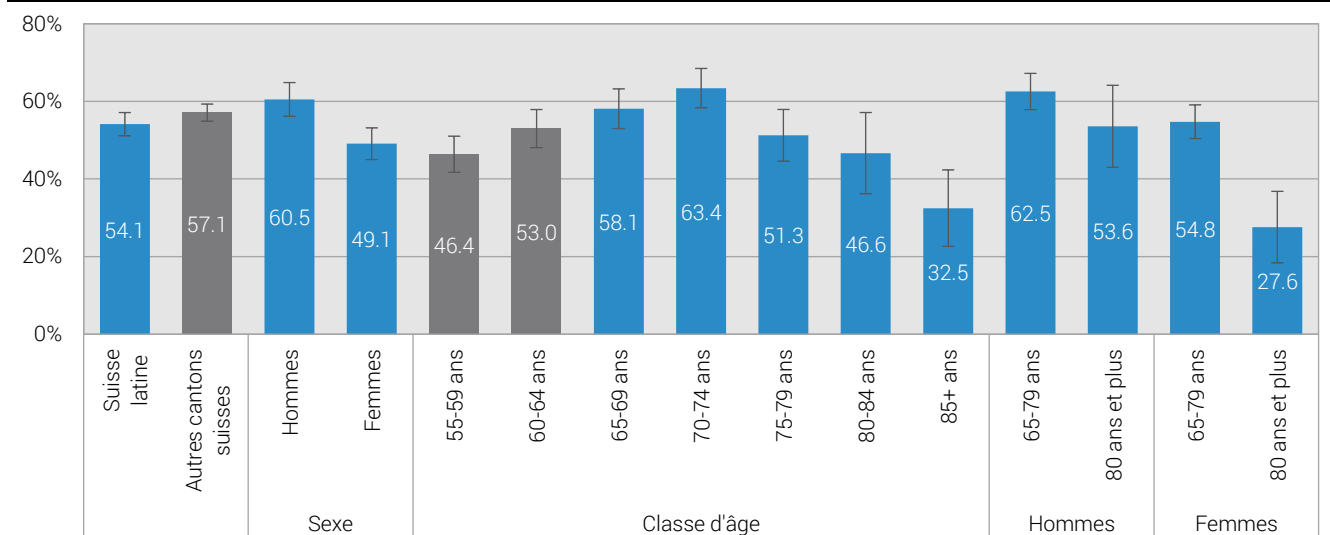
L'**indice « énergie et vitalité » (EVI)** est l'un des indicateurs permettant de décrire la santé psychique positive. Celui-ci peut être le **reflet de l'état physiologique** (par exemple en lien avec une

maladie somatique). Il se fonde également sur **des facteurs psychologiques** tels que la capacité à s'enthousiasmer ou l'humeur en général (Ryan & Frederick, 1997). L'EVI résulte des quatre questions suivantes sur le niveau de vitalité, d'énergie ou de fatigue d'un individu : « Pendant combien de temps, au cours des quatre dernières semaines, vous êtes-vous senti plein de vie ? », « ... plein d'énergie ? », « ... épuisé ? », « ... fatigué ? ». Les réponses sont ensuite classées dans les niveaux d'énergie et de vitalité faible, moyen et élevé<sup>22</sup>.

*Le troisième âge correspond à un niveau d'énergie et de vitalité élevé.*

En 2017, 54,1% des répondants latins âgés de 65 ans et plus ont un niveau **d'énergie et de vitalité élevé** (G 2.19). Chez 17,1%, le niveau d'énergie et de vitalité est considéré comme moyen et, un niveau bas est décelé chez 28,8% de ces répondants (cf. tableaux annexes 6.3). Cet indicateur semble suivre une tendance défavorable car en 2012, la part de répondants présentant un faible niveau d'énergie et de vitalité était plus basse (23,9%) alors que celle correspondant à une forte énergie et vitalité était plus élevée (60,5%, cf. tableaux annexes 6.3). Ces évolutions ne sont cependant statistiquement significatives qu'à l'échelle de l'ensemble de la Suisse. De plus, il n'est pas exclu que le changement de mode de relevé pour cette question (enquête téléphonique en 2012 et questionnaire écrit en 2017) ait un impact sur les résultats.

**G 2.19 Population âgée de 65 ans et plus ayant une forte énergie et vitalité, Suisse latine, 2017**



65 ans et plus (Suisse latine) : n=1246 ; 55-64 ans (Suisse latine) : n=1020 ; 65 ans et plus (autres cantons suisses) : n=2730.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

<sup>21</sup> Pour des raisons d'arrondissement, ce chiffre diffère d'une décimale du total présenté en G 2.18.

<sup>22</sup> Les expressions « niveau élevé d'énergie et de vitalité » et « forte énergie et vitalité » sont utilisées de façon interchangeable. Il en va

de même pour les expressions « niveau bas d'énergie et de vitalité » et « faible énergie et vitalité ».

Sur l'ensemble de la population, un fort gradient d'âge peut être observé : ce se sont surtout les jeunes qui affirment manquer d'énergie et de vitalité, alors qu'avec l'âge les gens affichent plus souvent un bon niveau d'énergie et de vitalité (Schuler et al. 2016). Si l'on se concentre sur la période entourant le passage à la retraite, la part de répondants rapportant une forte énergie et vitalité part de 46,4% chez les 55 à 59 ans, puis augmente progressivement pour atteindre un maximum de 63,4% chez les 70-74 ans, avant de redescendre dans les classes d'âge suivantes. Le troisième âge correspond donc plus souvent à un niveau d'énergie et de vitalité élevé. À l'inverse, la fréquence d'un niveau bas d'énergie et de vitalité est la plus faible entre 65 et 79 ans. À travers les classes d'âge, le niveau d'énergie et de vitalité moyen se maintient à environ 17%.

Pour l'ensemble des 65 ans et plus, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se sentir pleins d'énergie et de vitalité (60,5% vs 49,1%). Cet écart est présent mais non significatif chez les 65 à 79 ans ; il s'accroît chez les 80 ans et plus où il est significatif.

### Encadré 3 Zoom sur le pic d'énergie et de vitalité observé au troisième âge

Avec l'âge, les Suisses affichent plus souvent un **bon niveau d'énergie et de vitalité**. Cette observation a été relevée par plusieurs études, toutes reposant sur les données de l'enquête suisse sur la santé (BOSS, 2016; Maggiori & Blumer, 2018; Moreau-Gruet, F, 2013; Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016).

Afin d'expliquer cette tendance, le fait que cet indice ne soit pas déterminé uniquement par des facteurs physiques, mais aussi par la santé psychique (dont plusieurs indicateurs tendent à s'améliorer avec l'âge), a été mis en avant (Moreau-Gruet, F, 2013). Plus précisément, Boss (2016) mobilise le « **paradoxe du bien-être des personnes âgées** » développé par Perrig-Chiello pour interpréter ces résultats. Dans cette perspective, les personnes âgées tirent principalement profit des ressources internes, telles que la capacité d'interpréter positivement une situation et de s'adapter à une nouvelle situation (coping adaptatif).

Toutefois, il semblerait qu'une **telle tendance** à l'augmentation du niveau d'énergie et de vitalité avec l'âge ne soit **pas la règle dans d'autres pays**. Dans le cadre d'une analyse des résultats de l'enquête Eurobaromètre 2002 (Lehtinen, Sohlman, & Kovess-Masfety, 2005), il a été observé que dans huit des onze pays européens sous étude, le niveau de santé mentale positive (mesuré sur la base de l'indice « énergie et vitalité ») diminuait avec l'âge. Dans deux pays, aucune différence significative entre les classes d'âge n'apparaissait et seule la Suède présentait des résultats similaires à ceux observés en Suisse en 2017, soit une amélioration de la santé mentale positive avec l'avancée en âge. Les auteurs de l'étude mettaient en relation ce dernier type de résultat avec l'idée d'une **augmentation du sens de la cohérence avec l'avancée en âge**. Le sens de la cohérence est défini par Antonovsky (1987) de la manière suivante : il s'agit d'une orientation générale, qui se manifeste par un sentiment permanent, mais dynamique,

de confiance. Il est composé de la compréhension des événements de la vie (Sense of Comprehensibility), de celui de pouvoir les gérer (Sense of Manageability) et du sentiment qu'ils ont un sens (Sense of Meaningfulness).

## 2.5 Ressources personnelles

### En bref

- Différents **types de ressources personnelles** peuvent agir comme des facteurs de protection et modérer les effets des problèmes de santé. Parmi les répondants latins de 65 ans et plus :
  - 40% présentent un fort **sentiment de maîtrise** de la vie, 35% ont un haut niveau **d'adaptation et de résilience** et 30% disposent d'un **sentiment élevé d'efficacité personnelle**.
- Ces ressources tendent à être plus souvent disponibles au **troisième âge** (65-79 ans) par rapport aux classes plus jeune et plus âgées.
- La distribution de chacune de ces ressources personnelles est **corrélée avec des indicateurs de santé**. Cette relation est particulièrement forte pour le sentiment de maîtrise de la vie : 83% des répondants chez lesquels ce sentiment est fort se sentent en bonne ou en très bonne santé contre 56% des répondants chez lesquels ce sentiment est faible.

Toutes les formes de stress, qu'il soit de nature physique, psychique ou sociale, peuvent constituer des facteurs de risque en ce qui concerne les maladies physiques ou psychiques. Les **modèles dits « de ressources contre le stress »** partent du principe que la maîtrise du stress dépend de ressources dont disposent les personnes concernées, telles que le sentiment de maîtrise de la vie ou l'adaptation (Hurrelmann, 2002). Ces ressources, également appelées « **facteurs de protection** », peuvent exercer un effet direct sur la santé ou amener une personne concernée à ne pas être exposée à certaines formes de stress. À l'inverse, l'absence de ressources personnelles peut être considérée comme un facteur de risque. Trois ressources personnelles sont décrites plus en détail ci-après : le sentiment de maîtrise de la vie (2.5.1), l'adaptation et la résilience (2.5.2) et l'auto-efficacité (2.5.3).

### 2.5.1 Sentiment de maîtrise de la vie

Le **sentiment de maîtriser sa vie** renvoie à l'**appréciation subjective d'une personne quant à l'influence qu'elle est en mesure d'exercer sur sa propre vie** (Rotter, 1966). Lorsque ce sentiment est fort, un individu considère plutôt qu'il peut déterminer de manière autonome le cours de sa propre existence. Lorsque ce sentiment est faible, un poids plus important est donné aux facteurs externes (p. ex. le hasard ou d'autres personnes), l'influence personnelle étant considérée comme mineure.

Des études empiriques ont montré qu'un fort sentiment de maîtrise de sa propre vie est lié à un bon état de santé en général, à une grande satisfaction dans la vie et à une bonne gestion du



stress. À l'inverse, le sentiment de peu maîtriser sa vie est plutôt lié à une activité réduite, à un sentiment d'impuissance, à la dépression (ou à des états dépressifs) et au désespoir (Deci, 1975; Seligman, 1975). Dans le contexte du vieillissement, un sentiment de maîtrise de la vie élevé **permet de maintenir une indépendance mentale, éventuellement en dépit d'une dépendance physique ou financière** (de Ladoucette, 2011).

Afin de distinguer les niveaux bas, moyen et élevé de sentiment de maîtrise de la vie, il est demandé aux répondants de l'ESS dans quelle mesure ils s'identifient à quatre déclarations : « Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes », « J'ai parfois l'impression d'être ballotté(e) dans tous les sens », « J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive » et « Je me sens souvent submergé(e) par les problèmes ».

### Sentiment de maîtrise de la vie moyen à élevé le plus fréquent au 3<sup>ème</sup> âge

Selon les données de l'ESS 2017, parmi les 65 ans et plus de Suisse latine, trois sur quatre (75,7%) présentent un sentiment de maîtrise de la vie moyen (36,3%) ou élevé (39,4%, G 2.20). En comparaison, un sentiment de maîtrise de la vie moyen ou élevé est un peu plus fréquent dans les autres cantons suisses (82,0%, différence significative).

Comme pour le sentiment d'énergie et de vitalité, le sentiment de maîtrise de la vie moyen ou élevé est plus fréquent chez les 65 à 79 ans (76,8%) que chez les 55 à 64 ans (71,2%, différence significative à l'échelle de la Suisse). Le résultat des 80 ans et plus (38,9%) ne diffère pas de façon significative de ceux des 55 à 64 ans ainsi que des 65 à 79 ans.

Dans l'ensemble, un sentiment moyen à élevé de maîtriser sa vie est plus fréquent chez les hommes de 65 ans et plus (80,6%)

que chez les femmes de cette classe d'âge (71,9%). Les répondants ayant une formation de niveau tertiaire présentent plus souvent que les autres un sentiment moyen ou élevé de maîtrise de la vie (84,3% contre 74,9% pour le secondaire II et 68,6% pour la scolarité obligatoire).

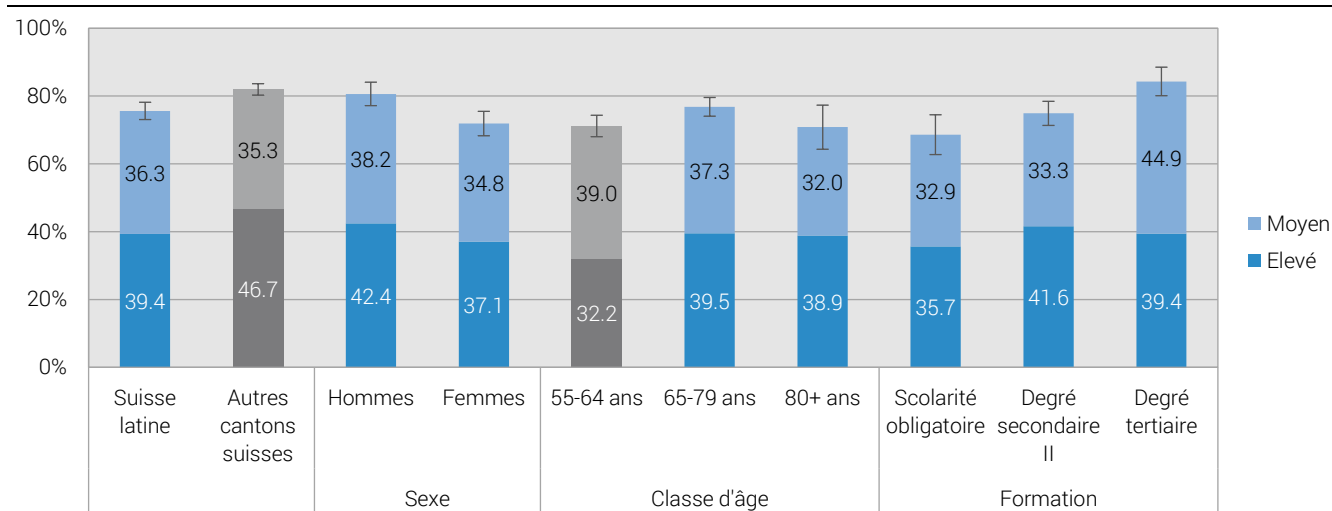
### Fortes corrélations entre le sentiment de maîtrise de la vie et les indicateurs de santé

Le **sentiment de maîtrise de la vie** s'avère fortement corrélé aux différents indicateurs de santé (G 2.21). Par exemple, 83,4% des répondants dont le sentiment de maîtrise de la vie est élevé présentent un bon ou très bon état de santé auto-évalué. Cette part diminue pour passer à 75,3% chez les répondants dont le sentiment de maîtrise de la vie est moyen et à 55,9% lorsque ce sentiment est bas.

Les fréquences des problèmes de santé de longue durée ainsi que des problèmes psychiques moyens ou importants sont également étroitement liées à la force du sentiment de maîtrise de la vie. Pour chacun de ces indicateurs de santé, les différences sont significatives entre chaque niveau de sentiment de maîtrise de la vie.

D'une part un sentiment de maîtrise de la vie élevé peut agir comme une ressource protectrice aidant à développer une appréciation favorable de son état et à conserver une bonne santé psychique. D'autre part, la survenue de problèmes de santé peut également affecter ce sentiment et de ce fait, le bien-être des répondants. Par exemple, un sentiment de maîtrise de la vie élevé se retrouve chez 45,5% des répondants ne présentant pas, ou ayant de faibles symptômes dépressifs. Cette part descend à 8,1% lorsque les problèmes psychiques sont moyens ou importants (données non représentées).

**G 2.20 Sentiment de maîtrise de la vie moyen ou élevé, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



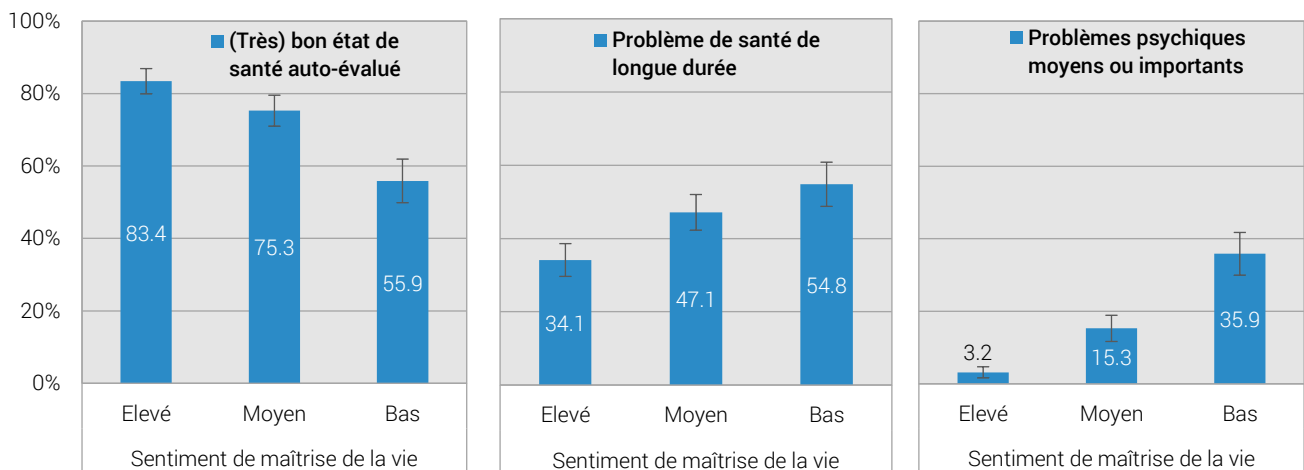
65 ans et plus (Suisse latine) : n=1310; 55-64 ans (Suisse latine) : n=1040; 65 ans et plus (autres cantons suisses) : n=2839.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

## G 2.21 Indicateurs de santé selon le sentiment de maîtrise de la vie, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



État de santé auto-évalué: n=1309; Problèmes de santé de longue durée: n=1309; Problèmes psychiques: n=1288.  
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

### 2.5.2 Adaptation et résilience

Selon Lazarus et Folkman (1984), l'**adaptation** (coping) désigne « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu ». L'adaptation est donc **mobilisée afin de faire face au stress ou au traumatisme**; elle se présente comme une réponse à une situation donnée. Quant à la **résilience**, elle désigne les compétences créées par les individus pour faire face à des situations d'adversité sévère (Anaut, 2015). Mobilisée dans le **contexte d'événements déstabilisants**, la résilience comprend donc la **capacité à continuer de se développer** et même à augmenter ses compétences.

Le concept de résilience est d'un intérêt particulier pour aborder la population âgée. Le vieillissement est en effet marqué par la survenue de différentes pertes (p. ex. autonomie, personnes proches ou santé). Or, il est aussi **possible de trouver un nouveau confort de vie dans le vieillissement**, par exemple en développant une forme de sérénité ou en valorisant le rôle de l'expérience (Ploton, 2014). Chez la personne âgée, la résilience se traduit particulièrement par la capacité de relativisation, la distanciation par rapport aux événements du présent ainsi que la capacité à donner sens à son existence. Le sentiment d'appartenance, la curiosité à l'autre et la capacité à créer des liens sont également mentionnés comme des clés de la résilience (Ribes, 2014).

D'un point de vue conceptuel, on distingue habituellement l'adaptation (coping) de la résilience. En appréhendant ces deux concepts au sein d'un même indicateur, l'objectif est ici de rendre

compte de la capacité à promouvoir une adaptation positive même en situation de stress élevé (Sinclair & Wallston, 2004). L'indicateur d'adaptation et de résilience peut être construit avec les données de l'ESS pour la première fois en 2017. Celui-ci se fonde sur la Brief Resilient Coping Scale (BRCS) proposée par Sinclair et Wallston (2004). Les répondants sont invités à exprimer dans quelle mesure ils s'identifient à quatre affirmations sur des caractéristiques d'optimisme, de résolution active des problèmes, ou de capacité à formuler des objectifs<sup>23</sup>. Sur la base de ces réponses, les niveaux bas, moyen et élevé de résilience et d'adaptation sont distingués.

*Un niveau moyen ou haut de résilience et d'adaptation moins fréquent en Suisse latine que dans les autres cantons suisses*

Parmi les répondants latins âgés de 65 ans et plus, 34,6% présentent un **niveau élevé d'adaptation et de résilience** (G 2.22) et chez 42,1%, ce niveau est moyen. Ces résultats sont moins favorables que dans les autres cantons suisses où un niveau moyen ou élevé d'adaptation et de résilience est rapporté par 82,3% des répondants de 65 ans et plus (contre 76,7% en Suisse latine, différences significatives). Aucune différence notable n'apparaît entre les hommes et les femmes.

La fréquence d'un niveau moyen ou élevé de résilience reste stable entre les classes d'âge 55-64 ans et 65-79 ans (74,3% et 77,9%). Chez les 80 ans et plus, un niveau moyen ou élevé de résilience (71,8%) est moins fréquent que pour les deux classes d'âge plus jeunes, mais les différences ne sont significatives qu'à

confronte à des situations difficiles », « Je cherche activement des moyens de compenser les pertes que j'ai subies dans ma vie ».

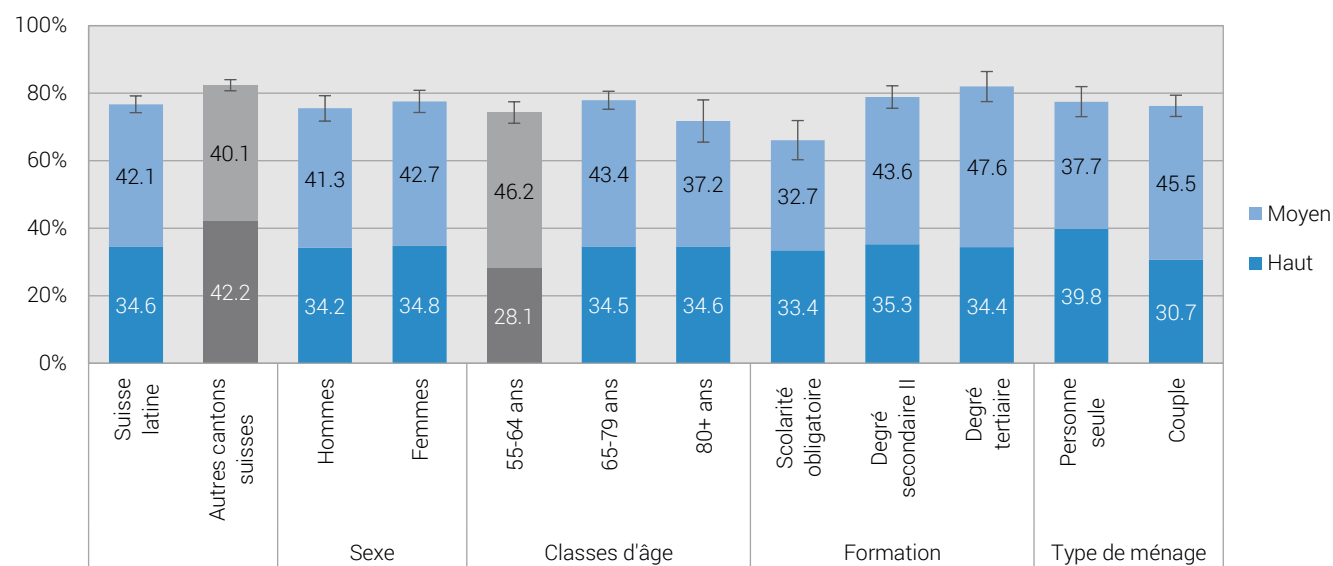
<sup>23</sup> Les répondants déclarent si les affirmations suivantes leur correspondent totalement, plutôt, en partie et en partie pas, plutôt pas ou pas du tout: « J'essaie de trouver le moyen de venir à bout de situations difficiles », « Quoiqu'il m'arrive, je crois que j'arrive à maîtriser mes réactions », « Je pense que je peux progresser si je me

l'échelle de la Suisse. Le fait de ne pas disposer de formation post-obligatoire est également moins souvent lié à un niveau de résilience moyen ou élevé (66,1% contre 78,9% et 82,0% chez les secondaire II et tertiaire).

De plus, deux caractéristiques pour la Suisse latine peuvent être relevées : un niveau de résilience élevé est plus fréquent chez

les personnes vivant seules (39,8%) que chez celles vivant en couple (30,7%) et un niveau de résilience moyen ou élevé est moins fréquent chez les locataires (72,5%) que chez les propriétaires (80,5%). Contrairement à la Suisse latine, ces différences ne sont pas statistiquement significatives dans les autres cantons suisses (données non représentées).

**G 2.22 Niveau moyen ou haut d'adaptation et de résilience, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



65 ans et plus (Suisse latine) : n=1358 ; 55-64 ans (Suisse latine) : n=1062 ; 65 ans et plus (autres cantons suisses) : n=2885.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

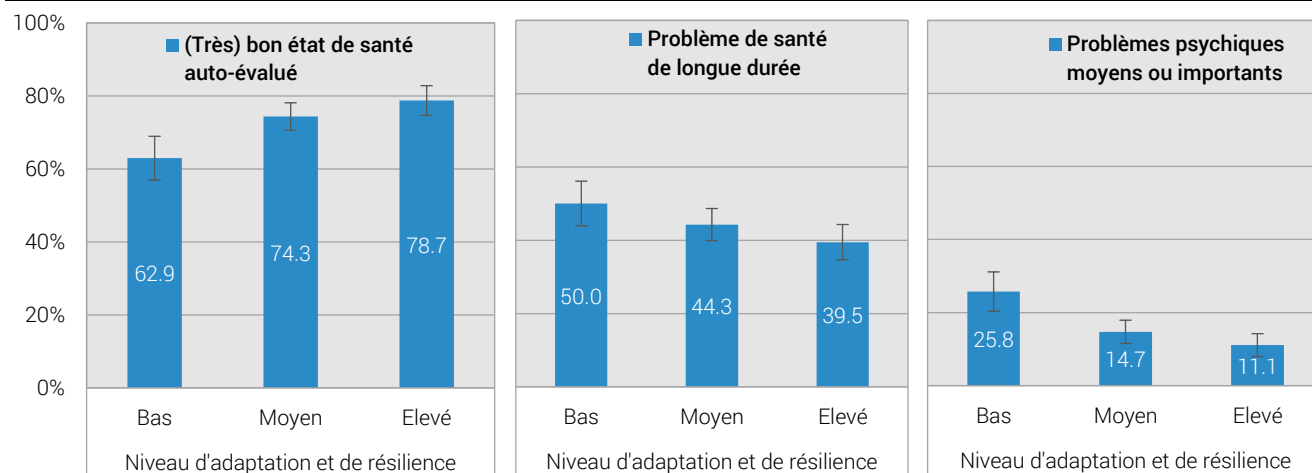
### *Un niveau bas d'adaptation et de résilience est associé à une fréquence plus élevée de problèmes psychiques*

Le **niveau d'adaptation et de résilience** semble lié à différents indicateurs de santé mais les relations observées semblent moins fortes que pour le sentiment de maîtrise de la vie (G 2.23). Tant pour l'état de santé auto-évalué que pour les problèmes de santé de longue durée, les résultats ne diffèrent de façon significative qu'entre les niveaux bas et élevé de résilience et d'adaptation. La

fréquence des problèmes psychiques est surtout plus élevée lorsque le niveau d'adaptation et de résilience est bas (25,8%) par rapport aux niveaux moyen et élevé (entre 14,7% et 11,1%).

En permettant de gérer les problèmes qui surviennent, les capacités d'adaptation peuvent agir comme ressources protectrices. Par contre, c'est notamment en interaction avec des circonstances difficiles de l'existence que se construit la résilience. Cette ambivalence de l'indicateur d'adaptation et de résilience peut expliquer que la relation avec les indicateurs de santé soit moins nette que pour l'indicateur du sentiment de maîtrise de la vie.

## G 2.23 Indicateurs de santé selon le niveau d'adaptation et de résilience, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



État de santé auto-évalué: n=1357; Problèmes de santé de longue durée: n=1357 ; Problèmes psychiques: n=1336.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

### 2.5.3 Efficacité personnelle

Le **sentiment d'auto-efficacité**, ou **d'efficacité personnelle**, désigne les **croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières**. Il contribue à déterminer les choix d'activité, l'investissement dans la poursuite des buts fixés, la persistance de l'effort engagé et les réactions émotionnelles éprouvées face aux obstacles rencontrés (Bandura, 2007). À l'instar de la résilience, le sentiment d'auto-efficacité constitue donc également une **forme de ressource adaptative** dans un contexte de vieillissement.

Disponible pour la première fois en 2017, l'indicateur d'auto-efficacité se fonde sur trois questions. Les répondants évaluent dans quelle mesure ils s'identifient à des déclarations en lien avec la capacité à fournir des efforts afin d'atteindre des objectifs donnés<sup>24</sup>. Sur la base d'une échelle allant de 1 (minimum) à 5 (maximum), des points sont ensuite attribués à chaque réponse. L'indicateur d'auto-efficacité exprime la valeur moyenne des réponses à chacune des trois questions.

*3 personnes sur 10 présentent un niveau d'efficacité personnelle élevé*

Dans l'ensemble, un peu plus d'un cinquième des répondants (21,9%) obtient un **score d'auto-efficacité** plutôt bas (inférieur à 3,5, G 2.24). Un peu moins de la moitié obtient un score autour de quatre (47,9%) et 30,2% atteignent le score le plus élevé (moyenne de plus de 4,5 ou plus, cf. tableaux annexes 6.3). Contrairement aux deux autres indicateurs de ressources personnelles, les résultats pour les autres cantons suisses sont très proches.

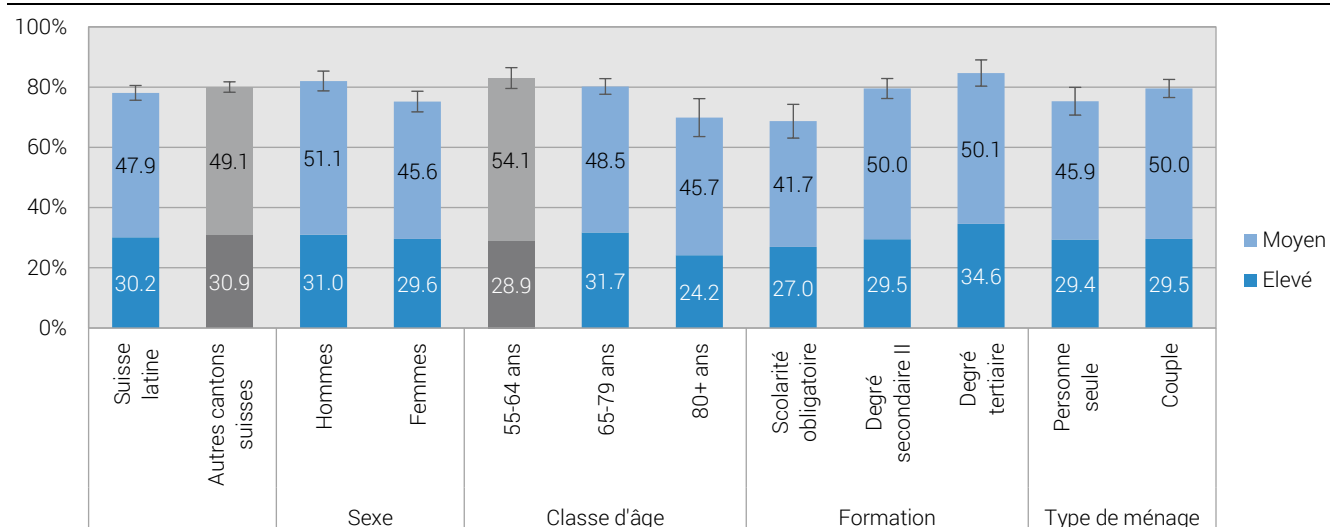
Les femmes ont plus souvent que les hommes un score bas (24,8% contre 18,0%). Entre les 55 à 64 ans et les 65 à 79 ans, la distribution du sentiment d'efficacité personnelle reste assez stable. Chez les 80 ans et plus, la part présentant un bas niveau d'efficacité personnelle augmente de plus de 10 points de pourcentage.

Le niveau de formation est fortement lié au score d'auto-efficacité; la fréquence d'un score bas passe de 31,3% en l'absence de formation post-obligatoire à 15,3% chez les répondants ayant une formation de niveau tertiaire. Les personnes vivant seules présentent également plus souvent que les couples sans enfant un score d'auto-efficacité bas. L'écart de résultat en fonction du type de ménage pour les 65 à 79 ans n'est significatif que pour l'ensemble de la Suisse (données non représentées).

De manière générale, la fréquence d'un sentiment d'efficacité personnelle élevé est plutôt similaire au sein des différentes catégories sociodémographiques, les variations concernant plutôt la fréquence d'un sentiment bas.

<sup>24</sup> Les répondants déclarent si les affirmations suivantes leur correspondent totalement, plutôt, en partie et en partie pas, plutôt pas ou pas du tout: « Dans des situations difficiles, je peux compter sur

mes propres capacités », « Je peux résoudre la plupart des problèmes tout(e) seul(e) », « En général, je suis capable de venir à bout des tâches même compliquées et pénibles ».

**G 2.24 Niveau d'efficacité personnelle moyen ou élevé, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**

65 ans et plus (Suisse latine) : n=1385 ; 55-64 ans (Suisse latine) : n=1070 ; 65 ans et plus (autres cantons suisses) : n=2901.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

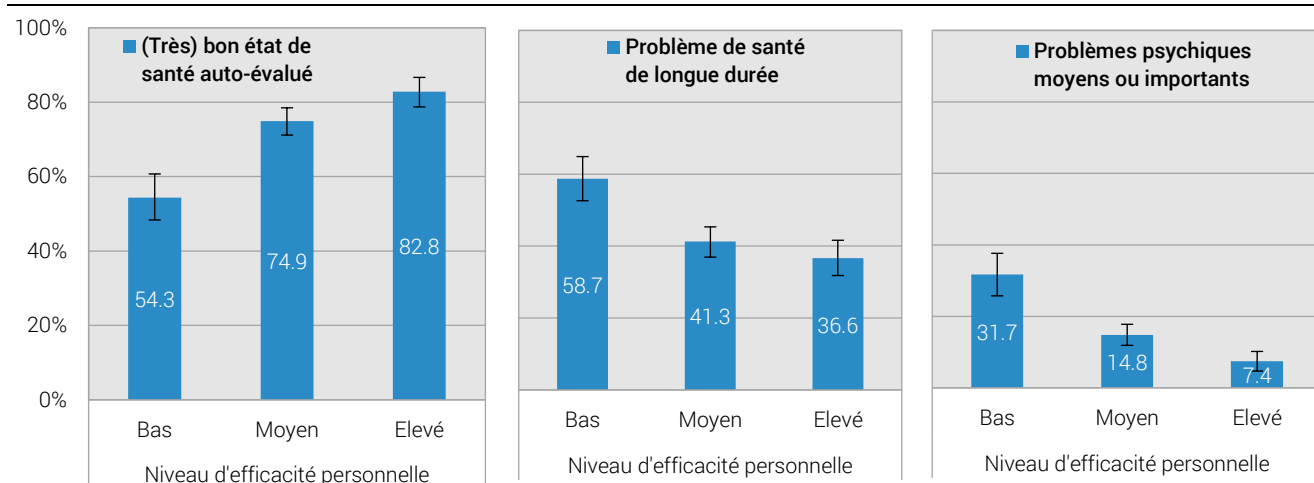
Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

### *Un faible sentiment d'efficacité personnelle est lié à de moins bons indicateurs de santé*

Les résultats de différents indicateurs de santé évoluent en fonction des trois niveaux d'efficacité personnelle. Pour l'état de santé auto-évalué ainsi que la fréquence des problèmes de santé de longue durée, les résultats se distinguent surtout entre les répondants ayant un sentiment d'efficacité personnelle bas par rapport à ceux ayant un sentiment moyen ou élevé. Pour les problèmes psychiques modérés à importants, la relation est plus graduelle : le pourcentage de répondants concernés double entre les niveaux

élevé et moyen d'efficacité personnelle (de 7,4% à 14,8%), et cette part double encore lorsque le niveau d'efficacité personnelle est bas (30,6%).

Ces résultats sont proches de ceux concernant la relation entre santé et sentiment de maîtrise de la vie (G 2.21). Cela peut refléter la proximité existant entre les deux concepts que sont les sentiments de maîtrise de la vie et d'efficacité personnelle. À noter que le niveau de maîtrise de la vie correspond à celui d'efficacité personnelle chez la moitié des répondants (50,0%, données non représentées). Ces ressources personnelles protectrices s'avèrent donc comparables et complémentaires.

**G 2.25 Indicateurs de santé selon le sentiment d'efficacité personnelle, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**

État de santé auto-évalué : n=1384 ; Problèmes de santé de longue durée : n=1384 ; Problèmes psychiques : n=1363.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

## 2.6 Ressources sociales

### En bref

- Le soutien social, le sentiment de solitude et la participation sociale sont définis comme des indicateurs de ressources sociales concourant au bien-vieillir.
- Par rapport aux **hommes**, les **femmes** ressentent nettement plus souvent un sentiment de solitude et il est un peu plus fréquent que celles-ci ne participent à aucune activité sociale.
- Pour chacun de ces indicateurs, les résultats se dégradent avec le passage du troisième au quatrième âge.
- Le sentiment de solitude varie peu selon le **niveau de formation** alors qu'un gradient social fort s'observe quant au fait de ne jamais participer à des activités sociales ou de ressentir un faible niveau de soutien social.
- Le fait de **vivre seul** tend à être associé à une participation aux activités sociales plus basse et à un plus faible soutien social, mais cette variable augmente surtout le risque de sentiment de solitude.

Les **ressources sociales**, mobilisables par les individus pour faire face aux circonstances difficiles de la vie, sont considérées comme des **déterminants majeurs du bien-vieillir**. Des études ont notamment démontré qu'un réseau de relations étendu, des interactions sociales positives, la participation à plusieurs activités sociales ou le fait d'être marié, non seulement protègent contre la dépression et les limitations fonctionnelles, mais sont aussi associés à une plus grande vitalité, une meilleure perception de la santé, un nombre réduit de symptômes dépressifs et de problèmes de santé chroniques et une plus faible probabilité de céder (Cornman, JC. et al. (2003) et Blumstein et al. (2004) cités par Gangbè et Ducharme (2006)).

Trois indicateurs permettent d'aborder la thématique des ressources sociales: le soutien social (2.6.1), le sentiment de solitude (2.6.2) et la participation sociale (2.6.3).

### 2.6.1 Soutien social

Avoir des contacts sociaux, se lier à d'autres personnes et ressentir leur soutien a des effets bénéfiques pour le bien-être et la santé, tant psychiques que physiques. De telles ressources sociales exercent une influence considérable sur l'espérance de vie, de même que sur le risque de maladie, les chances de guérison et la durée de celle-ci (Bachmann, 2014). Le soutien social diminue par exemple les risques de maladies cardio-vasculaires, de cancers et de maladies infectieuses. À l'inverse, l'absence de soutien social figure parmi les facteurs de risque pour la santé, au même titre que le tabagisme, le surpoids ou le manque d'activité physique (Cacioppo & Patrick, 2008). On suppose que le **soutien social** a, d'une part, un **effet direct sur le bien-être** et qu'il joue, d'autre part, un **rôle d'« amortisseur »** lorsqu'une personne est confrontée à des **problèmes accrus** (Turner & Turner, 1999).

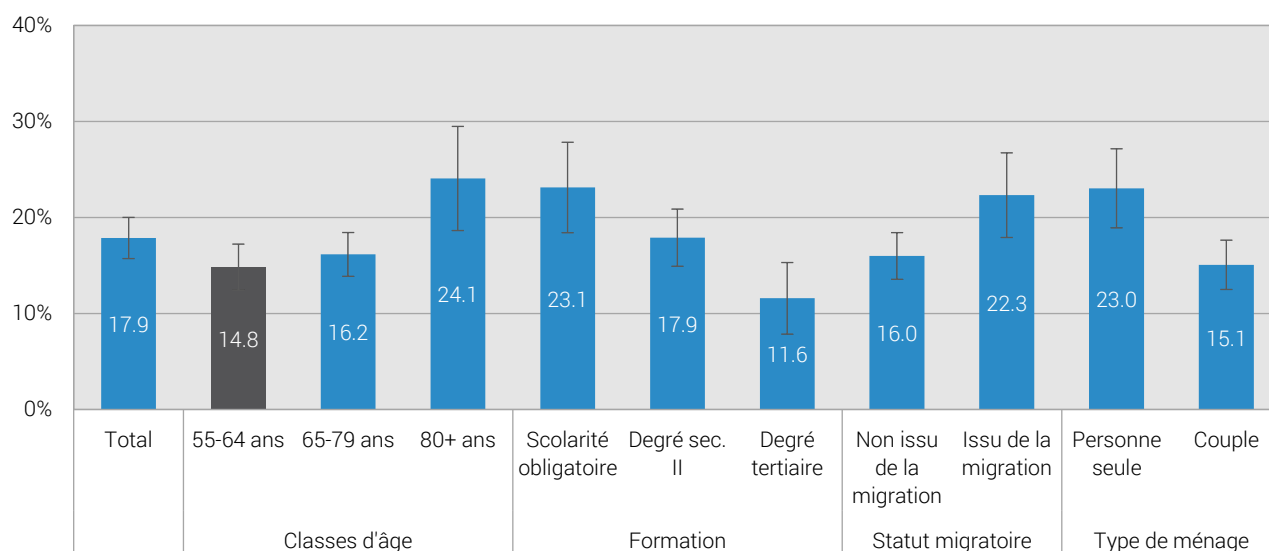
Afin de mesurer le soutien social, l'« **échelle d'Oslo** » est utilisée (Brevik & Dalgard, 1996). À partir des questions portant sur le nombre de personnes proches, sur la participation d'autres personnes à la vie des personnes interrogées et sur la disponibilité d'aide dans le voisinage, un indice est construit dont la valeur peut être classée dans trois catégories : soutien social faible, moyen et fort.

*Une formation de niveau tertiaire est moins souvent liée à un faible soutien social*

En 2017, 31,1% des répondants latins âgés de 65 ans et plus ont rendu compte d'un soutien social fort dans leur vie ; 51,0% évoquent un soutien social moyen et 17,9% un soutien social faible (G 2.26 et cf. tableaux annexes 6.3). Aucune différence n'est identifiée entre femmes et hommes.

Contrairement aux sentiments d'énergie et de vitalité ou de maîtrise de la vie dont les résultats sont plus favorables pour la classe d'âge allant de 65 à 79 ans que pour les 55 à 64 ans, l'indicateur de soutien social se montre plutôt stable entre ces deux classes d'âge (soutien social faible : 14,8% et 16,2%). Un soutien social faible tend par contre à devenir plus fréquent parmi les personnes âgées de 80 ans et plus (24,1%). Un rapport également marqué apparaît pour la formation : plus le niveau de formation est bas, plus un soutien social faible est fréquent. Un soutien social faible est également plus fréquemment rapporté par les personnes issues de la migration (différence avec les personnes non issues de la migration significative à l'échelle suisse) et vivant seules.

### G 2.26 Soutien social faible (échelle d'Oslo), population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



65-79 ans : n=1470 ; 55-64 ans : n=1153.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Les données pour les 55 à 64 ans ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

On relève finalement que la Suisse latine et les autres cantons suisses présentent des résultats proches pour ce qui concerne la fréquence d'un soutien social faible (17,9% et 15,7%, cf. tableaux annexes 6.3). Par contre, un soutien social fort est plus fréquent chez les répondants des autres cantons suisses (37,1%) que chez les latins (31,1%, différence significative).

#### 2.6.2 Sentiment de solitude

Chaque individu éprouve plus ou moins fortement **le sentiment de solitude** au cours des différentes étapes de son existence. Il est possible de définir la solitude comme **l'impression désagréable que l'on ressent lorsque son réseau de relations est déficient** (Perlman & Peplau, 1981). Un sentiment de solitude peut être ressenti même lorsque des contacts sociaux sont entretenus. Celui-ci survient notamment lorsque les relations que l'on souhaiterait avoir ne correspondent pas à la réalité (Salimi, 2011).

Chez les personnes âgées, la solitude et l'isolement peuvent être considérés comme **facteurs d'accélération du vieillissement**. Bien que les liens de causalité soient difficiles à déterminer, la solitude et l'isolement constituent un réseau interdépendant avec les facteurs de risque liés aux comportements et une mauvaise santé (OMS, 2016).

Dans l'ESS, les répondants sont interrogés quant à la fréquence d'un sentiment de solitude. Les possibilités de réponse sont « jamais », « parfois », « assez souvent » ou « très souvent ». Pour l'analyse, les catégories « assez souvent » et « très souvent » sont regroupées.

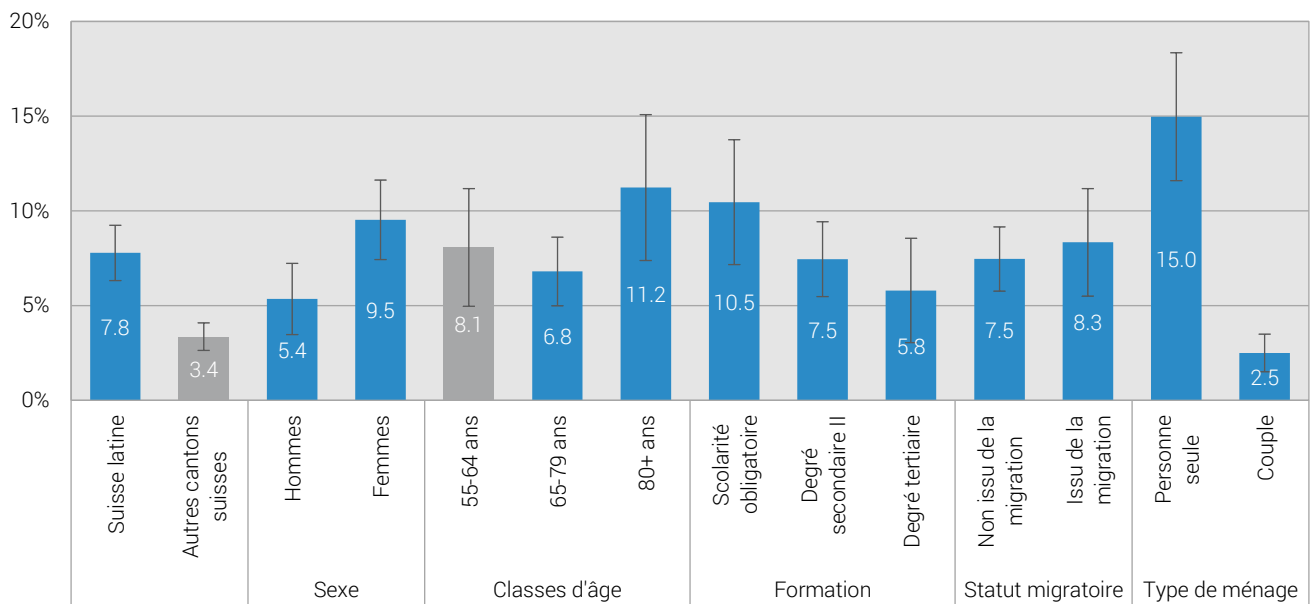
#### *Plus de la moitié des personnes vivant seules ressentent un sentiment de solitude*

En 2017, 7,8% des répondants latins de 65 ans et plus ressentent (assez ou très) souvent un sentiment de solitude (G 2.27). Ce pourcentage est resté stable depuis l'enquête menée en 1997. Par contre, la part de répondants déclarant ne jamais ressentir de solitude a baissé au cours de ces 20 ans, passant de 70,0% à 61,0% des répondants (cf. tableaux annexes 6.3).

Les femmes se sentent plus souvent seules que les hommes (9,5% vs 5,4%). Ce sentiment tend également à se manifester plus souvent chez les répondants âgés de 80 ans et plus que chez ceux âgés de 65 à 79 ans (différence significative à l'échelle de la Suisse). Un gradient social lié au niveau de formation semble se dessiner mais seule la différence au niveau de la Suisse est significative, entre les répondants âgés de 65 ans et plus disposant d'une formation de niveau tertiaire et ceux sans formation post-obligatoire. Un parcours issu de la migration tend également à être un peu plus souvent associé à un sentiment de solitude mais la différence de résultat n'est significative que pour l'ensemble de la Suisse. Il en va de même pour la fréquence du sentiment de solitude chez les locataires en comparaison avec les propriétaires.



## G 2.27 Sentiment de solitude, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



65 ans et plus (Suisse latine) : n=1610; 55-64 ans (Suisse latine) : n=1207; 65 ans et plus (autres cantons suisses) : n=3308.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

15,0% des personnes vivant seules éprouvent souvent un sentiment de solitude alors que ce n'est le cas que de 2,5% des personnes vivant en couple. Le fait de vivre seul apparaît donc comme un important facteur de risque de solitude. Ce critère peut expliquer en partie la différence observée entre les hommes et les femmes, ces dernières vivant plus souvent seules que les hommes. De fait, la fréquence du sentiment de solitude chez les hommes et les femmes vivant seules sont très proches (respectivement 15,9% et 14,7%, données non représentées). Chez les personnes vivant en couple, le sentiment de solitude est nettement moins souvent présent chez les femmes comme chez les hommes (1,7% et 3,4%).

### 2.6.3 Activités sociales

Dans un contexte de promotion de la santé, un intérêt particulier est porté à **la participation sociale en tant que vecteur de cohésion sociale**. La question du sens de la causalité entre la participation sociale et la santé a été examinée dans le cadre d'une étude basée sur les données de l'enquête SHARE publiée en 2013 (Sirven & Debrand). Celle-ci met en évidence les effets individuels bénéfiques de la participation sociale sur l'état de santé, ce qui peut notamment s'expliquer par le fait que la participation sociale constitue un **vecteur de support psychosocial**, tout en **mobilisant les capacités cognitives**. Néanmoins, les résultats de la recherche indiquent que c'est l'effet de la santé sur la participation sociale qui domine. Les auteurs y voient une source potentielle

d'inégalité sociale puisque ce sont les personnes déjà en bonne santé qui sont le plus susceptibles de préserver leur santé à travers l'effet bénéfique du capital social.

Libérées des contraintes professionnelles et allégées de leurs charges parentales, les personnes âgées de 65 ans et plus ont a priori des disponibilités pour s'engager dans des activités sociales, que ce soit dans un club sportif, une association culturelle, un parti politique ou un groupe religieux. Une telle participation à la vie associative peut permettre de rester intégré socialement et peut être perçue comme un moyen de rester socialement utile. Les autres formes de participation sociale ne s'inscrivant pas dans un cadre associatif ne sont ici pas considérées.

*La participation à des activités sociales est moins courante en Suisse latine que dans les autres cantons suisses*

En 2017, 30,0% des répondants âgés de 65 ans et plus participent de façon hebdomadaire à quotidienne à une ou plusieurs activités associatives, 24,9% participent de façon mensuelle ou plus rarement et 45,1% ne mentionnent aucun engagement social (G 2.28 et tableaux annexes). Ces résultats témoignent d'une hausse de la participation à des activités sociales par rapport à 2012 : la part de répondants latins participant, même occasionnellement, à des activités sociales était alors de 48,4% (différence significative). Relevons toutefois que dans les autres cantons suisses, la part de répondants de 65 ans et plus participant à des activités sociales est nettement plus élevée (74,4%).

Il est un peu plus fréquent pour les hommes (58,6%) que pour les femmes (52,2%) de mentionner une activité sociale (différence significative à l'échelle de la Suisse).

Si les répondants âgés de 65 à 79 ans sont a priori libérés de leurs obligations professionnelles, cela ne signifie pas pour autant que ceux-ci participent plus souvent à des activités sociales que les répondants âgés de 55 à 64 ans : pour ces deux classes d'âge, moins de la moitié des répondants déclare ne jamais participer à de telles activités. Ce pourcentage augmente chez les répondants âgés de 80 ans où il passe à 54,6%.

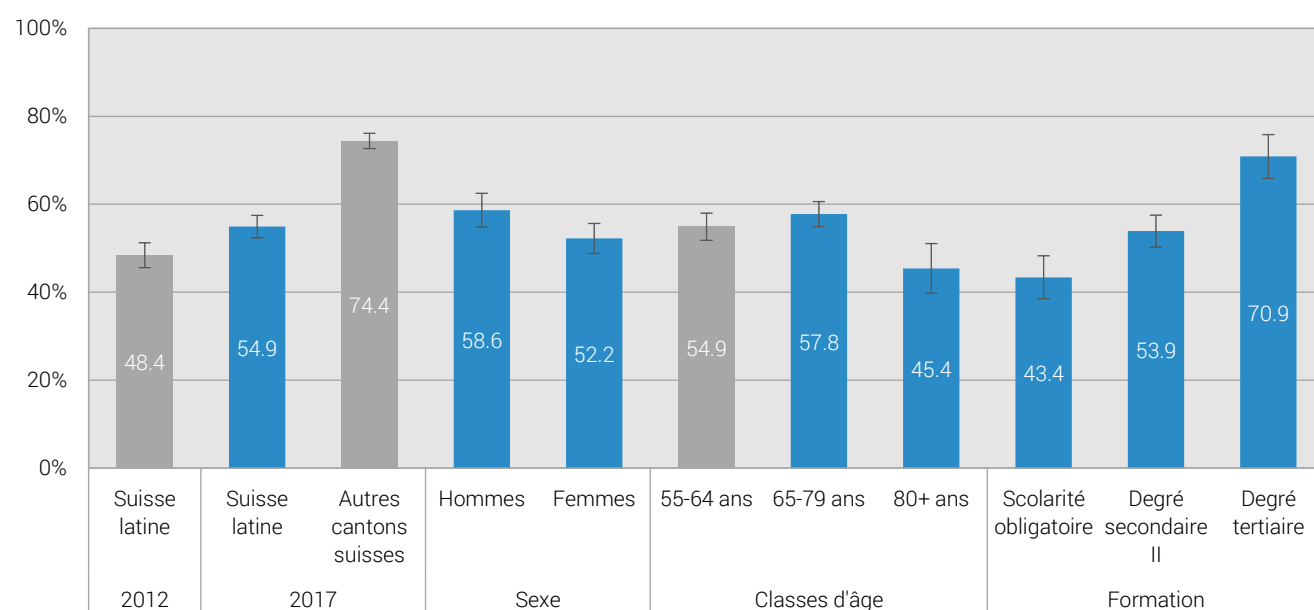
Le niveau de formation est fortement lié à la probabilité de s'engager dans des activités sociales. Les détenteurs d'une formation de niveau tertiaire sont 70,9% à participer au cours de l'année à des activités sociales. Pour les personnes sans formation post-obligatoire, cette part est de 43,4% (différence significative entre chaque niveau de formation).

On peut se demander s'il est possible que d'autres occupations entrent en concurrence avec la participation à ces activités.

Il apparaît notamment que les personnes actives professionnellement (c'est le cas de 11,1% des répondants) participent plus souvent à des activités sociales (64,5%) que les personnes retraitées (53,8%, différence significative, données non représentées). Les répondants procurant une aide informelle à des proches atteints dans leur santé participent également plus souvent à des activités sociales (61,4%) que celles ne fournissant pas d'aide informelle (52,5%, différence significative). Il est à noter que l'aide informelle ici considérée ne se rapporte qu'à l'aide procurée aux personnes ayant des problèmes de santé et ne comprend pas les autres charges familiales (garde de petits-enfants, entretien du ménage) qui ne sont pas documentées par l'ESS.

Ces résultats suggèrent que les différentes formes de participation sociale ne se font pas forcément au détriment les unes des autres mais qu'elles sont plutôt complémentaires. C'est-à-dire que le fait d'être engagé dans une forme de participation sociale augmente la probabilité que cet engagement prenne plusieurs formes.

**G 2.28 Population âgée de 65 ans et plus participant au cours de l'année à des activités sociales, Suisse latine, 2012 et 2017**



65 ans et plus : n=1610 (2017, Suisse latine), n=1696 (2012, Suisse latine), n=3478 (2017, autres cantons suisses); 55-64 ans : n=1242 (Suisse latine).

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2012 et 2017

© Obsan 2020

Les données pour les autres cantons suisses ainsi que celles des 55 à 64 ans (Suisse latine) ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

## 3 Attitudes et comportements pouvant influencer la santé

De nombreux comportements et aspects du mode de vie exercent une influence sur la santé. Chez les personnes âgées, l'état de santé se trouve notamment influencé par l'exposition au long de la vie à des facteurs de risques et à des facteurs de protection. Néanmoins, même à un âge avancé, l'adoption de comportements renforçant les capacités est susceptible d'avoir un effet sur la santé ainsi que sur la qualité de vie. Ce chapitre commence par examiner les données liées au poids corporel et à l'alimentation (3.1 et 0) ainsi que concernant l'activité physique (1.1). Ensuite, les comportements ayant une influence négative sur la santé sont examinés avec la consommation de tabac (3.4) et celle d'alcool (3.5). Dans la perspective des risques liés à un usage inapproprié, la consommation de médicaments est également détaillée (1.1). Finalement, la question de la consommation de substances illicites est brièvement évoquée (3.7).

### 3.1 Poids corporel

#### En bref

Bien que l'indice de masse corporelle (IMC) soit un indicateur rudimentaire du surpoids chez les personnes âgées, on peut estimer qu'environ la moitié des latins de 65 ans et plus sont en situation de surpoids (36,9% en surcharge pondérale et 14% obèses), un phénomène en progression depuis 1992. Les hommes sont plus souvent concernés par le surpoids que les femmes (60% vs 44%). Pour les personnes âgées, la dénutrition est également un risque pour la santé. Selon les seuils retenus, la part de répondants à risque de dénutrition se situe entre 9% et 12%.

Pour ce qui concerne la population générale, le **surpoids** est considéré comme un **facteur de risque majeur pour certaines maladies chroniques** telles que les maladies cardiovasculaires, lesquelles représentent la première cause de décès en Suisse. Selon l'OMS, la prévalence de l'obésité au niveau mondial a triplé entre 1975 et 2016 (OMS, 2018). Cette tendance concerne également les personnes âgées, qui sont par ailleurs plus fréquemment concernées par le surpoids que les personnes de moins de 65 ans.

#### Mesures du surpoids et de l'obésité chez la personne âgée

Toutefois, la question du surpoids et de l'obésité chez la personne âgée soulève plusieurs problèmes. Premièrement, comme le rappelle Lang (2013), **l'indice de masse corporelle (IMC<sup>25</sup>)**, la donnée anthropométrique la plus couramment utilisée pour identifier les situations de surpoids (IMC compris entre 25 et 30) et d'obésité (IMC > 30), **ne tient pas compte des différentes évolutions liées au vieillissement** (diminution de la taille, accumulation du tissu adipeux, réduction de la masse musculaire, etc.). Deuxièmement, l'impact du surpoids et de l'obésité sur la santé de la personne âgée a été remis en question au travers du **paradoxe de l'obésité** lequel suggère un effet protecteur d'une obésité modérée sur la santé de la population âgée (cf. Encadré 4).

#### Encadré 4 Maigre, surpoids, et obésité chez les personnes âgées

Dans un rapport paru en 2018, la Commission fédérale de la nutrition a fait le point sur la **relation entre nutrition et vieillissement**. Il est constaté que « l'utilisation des mêmes valeurs-seuils d'IMC pour les personnes âgées que pour les adultes d'âge moyen est controversée depuis plusieurs années, car le rapport entre l'IMC et la mortalité globale est souvent différent chez les personnes âgées et chez les adultes d'âge moyen. » (Eidgenössische Ernährungscommission EEK).

En effet, les personnes âgées dont l'IMC se situe entre 24 et 27 kg/m<sup>2</sup> semblent avoir un risque de mortalité réduit et une qualité de vie supérieure. Chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques, le surpoids (IMC entre 25,0 et 29,9 kg/m<sup>2</sup>) est même associé à un taux de survie plus élevé. D'une manière générale, chez les personnes âgées, à partir d'un certain âge, un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, semble avoir un effet protecteur au lieu d'être un facteur de risque ou d'entraîner les complications et maladies souvent associées à l'obésité.

Ce paradoxe n'est pas encore complètement compris mais il pourrait en partie s'expliquer par le fait que qu'une certaine « réserve » joue un rôle protecteur en cas de besoin accru d'apport calorique ou d'apport inadéquat.

<sup>25</sup> L'indice de masse corporelle (IMC) correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup>

Enfin, l'intérêt porté au surpoids ne devrait pas occulter la problématique de la **dénutrition** chez la personne âgée : d'un côté, un apport protéino-énergétique et en nutriments inapproprié est un facteur de risque de fragilité ; d'un autre côté, la perte de poids non intentionnelle constitue elle-même un **critère de fragilité** (Féart, 2018). À cet égard, une diminution de l'IMC liée à une perte de poids sur une courte durée, en particulier si elle est involontaire, devrait constituer un signal d'alarme. De plus, les régimes visant à perdre du poids ne sont pas recommandés, car la perte de poids se traduit, la plupart du temps, par une perte musculaire disproportionnée – ce qui, chez les personnes âgées, entraîne d'autres risques. Dans son rapport, la Commission fédérale de la nutrition se réfère à une méta-analyse concluant que chez les personnes âgées, la valeur-seuil d'un poids insuffisant devrait être relevée à 23,0 kg/m<sup>2</sup> (contre 18,5 pour la population âgée de 18 à 65 ans).

Dans ce contexte, des indicateurs tels que le tour de taille ou la bio-impédance<sup>26</sup> sont généralement privilégiés à l'IMC pour ce qui concerne l'évaluation du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées (Thiébaud, Pataky, & Golay, 2010). Comme ces mesures ne figurent pas dans l'ESS, les **résultats liés à l'IMC** sont présentés, même s'ils **doivent être appréhendés avec une prudence** toute particulière.

#### *Le surpoids pourrait concerner la moitié des 65 ans et plus...*

Selon les critères habituellement appliqués à la population âgée de 18 à 64 ans, un peu plus de la moitié des répondants latins âgés de 65 ans et plus sont en surpoids (51,0%) : 36,9%, en surcharge pondérale et 14,1%, obèses (G 3.1). Ces résultats correspondent à une hausse significative de dix points de pourcentage par rapport à la situation prévalant en 1992 (41,0%, dont 8,1% décrits comme obèses) mais sont plutôt stables par rapport à 2012. Les hommes sont plus souvent concernés que les femmes : 60,1% seraient en surpoids (obésité : 17,4%) contre 44,4% des femmes (obésité : 11,8%). Par rapport au niveau de formation, un gradient social apparaît mais uniquement concernant les situations de possible obésité (différences entre les trois niveaux de formation significatives à l'échelle de la Suisse).

Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, la prévalence de l'obésité serait plus faible que chez celles âgées de 65 à 79 ans (respectivement 10,9% et 15,1%). Quant aux personnes vivant en couple, elles tendraient à être plus souvent en surpoids que les personnes vivant seules (différence significative à l'échelle de la Suisse).

#### *Les personnes âgées sont également exposées au risque de dénutrition*

En 2017, 3,3% des répondants peuvent être considérés, toujours selon les classifications habituelles, comme se trouvant en insuffisance pondérale (IMC < 18,5, cf. G 3.1). Bien qu'il n'existe pas de norme reconnue au niveau international pour la population des 65 ans et plus, des seuils différents peuvent être utilisés pour estimer les **situations (à risque) de dénutrition**. Par exemple, la haute autorité de santé française considère un IMC inférieur à 21 comme un critère de dénutrition chez la personne âgée (Haute Autorité de santé, 2007). Parmi les répondants latins âgés de 65 ans et plus, 11,8% présentent un IMC inférieur à 21, les femmes étant nettement plus souvent concernées que les hommes (16,0% vs 4,6%, données non représentées). Une étude italienne a pour sa part conclu qu'une personne âgée est en insuffisance pondérale à haut risque lorsqu'elle est au seuil de 20kg/m<sup>2</sup> ou en-dessous (Sergi, Perissinotto, & al, 2005), ce qui concerne 9,1% des personnes âgées de 65 ans et plus (hommes : 3,4%, femmes : 13,3%).

#### *Problématiques liées à un poids insuffisant potentiellement plus répandues que celles liées à un surpoids*

En se référant aux seuils avancés par la Commission fédérale de la nutrition (2018) situant entre 24 et 27 kg/m<sup>2</sup> les IMC correspondant aux personnes ayant un risque de mortalité réduit et une qualité de vie supérieure, une image différente se dessine toutefois : Parmi les répondants latins à l'ESS 29,6% se situent entre ces deux seuils (hommes : 33,2% ; femmes : 26,9%), 37,2% se situent en-dessous de cette classe (hommes : 26,5% ; femmes : 44,9%) et 33,3% en dessus (hommes : 40,3% ; femmes : 28,2%, données non représentées).

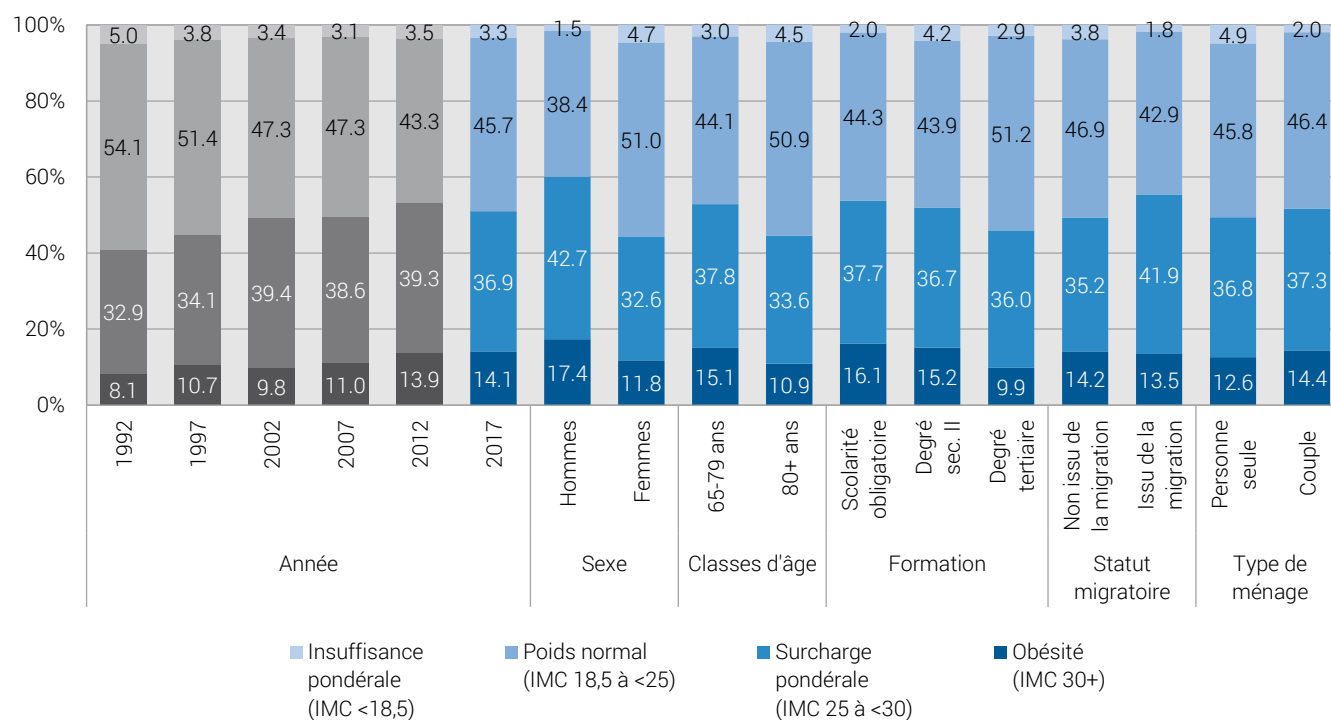
Ces résultats laissent supposer que chez les personnes âgées, les problématiques liées à un poids insuffisant, lequel concerne plus souvent les femmes que les hommes, sont plus répandues que celles liées au surpoids.

Il est à noter que la dénutrition peut également toucher les personnes ayant un poids normal ou excessif, le poids insuffisant n'étant que l'un des critères de dénutrition parmi d'autres. Par exemple, dans le cadre du *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, d'autres facteurs sont également considérés (Kaiser, Bauer, & al, 2009) : évolution des prises alimentaires, survenue d'une perte de poids, niveau de motricité, maladie aiguë ou stress psychologique, problèmes neuropsychologiques et circonférence du mollet.

<sup>26</sup> La mesure de la bio-impédance électrique (mesure de la résistance électrique du corps à l'aide d'électrodes) est utilisée pour l'analyse

de la composition corporelle. Elle permet notamment de répartir les kilogrammes entre masse maigre et masse grasseuse.

### G 3.1 Indice de masse corporelle (IMC), population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 à 2017



1992 : n=793 ; 1997 : n=952 ; 2002 : n=1448 ; 2007 : n=1677 ; 2012 : n=1673 ; 2017 : n=1675.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012 et 2017

© Obsan 2020

Les catégories « insuffisance pondérale », « poids normal », « surcharge pondérale » et « obésité » s'appliquent habituellement à la population âgée de 18 à 64 ans et sont mentionnées à titre indicatif.

## 3.2 Alimentation

### En bref

En matière d'alimentation, environ un quart des répondants suit la recommandation de consommer chaque jour au moins cinq fruits et légumes (27%). Le poisson et la viande sont consommés une à trois fois par semaine par la plupart de répondants (75% et 54%). Depuis 1992, la tendance est à l'augmentation de la consommation de poisson et à la diminution de celle de viande.

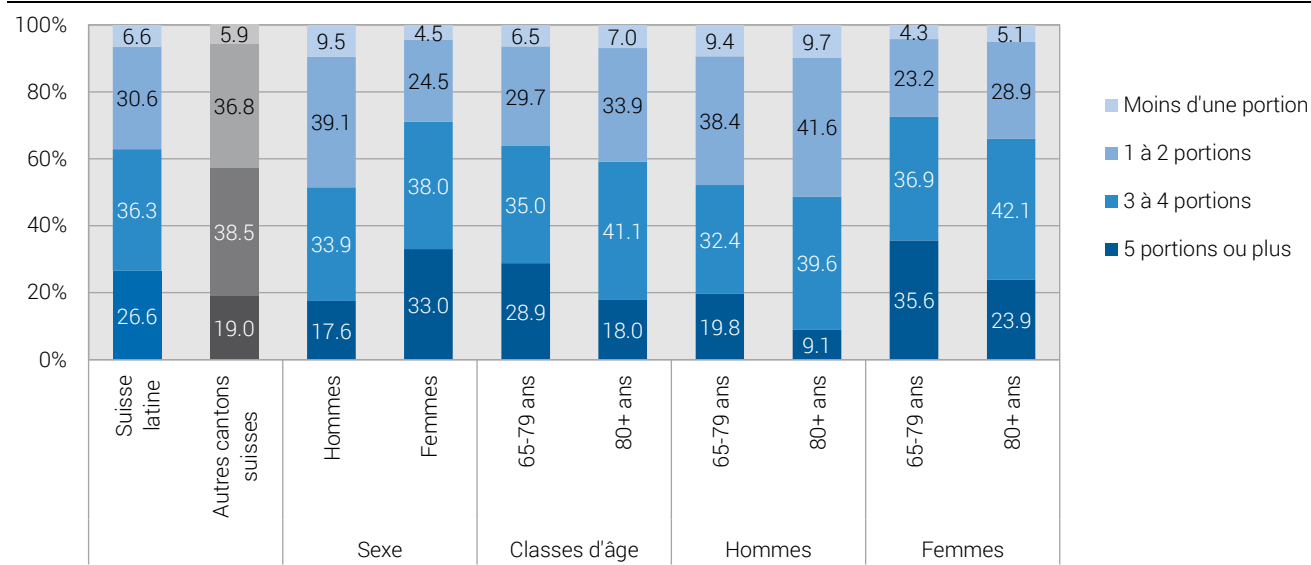
Les personnes se disant attentives à leur alimentation (60% des répondants) mangent plus fréquemment du poisson et moins fréquemment de la viande que les autres.

**L'alimentation** est une composante importante d'un vieillissement en bonne santé. Des recherches confirment d'ailleurs le **rôle déterminant de la malnutrition dans la polymorbidité** des aînés (Jabbour, 2010). En règle générale, les recommandations alimentaires adressées à la population adulte de moins de 65 ans s'appliquent également aux personnes âgées (SSN, 2011a). Pour ce groupe de population, il y a cependant lieu d'être particulièrement attentif à la consommation de liquides (un à deux litres par jour) ainsi que de lait ou de produits laitiers (trois portions par jour).

*Un quart des personnes âgées suivent la recommandation « 5 par jour »*

Dans l'ESS, les habitudes alimentaires sont principalement examinées au niveau de la fréquence de la consommation de fruits et de légumes, de poisson et de viande. Environ un quart des répondants latins âgés de 65 ans et plus suivent la recommandation de consommer au moins cinq fruits ou légumes par jour (26,6%, G 3.2). À titre de comparaison, cette part est de 19,0% dans les autres cantons suisses (différence significative). Cette habitude alimentaire est plus souvent le fait des femmes que des hommes et elle est moins systématique chez les personnes âgées de 80 ans et plus que chez celles âgées de 65 à 79 ans. Plus d'un tiers des femmes âgées de 65 à 79 ans consomment quotidiennement au moins cinq fruits et légumes (35,6%) contre environ un cinquième des hommes de cette classe d'âge (19,8%). Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, ces parts diminuent et passent à 23,9% pour les femmes et à 9,1% pour les hommes. À noter que la consommation de fruits et de légumes peut contribuer à remédier aux troubles digestifs tels que la constipation, les diarrhées, les ballonnements ou la sensation de réplétion, auxquels peuvent être sujettes les personnes âgées (SSN, 2011a).

### G 3.2 Consommation quotidienne de fruits et légumes, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



Suisse latine : n=1584 ; autres cantons suisses: n=1889.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

#### Tendance à la hausse pour la consommation de poisson

Selon les recommandations de la Société Suisse de Nutrition (SSN, 2011b), un repas complet se compose notamment d'aliments protéiques. Ceux-ci comprennent la viande, le poisson, les œufs, le tofu ou les produits laitiers. Dans le cadre de l'ESS, seules les consommations de viande et de poisson sont documentées. La SSN recommande d'alterner la consommation de ces différentes sources de protéines et de consommer la viande avec modération, sachant que deux à trois portions de viande par semaine sont considérées comme suffisantes. Quant à la consommation de poisson, aucune recommandation spécifique n'est formulée.

La grande majorité des répondants consomme du poisson au moins une fois par semaine (78,4%, cf. tableaux annexes 6.3), les autres consomment pour la plupart du poisson de façon plus occasionnelle (21,6%). Cette habitude, qui varie très peu selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants, s'est répandue depuis 1992 (69,1% de répondants consommant du poisson au moins une fois par semaine en 1992). Les répondants des autres cantons suisses consomment moins fréquemment du poisson de façon hebdomadaire (2017 : 61,5%) mais la fréquence de cette consommation a également augmenté de façon continue depuis 1992 (47,0%).

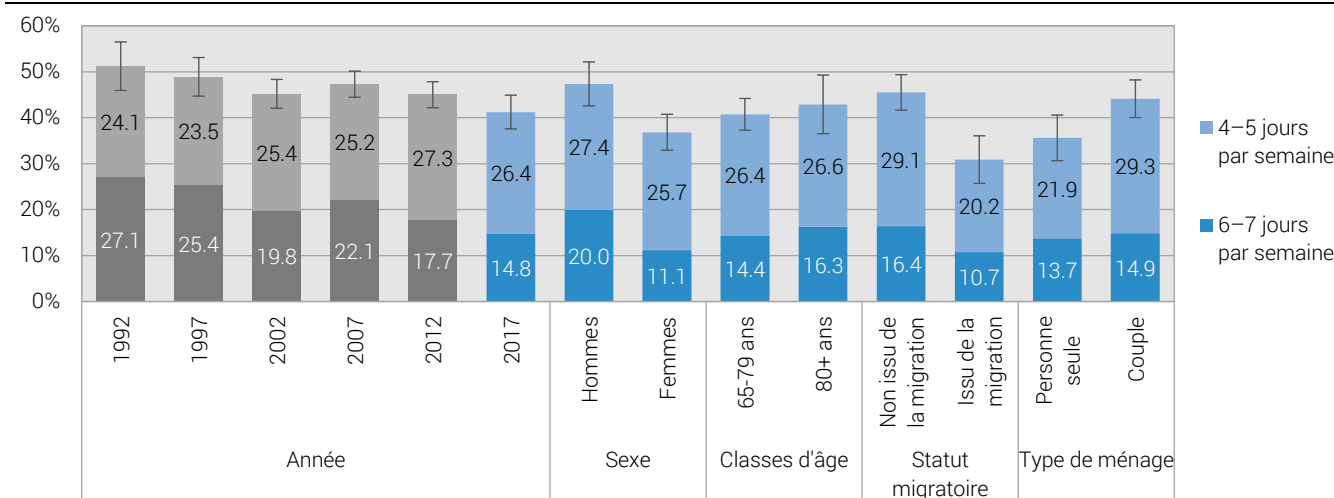
#### Tendance à la baisse pour la consommation de viande

Pour la consommation de viande, la part de répondants consommant de façon presque quotidienne (six ou sept jours par semaine) de la viande a diminué de façon significative entre 1992 et 2017, passant de 27,1% à 14,8% (G 3.3). La majorité des répondants mentionne cependant manger de la viande une à trois fois par semaine (54,1%) et environ un quart (26,4%), quatre à cinq fois par semaine (rarement ou jamais : 4,7%). Des différences de comportement assez nettes apparaissent en fonction du sexe et du statut migratoire : les femmes mangent deux fois moins souvent que les hommes de la viande de façon quasi-quotidienne (11,1% vs 20,0%) et un peu moins de la moitié des personnes sans antécédent migratoire (45,5%) consomme de la viande au moins quatre jours par semaine alors que ce n'est le cas que de 30,9% des personnes issues de la migration.

De plus, les personnes vivant en couple mangent plus souvent au moins quatre fois par semaine de la viande que les personnes vivant seules. Les écarts observés diffèrent de façon significative à l'échelle de la Suisse.

Au niveau régional, on relève encore que les personnes âgées des cantons du Tessin et de Genève consomment moins souvent au moins quatre fois par semaine de la viande (23,5% et 34,7%) que celles des cantons de Fribourg (52,5%), de Neuchâtel (53,0%) et du Jura (59,3%, cf. tableaux annexes 6.3). Dans les autres cantons suisses, cette part est de 50,4%.

**G 3.3 Consommation au moins quatre jours par semaine de viande ou de charcuterie, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 et 2017**



1992 : n=823 ; 1997 : n=995 ; 2002 : n=1474 ; 2007 : n=1721 ; 2012 : n=1695 ; 2017 : n=1688.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012 et 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « 4-5 jours par semaine » et « 6-7 jours par semaine ».

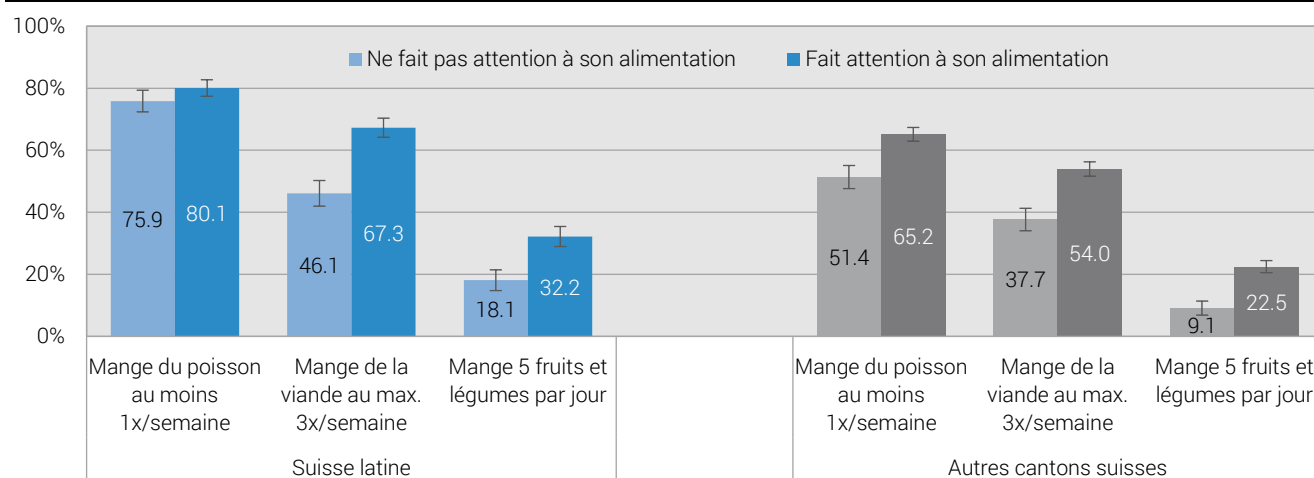
*Les personnes attentives à leur alimentation consomment moins de viande et plus de fruits et de légumes*

De manière générale, six répondants sur dix (59,7%) déclarent être attentifs à leur alimentation (cf. tableaux annexes 6.3). Ces répondants portant une attention particulière à leur alimentation ont plus souvent une consommation occasionnelle de viande (maximum trois fois par semaine, 67,3%) que les répondants qui ne se disent pas attentifs à leur alimentation (46,1%, G 3.4). Ils consomment également plus souvent les cinq portions quotidiennes recommandées de fruits et légumes (32,2% vs 18,1%). Les parts

consommant du poisson au moins chaque semaine sont par contre relativement identiques au sein de ces deux groupes.

Relevons que dans les autres cantons suisses, la part faisant attention à son alimentation atteint 73,1% des répondants âgés de 65 ans et plus (cf. tableaux annexes 6.3). Par rapport à la Suisse latine, la différence entre les deux groupes de répondants y est particulièrement notable pour ce qui concerne la consommation de poisson.

**G 3.4 Habitudes alimentaires selon l'attention portée à l'alimentation, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 2017**



Suisse latine : 1582 <= n <= 1688 ; autres cantons suisses: 3288 <= n <= 3481.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020



### 3.3 Activité physique

#### En bref

L'activité physique est source de nombreux bienfaits pour la santé des personnes âgées. Sur la période 2002-2017, la pratique d'activités physiques s'est considérablement accrue, la part de répondants suffisamment actifs étant passée de 45% à 65%. Les hommes, les classes d'âge plus jeunes ainsi que les personnes ayant un niveau de formation plus élevé sont plus fréquemment physiquement actifs. Néanmoins la progression de l'activité physique a été particulièrement rapide chez les femmes ainsi que chez les répondants sans formation tertiaire.

Chez les personnes suffisamment actives, le risque de présenter des problèmes d'hypertension, de diabète ou d'obésité est moins élevé que chez les autres répondants. La relation entre la pratique d'activité physique et les indicateurs de santé est toutefois difficile à interpréter dans le contexte de l'ESS, l'activité physique pouvant être envisagée tant comme un facteur protecteur que comme moyen d'agir sur les pathologies dès leur apparition.

*Pour les personnes âgées en particulier, l'activité physique est source de nombreux bienfaits*

Les bienfaits d'une activité physique adaptée chez les personnes âgées sont largement reconnus et touchent tant aux dimensions physiques, psychiques et cognitives de la santé ainsi qu'aux risques d'accidents. Un aperçu non exhaustif de la variété de ces bénéfices peut être donné.

De manière générale, l'entraînement cardio-respiratoire joue un rôle important pour la prévention des **maladies cardiovasculaires**, ce qui impacte directement la mortalité (Blain, Vuillemin, Blain, & Jeandel, 2000). L'activité physique est également importante pour le maintien, voire l'augmentation de la **masse musculaire** aux dépens de la masse grasse (Vogel, Schmitt, Kaltenbach, & Lang, 2014). Chez les personnes âgées obèses, l'exercice physique est d'ailleurs privilégié à la restriction calorique qui est susceptible d'instaurer ou de majorer la sarcopénie (diminution de la force musculaire) (Vasseur, 2016). L'activité physique permet également d'augmenter la **densité osseuse**, et d'ainsi diminuer le risque de fracture. Chez les personnes présentant des **troubles cognitifs** légers et donc, un risque accru d'évoluer vers une démence, l'exercice physique peut favoriser une amélioration de l'état, ou du moins, permettre une stabilité. Il a encore été observé

que la participation à un entraînement d'exercices en aérobic s'accompagne d'une réduction des **symptômes dépressifs** et, chez des personnes âgées non dépressives, la participation à de tels programmes d'exercices est associée à une amélioration du sentiment de bien-être psychologique (Blanchet, Chikhi, & Maltais, 2018). Les activités physiques sollicitant la force et la coordination sont également susceptibles de participer à la prévention des chutes (Seematter-Bagnoud, Bize, Mettler, Büla, & Santos-Eggimann, 2011).

Pour toutes ces raisons, l'encouragement à la pratique d'une activité physique apparaît aujourd'hui comme un élément central de la promotion de la santé des personnes âgées (Seematter-Bagnoud et al., 2011).

#### *Recommandations en matière d'activité physique*

Chez les personnes dites « robustes », les recommandations en matière d'activité physique sont à peu près identiques à celles adressées aux adultes de moins de 65 ans. Les deux messages principaux pour les personnes âgées sont, premièrement, qu'il n'y a, a priori, **pas de contre-indication absolue à pratiquer régulièrement une activité physique pour autant qu'elle soit adaptée** et, deuxièmement, que toute occasion de bouger est bonne à saisir. Plus concrètement, il est recommandé de pratiquer chaque semaine au moins deux heures et demie de mouvement, sous la forme d'activités quotidiennes ou de sport d'intensité moyenne, ou une heure et quart de sport ou d'activité physique d'intensité élevée, ou une combinaison d'activités d'intensités différentes. Pour les personnes souffrant de maladies ou de handicap, les recommandations devraient être adaptées afin de correspondre aux besoins spécifiques de chacun (OFSP, 2013).

Dans l'ESS, la durée hebdomadaire de l'activité physique modérée est documentée mais pour les activités physiques intenses, c'est la fréquence des activités et non la durée hebdomadaire qui est renseignée. Aussi, les répondants catégorisés comme « actifs partiels » (et donc non suffisamment actifs) et « actifs irréguliers » (et donc suffisamment actifs) sont-ils susceptibles de satisfaire ou de ne pas satisfaire les recommandations de l'Office fédéral du sport (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Il faut préciser que les activités physiques ne sont pas nécessairement des activités sportives à proprement parler, certaines activités de loisir étant également de nature à nécessiter un effort physique.

**Encadré 5 Correspondance entre les catégories d'activité physique de l'OFS et les recommandations de l'OFSP**

4 catégories (OFS)	Critères OFS	5 catégories (OFS)	Recommandations OFSP	
Inactif	Par semaine : < 30 minutes d'activité physique modérée ou < 1 fois une activité intense	Inactif	Ne satisfait pas la recommandation	Par semaine : ≥ 150 minutes d'activités quotidiennes ou de sport d'intensité moyenne, ou ≥ 75 minutes d'activité physique d'intensité élevée, ou une combinaison d'activités d'intensités différentes
Actif partiel	Par semaine : 30-149 minutes d'activité physique modérée ou 1 fois une activité intense	Actif partiel	Peut satisfaire ou non la recommandation	
Suffisamment actif	Par semaine : ≥ 150 minutes d'activité physique modérée, ou 2 fois une activité physique intense	Actif irrégulier		
	Par semaine : ≥ 150 minutes d'activité physique modérée (min. 5 jours/semaine, min. 30 minutes)	Actif régulier	Satisfait la recommandation	
	Par semaine : au moins 3 fois une activité physique intense	Entraîné		

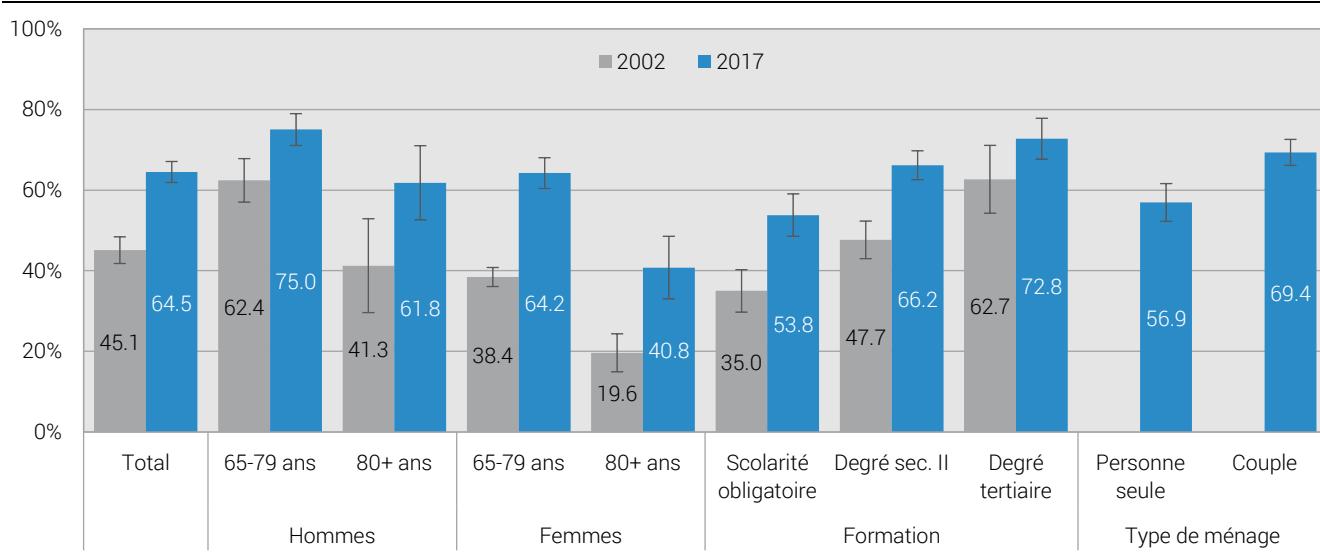
*Essor et diffusion de l'activité physique chez les personnes âgées*

Depuis 2002, la part de personnes âgées considérées comme suffisamment actives a connu une nette progression, passant de 45,1% à 64,5% (G 3.5). Une hausse similaire s'est opérée pour les personnes âgées des autres cantons suisses, dont la fréquence d'activité physique est restée supérieure à celle des latins (de 54,2% de suffisamment actifs en 2002 à 75,0% en 2017, cf. tableaux annexes 6.3).

Les femmes sont moins souvent que les hommes suffisamment actives, et les personnes âgées de 85 ans et plus, moins souvent que les 65-79 ans. En analysant l'évolution des résultats

en fonction du sexe ainsi que de la classe d'âge, il apparaît cependant que les inégalités liées au sexe se sont plutôt atténuées, la pratique d'une activité physique ayant plus rapidement progressé chez les femmes de 65 à 79 ans que chez les hommes de la même classe d'âge. Chez les 80 ans et plus, une hausse notable de plus de 20 points de pourcentage s'est produite pour chaque sexe.

De la même manière, la pratique de l'activité physique reste plus fréquente chez les répondants disposant d'une formation de niveau tertiaire (72,8%) que chez ceux n'ayant pas de formation post-obligatoire (53,8%). Néanmoins, ces différences se sont estompées avec une progression particulièrement rapide de la pratique d'activités physiques chez les personnes sans formation post-obligatoire (+18,8 points de pourcentage depuis 2002).

**G 3.5 Part de répondants suffisamment actifs, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2002 et 2017**

2002 : n=1478 ; 2017 : n= 1692.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2002 et 2017

© Obsan 2020

### Le diabète est le risque cardio-vasculaire le plus corrélé à l'activité physique

En raison des nombreux bénéfices attendus de la pratique d'activités physiques, il est intéressant d'examiner la prévalence de différents problèmes de santé ainsi que la fréquence de certains comportements, en fonction du niveau d'activité des répondants (G 3.6).

La prévalence du **diabète** s'avère nettement plus basse chez les répondants suffisamment actifs (12,5%) par rapport à ceux étant considérés comme insuffisamment actifs (21,8%). Un écart de plus de dix points de pourcentage est également observé entre ces deux groupes de répondants quant à la prévalence de l'**hypertension** (52,8% et 63,3%). Par contre, aucune différence notable en lien avec la pratique d'une activité physique ne peut être observée quant à la prévalence de l'**hypercholestérolémie** (environ 43% dans les deux groupes).

L'activité physique est considérée comme ayant un rôle préventif vis-à-vis des risques cardio-vasculaires ; les résultats concernant l'hypertension et le diabète vont effectivement dans le sens d'un tel effet protecteur. Il n'est cependant pas possible d'en déduire « l'efficacité » de l'activité physique. Outre le fait que les caractéristiques sociodémographiques de ces deux groupes de répondants diffèrent, la relation entre pratique sportive et facteurs de risques cardio-vasculaires peut être envisagée dans les deux sens : le risque de développer une maladie est moindre chez les personnes suffisamment actives mais une activité physique peut également être adoptée afin d'agir sur ces pathologies dès leur apparition. Ces deux mécanismes sont susceptibles de découler sur des résultats divergents, ce qui peut rendre difficile l'interprétation des données.

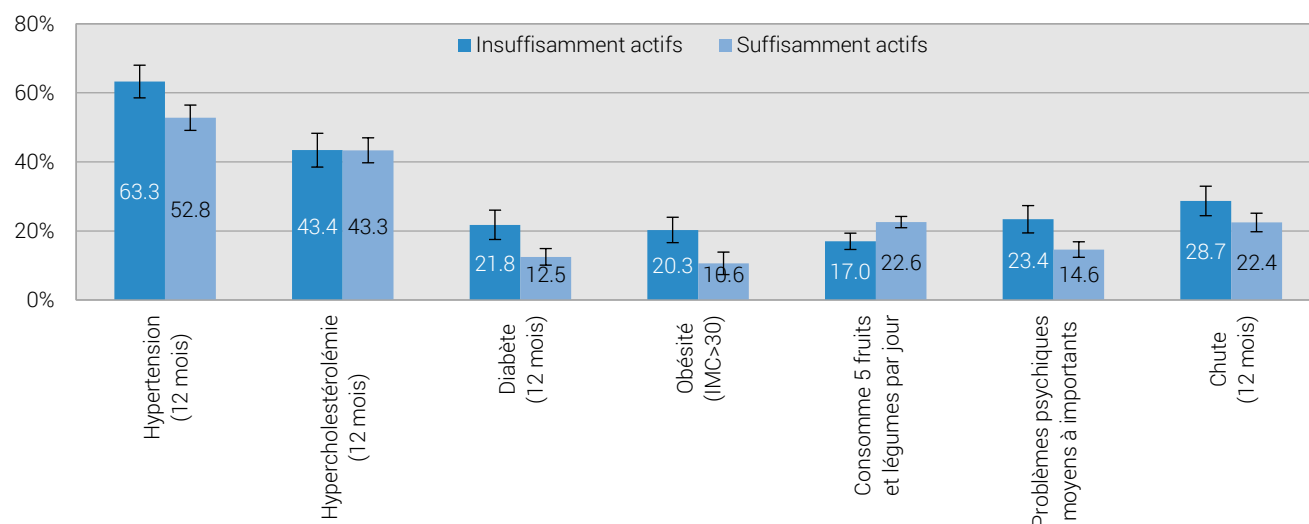
### Un risque d'obésité deux fois moins élevé chez les personnes suffisamment actives

Il est possible que la pratique de l'activité physique s'inscrive dans un faisceau de comportements favorables à la santé. Par exemple, 28,2% des répondants suffisamment actifs déclarent **consommer quotidiennement les cinq fruits et légumes** recommandés contre 23,6% des autres répondants (différence significative à l'échelle de la Suisse). La différence est encore plus marquée entre les deux groupes lorsque l'on considère les répondants mangeant chaque jour au moins 3 portions de fruits et légumes (65,7% et 57,3%). De la même manière, 63,9% des répondants suffisamment actifs déclarent être attentifs à leur alimentation alors que c'est le cas de 53,2% des répondants qui ne seraient pas suffisamment actifs.

Cette association de comportements favorables contribue certainement à expliquer que la **proportion de personnes obèses** soit deux fois plus basse au sein du groupe des suffisamment actifs (10,6%) que celle observée dans le groupe considéré comme insuffisamment actif (20,3%).

La pratique régulière d'une activité physique est également associée à une moins grande fréquence de **problèmes psychiques moyens à importants**. Le sens de la causalité demeure ici encore difficile à saisir, mais sachant que chez les répondants ayant des problèmes psychiques moyens et importants, 46,3% rentrent dans la catégorie des insuffisamment actifs, on pourrait envisager qu'il s'agit là d'un levier susceptible d'améliorer le bien-être de ces personnes.

**G 3.6 Indicateurs de santé selon la pratique d'une activité physique, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



Hypertension : n=1289 ; hypercholestérolémie : n=1293 ; diabète : n=1229 ; obésité : n=1576 ; consommation de fruits et légumes : n=1562 ; problèmes psychiques : n=1557 ; chutes : n=1584.

Suffisamment actifs : Par semaine : ≥ 150 minutes d'activité physique modérée ou ≥ 2 fois une activité physique intense.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'activité physique étant fréquemment mentionnée comme œuvrant à la prévention des chutes, on pourrait finalement s'étonner de constater que les écarts entre les deux groupes quant à la fréquence des **chutes** ne soient pas significatifs (insuffisamment actifs: 28,7% ; suffisamment actifs: 22,4%), même au niveau de la Suisse. Il est possible que ces proportions très proches correspondent en fait à des circonstances bien différentes. Il serait utile de par exemple distinguer les chutes liées à une forme de fragilité des chutes se produisant dans le cadre d'une activité sportive.

### 3.4 Consommation de tabac

#### En bref

La moitié des personnes âgées latines n'a jamais fumé de sa vie et environ un tiers a fumé mais a depuis arrêté. Au final, 15% des latins de 65 ans et plus sont fumeurs en 2017. Ce résultat, relativement stable depuis 25 ans, reflète en fait un effet générationnel avec la hausse de la consommation de tabac au cours de la vie par les femmes, et la diminution de cette consommation chez les hommes. Principalement orientés vers les modes de consommation conventionnels (cigarettes, cigares, pipes), les fumeurs âgés sont plutôt de grands consommateurs, plus de la moitié fumant quotidiennement l'équivalent d'au moins dix cigarettes.

En Suisse, le **tabagisme** est l'une des principales causes de **nombreuses maladies**, de cas d'invalidité et de décès prématurés. Il existe une corrélation marquée entre la consommation de tabac et la mortalité due au cancer du poumon; le tabagisme accroît aussi le risque de développer d'autres cancers (langue, larynx, etc.), des maladies cardiovasculaires ou des affections respiratoires chroniques. En 2012, on estime que les décès dus au tabagisme ont représenté 15% de tous les décès en Suisse (Obsan, 2019).

Si les messages de prévention ont tendance à plutôt cibler un public jeune, il est important de souligner que **même à un âge avancé**, des **bénéfices** peuvent être tirés d'un **arrêt tabagique**. Ces bénéfices, qui ont trait tant à la qualité qu'à la durée de vie, sont souvent méconnus des fumeurs âgés qui entretiennent de fausses croyances à ce sujet (Crettex, 2017). De plus, plus d'un tiers des fumeurs/ses de 65-74 ans (35,8%) et de 75 ans et plus (38,3%) considèrent que leur consommation n'est pas dangereuse pour la santé alors que les plus jeunes paraissent plus conscients des dangers de leur consommation (Notari, Kuendig, & Gmel, 2017).

Il est utile de rappeler qu'entre le moment où les fumeurs âgés ont commencé de fumer et la période actuelle, le **contexte social vis-à-vis du tabac a fortement évolué**. Dans les années 1960 et 1970, fumer était la norme et des valeurs de virilité masculine ou d'émancipation féminine étaient associées à ce comportement (Fernandez & Finkelstein-Rossi, 2010). Les effets du tabagisme sur la santé sont désormais connus et la diminution de la consommation de tabac est devenue un objectif de santé publique.

Les fumeurs se retrouvent dès lors dans un contexte social qui leur est défavorable.

*La moitié des personnes âgées ont fumé au cours de leur vie mais la plupart ont depuis arrêté*

En 2017, 14,6% des personnes âgées fument, 34,9% sont ex-fumeuses et la moitié n'a jamais fumé (50,6%, G 3.7). Si la prévalence du tabac est relativement basse chez les 65 ans et plus par rapport aux plus jeunes (32,0% de fumeurs en Suisse latine pour les 15-64 ans), c'est donc surtout en raison des arrêts tabagiques.

Depuis 1992, la part de fumeurs chez les personnes âgées latines est restée stable (15,6% en 1992). Au cours de ces 25 années, la part d'ex-fumeurs a légèrement augmenté (de 29,9% à 34,9%) alors que la part de non-fumeurs a plutôt diminué (de 54,5% à 50,6%, différences significatives à l'échelle de la Suisse). Des chiffres similaires sont observés dans les autres cantons suisses (cf. tableaux annexes 6.3). Ces résultats recouvrent toutefois des évolutions distinctes en fonction du sexe.

*Hausse du tabagisme au cours de la vie chez les femmes et diminution chez les hommes*

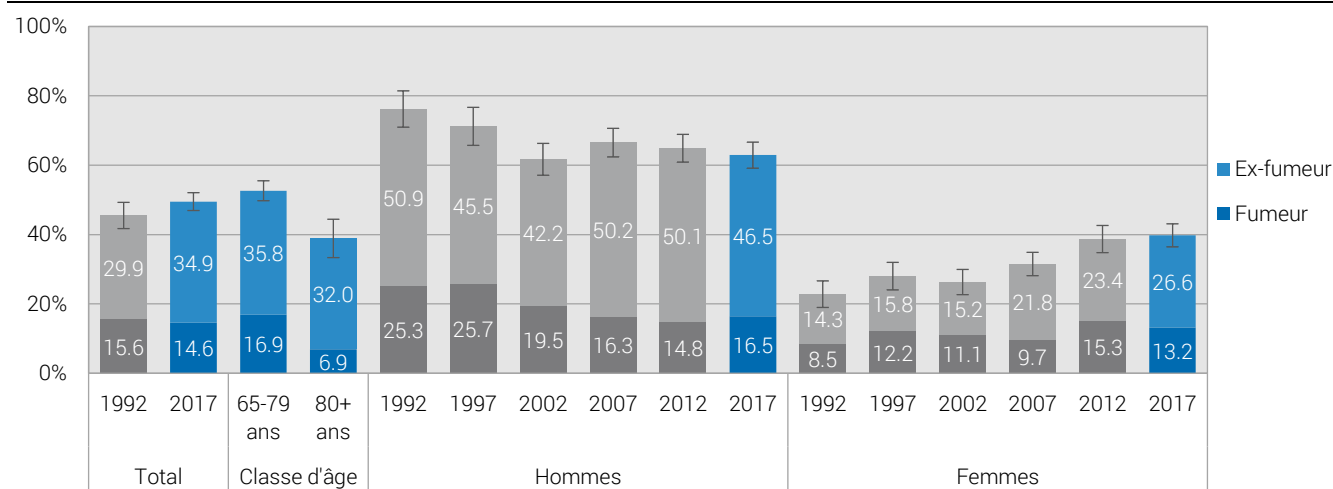
Chez les hommes, le recul du tabagisme s'observe par la diminution de la part de répondants fumant ou ayant fumé au cours de leur vie (de 76,2% en 1992 à 63,0% en 2017). De plus, parmi les hommes ayant consommé du tabac au cours de leur vie, la part ayant renoncé a légèrement augmenté.

**Chez les femmes, la diffusion du tabagisme à partir des années 1960 transparait clairement** dans les résultats. En 1992, moins d'un quart des femmes âgées de 65 à 79 ans étaient fumeuses ou ex-fumeuses (22,8%). En 2017, c'est le cas de 39,8% d'entre elles. En 1992 comme en 2017, environ une femme sur trois, parmi celles ayant fumé au cours de leur vie, fume toujours au moment de l'enquête. Chez les femmes comme chez les hommes, la grande majorité des anciens fumeurs ont arrêté au moins dix ans auparavant (hommes : 89,5% ; femmes : 85,4%, données non représentées).

La distribution des réponses diffère en fonction de la classe d'âge : chez les 65-79 ans, le pourcentage de fumeurs est plus élevé, et celui de non-fumeurs, plus faible, que chez les 80 ans et plus. Ces différences peuvent tenir à des effets générationnels (propres à chaque sexe) mais également à un biais de survie des non-fumeurs chez les personnes les plus âgées.

On peut finalement relever que près de la moitié des fumeurs latins de 65 ans et plus (49,6%) déclarent ne pas souhaiter arrêter de fumer ; 20,0% ont déjà essayé d'arrêter de fumer et 30,4 souhaiteraient arrêter de fumer mais n'ont pas essayé (données non représentées).

### G 3.7 Évolution de la part de fumeurs et d'ex-fumeurs selon le sexe, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 à 2017



1992 : n=875, 1997 : n=992, 2002 : n=1478, 2007 : n=1732, 2012 : n=1700, 2017 : n=1692.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012 et 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Fumeur » et « Ex-fumeur ».

#### Plus de la moitié des fumeurs consomment au moins 10 cigarettes par jour

La cigarette, fumée par 80,4% des fumeurs, reste le principal mode de consommation du tabac (cf. tableaux annexes 6.3). Les autres produits du tabac fumés sont principalement les cigares (10,9% des fumeurs), la pipe (10,5%) et les cigarillos (5,7%). Une petite partie des fumeurs consomme plusieurs de ces produits.

Dans l'échantillon de 1692 répondants, le nombre de personnes consommant des produits tels que la pipe à eau ou le narguilé, les cigarettes électroniques (avec ou sans nicotine) ou les produits du tabac chauffés est marginal (moins de dix personnes pour chacun de ces produits). Le tabagisme chez les personnes âgées revêt donc des formes conventionnelles.

Parmi les fumeurs, 22,8% fument quotidiennement l'équivalent d'au moins 20 cigarettes. Chez 35,0%, cette consommation se situe entre 10 et 19 cigarettes, et chez 31,9%, entre une et neuf cigarettes. Les 10,3% restants sont des fumeurs plus ponctuels (cf. tableaux annexes 6.3). Ce niveau de consommation est globalement supérieur à celui observé chez les fumeurs de la même classe d'âge des autres cantons suisses, ainsi que chez les latins âgés de moins de 15 à 64 ans (données non représentées).

Outre les différences liées à l'âge ainsi qu'au sexe, la prévalence du tabagisme varie peu en fonction des autres caractéristiques sociodémographiques. Dans la mesure où la majorité des répondants ayant fumé au cours de leur vie ont depuis arrêté, c'est surtout au niveau de la part de répondants n'ayant jamais fumé que de telles différences peuvent être observées. Ainsi, la part de répondants n'ayant jamais fumé parmi ceux sans formation post-obligatoire est de 58,4% contre environ 47% pour les autres niveaux de formation (secondaire II : 47,3%, tertiaire : 47,8%, différences significatives à l'échelle de la Suisse, cf. tableaux annexes 6.3).

### 3.5 Consommation d'alcool

#### En bref

Ces dernières années, la consommation d'alcool a suivi des tendances ambiguës. D'un côté, la part de répondants consommant chaque jour de l'alcool a diminué (de 43% en 1992 à 35% en 2017). D'un autre côté, la part de répondants dont la consommation d'alcool peut être considérée comme présentant un risque moyen ou élevé pour la santé (en moyenne au moins 40 grammes d'alcool par jour pour les hommes et 20 grammes pour les femmes) est restée stable depuis 2002 et la part ayant connu, au cours des 12 derniers mois, au moins un épisode par mois d'ivresse ponctuelle (consommation, en une occasion, d'au moins cinq verres pour les hommes et d'au moins quatre verres pour les femmes) a augmenté depuis 2007. Chacun de ces types de consommation à risque concerne environ un répondant sur dix. Les hommes sont plus souvent concernés que les femmes par la consommation ponctuelle excessive ainsi que par la consommation chronique présentant un risque élevé pour la santé.

À la fois bien culturel, bien de consommation et substance psychoactive (Addiction Suisse, 2018), **l'alcool est largement répandu en Suisse** : en 2017, 81,9% de l'ensemble des répondants à l'ESS déclarent boire de l'alcool plus ou moins fréquemment (données non représentées). Cela signifie également que près d'une personne sur cinq ne consomme pas d'alcool. Si chez la plupart des gens, la consommation d'alcool ne comporte que peu de risques, les situations de consommation à risque (« trop

grande quantité, trop souvent, au mauvais moment<sup>27</sup> ») restent répandues. Chez les personnes âgées, la consommation d'alcool soulève des problèmes spécifiques.

De manière générale, on considère que l'alcool **accélère les processus de sénescence**, diminue les facteurs protecteurs de longévité, et augmente la fragilité de l'organisme. Sur le court terme, il augmente le risque de complications neuropsychiatriques, de syndromes confusionnels, de chutes, de dénutrition, etc. Sur le long terme, une consommation importante d'alcool au cours de la vie constitue un facteur de risque pour plusieurs **maladies** (cancer, diabète, hypertension, dépression, etc.). Ces risques augmentent notamment en fonction de la durée d'exposition. Enfin, l'alcool est susceptible d'interférer avec les relations sociales, exposant la personne âgée à la solitude et au repli sur soi (Gache, 2007; OFSP, 2019).

Par ailleurs, les personnes âgées ont une **moindre tolérance** à l'alcool du fait de **modifications physiologiques** liées au vieillissement, notamment la diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse ainsi que la déshydratation de l'organisme.

Chez les personnes consommant des **médicaments**, les **interactions avec l'alcool** sont de surcroît susceptibles d'en majorer les effets toxiques (de l'alcool) et indésirables (des médicaments). Ces différents effets étant encore peu connus, le renoncement à l'alcool peut apparaître comme la solution la plus simple mais elle ne répond pas forcément aux envies ou besoins individuels des personnes concernées (OFSP, 2019).

Cette section présente trois indicateurs : la fréquence de la consommation d'alcool, les niveaux de risques associés à la consommation d'alcool et la fréquence de l'ivresse ponctuelle. La

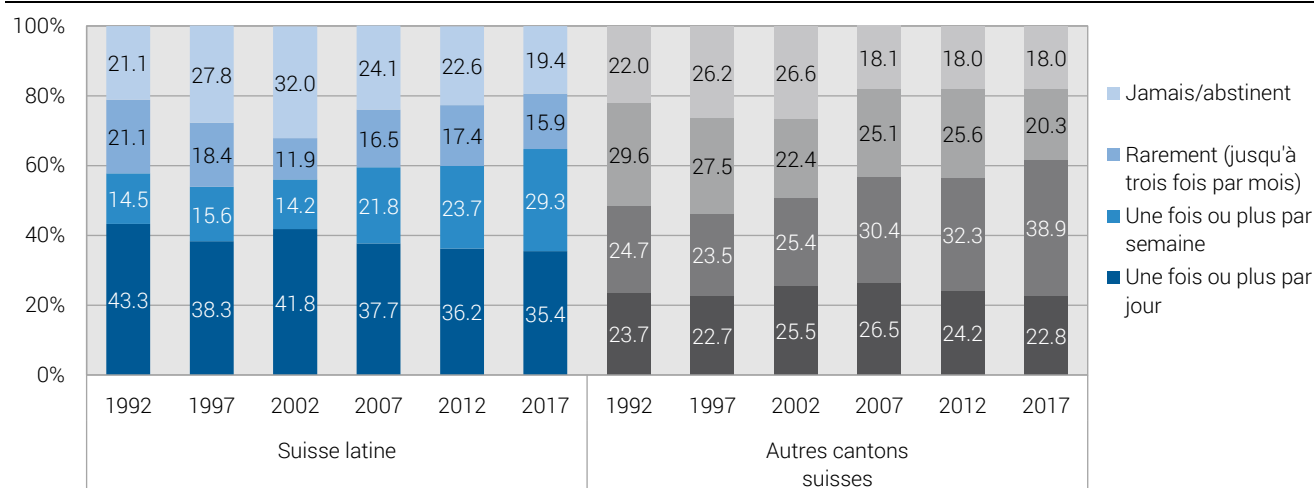
consommation d'alcool est donc abordée tant sous l'angle de la fréquence (chacun des indicateurs) que de la quantité et du mode de consommation (niveaux de risque et ivresse ponctuelle)

### 3.5.1 Fréquence de la consommation d'alcool

#### *Diminution de la consommation quotidienne d'alcool*

En 2017, 19,4% des personnes âgées latines étaient abstinentes, c'est-à-dire qu'elles ne consomment jamais d'alcool, 15,9% des répondants consomment de l'alcool quelques fois par mois, 29,3% en consomment chaque semaine et 35,4%, chaque jour (G 3.8). Cette répartition reflète une diminution de la part de consommateurs quotidiens puisqu'en 2002, ce pourcentage était encore de 41,8%. La part consommant de l'alcool au moins une fois par semaine a fortement augmenté (2002 : 14,2%) mais cette catégorie a pris de l'importance tant au détriment des consommateurs plus fréquents que des plus occasionnels. La fréquence de la consommation quotidienne est plus basse dans les autres cantons suisses (22,8%), les répondants consommant plus souvent de l'alcool au moins une fois par semaine (38,9%). La part de consommateurs hebdomadaires a d'ailleurs augmenté au cours du temps alors que la part de consommateurs plus occasionnels a diminué. Comme en Suisse latine, un peu moins d'un répondant sur cinq est abstinent (18,0%).

**G 3.8 Fréquence de la consommation d'alcool, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 1992 à 2017**



Suisse latine : 1992 : n= 874, 1997 : n=997, 2002 : n=1477, 2007 : n=1731, 2012 : n=1698, 2017 : n=1691 ; autres cantons suisses: 1992 : n= 1828, 1997 : n=1600, 2002 : n=2954, 2007 : n=2711, 2012 : n=3170, 2017 : n=3482.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012 et 2017

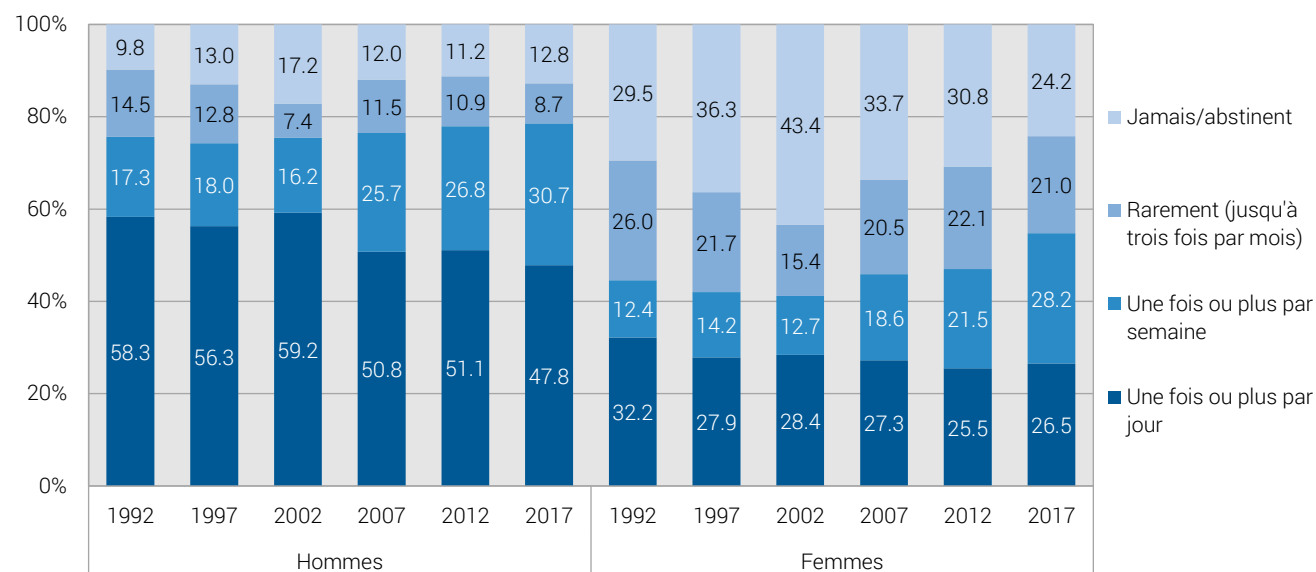
© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Une fois ou plus par semaine » et « Une fois et plus par jour ». Les catégories de réponses « Rarement (jusqu'à trois fois par mois) » et « Jamais / abstinent » ne sont pas représentées.

<sup>27</sup> Par exemple avant de circuler sur la route, dans le cadre professionnel, pendant les activités sportives, chez les femmes enceintes, chez les personnes malades ou sous médication.



### G 3.9 Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 à 2017



Hommes: 1992 : n= 312, 1997 : n=350, 2002 : n=611, 2007 : n=684, 2012 : n=777, 2017 : n=736 ; Femmes : 1992 : n= 562, 1997 : n=647, 2002 : n=866, 2007 : n=1047, 2012 : n=921, 2017 : n=955.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007, 2012 et 2017

© Obsan 2020

#### *Près de la moitié des hommes de 65 ans et plus consomment de l'alcool tous les jours*

Il existe d'importantes différences de comportement entre les hommes et les femmes : près de la moitié des hommes consomment de l'alcool chaque jour (47,8%) alors que c'est le cas de 26,5% des femmes (G 3.9). À l'inverse, un homme sur cinq (21,5%) consomme moins d'une fois par semaine de l'alcool ou est abstinent, alors que cette fréquence de consommation se retrouve chez près de la moitié des femmes (45,2%). Les femmes sont plus souvent abstinentes que les hommes (24,2% et 12,8%), et il est plus fréquent pour les femmes abstinentes que pour les hommes abstinents de n'avoir jamais consommé d'alcool par le passé (69,4% et 45,0%, données non représentées).

Il apparaît que la baisse de la consommation quotidienne observée entre 2002 et 2017 concerne surtout les hommes (de 59,2% à 47,8%). Chez les femmes, aucune évolution significative n'est repérée quant à la fréquence de la consommation quoti-

dienne. Alors que chez les hommes, la fréquence de la consommation hebdomadaire a augmenté pour en partie se substituer à la consommation quotidienne, chez les femmes, la hausse de la fréquence de la consommation hebdomadaire s'est plutôt substituée aux consommations plus occasionnelles.

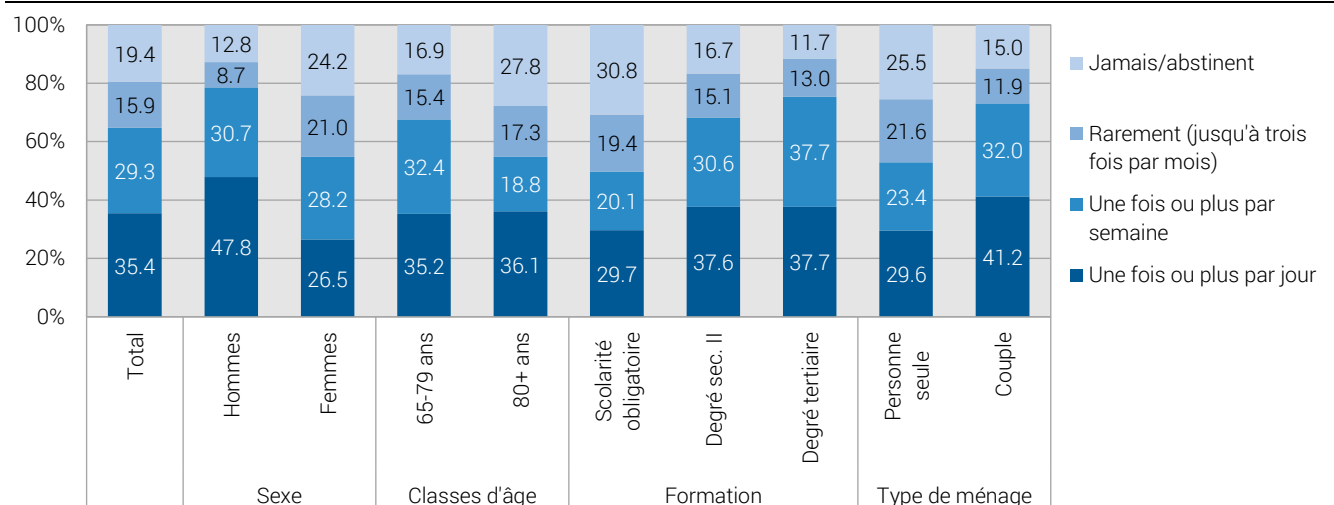
Dans les classes d'âge 65-79 ans et 80 ans et plus, la fréquence d'une consommation quotidienne se maintient à plus d'un tiers des répondants (35,2% et 36,1%). Par contre, la part d'abstinent est plus élevée chez les 80 ans et plus (27,8%) que chez les 65 à 79 ans (16,9%).

Les répondants sans formation post-obligatoire sont plus souvent abstinents et ont tendance à moins souvent boire de l'alcool chaque jour que ceux ayant des formations de niveaux secondaire II ou tertiaire mais la différence n'est significative que pour l'abstinence.

De la même manière, la probabilité d'être un consommateur quotidien est plus élevée chez les personnes vivant en par rapport aux personnes vivant seules. Chez ces dernières, l'abstinence est également plus fréquente.



## G 3.10 Consommation d'alcool, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



n=1489.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

## 3.5.2 Niveaux de risques pour la santé associés à la consommation d'alcool

Du fait de la **vulnérabilité particulière des personnes âgées**, la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL) appelle à une **attention redoublée quant à la consommation d'alcool** de ce groupe de population, sans établir de recommandation particulière. Selon les repères formulés par la CFAL, pour les adultes en bonne santé, on considère que jusqu'à deux verres par jour en moyenne pour les hommes et un verre pour les femmes, la consommation d'alcool présente de faibles risques pour la santé (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). À mesure qu'augmente la consommation quotidienne moyenne d'alcool, on parle de risque modéré, moyen et élevé. Du fait de différences physiologiques entre les hommes et les femmes, une même quantité consommée entraîne une alcoolémie plus élevée chez les femmes. Les repères diffèrent donc en fonction du sexe.

L'OMS a produit une classification établissant les seuils pour une consommation à faible risque à quatre verres par jour pour les hommes (40 grammes d'alcool/jour) et à deux verres pour les femmes (20 grammes/jour) (Gmel, Kuendig, Notari, & Gmel, 2017). À cet égard, les repères formulés par la CFAL pour une consommation à faible risque ont été revus à la baisse sur la base des nouvelles connaissances (CFAL, 2018).

Il est utile de préciser qu'à toute consommation d'alcool correspond un certain niveau de risque. Ainsi la consommation des personnes buvant de l'alcool de façon occasionnelle et modérée est le plus souvent désignée comme présentant un faible risque. On relève également que les personnes consommant de l'alcool chaque jour ne se situent pas forcément dans les catégories de risque les plus élevées, dans la mesure où cette consommation est modérée.

## Encadré 6 Repères concernant la consommation d'alcool quotidienne moyenne

Hommes	Femmes	Risques pour la santé
Ne boit jamais d'alcool / abstinent / Consomme de l'alcool moins d'une fois par mois		➤ Abstinent
0 <= grammes d'alcool par jour <= 20	0 <= grammes d'alcool par jour <= 10	➤ Risques faibles
20 < grammes d'alcool par jour <= 40	10 < grammes d'alcool par jour <= 20	➤ Risques modérés
40 < grammes d'alcool par jour <= 60	20 < grammes d'alcool par jour <= 40	➤ Risques moyens
60 < grammes d'alcool par jour	40 < grammes d'alcool par jour	➤ Risques élevés

Sources : CFAL (2018), OFS (2019).

Niveaux de risques définis en fonction de la fréquence et de la quantité d'alcool consommé au cours des sept derniers jours et des 12 derniers.

Les niveaux de risque se réfèrent à la consommation d'alcool quotidienne moyenne, indépendamment de la survenue d'épisodes d'ivresse ponctuelle.

### Une consommation d'alcool présentant un risque moyen ou élevé pour la santé chez un répondant sur dix

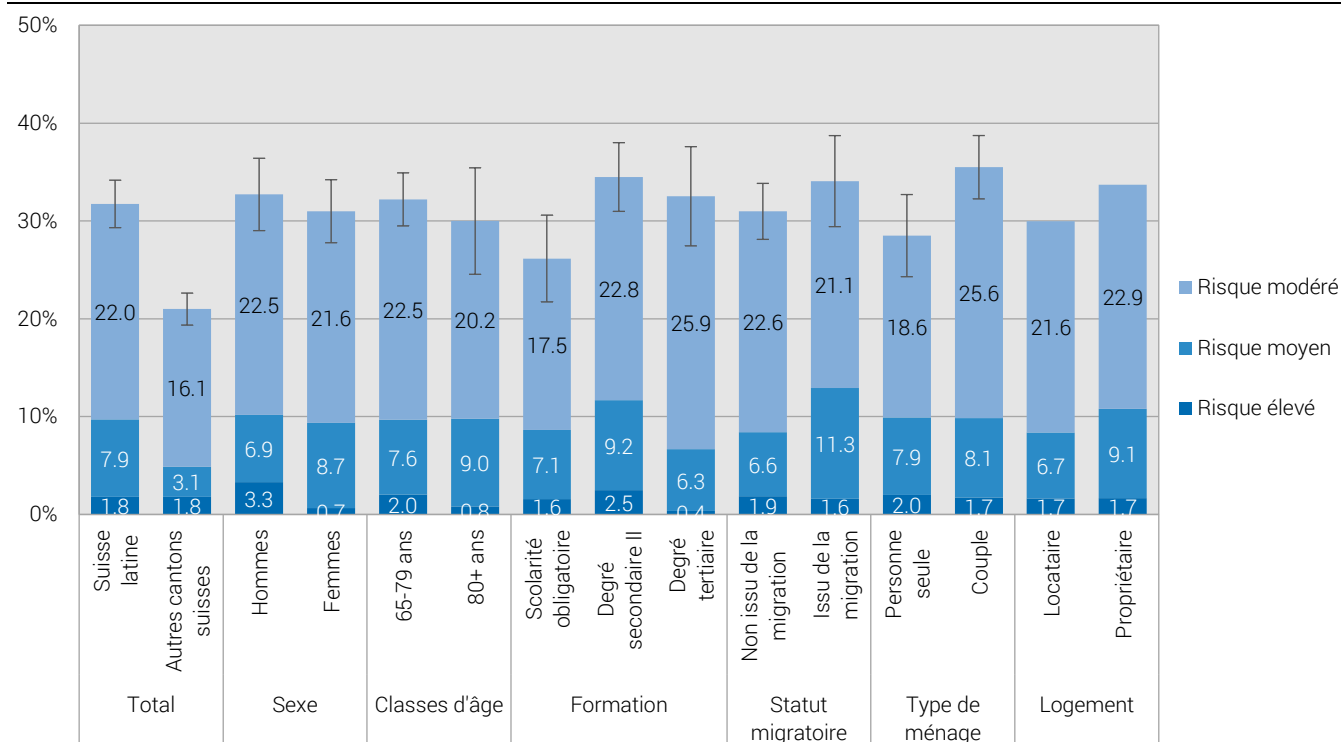
Sur la base des repères énoncés par la CFAL, on peut estimer que la consommation d'alcool présente un faible risque pour la santé chez la moitié des personnes âgées (49,6%). Cette catégorie englobe tant des personnes consommant quotidiennement de l'alcool mais de façon modérée que des personnes ayant une consommation plus occasionnelle. La consommation d'alcool présente un risque modéré pour la santé de 22,0% des répondants, un risque moyen pour 7,9% et un risque élevé pour 1,8% (cf. G 3.11 et tableaux annexes). Les 18,7% restants sont abstinents<sup>28</sup>.

Avec 4,9% de répondants présentant une consommation à risque moyen ou élevé et 16,1% de répondants dont la consommation est associée à un niveau de risque modéré, les autres cantons suisses présentent des pourcentages plus bas, également stable dans le temps.

Si l'on se concentre sur les catégories de répondants dont la consommation d'alcool est associée à des risques moyens et élevés, un répondant sur dix est concerné (9,7%) pour la Suisse latine. Cette part est restée stable depuis 2002 (9,8%, cf. tableaux annexes 6.3). La plupart des répondants dont la consommation présente un risque moyen ou élevé pour la santé boivent de l'alcool quotidiennement.

Chez les personnes pour lesquelles un risque moyen ou élevé est identifié, il n'est pas possible de savoir à quand remonte cette consommation. Selon Gache et Haaz (2007), deux tiers des patients alcoolo-dépendants avancent dans l'âge avec leur addiction préalable alors qu'un tiers des patients développent leur dépendance à un âge plus avancé de leur existence, souvent dans un contexte de deuil, d'isolement, de dépression ou d'autre affection invalidante.

**G 3.11 Consommation d'alcool présentant un risque modéré, moyen ou élevé pour la santé, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



Suisse latine : n=1620 ; autres cantons suisses : n=3330.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Risque moyen » et « Risque élevé ». Les catégories « Abstinents » et « Risque faible » et « Risque modéré » ne sont pas représentées.

<sup>28</sup>. Alors que la question ayant trait à la fréquence de consommation d'alcool (toutes boissons confondues) a été posée à l'ensemble des répondants, les questions ayant trait à la fréquence de la con-

sommation de chaque type de boisson alcoolisée (vin, bière, spiritueux, etc.) n'ont pas été posées lors des entretiens proxy (entretiens réalisés auprès d'intermédiaires). Il en résulte un léger écart entre les graphiques G 3.8 et G 3.11 quant à la fréquence de l'abstinence.

*Les femmes autant concernées que les hommes par la consommation présentant un risque modérée, moyen ou élevé pour la santé*

Les part d'hommes et de femmes dont la consommation d'alcool présente un risque modéré, moyen ou élevé pour la santé sont assez proches. Même si les femmes consomment moins souvent que les hommes de l'alcool de façon quotidienne, cette similitude est rendue possible par le fait que les seuils (en termes de grammes d'alcool par jour) sont plus bas pour les femmes. Néanmoins, il est plus fréquent pour les hommes que pour les femmes de présenter une consommation d'alcool à risque élevé (3,3% et 0,7%). Aucune différence significative ne peut être repérée en lien avec la classe d'âge.

Par rapport au niveau de formation, la fréquence d'un niveau de risque moyen ou élevé est significativement plus élevée chez les répondants du niveau secondaire II (11,7%) que chez ceux du niveau tertiaire (6,7%). Il s'agit là d'une spécificité latine qui ne se retrouve pas au niveau de la Suisse. Si l'on considère ensemble les niveaux de risque modéré, moyen et élevé, les répondants du niveau secondaire II présentent des résultats supérieurs à ceux des répondants sans formation post-obligatoire (34,5% vs 26,2%).

La consommation à risque moyen ou élevé est également plus fréquente chez les personnes issues de la migration que chez celles sans historique migratoire (12,9% et 8,5%, différence significative à l'échelle de la Suisse).

Finalement, un niveau de risque modéré est plus fréquent chez les personnes vivant en couple que chez celles vivant seules (26,6% vs 18,6%, différence significative) mais aucune différence n'est repérée quant aux niveaux de risque moyen et élevé selon la composition du ménage. Ainsi, même s'il est plus fréquent pour les personnes en couple que pour les personnes seules de boire

de l'alcool chaque jour, cette habitude ne débouche pas nécessairement sur une consommation à risque moyen ou élevé. On relève que dans la littérature, l'isolement, la solitude et le sentiment d'inutilité sont considérés comme des facteurs de risque de vulnérabilité des personnes âgées face à l'alcool (Savary, Cornut, & Pinilla, 2018). Il serait intéressant de mieux comprendre dans quelle mesure le fait de vivre seul ou en couple se combine à ces sentiments et expose au risque de consommation excessive.

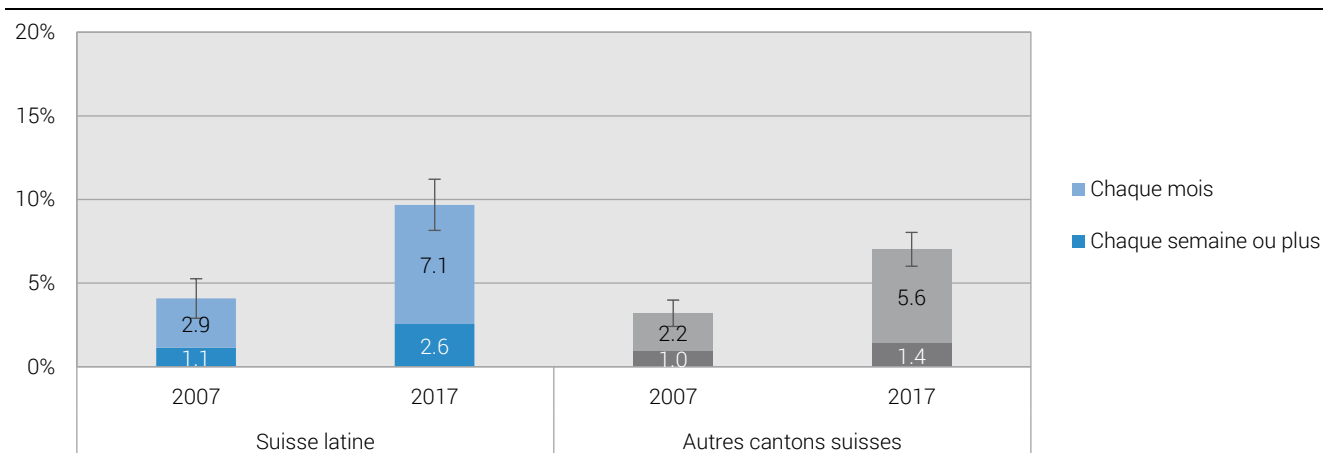
### 3.5.3 Ivresse ponctuelle

L'« ivresse ponctuelle » désigne la consommation, en une occasion, de quatre verres standards ou plus pour les femmes, et de cinq verres standards ou plus pour les hommes. La problématique de la consommation excessive d'alcool en une même occasion est souvent rapportée aux jeunes. Or, même si cette pratique est moins courante chez les personnes âgées, celles-ci sont également concernées.

*Un répondant sur dix a, au moins une fois par mois, un épisode d'ivresse ponctuelle*

En 2017, environ un répondant sur dix pour la Suisse latine, a connu, au cours des 12 derniers mois, au moins un épisode par mois d'ivresse ponctuelle (9,7%, G 3.12). Cette part est deux fois plus importante qu'en 2007 où ce type de consommation concernait 4,0% des répondants (différence significative). Dans les autres cantons suisses, la fréquence de ce comportement a également augmenté mais elle reste à un niveau plus bas qu'en Suisse latine (7,0% en 2017).

**G 3.12 Au moins un épisode d'ivresse ponctuelle par mois au cours des 12 derniers mois, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 2007 et 2017**



Suisse latine : 2007 : n= 1593, 2017 : n=1607 ; autres cantons suisses : 2007 : n= 2592, 2017 : n=3309.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2007 et 2017

© Obsan 2020

L'intervalle de confiance s'applique aux catégories cumulées « Chaque semaine ou plus » et « Chaque mois ». Les catégories « Abstinents » et « Pas dans les 12 derniers mois » et « Moins d'une fois par mois » ne sont pas représentées.

En 2007, l'épisode d'ivresse ponctuelle se réfère aux boissons consommées « en une seule fois » ; en 2017, aux boissons consommées « en une seule occasion ».

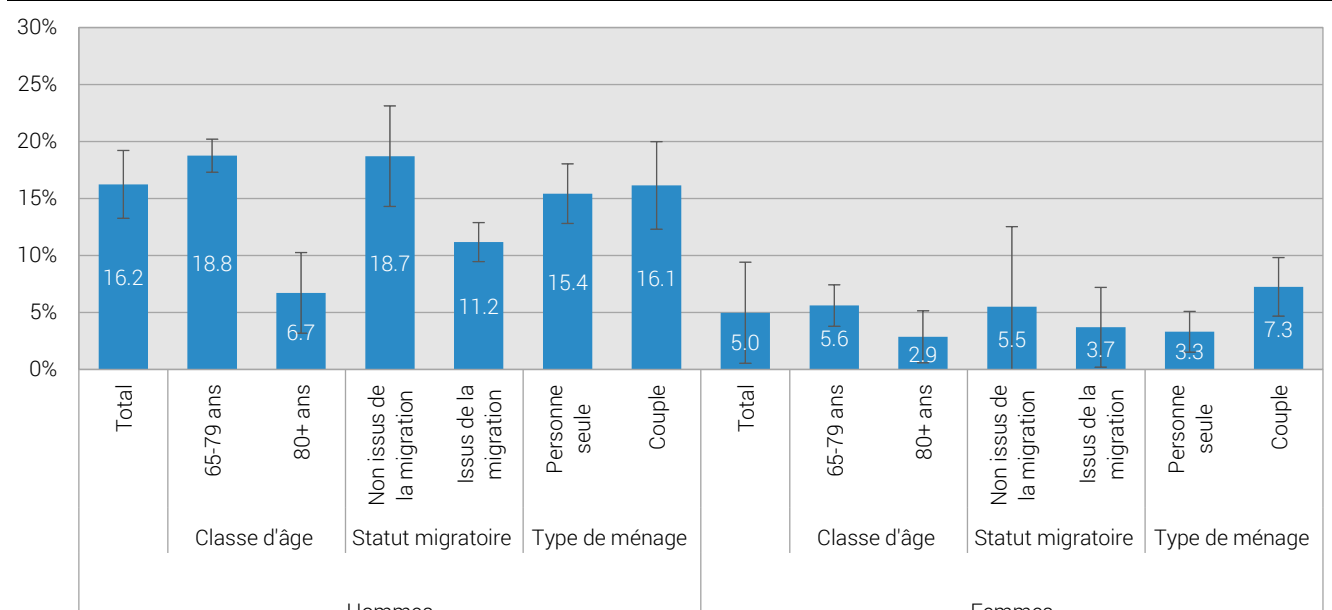
Les hommes rapportent trois fois plus souvent que les femmes avoir connu au moins une fois par mois un épisode d'ivresse ponctuelle (16,2% vs 5,0%, G 3.13). En analysant les autres caractéristiques sociodémographiques des répondants, il est utile de systématiquement distinguer les résultats en fonction du sexe.

Ainsi, entre 65 et 79 ans, presque un homme sur cinq dit connaître des épisodes d'ivresse ponctuelle chaque mois ou plus fréquemment (18,8%) contre 5,6% des femmes de cette classe d'âge. Ce type de consommation devient moins fréquent avec l'avancée en âge, les taux pour les 80 ans et plus passant à 6,7% chez les hommes et à 2,9% chez les femmes.

Ce comportement se retrouve moins souvent chez les hommes issus de la migration que chez ceux sans antécédent migratoire (11,2% vs 18,7%, différence significative à l'échelle de la Suisse). Pour les femmes, aucun effet significatif du statut migratoire n'est à relever.

On n'observe pas de différence quant à cet indicateur selon que les hommes vivent seuls ou en couple. Par contre, chez les femmes, le fait de vivre en couple augmente ce risque par rapport aux femmes vivant seules (7,3% vs 3,3%, différence significative à l'échelle de la Suisse).

**G 3.13 Consommation d'alcool ponctuelle à risque (au moins une fois par mois) selon le sexe, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



n=1607.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

### 3.6 Consommation de médicaments

#### En bref

En 2017, plus des trois quarts des personnes âgées avaient consommé au moins un médicament dans les sept jours précédant l'enquête (77%). Ce pourcentage est en augmentation depuis 1992 (71%). Les médicaments les plus fréquemment consommés sont les médicaments contre l'hypertension, contre les douleurs, contre le cholestérol et pour le cœur. 24% des répondants déclaraient avoir consommé trois ou quatre types de médicaments différents au cours des sept derniers jours et 6%, au moins cinq. Le nombre de médicaments consommés augmente avec l'avancée en âge. Un répondant sur cinq a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des sept derniers jours (20%). Ce pourcentage a baissé par rapport à 2007 (26%). La consommation de médicaments psychotropes est particulièrement élevée chez les femmes de 80 ans et plus (33%).

Les **traitements médicamenteux** peuvent apporter des **bénéfices aux personnes âgées**, notamment pour le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie ainsi que pour la prévention des complications associées aux maladies chroniques (Lang, Takeda, Vogel, & Rassam-Hasso, 2017).

Toutefois, l'apparition successive de différentes maladies chroniques et pathologies s'accompagne souvent d'une multiplication des prescriptions médicamenteuses, augmentant le risque de **prescriptions inappropriées**. Celles-ci comprennent les mauvaises prescriptions (effets indésirables, interactions potentiellement néfastes et posologies ou durées incorrectes), les sur-prescriptions (utilisation de médicaments n'étant pas cliniquement indiqués) et les sous-prescriptions (absence d'utilisation d'un médicament potentiellement bénéfique (Scheen, 2014)). Ces pratiques peuvent s'expliquer par les modifications pharmacologiques avec l'âge, par l'absence de coordination entre les prescripteurs ainsi que par l'automédication ou par la mauvaise observance des patients. Par ailleurs, peu d'études cliniques portent sur des patients

âgés, ceux-ci pouvant être exclus en raison de comorbidités, de l'utilisation concomitante d'autres médicaments ou d'une santé fragile (Jansen & Brouwers, 2012).

Pour désigner l'ensemble des effets néfastes qui peuvent être provoqués par les médicaments, on parle d'**iatrogénie médicamenteuse**. Ces effets peuvent se manifester sous diverses formes, notamment effets cardio-vasculaires, fatigue, diminution de l'appétit, sensations vertigineuses, pertes de mémoire et troubles digestifs ou urinaires. Les chutes et fractures dont sont victimes les personnes âgées ont d'ailleurs souvent une origine médicamenteuse. Prises ensemble, ces différentes manifestations constituent autant de risques de perte d'autonomie pour la personne âgée.

Il existe un risque que ces manifestations soient interprétées comme faisant partie du processus naturel de vieillissement. C'est par exemple le cas lorsque des problèmes d'incontinence urinaire ou des problèmes cognitifs surviennent. Or, le praticien peut limiter ces risques iatrogéniques en **optimisant les prescriptions**. Il s'agit d'évaluer la pertinence de chaque médicament en fonction de critères tels que les objectifs de soins, des effets secondaires potentiels, des préférences du patient, de son espérance de vie (Lang et al., 2017; Scheen, 2014).

Si la réduction du nombre de médicaments pris par une personne âgée ne constitue pas forcément un objectif en soi, leur diminution peut cependant améliorer les conditions de vie bien qu'il ne soit pas possible d'établir un seuil fixe (Burger, 2011).

#### *Plus des trois quarts des personnes âgées consomment au moins un médicament*

En 2017, 77,2% des répondants ont déclaré avoir pris un médicament quelconque au cours des sept derniers jours. La part de consommateurs de médicaments est en hausse puisqu'en 1992, ce pourcentage était de 70,8%. Chez les 65 à 79 ans, cette part est de 75,1% et elle augmente pour passer à 84,2% chez les 80 ans et plus. Aucune différence entre les hommes et les femmes n'est observée (cf. tableaux annexes 6.3).

#### *Médicaments les plus souvent consommés, les hypertenseurs sont pris par quatre répondants sur dix*

L'ESS passe en revue la consommation de dix types de médicaments. Il est à noter que même si plusieurs médicaments différents peuvent être pris pour un même problème, ceux-ci sont comptés comme un seul type de médicament. Les catégories de médicaments énoncées étant assez vastes et peu définies, il existe un risque que les répondants aient procédé à de mauvaises classifications (Roth & Moreau-Gruet, 2011). La consommation de médicaments peut néanmoins être estimée au moyen des données disponibles.

Chez les 65-79 ans, le type de médicaments le plus fréquemment consommés sont ceux contre l'hypertension (37,2%, G 3.14). Les médicaments contre le cholestérol et ceux contre les

douleurs arrivent en deuxième (27,7%) et en troisième position (26,8%). On relève que la plupart des consommateurs d'analgésiques n'ont pas pris ce type de médicament de façon quotidienne au cours des sept derniers jours (au moins une fois au cours des sept derniers jours : 16,5% ; de façon quotidienne au cours des sept derniers jours et 10,3%, données non représentées). De la même manière, un peu plus de 70% des personnes ayant pris des somnifères, des calmants ou des tranquillisants au cours des sept derniers jours ont en fait consommé ces médicaments de façon quotidienne.

Avec l'avancée en âge, la consommation de médicaments augmente. La moitié des 80 ans et plus prennent des médicaments contre l'hypertension (50,4%), quatre sur dix prennent des médicaments contre la douleur (38,4%) et 36,2% des médicaments pour le cœur. La part prenant des médicaments contre le cholestérol (31,0%) n'augmente pas de façon significative par rapport aux répondants âgés de 65 à 79 ans. À nouveau, relevons que si les médicaments les plus fréquemment consommés sont la plupart du temps pris de façon quotidienne, un peu moins de la moitié des consommateurs d'analgésiques au cours des sept derniers jours n'ont pas consommé ce médicament de façon quotidienne.

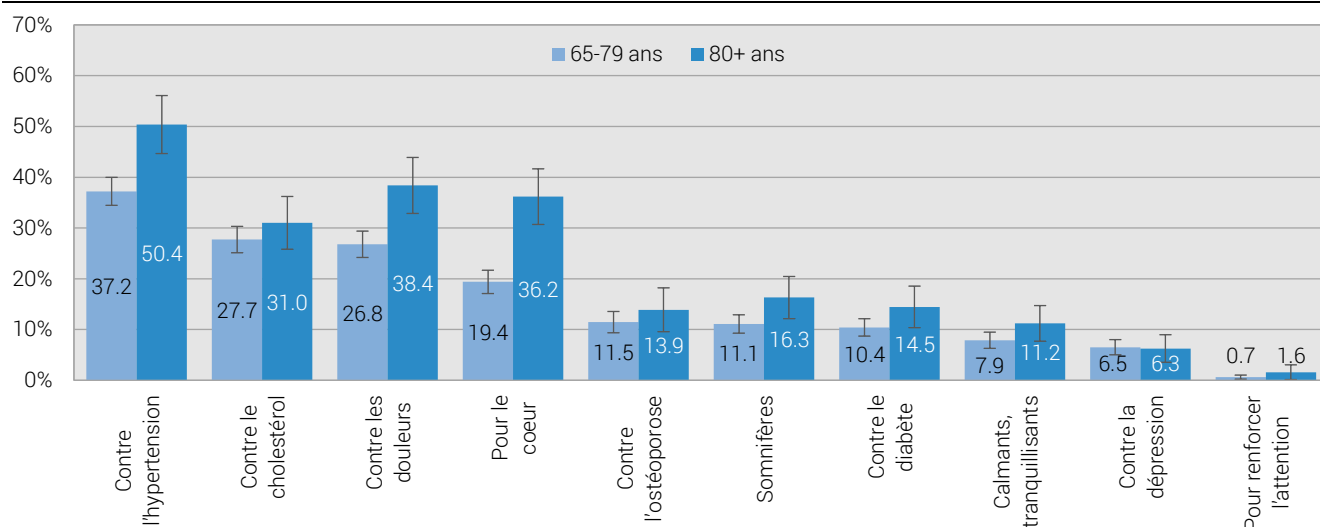
Pour ce qui concerne les calmants et tranquillisants ainsi que les somnifères, une légère hausse de la consommation, significative à l'échelle de la Suisse, est observée entre les 65-79 ans et les 80 ans et plus. Aucune différence significative entre ces deux classes d'âge n'est repérée pour ce qui concerne la consommation de médicaments contre le diabète, contre l'ostéoporose, contre la dépression et pour renforcer l'attention.

Précisons encore que pour ce qui concerne les somnifères, les analgésiques et les calmants, plus de 90% des consommateurs déclarent prendre ces médicaments sur prescription d'un médecin (respectivement 93,5%, 96,1% et 90,7%, données non représentées). La part de consommateurs en l'absence de prescription médicale est plus élevée chez les 15-34 ans, qui comptent néanmoins peu de consommateurs.

#### *Les personnes avec une scolarité obligatoire ont une plus grande fréquence de consommation de médicaments*

Pour plusieurs de ces médicaments, une fréquence de consommation plus élevée est observée chez les répondants sans formation post-obligatoire par rapport aux répondants avec formation de niveau secondaire II et/ou tertiaire. Il s'agit des médicaments pour le cœur, contre les douleurs et contre l'ostéoporose ainsi que des somnifères et de l'ostéoporose (cf. tableaux annexes 6.3).

Le fait de vivre seul plutôt qu'en couple est associé à une fréquence de consommation d'antidouleurs et de médicaments contre l'ostéoporose plus élevée. De plus, les répondants issus de la migration prennent plus souvent que ceux sans antécédents migratoires des médicaments contre le diabète.

**G 3.14 Consommation de médicaments (7 derniers jours), selon la classe d'âge personnes âgées de 65 et plus, Suisse latine, 2017**

65-79 ans : 1340 <= n <= 1348 ; 80+ ans : 338 <= n <= 344.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

### 3.6.1 Polymédication

*30% des personnes âgées consomment au moins trois types de médicaments*

Il n'existe pas de définition de la polymédication faisant consensus. Pour les besoins de l'analyse, nous parlons de polymédication « majeure » pour désigner la consommation au cours des sept derniers jours d'au moins cinq types de médicaments parmi ceux énumérés ci-dessus et de polymédication « mineure » pour désigner la prise de trois ou quatre types de médicaments.

En 2017, la polymédication mineure concerne 23,5% des répondants latins âgés de 65 ans et plus et la polymédication majeure, 6,4% (G 3.15). Ces deux catégories prises ensemble, la polymédication s'avère un peu plus fréquente en Suisse latine que dans les autres cantons suisses (29,9% vs 25,5%, différence significative).

Relativement basse chez les moins de 55 ans, la fréquence de la polymédication s'accroît ensuite progressivement avec l'avancée en âge : partant de 17,4% des répondants âgés de 55 à 64 ans ayant pris au moins trois types de médicaments au cours des sept derniers jours, ce pourcentage passe à 25,2% chez les 65-74 ans, à 32,7% chez les 75-84 ans et à 43,4% chez les 85 ans et plus. Au sein de cette dernière classe d'âge, c'est surtout la part de répondants consommant au moins cinq médicaments différents qui augmente (de 6,7% chez les 75-84 ans à 14,5% chez les 85+ ans).

On précise encore que les résultats des hommes et des femmes sont très proches (26,6% et 26,8% consommant au moins trois médicaments, cf. tableaux annexes 6.3).

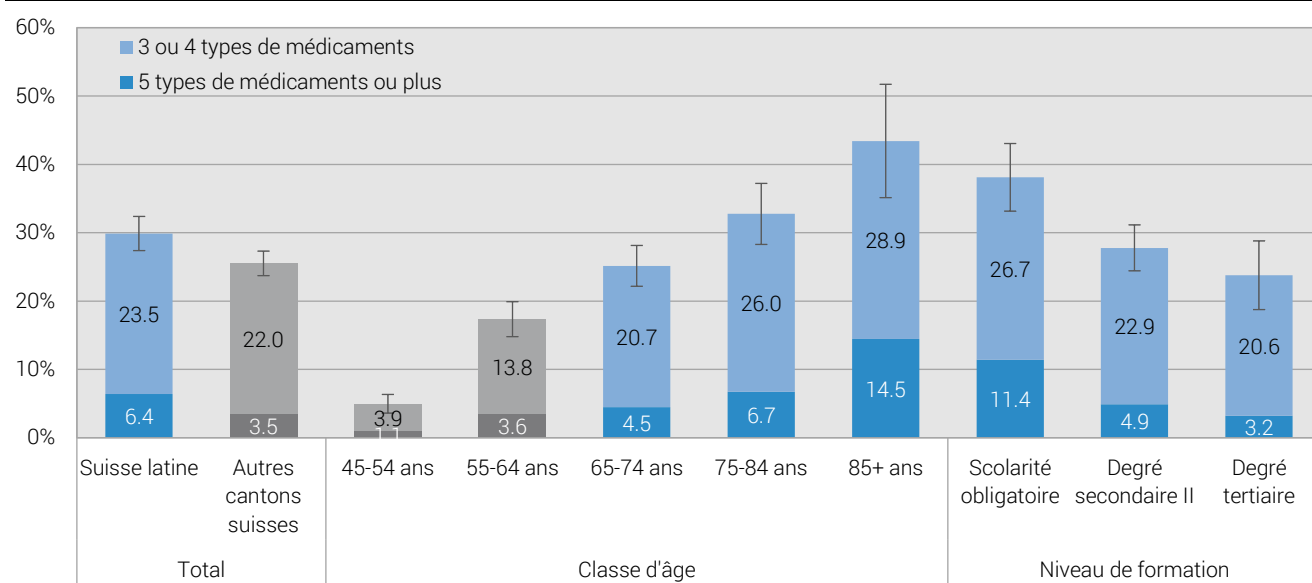
La polymédication est également corrélée au niveau de formation. La part consommant au moins trois médicaments passe de 23,8% chez les répondants du niveau tertiaire à 27,8% chez ceux disposant d'une formation de niveau secondaire II et à 38,1%

chez les répondants sans formation post-obligatoire. Ces différences reflètent certainement les différences quant à l'état de santé des répondants des différents niveaux de formation. On peut préciser que les différences liées au niveau de formation ne sont significatives qu'au sein de la classe d'âge des 65-79 ans (respectivement 21,3%, 25,8% et 33,4%, données non représentées) et que celles-ci s'aplanissent chez les 80 ans et plus (38,4%, 35,1% et 47,2%).

*16,5% des répondants consomment de l'alcool chaque jour tout en prenant au moins un type de médicament*

La plupart des médicaments ont des effets secondaires, lesquels sont en général accentués par la consommation d'alcool (OFSP, 2019). Il y a donc lieu d'être attentif à la **consommation conjointe de médicaments et d'alcool**. Il s'avère que les répondants buvant quotidiennement de l'alcool consomment aussi souvent des médicaments que ceux ne buvant pas d'alcool à une telle fréquence. Cela implique que sur la totalité des répondants latins âgés de 65 ans et plus, 28,3% boivent de l'alcool chaque jour et consomment au moins un type de médicament : 16,5% prennent un ou deux types de médicaments et 11,8% prennent au moins trois types de médicaments (données non représentées).

De la même manière le nombre de types de médicaments consommés ne diffère pas selon le niveau de risque pour la santé associé à la consommation d'alcool moyenne quotidienne. Cela signifie que sur l'ensemble des répondants, 25,0% consomment au moins un type de médicament tout en ayant une consommation d'alcool à laquelle est associée un niveau de risque modéré, moyen ou élevé : 15,4% prennent un ou deux types de médicaments et 9,7% prennent au moins trois types de médicaments (données non représentées).

**G 3.15 Polymédication (7 derniers jours), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**

Suisse latine: n=1549 (65+ ans), n=2228 (45-64 ans); autres cantons suisses: n=3188.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Les données des 45 à 64 ans ne sont pas incluses dans le total et dans les autres variables d'analyse.

### 3.6.2 Médicaments psychotropes

Finalement, la consommation de médicaments peut être décrite selon qu'il s'agit de psychotropes ou de non psychotropes (Encadré 7). L'indicateur représenté (G 15) comprend les répondants ayant consommé au cours des sept derniers jours des somnifères, des calmants ou des médicaments contre la dépression.

En 2017, un répondant latin de 65 ans et plus sur cinq avait consommé au moins un médicament psychotrope au cours des sept derniers jours (20,3%). Ce résultat témoigne d'une légère baisse de la consommation de médicaments psychotropes par rapport à 2012 (25,9%, différence significative). Ce type de médication reste toutefois plus répandu que dans les autres cantons suisses (15,2%).

La prise de médicaments psychotropes est moins courante chez les hommes que chez les femmes. Ceux-ci sont environ 14,0% à avoir consommé ce type de médicament au cours des sept derniers jours, indépendamment de la classe d'âge. Chez les 65-79 ans, 22,4% des femmes avaient pris des psychotropes au cours des sept derniers jours et la prévalence de cette consommation augmente pour passer à 32,5% chez les 80 ans et plus.

La prise de psychotropes est également corrélée au niveau de formation. La part de consommateurs passe de 13,9% chez les répondants du niveau tertiaire à 19,4% chez ceux disposant d'une formation de niveau secondaire II et à 26,8% chez les répondants sans formation post-obligatoire. Les différences en fonction du niveau de formation ne sont pas liées à la composition par âge de ces catégories de répondants puisqu'elles se retrouvent dans les deux classes d'âge (données non représentées).

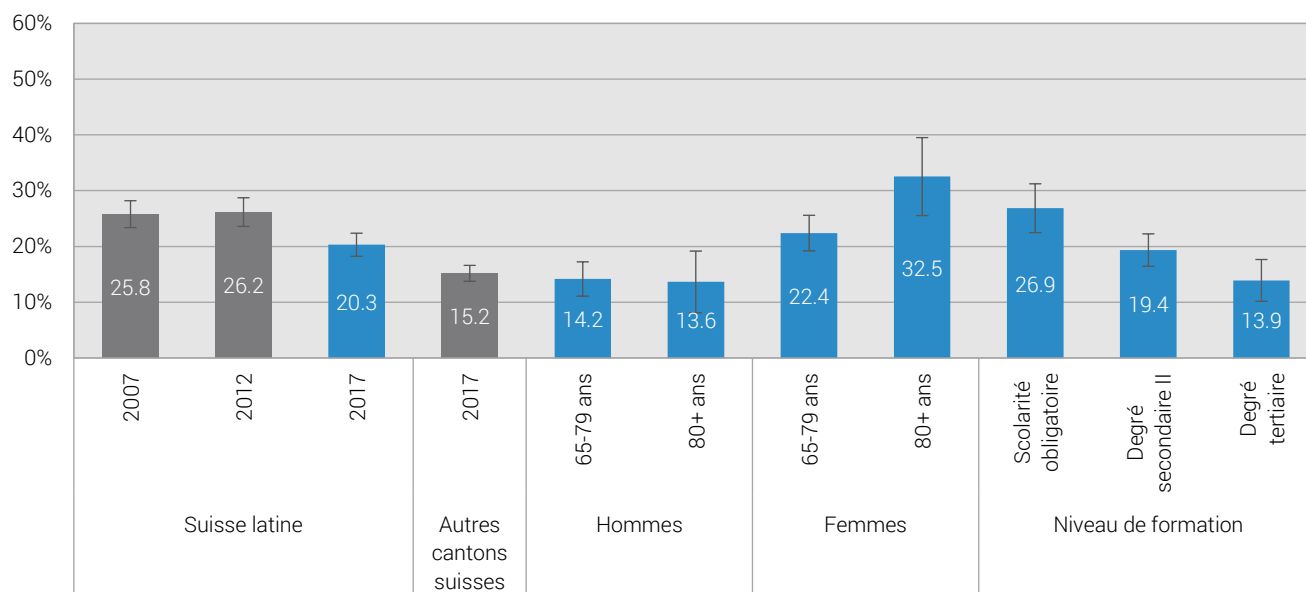
#### Encadré 7 Médicaments psychotropes, définition et risques

De nombreuses personnes souffrant de difficultés psychiques suivent un traitement à base de médicaments psychotropes. Ceux-ci englobent les tranquillisants et somnifères, les antidépresseurs, les médicaments pour le traitement des troubles bipolaires et les neuroleptiques.

Les psychotropes sont des médicaments qui agissent sur le métabolisme du cerveau, soit sur la concentration des neurotransmetteurs dans la fente synaptique, soit sur leur capacité à se lier aux récepteurs. On suppose que, en cas de maladie, il y a trop ou pas assez de médiateurs chimiques dans la fente synaptique, ce qui accroît ou diminue fortement la transmission de l'information entre les neurones. L'utilisation des psychotropes vise à supprimer ce déséquilibre. Comme il n'est pas possible de faire en sorte que les médicaments n'agissent que sur certaines zones de contact, ceux-ci provoquent des effets secondaires indésirables.

En raison des effets indésirables qui y sont liés, la consommation de médicaments psychotropes fait l'objet d'une attention particulière. On peut notamment mentionner les effets de sédation qui augmentent le risque de chute, la confusion mentale, les effets amnésiants ou l'aggravation d'une incontinence urinaire. Sources : Knuf, A. et Osterfeld, M. (2008). "Les médicaments psychotropes. Information pour un usage éclairé des psychotropes." Pro Mente Sana. Roche, J. (2003). "Effets secondaires des psychotropes chez la personne âgée." La Revue de gériatrie 28(10): 827.



**G 3.16 Consommation de médicaments psychotropes (7 derniers jours), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**

Suisse latine: n=1683 (2007), n=1681 (2012), n=1721 (2017); autres cantons suisses: n=2968.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2007, 2012 et 2017

© Obsan 2020

Par rapport à la question traitant de la consommation de médicaments en général, cet indicateur est construit sur une base de répondants légèrement réduite en raison de la non réponse aux questions concernant la prise de chaque type de médicament). La part de répondant ne prenant pas de médicament est donc légèrement supérieure ici (23,3% en 2017 vs 22,8%, voir ci-dessus).

### *7,3% des répondants consomment de l'alcool chaque jour tout en ayant pris au moins un médicament psychotrope*

De la même manière que la consommation générale de médicaments ne varie pas selon la consommation d'alcool des répondants, la prise de médicaments psychotropes ne varie pas selon que les répondants consomment quotidiennement de l'alcool ou non, et selon le niveau de risque pour la santé associé à la consommation d'alcool. Il en résulte que sur la totalité des répondants, 7,3% consomment de l'alcool chaque jour et ont pris au moins un médicament psychotrope au cours des sept derniers jours. Il apparaît également que 6,3% ont une consommation d'alcool présentant un risque modéré, moyen ou élevé pour la santé, tout en ayant pris au moins un médicament psychotrope au cours des sept derniers jours.

## 3.7 Consommation de substances illicites

Une fois les consommations de tabac, d'alcool et de médicaments examinées, il est légitime de se demander ce qu'il en est de la consommation de substances illicites. Il s'agit là d'un domaine relativement peu documenté, notamment du fait qu'il est présumé que l'usage de substances illicites diminue avec l'âge ou

que les personnes concernées décèdent (Marquette, Guillou-Landreat, Grall-Bronnec, Vermeulen, & Vénisse, 2010). En outre, la consommation de substances illicites est un sujet sensible qui reste soumis au « biais de désirabilité sociale », ce qui peut entraîner une sous-estimation du phénomène (Tourangeau, Rips, & Rasinski, 2000).

### *Presque pas de consommation de substances illicites au moment de l'enquête*

Dans l'ESS, les questions liées à la consommation de substances illicites ne sont posées qu'aux personnes âgées de 15 à 74 ans. Pour les personnes âgées, les résultats ne concernent donc que la classe d'âge allant de 65 à 74 ans. Parmi ces répondants, une minorité de 7,9% déclare avoir consommé de telles substances au cours de sa vie (cf. tableaux annexes 6.3). Sur l'échantillon de 1002 répondants, seules quelques personnes déclarent avoir consommé de l'héroïne, de la cocaïne, de l'ecstasy ou une autre drogue (moins de cinq pour chaque substance), mais pas au cours des 12 derniers mois. Aucun répondant n'a déclaré avoir consommé l'une de ces substances au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Chez les personnes ayant consommé des substances illicites la drogue au cours de leur vie, il s'agit essentiellement de cannabis : 6,0% des répondants en ont consommé il y a plus de 12 mois, et 0,8%, au cours des 12 derniers mois.

## 4 Recours aux soins

Le recours aux soins de la population est abordé à travers plusieurs types de prestations. Dans le domaine médical, on distingue les consultations en cabinet (4.1) du recours aux prestations hospitalières (4.2), qu'elles soient ambulatoires ou stationnaires. La pratique d'examens préventifs (4.2), notamment dans le domaine cardiovasculaire ainsi que par rapport à différents types de cancers est également décrite. Le recours aux médecines complémentaires est ensuite documenté (4.4), passant en revue différents types de thérapies. Le thème de l'aide et des soins au domicile est ensuite abordé (1.1). Pour l'aide reçue, on distingue l'aide formelle reçue de services d'aide et de soins à domicile de l'aide informelle venant de proches. Les répondants sont également interrogés quant à l'aide que ceux-ci délivrent à autrui. Finalement, la synthèse est faite du recours à l'ensemble des types de prestataires (0).

L'ESS présente l'avantage de documenter non seulement le recours aux différentes prestations de santé, mais également le non-recours puisque l'échantillon est représentatif de l'ensemble de la population. De plus, l'ESS permet d'analyser le recours conjoint à plusieurs prestataires de santé, ce que les statistiques administratives ne permettent pas forcément. Par contre, ces données peuvent être soumises à un biais de mémoire, en particulier pour les questions portant sur les examens préventifs réalisés plusieurs années auparavant.

### 4.1 Consultations médicales en cabinet

#### En bref

- 91% des répondants rapporte au moins une consultation médicale au cours des 12 derniers mois, ce qui implique que 9% n'ont eu aucun contact avec un médecin dans ce laps de temps.
- 86% des répondants ont consulté un médecin généraliste et 55% ont consulté un médecin spécialiste.
- Les 65-79 ans vont plus souvent chez un médecin spécialiste (57%) que les 80 ans et plus (49%) qui eux rapportent plus souvent des consultations chez le médecin généraliste.
- Les détenteurs d'une formation de niveau tertiaire sont particulièrement enclins à consulter un médecin spécialiste (67% vs 46% pour les répondants sans formation post-obligatoire)

alors que la part de répondants sans formation post-obligatoire ayant consulté un médecin généraliste est plus importante (89% vs 84% pour les personnes avec formation de niveau tertiaire), avec un nombre moyen de visites par répondant plus élevé (3,2 vs 2,5).

*9 répondants sur 10 ont consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois*

La majorité des répondants se sont rendus au moins une fois chez un médecin généraliste ou chez leur médecin de famille<sup>29</sup> au cours des 12 mois précédant l'enquête (86,2%, G 4.1). La moitié des personnes âgées rapporte une ou deux consultations au cours des 12 derniers mois (50,3%), environ un quart, trois à cinq consultations (24,6%), et les 11,3% restants, six consultations ou plus. Ces fréquences correspondent à une moyenne de 2,8 consultations par répondant (cf. tableaux annexes 6.3).

*Recours moins fréquent mais plus généralisé au médecin de premier recours*

Par rapport à 2012, la part n'ayant pas consulté au cours des 12 derniers mois a légèrement diminué (de 16,9% à 13,8% en 2017, différence significative à l'échelle de la Suisse), tout comme la part rapportant au moins trois consultations (de 42,8% à 36,9%, différence significative). Par contre, la part de répondants déclarant une ou deux consultations a augmenté de dix points de pourcentage (de 40,3% à 50,3%). Ces évolutions reflètent donc une forme de diffusion du recours au médecin de premier recours, mais avec des visites moins fréquentes. Dans l'ensemble, le nombre moyen de consultations par répondant a diminué (de 3,5 en 2012 à 2,8 en 2017, différence significative).

*Recours au médecin généraliste plus fréquent avec l'avancée en âge*

Les résultats pour les hommes et les femmes sont proches. Par contre, le recours au médecin généraliste se fait plus fréquent avec l'avancée en âge. Par exemple, chez les 65-79 ans, un répondant sur dix déclare au moins six consultations au cours des

<sup>29</sup> Le questionnaire de l'ESS porte sur les consultations effectuées chez un médecin généraliste ou chez un médecin de famille. Dans

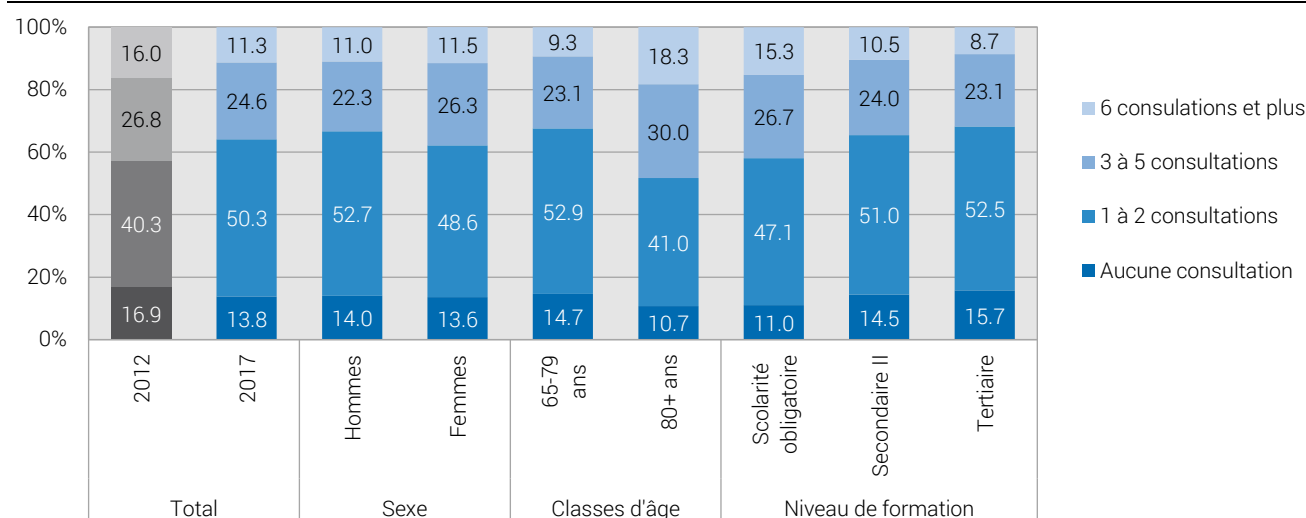
la suite du texte, il n'est plus que fait référence au médecin généraliste.

douze derniers mois (9,3%). Chez les 80 ans et plus, près de deux répondants sur dix (18,3%) rapportent une telle fréquence de consultation. De la même manière, les répondants âgés de 65 à 79 ans rapportent une moyenne de 2,5 consultations chez le généraliste, un nombre qui passe à 3,9 chez les 80 ans et plus (différence significative).

#### *Consultations chez le généraliste plus fréquentes de la part des personnes ayant un niveau de formation moins élevé*

Une tendance se dessine à des consultations plus fréquentes de la part des personnes ayant un niveau de formation moins élevé. Alors que les détenteurs d'une formation de niveau tertiaire affichent une moyenne de 2,5 consultations par personne, ce nombre passe à 2,8 chez les personnes ayant un niveau secondaire II et à 3,2 chez celles sans formation post-obligatoire (différence significative pour chaque niveau de formation à l'échelle de la Suisse).

**G 4.1 Consultations médicales chez un médecin généraliste ou un médecin de famille (12 derniers mois), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



2012: n=1601 ; 2017: n=1611.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2012 et 2017

© Obsan 2020

#### *55% des répondants ont consulté un médecin spécialiste*

En 2017, 54,8% des répondants ont consulté un **médecin spécialiste** (hors visites chez le dentiste ainsi que chez le gynécologue qui sont comptabilisées de façon séparées) dans les 12 mois précédant l'enquête, ce qui témoigne d'une légère hausse du recours par rapport à 2012 (51,0%, différence significative à l'échelle de la Suisse, G 4.2). 24,5% des répondants rapportent une seule consultation, 13,7%, deux consultations et 16,6%, trois consultations ou plus. En moyenne, cela correspond à 1,5 consultation par répondant (moyenne de 1,6 consultation par répondant en 2012, différence non significative, cf. tableaux annexes 6.3).

#### *Les détenteurs d'une formation de niveau tertiaire se rendent plus souvent chez le médecin spécialiste*

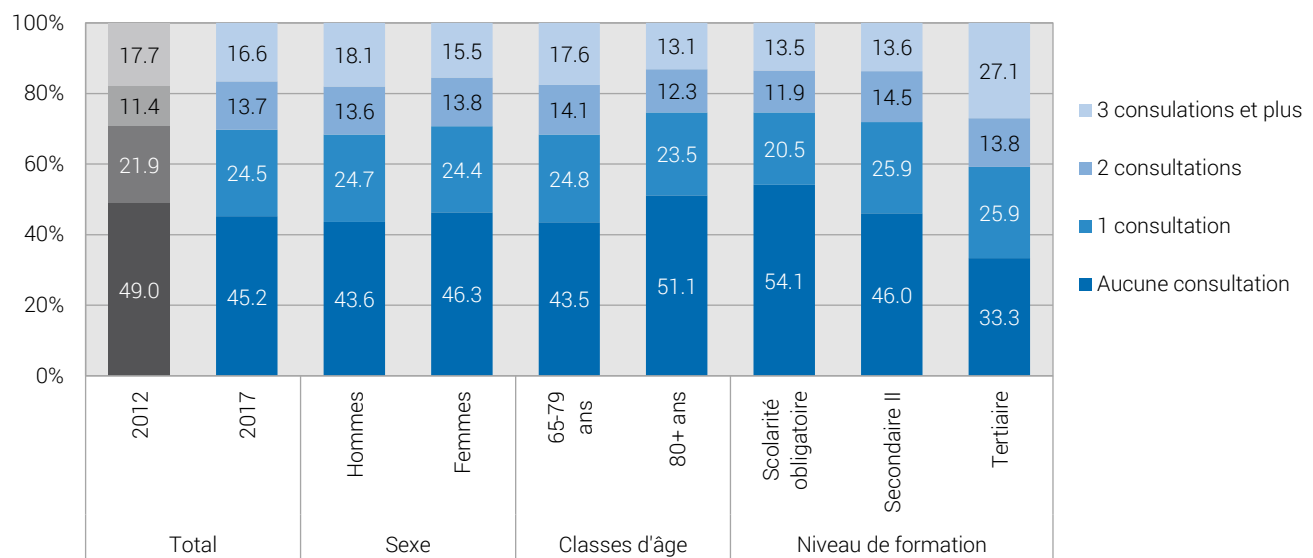
Les résultats ne varient pas de façon significative en fonction du sexe ou de la classe d'âge. Par contre, un assez fort gradient lié au niveau de formation apparaît. Ce gradient est plus marqué et inverse à celui observé pour les médecins généralistes : les détenteurs d'une formation de niveau tertiaire sont particulièrement enclins à consulter un médecin spécialiste, ce qui est le fait des deux tiers de ces répondants (66,7%). Les personnes disposant d'une formation de niveau secondaire II déclarent également un peu plus souvent que les répondants sans formation post-obligatoire avoir consulté un spécialiste (54,0% et 43,9%, différence significative à l'échelle de la Suisse). De la même manière, le nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste est de 2,3 pour les personnes avec formation tertiaire, de 1,3 pour celles ayant une formation du secondaire II et de 1,2 pour les personnes sans formation post-obligatoire (différence significative entre le niveau tertiaire et la scolarité obligatoire).

*Consultations chez le médecin spécialiste plus fréquentes dans le canton de Genève*

Au niveau régional, les répondants du canton de Genève rapportent plus souvent que ceux des cantons du Tessin et du Jura avoir consulté un médecin spécialistes (63,6% vs 47,9% et 45,1%, différences significatives, cf. tableaux annexes 6.3). Le nombre moyen de consultations chez le médecin spécialiste est également significativement plus élevé dans le canton de Genève (1,6 consultation) que dans le canton du Jura (1,0).

Pris ensemble, ces indicateurs révèlent qu'un peu moins d'une personne sur dix n'a consulté ni médecin généraliste, ni médecins spécialiste (8,9%, G 4.3) et un peu plus d'un tiers a uniquement consulté un médecin généraliste (36,4%). Les personnes ayant consulté un médecin spécialiste (54,8%) ont, dans la plupart du temps, également consulté un généraliste (91,0% des répondants ayant consulté un spécialiste ont également consulté un généraliste, donnée non représentée).

**G 4.2 Consultations médicales chez un médecin spécialiste (12 derniers mois), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



2012: n=1598 ; 2017: n=1611.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2012 et 2017

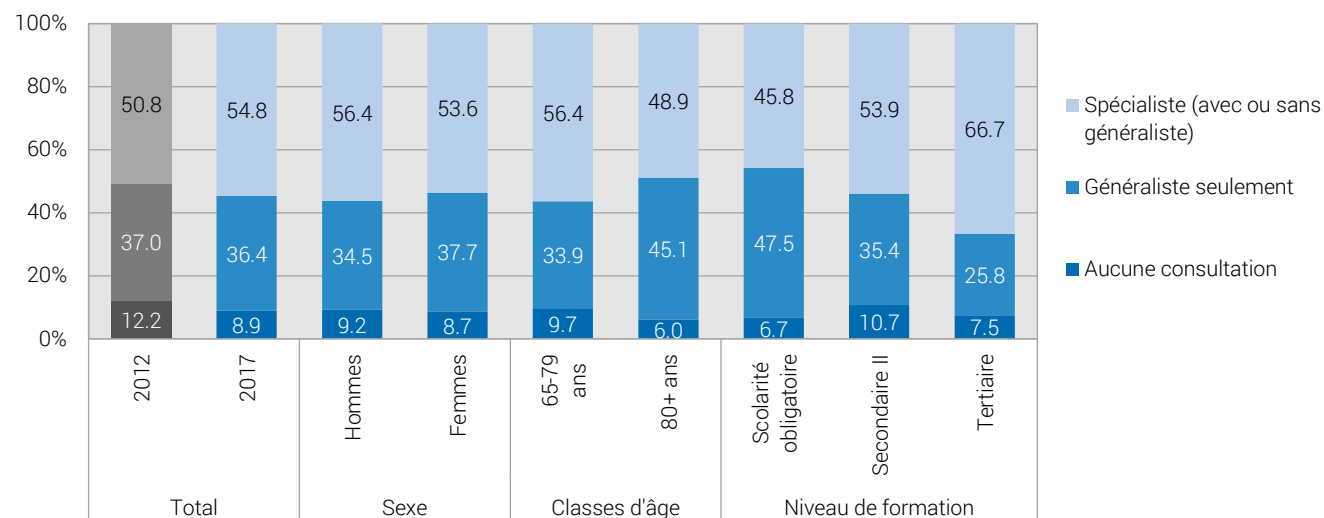
© Obsan 2020

*45% des 80 ans et plus ne sont suivis que par un médecin généraliste*

On retrouve la tendance au recours plus fréquent des 65-79 ans aux médecins spécialistes, alors que les 80 ans et plus consultent plus souvent uniquement le médecin généraliste (différence significative).

La part de répondants sans formation post-obligatoire n'ayant consulté que des médecins généralistes est nettement plus élevée que pour les répondants du degré tertiaire (47,5% et 25,8%). Les personnes sans formation post-obligatoire se rendent moins souvent chez un médecin spécialiste que les répondants du degré tertiaire (66,7% et 45,8%). Quel que soit le niveau de formation, la part de répondants ne rapportant aucun type de consultation est relativement stable (entre 6,7% et 10,7%).

### G 4.3 Consultations médicales chez un médecin généraliste et/ou spécialiste (12 derniers mois), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



2012: n=1593 ; 2017: n=1608.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2012 et 2017

© Obsan 2020

*19% des femmes de 80+ ans ont consulté un gynécologue au cours des 12 derniers mois*

Chez les 65-79 ans, une femme sur deux est allée chez le **gynécologue** au cours des 12 mois précédant l'enquête (51,4%, cf. tableaux annexes 6.3). Chez les 80 ans et plus, cette part passe à 19,3%. Il s'agit dans la grande majorité des cas de consultations isolées (une fois au cours des 12 derniers mois). Comme pour les autres médecins spécialistes, un gradient lié au niveau de formation apparaît, les femmes avec une formation de niveau tertiaire déclarant plus souvent avoir consulté un médecin gynécologue (62,9%) que les femmes ayant une formation de niveau secondaire II (51,2%) ou celles sans formation post-obligatoire (44,7%).

*29,7% des répondants ont demandé conseil à un pharmacien au cours des 12 derniers mois*

Parallèlement aux cabinets médicaux, les **pharmaciens** offrent également à la population des soins médicaux de base. En tant que premiers interlocuteurs, ceux-ci peuvent soulager les médecins généralistes ou les services d'urgence et le cas échéant, rediriger le patient vers le professionnel adéquat.

En 2017, 29,7% des répondants latins âgés de 65 ans et plus ont déclaré avoir demandé conseil dans une pharmacie pour un problème de santé au cours des douze derniers mois. Les femmes sollicitent plus souvent que les hommes ces prestataires (32,6% vs 25,8%, différence significative, données non représentées), et les 65-79 ans un peu plus souvent que les 80 ans et plus (30,6% vs 25,3%, différence significative à l'échelle de la Suisse). De plus, les personnes disposant d'une formation de niveau ter-

tiaire ou secondaire recourent également plus souvent à ces services que celles ne disposant pas de formation post-obligatoire (34,5% et 30,9% vs 22,6%, différences significatives).

## 4.2 Prestations hospitalières

### En bref

- La prestation hospitalière à laquelle il est le plus fréquemment fait recours est le **service ambulatoire de l'hôpital** (23%), suivie des **hospitalisations** (17%) et des **urgences** (15%).
- Les répondants les plus âgés (80 ans et plus) recourent plus souvent aux services d'urgence que les 65-79 ans (19% vs 14%) et se font plus souvent hospitaliser (22% vs 16%), mais recourent moins souvent aux services ambulatoires de l'hôpital (16% vs 26%).
- Il est courant qu'une même personne ait eu recours à plusieurs de ces prestations hospitalières.
- Il apparaît notamment que près de la moitié des personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois se sont également rendues dans un service d'urgence au cours de cette période (45%).

*15% des répondants se sont rendus dans un service d'urgence, 23% ont utilisé un service ambulatoire et 17% ont été hospitalisés*

Cette section analyse le recours aux **prestations hospitalières**. On distingue ici le recours au service d'urgence d'un hôpital, du recours aux autres prestations ambulatoires (consultation sur rendez-vous) et des hospitalisations (occupation d'un lit durant

au moins une nuit et séjours d'au moins 24 heures). Le recours à chacune de ces prestations évolue en fonction de la classe d'âge. Les taux de recours ne diffèrent par contre pas en fonction de caractéristiques sociodémographiques telles que le sexe ou le niveau de formation

*Un répondant sur quatre a eu recours à au moins une prestation hospitalière*

Dans l'ensemble, 39,5% des répondants ont eu recours à des prestations hospitalières (consultation en urgence, sur rendez-vous ou hospitalisation) et 60,5% des répondants n'ont eu recours à aucune prestation hospitalière au cours des 12 derniers mois. Parmi ceux y ayant fait recours, la plupart mentionnent un seul type de prestation (68,5%) et les 31,5% restants au moins deux types de prestations hospitalières (données non représentées). Il est donc commun que les différentes prestations hospitalières soient sollicitées par des mêmes patients.

*Le taux de recours au service d'urgence de l'hôpital passe de 14% chez les 65-79 ans à 19% chez les 80+ ans*

Premièrement, 15,1% des personnes âgées de Suisse latine ont eu recours au service d'urgence d'un hôpital au cours des 12 derniers mois (G 4.4). Cette fréquence est un peu plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans et plus (19,2%) que chez celles âgées de 65 à 79 ans (13,9%), ainsi que chez les personnes vivant seules (18,3%) par rapport aux couples (14,0%) (différences significatives à l'échelle de la Suisse).

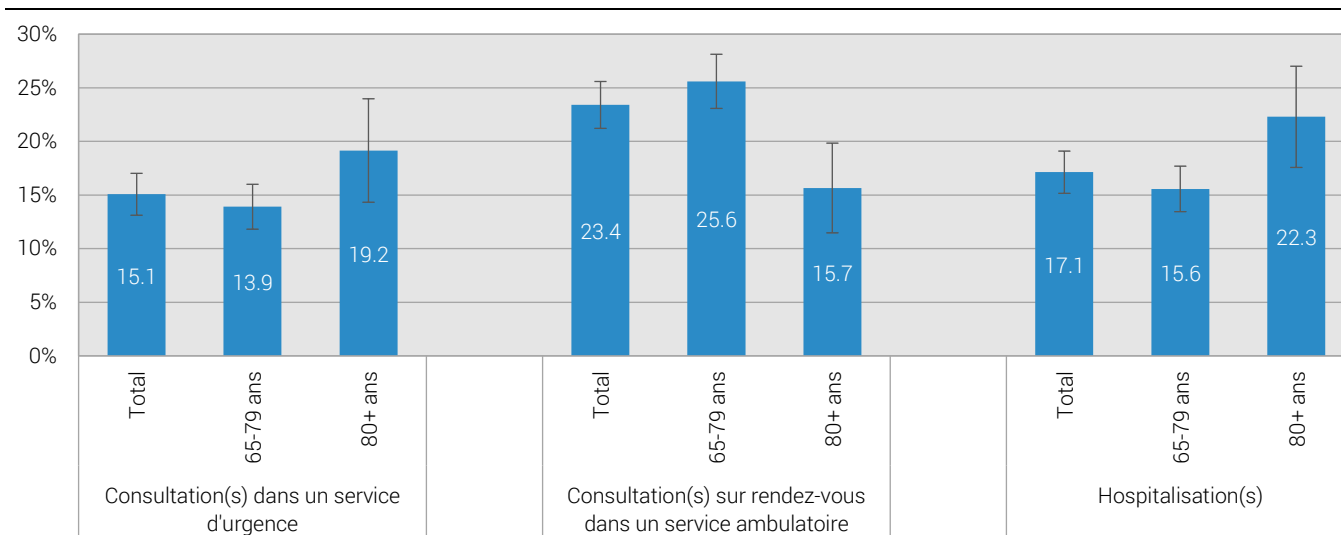
*26% des 65-79 ans recourent au service ambulatoire d'un hôpital contre 16% des 80+ ans*

Ensuite, 23,4% des répondants ont eu recours au **service ambulatoire d'un hôpital sur rendez-vous** au cours des 12 mois précédant l'enquête. Contrairement au service d'urgence, la fréquence de consultation est ici plus élevée chez les répondants de 65-79 ans (25,6%) que chez ceux âgés de 80 ans et plus (15,7%). De plus, les répondants ayant une formation de niveau tertiaire présentent une plus grande probabilité d'avoir fréquenté le service ambulatoire d'un hôpital sur rendez-vous (30,5%) que ceux ne disposant pas de formation post-obligatoire ou ayant une formation de niveau secondaire II (20,6% et 22,0%, différences significatives). Les caractéristiques des répondants ayant recours au service ambulatoire d'un hôpital sur rendez-vous se rapprochent ainsi de celles des répondants consultant un médecin spécialiste.

*Le taux d'hospitalisation passe de 16% chez les 65-79 ans à 22% chez les 80+ ans*

Finalement, 17,1% des répondants mentionnent avoir effectué un **séjour à l'hôpital** au cours des 12 derniers mois. Les hospitalisations sont plus fréquemment mentionnées par les personnes de 80 ans et plus (22,3%) que par celles âgées de 65 à 79 ans (15,6%, différence significative à l'échelle de la Suisse).

**G 4.4 Recours aux différents types de prestations hospitalières (12 derniers mois) selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



Consultation(s) dans un service d'urgence : n=1614, consultation(s) sur rdv dans un service ambulatoire : n=1609 ; hospitalisation(s): n=1691.

Note : Il est possible que les personnes hospitalisées suite à une admission dans un service d'urgence mentionnent les deux types de prestations.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Parmi les personnes non hospitalisées, 9% ont eu recours à un service d'urgence

Les pratiques de recours aux prestations hospitalières peuvent être décrites plus en détail selon que les patients ont été hospitalisés ou non. Pour les répondants n'ayant pas été hospitalisés au cours des 12 derniers mois, ce sont principalement les services ambulatoires sur rendez-vous qui ont été sollicités (18,5%, G 4.5) et, dans une moindre mesure, les services d'urgence (6,7%). De plus, 2,4% de ces répondants se sont rendus dans le service d'urgence d'un hôpital ainsi qu'à une consultation sur rendez-vous.

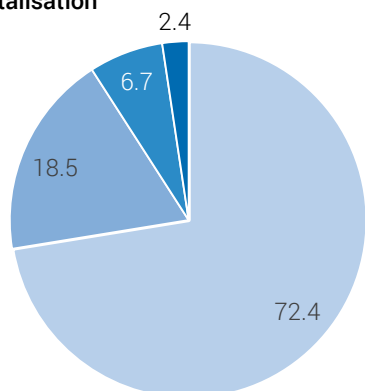
45% des personnes hospitalisées ont aussi eu recours à un service d'urgence

Chez les **patients ayant été hospitalisés**, il est nettement plus fréquent qu'une autre prestation hospitalière ait été sollicitée. Près de la moitié de ces répondants se sont également rendus dans un service d'urgence (27,0% uniquement dans un service d'urgence et 17,5% dans un service d'urgence et également dans un service ambulatoire sur rendez-vous) et plus d'un tiers (36,5%) ont eu une ou plusieurs consultations sur rendez-vous à l'hôpital (19,0% et uniquement sur rendez-vous et 17,5% également dans un service d'urgence).

En abordant la relation dans l'autre sens, il apparaît aussi que la moitié des personnes s'étant rendues dans un service d'urgence ont également été hospitalisées (49,9%, donnée non représentée). Il n'est cependant pas possible de savoir si ces admissions ont eu lieu avant ou après l'hospitalisation.

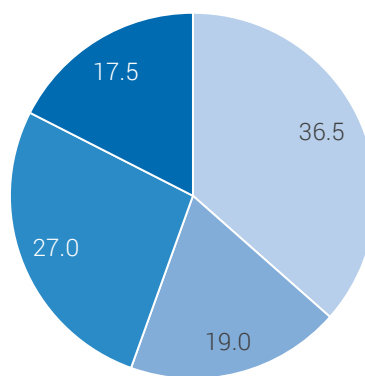
**G 4.5 Recours aux prestations hospitalières (12 derniers mois) selon la survenue d'une hospitalisation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**

**Sans hospitalisation**



- Aucune prestation hospitalière
- Consultation(s) à l'hôpital sur rendez-vous
- Consultation(s) dans un service d'urgence
- Consultations à l'hôpital sur rendez-vous et dans un service d'urgence

**Avec hospitalisation**



- Aucune autre prestation hospitalière
- Consultation(s) à l'hôpital sur rendez-vous
- Consultation(s) dans un service d'urgence
- Consultations à l'hôpital sur rendez-vous et dans un service d'urgence

n=1607.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020



### 4.3 Examens préventifs

#### En bref

- Pour ce qui concerne les **risques cardiovasculaires**, plus de 90% des répondants fait l'objet d'un suivi, c'est-à-dire que les derniers examens de l'hypertension, du cholestérol ainsi que du diabète ont été conduits dans les délais recommandés dans le cadre d'une prévention primaire (hypertension : chaque année, cholestérol : tous les 5 ans, diabète : tous les trois ans).
- Les examens de dépistage du **cancer** les plus fréquemment menés auprès des populations cibles sont le frottis du col de l'utérus et la mammographie : passé l'âge de 65 ans, respectivement 64% et 56% des femmes concernées par les recommandations ont effectué ces dépistages dans les délais recommandés.
- Chez les hommes, le dépistage du cancer de la prostate est courant et se poursuit à un âge avancé.
- Concernant le dépistage du cancer colorectal, la moitié des hommes et femmes de 65-75 ans ont effectué un examen de dépistage dans les délais recommandés.
- La part de répondants vaccinés contre la **grippe** part de 34% chez les 65-79 ans et passe à 60% chez les 80 ans et plus.
- 63% des femmes ont fait contrôler leur **densité osseuse** au cours des 12 derniers mois. Les hommes, qui sont moins souvent concernés que les femmes par des problèmes d'ostéoporose, sont 14% à mentionner un tel test.

#### Examens préventif comme instruments de prévention

La pratique d'examens de dépistage s'inscrit dans une **optique de prévention**. On distingue notamment la prévention primaire de la prévention secondaire. Située en amont de la maladie, la prévention primaire vise à réduire l'apparition de nouveaux cas alors que la prévention secondaire, intervenant avec le dépistage et le début de traitement de la maladie, a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution (OMS, 1999).

Dans le cas du **dépistage des maladies cardiovasculaires**, cette frontière entre préventions primaire et secondaire est brouillée (Bongard & Ferrières, 2006) : à l'instar du tabagisme, de la sédentarité ou de l'obésité, l'hypertension artérielle, une dyslipidémie et le diabète constituent tant des facteurs de risque d'accident cardiovasculaire que des facteurs de risque de récurrence en présence de lésions vasculaires documentées.

Les différents **examens de dépistage du cancer** s'inscrivent par contre clairement dans des démarches de prévention secondaire puisqu'ils s'adressent à des groupes de personnes indépendamment de la présence de symptômes. On parle de programmes de dépistage organisés, lorsque ceux-ci sont proposés dans le cadre d'un programme de santé publique, s'adressant à des groupes de la population qui sont plus à risque de développer la maladie. Lorsque le patient est demandeur auprès de son médecin, ou que celui-ci propose le test de dépistage sur la base

d'une évaluation des risques et bénéfiques, on parle de dépistage opportuniste (Gutzwiller, Paccaud, & Abel, 2009).

Les fréquences de vaccination contre la grippe ainsi que la conduite d'examens de dépistage de l'ostéoporose viennent compléter ce tableau du recours aux examens préventifs.

#### 4.3.1 Dépistage cardiovasculaire

Dans le cadre de bilans de santé, les habitudes de vie des patients sont passées en revue, notamment pour ce qui a trait à la consommation d'alcool, à la consommation de tabac et à la pratique d'activité physique. La mesure de la tension artérielle fait généralement partie de l'examen clinique simple. À partir de 40 ans, il peut en outre être recommandé de procéder à un dosage du sucre et au contrôle du cholestérol (Encadré 3).

#### Encadré 8 État des lieux des recommandations concernant la conduite d'examens de dépistage cardiovasculaire

**Hypertension** : A partir de 40 ans, il est recommandé de procéder chaque année à un contrôle de la tension artérielle.

**Diabète** : A partir de 40 ans, il est recommandé de procéder à un dosage du sucre en cas de surpoids ou d'obésité ou en présence d'autres facteurs de risque. Tant que la glycémie est normale, il est considéré comme raisonnable de réitérer ce test tous les trois ans.

**Cholestérol** : A partir de 35 ans pour les hommes, et de 40 ans pour les femmes, il est recommandé de contrôler le niveau de cholestérol tous les 5 ans et ce, jusqu'à l'âge de 75 ans. En l'absence de données probantes suffisantes pour évaluer les bénéfices et risques de l'usage de statines pour la prévention de maladies cardiovasculaires chez les adultes de plus de 75 ans sans antécédent de maladie cardiovasculaire, les recommandations concernant le contrôle du cholestérol ne se prononcent pas au-delà de cet âge.

**Sources**: Cornuz, Jacques, Auer, Reto, Neuner-Jehle, Stefan, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical: prévention et dépistage. In Forum Médical Suisse. EMH Media, 2015. p. 974-980.

U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) Final Recommendation Statement. High Blood Pressure in Adults: Screening / Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: Screening / Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Preventive Medication.

#### Plus de 90% des répondants fait l'objet d'un suivi des risques cardiovasculaires

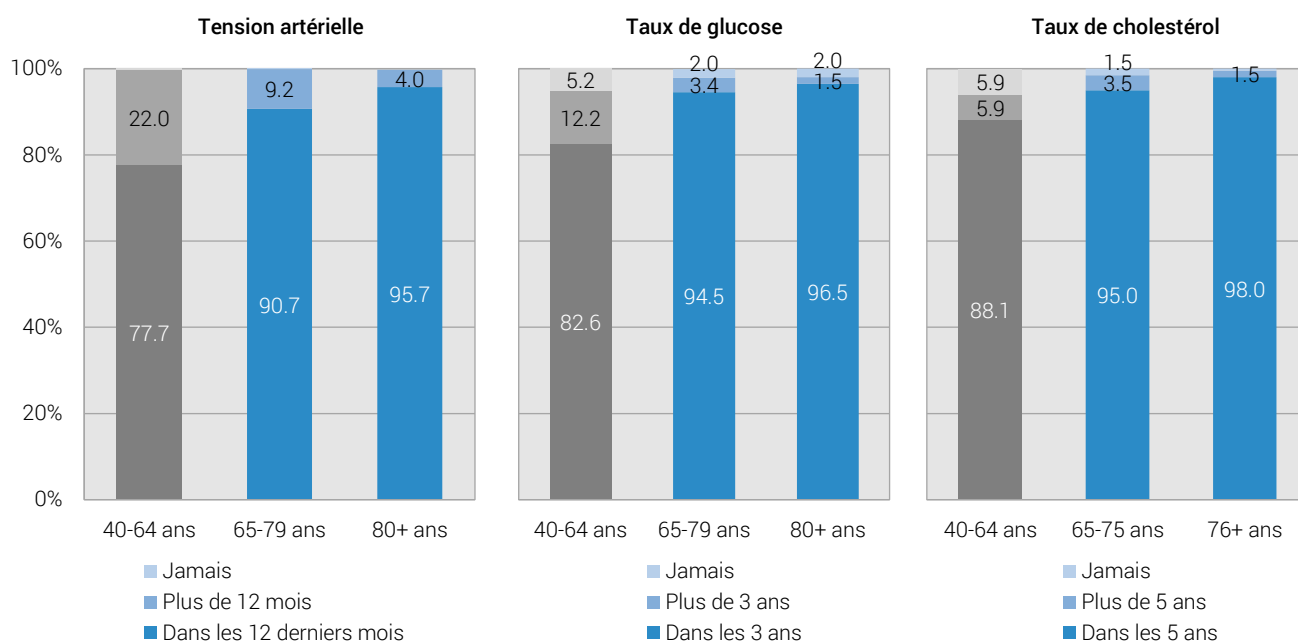
Tant pour ce qui concerne la mesure de la tension artérielle que celle du taux de glucose ou de taux de cholestérol, plus de 90% des répondants âgés de 65 ans et plus rapportent avoir effectué ces tests dans les délais recommandés (G 4.6). Ces résultats ne permettent cependant pas de savoir si les répondants dont les

résultats ne correspondent pas aux normes attendues bénéficient d'un suivi plus étroit.

En comparaison, les répondants âgés de 40 à 64 ans, également concernés par les recommandations concernant le dépistage cardiovasculaire, pratiquent moins systématiquement ces examens.

Le contrôle du taux de cholestérol est le seul de ces trois examens pour lequel des recommandations de contrôle n'ont pas été édictées passé l'âge de 75 ans. Néanmoins, on observe que chez les 76 ans et plus, 98% des répondants rapportent avoir vu leur taux de cholestérol mesuré au cours des cinq dernières années.

**G 4.6 Recours aux examens de dépistage cardiovasculaire selon l'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



Tension artérielle: 40-64 ans : n= 3181, 65+ ans : n=1611 ; Taux de glucose: 40-64 ans : n=3016, 65+ ans : n=1510 ; Taux de cholestérol: 40-64 ans : n=3114, 65+ ans : n=1566.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

**4.3.2 Examens de dépistage du cancer**

Les répondants à l'ESS décrivent à quand remonte leur dernier examen de dépistage pour différents types de cancer. Des recommandations existent quant à la fréquence de dépistage pour certains examens, mais pas pour tous (Encadré 9). Les facteurs de risques individuels peuvent également intervenir dans la décision de procéder à un examen de dépistage. Lorsqu'elles existent, ces recommandations posent généralement une limite d'âge à la population ciblée. Cela ne signifie pas que ces examens de dépistage ne doivent pas être réalisés auprès d'une personne plus âgée, mais que leur bien-fondé devrait faire l'objet d'une évaluation au cas par cas.

*Précautions dans l'interprétation des indicateurs de dépistage*

Ainsi, les datages des derniers examens de dépistage documentés par l'ESS ne peuvent être évalués comme satisfaisant à une norme ou non. En outre, il n'est pas possible de savoir si les examens de dépistage réalisés s'inscrivent dans le cadre de contrôles de routines ou s'ils visent à clarifier l'origine de certains symptômes. Ces résultats fournissent néanmoins des repères permettant d'alimenter la discussion quant à de possibles lacunes ou conduite d'examen superflus. Dans la mesure du possible, les classes d'âge utilisées correspondent à celles mentionnées dans les recommandations.

### Encadré 9 État des lieux des recommandations concernant la conduite d'examen de dépistage pour les cancers chez les personnes âgées

**Cancer de la prostate** : En Suisse, les recommandations sont partiellement divergentes. Alors que le Swiss Medical Board a publié un avis négatif sur le dépistage d'hommes en bonne santé et sans antécédents familiaux, la Société suisse d'urologie estime que le dépistage est indiqué à la « demande d'un homme dûment informé, âgé de 50 à 70 ans ». C'est également l'orientation préconisée par l'U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) qui considère que les cliniciens ne devraient pas soumettre à ce test de dépistage les hommes de 55 à 69 ans qui n'expriment pas la volonté de se faire dépister. L'USPSTF considère que cet examen de dépistage ne devrait pas être effectué auprès des hommes âgés de 70 ans et plus.

**Cancer du col de l'utérus** : Entre 30 et 65 ans, un dépistage (ou frottis) cytologique est recommandé tous les trois ou cinq ans selon le test choisi. De plus grandes fréquences de dépistage sont recommandées en cas de frottis anormaux. De manière générale, l'indication à pratiquer un frottis dans un délai plus court revient au praticien en fonction des facteurs de risques de la patiente. Pour les femmes ayant suivi un dépistage adéquat et ne présentant pas de risque élevé de cancer de l'utérus, il n'est pas recommandé de poursuivre le dépistage au-delà de l'âge de 65 ans.

**Cancer du sein** : L'ensemble des cantons latins et quelques cantons alémaniques (BE, GR, SG, TG) ont mis en place des programmes de dépistage organisé ou systématique du cancer du sein. Entre l'âge de 50 et 74 ans, les femmes sont invitées à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. Au-delà de cet âge, on ne dispose pas de données probantes suffisantes permettant d'évaluer les bénéfices et risques de mammographies de dépistage.

**Cancer de la peau** : En l'absence de données probantes suffisantes concernant les bénéfices et risques d'un examen visuel de la peau par un clinicien, aucune recommandation n'est formulée quant à la fréquence de ce type d'examen.

**Cancer du côlon et rectum** : Deux méthodes existent pour le dépistage du cancer colorectal : le test de recherche de sang occulte dans les selles (FIT) et la coloscopie. En l'absence de risque particulier, chaque méthode de dépistage est préconisée à partir de 50 ans. Il est recommandé de procéder au FIT tous les deux ans ou à une coloscopie tous les 10 ans, le FIT étant plus simple et rapide alors que la fiabilité de la coloscopie est excellente. Entre 76 et 85 ans, l'USPSTF considère que la décision de dépister ce cancer devrait être basée sur une évaluation individuelle considérant notamment si l'état de santé permettrait de suivre un éventuel traitement et si d'autres comorbidités sont susceptibles de réduire significativement l'espérance de vie.

**Sources** : Cornuz, Jacques, Auer, Reto, Neuner-Jehle, Stefan, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical: prévention et dépistage. In : Forum Médical Suisse. EMH Media, 2015. p. 974-980.

Gasser, T. et al. (2012). Dosage du PSA – Recommandations de la Société suisse d'Urologie (SSU). Situation au 6 janvier 2012.

Ligue suisse contre le cancer du sein (2013). Unis contre le cancer du sein. Facteurs de risque et dépistage. Ligue suisse contre le cancer du sein. Berne.

Swiss Medical Board: Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate. Zurich 2011.

Swiss Cancer Screening. Méthodes de dépistage du cancer colorectal. Site internet : [www.swisscancerscreening.ch](http://www.swisscancerscreening.ch), consulté le 8 août 2019.

TIC Gasser P Jichlinski B Kreienbühl Dosage du PSA – Recommandations de la Société suisse d'urologie (SSU). Forum Med Suisse 2012.

U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) Final Recommendation Statement. Breast Cancer: Screening / Prostate Cancer Screening / Colorectal Cancer: Screening / Cervical Cancer: Screening / Skin Cancer: Screening.

Vassilakos, P. (2012). « Prévention du cancer du col utérin en suisse: les défis de l'ère vaccinale ». Gynécologie-obstétrique 359(37): 2015 – 2020.

#### *La moitié des hommes de 65 ans et plus a eu un examen de la prostate au cours des deux dernières années*

Malgré les réserves exprimées concernant la pratique de **l'examen de la prostate** (voir Encadré 9), la part de répondants ayant effectué cet examen de dépistage se poursuit avec l'avancée en âge. La part d'hommes latins ayant effectué cet examen passe ainsi de 34,1% chez les 50-64 ans à 51,3% chez les 65-70 ans et à 55,5% chez les plus de 75 ans. Les effets du vieillissement sur les voies urinaires pouvant être confondus avec certains symptômes caractéristiques d'une tumeur à la prostate, il est possible que ces examens visent parfois à clarifier l'origine de ces troubles. En outre, la pratique de cet examen peut être favorisée par le fait que celui-ci est simple, rapide, non invasif, peu coûteux et réalisable chez un médecin généraliste (Franchi & Bulliard, 2013).

#### *Dépistage du cancer du col de l'utérus plus fréquent chez les femmes disposant d'un niveau de formation plus élevé*

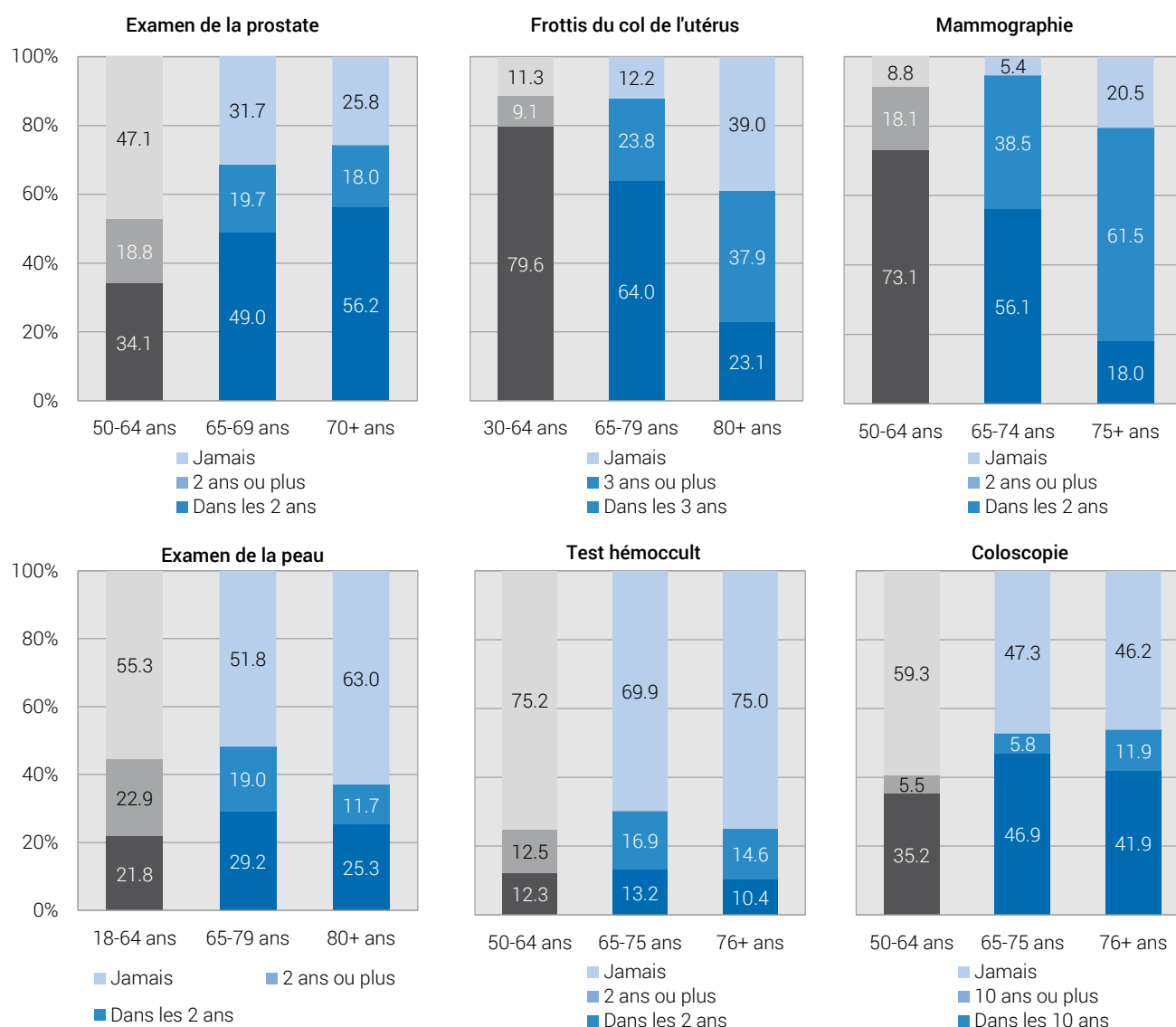
Près des deux tiers des femmes latines âgées de 65 à 79 ans ont eu un **frottis du col de l'utérus** au cours des trois dernières années (64,0%). Au sein de cette classe d'âge, la pratique de cet examen de dépistage est corrélée avec le niveau de formation : 72,0% des femmes ayant une formation de niveau tertiaire mentionnent un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années, 66,2% des femmes disposant d'une formation de niveau secondaire II et 55,8% des femmes sans formation post-obligatoire (données non représentées). Par rapport aux femmes latines âgées de 30 à 64 ans, la part de femmes ayant eu un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années est un peu plus basse chez les 65-79 ans (79,6% et 64,0%). Cette part est encore beaucoup plus basse chez les femmes de 80 ans et plus (23,1%), dont une bonne partie n'a d'ailleurs jamais effectué un tel examen de dépistage (39,0%).

Presque toutes les femmes de 65 à 74 ans ont effectué une mammographie au cours de leur vie

À partir de 50 ans, la pratique d'une **mammographie** est recommandée tous les deux ans jusqu'à l'âge de 74 ans. La part de femmes âgées de 65 à 74 ayant effectué une mammographie dans cet intervalle de temps est de 56,1% ; un résultat plus bas que celui des femmes âgées de 50 à 64 ans (73,1%, différence

significative). Toutefois, en incluant les femmes ayant réalisé une mammographie plus de deux ans avant l'enquête, il apparaît que la quasi-totalité des femmes de 65 à 74 ans a effectué une mammographie au cours de sa vie. Chez les femmes âgées de 75 ans et plus, la part ayant effectué une mammographie dans les deux ans descend ensuite à 18,0%.

**G 4.7 Recours aux examens de dépistage du cancer selon l'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



Examen de la prostate : 50-64 ans : n= 906, 65+ ans : n=699 ; frottis du col de l'utérus : 30-64 ans : n=2266, 65+ ans : n=910 ; mammographie : 50-64 ans : n=1020, 65+ ans : n=915 ; examen de la peau : 18-64 ans : n=5486, 65+ ans : n=1610 ; test hémocult : 50-64 ans : n=1902, 65+ ans : n=1576 ; coloscopie : 50-64 ans : n=1934, 65+ ans : n=1604.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

*La pratique du dépistage du cancer de la peau est fortement liée au niveau de formation*

Un **examen de la peau ou des grains de beauté** par un médecin a été pratiqué au cours des deux dernières années chez 29,2% des répondants âgés de 65 à 79 ans, 19,0% mentionnant un tel examen à une date antérieure. 51,8% des répondants n'ont donc jamais effectué d'examen de la peau. La fréquence de ces examens ne varie que peu selon la classe d'âge. Par contre, la probabilité d'effectuer un examen de la peau est fortement liée au niveau de formation : pour l'ensemble des 65 ans et plus, 38,1% des répondants disposant d'une formation de niveau tertiaire font part d'un examen de la peau au cours des deux dernières années. Cette part passe à 28,0% chez les répondants avec une formation de niveau secondaire II et à 20,6% chez ceux ne disposant pas de formation post-obligatoire (données non représentées).

*La moitié des 65-75 ans ont effectué un examen de dépistage du cancer colorectal dans les délais recommandés*

Le **test hémocult** et la **coloscopie** sont deux méthodes de diagnostic du cancer colorectal (voir encadré ci-dessus). Entre 50 et 75 ans, il est recommandé de soit effectuer un test hémocult tous les deux ans, soit une coloscopie tous les dix ans. Dans ces délais, 13,2% des répondants âgés de 65 à 75 ans ont effectué le test hémocult et 46,2%, la coloscopie. Certains répondants ont effectué les deux types d'examens dans les délais recommandés, notamment parce que la coloscopie peut permettre de préciser un diagnostic basé sur un test hémocult. Dans l'ensemble, 51,5% des 65-75 ans ont effectué l'un de ces deux examens de dépistage dans les délais recommandés. Chez les plus de 75 ans, cette part passe à 46,0% (données non représentées). Bien qu'il n'y ait pas de recommandation de dépistage systématique chez les plus de 75 ans, la fréquence de la conduite de ces examens n'est pas significativement plus basse que chez les 65-75 ans.

#### 4.3.3 Prévention de la grippe

La vaccination contre la grippe est notamment recommandée aux personnes âgées de 65 ans et plus, celles-ci étant considérées comme présentant un risque accru de complications graves en cas de grippe. Pour ces personnes, la vaccination est d'ailleurs prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, sous réserve du montant de la franchise (OFSP (2017)).

*Chez les 80 ans et plus, 6 personnes sur 10 sont vaccinées contre la grippe*

Parmi les répondants latins âgés de 65 ans et plus, 39,7% ont été vaccinés contre la grippe au cours des 12 derniers mois. Les hommes et les femmes présentent des résultats similaires (41,6% et 38,3%). Dans la classe d'âge de 65-79 ans, cette part est de 33,9% alors que 60,2% des personnes âgées de 80 ans et plus

se sont fait vacciner. En comparaison, le taux de vaccination chez les 50-64 ans est de 14,1%. De plus, il peut être relevé que le taux de vaccination ne varie pas en fonction du niveau de formation.

#### 4.3.4 Prévention de l'ostéoporose

Une autre forme de prévention secondaire passée en revue concerne la détection de l'ostéoporose, une maladie du système squelettique entraînant une diminution de la masse osseuse et augmentant le risque de fracture. La mesure de la densité osseuse permet d'examiner la teneur en minéraux de l'os, laquelle est un indicateur de la solidité de l'os. Les femmes sont plus fréquemment atteintes d'ostéoporose que les hommes mais ces derniers sont également concernés par cette maladie.

*Chez les 65 ans et plus, 6 femmes sur 10 ont déjà contrôlé leur densité osseuse*

Globalement, 43,1% des répondants latins âgés de 65 ans et plus ont déjà effectué une mesure de leur densité osseuse, dont un quart au cours des 12 derniers mois (soit 10,9% de l'ensemble de ces répondants). Les femmes, plus fréquemment atteintes que les hommes par l'ostéoporose, mentionnent plus fréquemment avoir déjà effectué un tel contrôle (62,6% contre 14,1%).

### 4.4 Médecines complémentaires

#### En bref

La part de personnes qui recourent aux médecines complémentaires a augmenté en passant de 19% en 2007 à 27% en 2017, le nombre moyen de consultations par répondant étant passé de 1,4 à 2,1 pendant ce laps de temps. La propension à recourir à ces thérapies est particulièrement élevée chez les femmes ainsi que chez les personnes ayant un niveau de formation élevé. Avec 13% de patients, soit environ la moitié des répondants ayant recours à une forme de médecine complémentaire, l'ostéopathie se présente comme le type de thérapie le plus populaire.

À côté de la médecine conventionnelle, de nombreuses formes de médecines complémentaires existent en Suisse. L'Enquête suisse sur la santé passe en revue le recours à différents types de thérapie et en déduit un indicateur du recours à la médecine complémentaire.

Il a été relevé que certaines thérapies complémentaires, bien que répandues, ne sont pas explicitement mentionnées dans l'ESS et sont donc implicitement comprises dans la catégorie « autres thérapies » (par ex. massage classique, réflexologie, drainage lymphatique) (Bize, Rodondi, & al, 2016), ce qui entraîne un risque que le recours aux médecines complémentaires non listées de manière explicite dans les options de réponse soit sous-estimé.

### De plus en plus de personnes recourent aux médecines complémentaires

Ces dernières années, les **médecines complémentaires** ont connu un essor considérable : la part de répondants ayant eu recours à de telles thérapies est passée de 18,9% en 2007 à 27,1% en 2017 (G 4.8, différence significative). Cette évolution se reflète également à travers la hausse du nombre moyen de consultations par répondant qui est passé de 1,4 en 2007 à 2,1 en 2017 (T 4.1), différence significative à l'échelle de la Suisse). Si l'on ne retient que les répondants ayant eu recours à au moins un type de médecine complémentaire au cours des 12 derniers mois, le nombre moyen de consultations par patient des médecines complémentaires se maintient par contre autour de 7 (7,7 en 2017).

Cette hausse du recours aux médecines complémentaires se produit dans un contexte d'introduction à partir de 2012 du remboursement par l'assurance obligatoire des soins de cinq disciplines complémentaires lorsqu'elles sont pratiquées par des médecins (notamment acupuncture et homéopathie). Il est possible que cette mesure n'ait pas eu un impact immédiat sur le recours aux médecines complémentaires et que ses effets se soient déployés après plusieurs années. Toutefois, la discipline dont le recours a le plus progressé entre 2012 et 2017 est l'ostéopathie, qui ne fait pas partie des thérapies remboursées par l'AOS (taux de recours de 8,4% en 2012 et de 13,3% en 2017, différence significative, cf. tableau annexe).

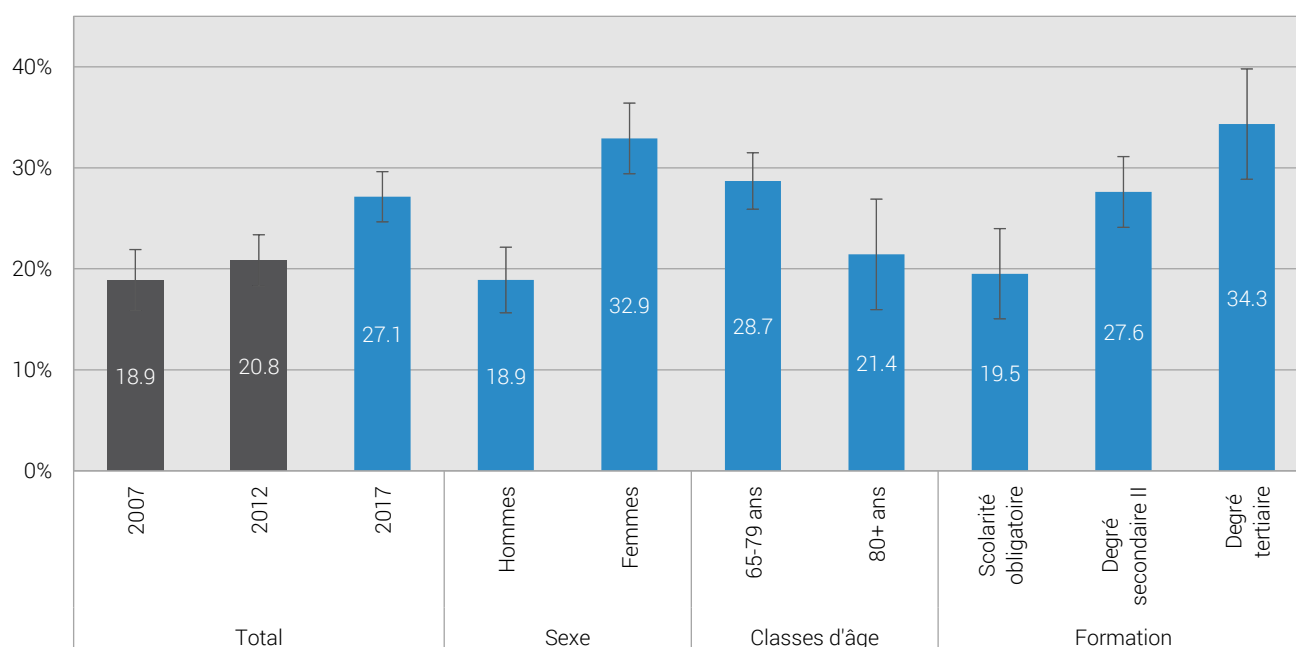
### Médecines complémentaires particulièrement sollicitées par les femmes avec une formation tertiaire

Ces alternatives à la médecine conventionnelle sont utilisées par **32,9% des femmes contre 18,9% des hommes**. Conformément à ceci, sur l'ensemble de la population, on recense en moyenne 2,9 consultations par femme et 1,1 consultation par homme. Si on ne retient que les répondants ayant eu effectivement recours à des médecines complémentaires, le nombre moyen de consultations est également plus élevé chez les femmes (8,5) que chez les hommes (5,7, différence significative à l'échelle de la Suisse).

Les personnes plus âgées ont tendance à moins recourir à ce type de méthode mais aucune différence significative n'apparaît entre les 65-79 ans et les 80 ans et plus.

En plus du sexe, le niveau de de formation conditionne également le recours aux médecines complémentaires. Ainsi, 15,8% des hommes et 20,7% des femmes avec une formation élémentaire ont sollicité un thérapeute complémentaire contre 24,1% des hommes et 49,6% des femmes avec une formation de niveau tertiaire (données non représentées).

**G 4.8 Recours à la médecine complémentaire (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



2007 : n=998, 2012 : n=1388, 2017 : n=1460.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2007, 2012, 2017

© Obsan 2020



**T 4.1 Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**

		Nombre moyen de consultations par répondant <sup>1</sup>	Intervalle de confiance	Nombre moyen de consultations par patient des médecines complémentaires <sup>2</sup>	Intervalle de confiance
<b>Total</b>	2017	2,1	+/-0,5	7,7	+/-1,7
	2012	1,3	+/-0,2	6,2	+/-0,9
	2007	1,4	+/-0,3	7,0	+/-1,2
<b>Sexe</b>	Hommes	1,1	+/-0,4	5,7	+/-1,8
	Femmes	2,9	+/-0,9	8,5	+/-2,3
<b>Classes d'âge</b>	65-79 ans	2,2	+/-0,6	7,7	+/-1,9
	80+ ans	1,7	+/-1,0	7,9	+/-4,2
<b>Formation</b>	Scolarité obligatoire	0,9	+/-0,3	4,5	+/-1,1
	Degré secondaire II	2,2	+/-0,5	7,8	+/-1,8
	Degré tertiaire	3,3	+/-1,8	9,6	+/-5,0

Nombre moyen de consultations par répondant : n=998 (2007), n=1388 (2012), n=1460 (2017) ; Nombre moyen de consultations des patients des médecines complémentaires : n=190 (2007), n=298 (2012), n=395 (2017).

<sup>1</sup> « Répondant » : Total des répondants.

<sup>2</sup> « Patient des médecines complémentaires » : Répondants ayant recours à au moins une forme de médecine complémentaire au cours des 12 derniers mois.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2007, 2012, 2017

© Obsan 2020

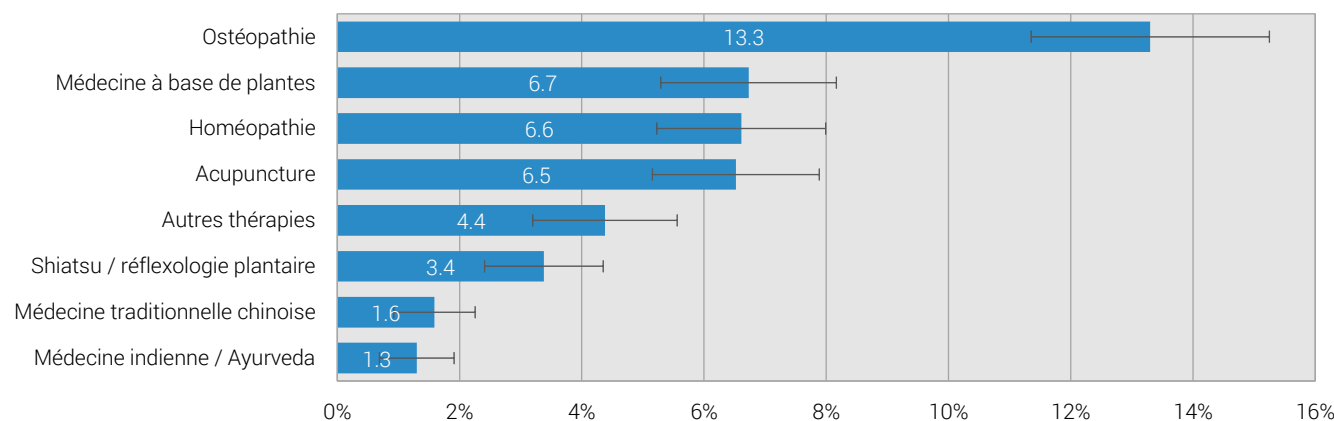
*L'ostéopathie en tête des médecines complémentaires*

En Suisse latine, les thérapeutes les plus fréquemment sollicités sont les ostéopathes, 13,3% des répondants ayant eu recours à ces professionnels (G 4.9). Suivent la médecine à base de plante, l'homéopathie et l'acupuncture qui ont chacune été sollicitées par environ 6,5% des répondants. 4,4% des répondants mentionnent d'autres thérapies. Il est possible que cette part soit sous-estimée. Par exemple, il a été observé dans le cadre d'une étude portant sur le canton de Vaud que des pratiques telles que le massage classique, la réflexologie ou le drainage lymphatique étaient

plus courantes (Bize et al., 2016). Il est possible que les personnes y ayant recours n'associent pas ces pratiques à des médecines complémentaires. De manière générale, c'est la question du périmètre des médecines complémentaires qui est soulevée.

Par ailleurs, il est à relever que l'acupuncture et la médecine à base de plantes sont des méthodes de traitement centrales en médecine traditionnelle chinoise. La distinction entre ces différentes méthodes de traitement telle qu'établie dans l'ESS n'est donc pas univoque.

**G 4.9 Recours aux différentes formes de médecines complémentaires (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



1428 <= n <= 1458.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020



## 4.5 Aide et soins au domicile

### En bref

- 16% des 65-79 ans déclarent recevoir de l'aide à la maison contre 35% des 80 ans et plus. Chez les premiers, il s'agit le plus souvent d'aide informelle alors que chez les deuxièmes, les services formels d'aide et de soins à domicile occupent une place plus importante.
- Un besoin d'aide qui n'est satisfait ni par un soutien formel ni par un soutien informel est rapporté par 4,3% des répondants affectés par des limitations ou handicaps.
- Si l'on considère ensemble les prestations formelles et informelles, 16% de l'ensemble des 65 ans et plus latins ont bénéficié au cours des 12 derniers mois d'une aide pour l'entretien de leur ménage, 12% mentionnent un tel support pour d'autres types d'aide et 8% ont reçu des soins à leur domicile.
- Les personnes vivant en couple reçoivent le plus souvent de l'aide de la personne partageant leur ménage (86%) alors que pour les personnes vivant seules, la famille vivant hors du ménage joue un rôle plus important (81%).
- Avec 27% de répondants déclarant avoir apporté une aide informelle à un proche, la part d'aidants au sein des 65 ans et plus latins s'avère plus élevée que celle des personnes aidées à leur domicile (21% reçoivent une aide formelle ou informelle).
- Alors que chez les 65-79 ans, la part de personnes délivrant de l'aide est supérieure à celle en recevant (26% et 12%), ce rapport s'inverse chez les 80 ans et plus (15% et 32%).

& Pellegrini, 2016). Dans cette perspective, différentes prestations peuvent être envisagées afin de retarder l'entrée dans un établissement médico-social. L'ESS documente le recours aux services d'aide et de soins à domicile (structure formelle) ainsi que le soutien informel procuré par des proches. Ces deux formes de soutien sont analysées de façon conjointe et séparément. Il existe également d'autres mesures permettant le maintien au domicile mais le recours à ces structures intermédiaires (foyer de jour/nuit, courts séjours en EMS, logements adaptés, etc.) n'est pas renseigné par l'ESS (voir à ce sujet Ankers et Serdaly (2016)).

### *Une personne sur dix a reçu des prestations d'un service d'aide et de soins à domicile au cours des 12 derniers mois*

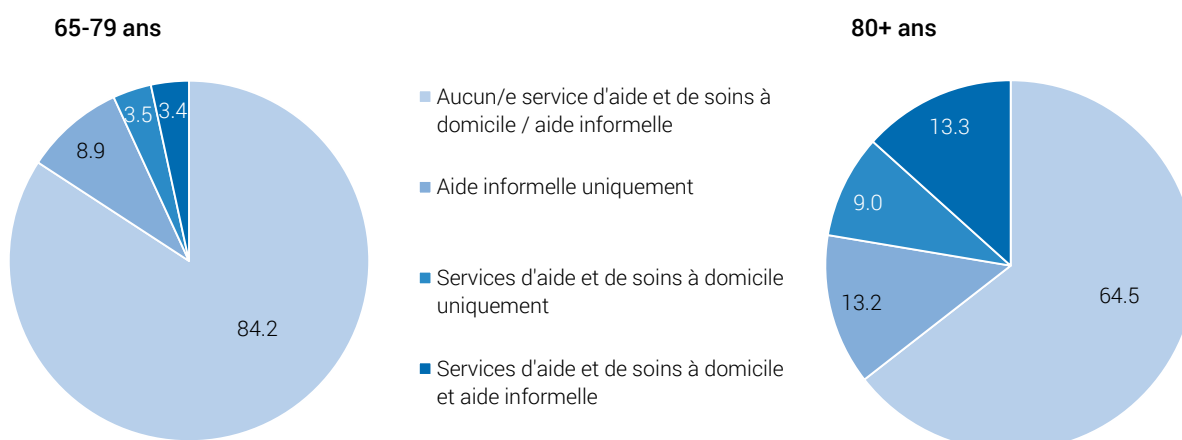
Dans l'ensemble, un répondant latin de 65 ans et plus sur cinq a bénéficié d'une forme d'aide à son domicile, formelle ou informelle (20,5%), au cours des 12 derniers mois : 10,5% ont eu recours à une forme d'aide formelle à travers la fourniture **services d'aide et de soins à domicile** par des organisations de type Spitex et 15,7%, à de **l'aide informelle** fournie par l'entourage pour des raisons de santé (5,7% ont ainsi reçu les deux types d'aide, cf. tableaux annexes 6.3).

Chez les 65-79 ans, le recours à ces deux types de soutien reste modéré (15,8%, G 4.10) et prend le plus souvent la forme du seul soutien informel des proches (8,9%). Chez les 80 ans et plus, 35,5% des répondants reçoivent de l'aide à leur domicile : uniquement de l'aide informelle pour 13,2%, uniquement de l'aide formelle pour 9,0% et les deux types d'aide pour 13,3%.

### 4.5.1 Aide formelle et informelle reçue

La plupart des cantons latins poursuivent une politique consistant à favoriser le maintien au domicile (Dutoit, Füglistler-Dousse,

**G 4.10 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle (12 derniers mois), selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



65-79 ans : n=1347 ; 80+ ans : n=343.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

4,3% des répondants affectés par des limitations présentent des besoins d'aide non satisfaits

La question se pose de savoir si parmi les répondants ne recevant aucun type d'aide (formelle ou informelle), des besoins d'aide non satisfaits existent. Afin d'identifier les potentielles situations problématiques, il a été demandé aux répondants affectés par au moins une limitation dans les activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne ou ayant des difficultés ou des handicaps, s'ils avaient besoin de recevoir de l'aide. Près de 40% des répondants sont concernés par cette question (39,6%), c'est-à-dire qu'ils ne reçoivent aucun type d'aide malgré la présence d'un problème de santé. Au sein de ce groupe, 4,3% ont déclaré qu'ils auraient effectivement besoin d'aide. Ce pourcentage exprime ainsi un besoin d'aide non satisfait correspondant à 1,7% de l'ensemble des répondants latins de 65 ans et plus (cf. tableaux annexes 6.3).

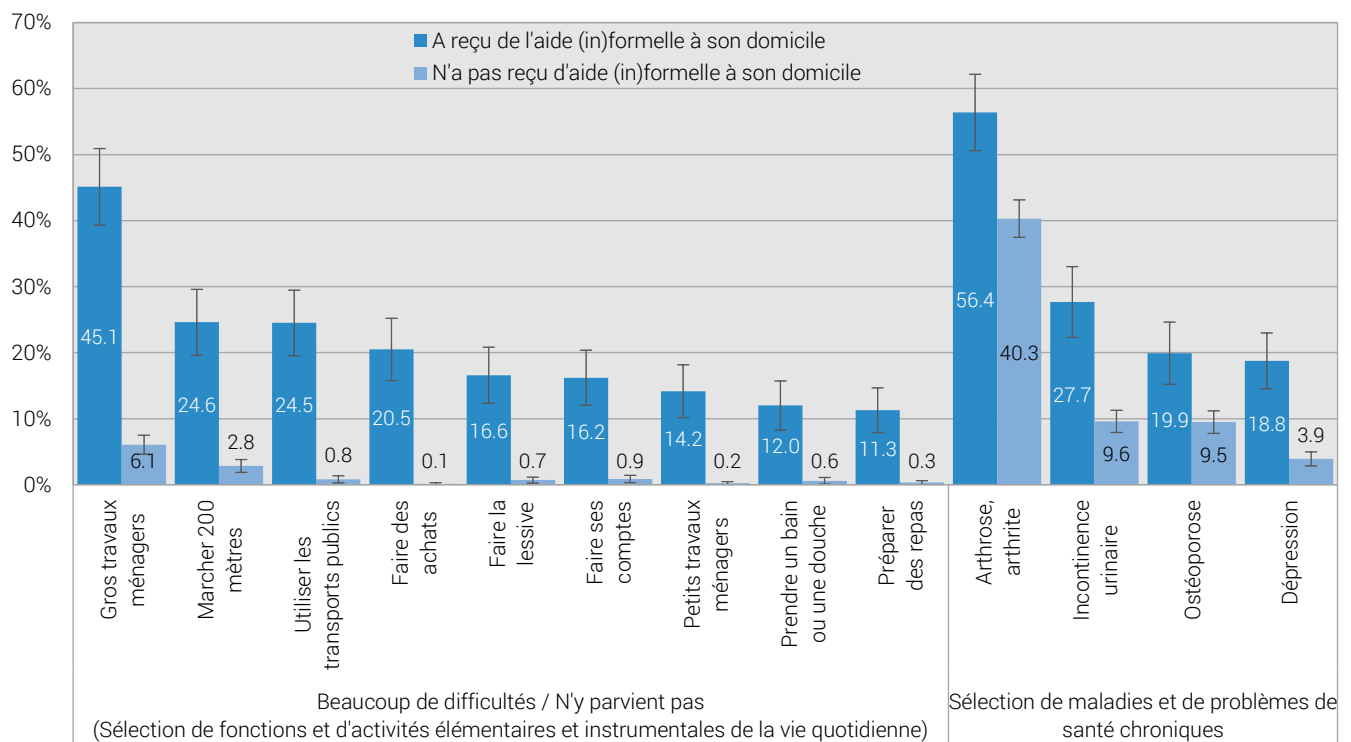
Il est toutefois vraisemblable qu'il s'agisse là d'une estimation basse des besoins d'aide non satisfait. En effet, toutes les personnes ayant reçu une forme d'aide au cours des 12 derniers mois n'ont pas été sondée sur cette question. Or il est également possible qu'une personne ayant bénéficié d'un certain type d'aide, à une certaine fréquence, pendant une certaine durée aurait également eu des besoins d'autres types de d'aide, à une fréquence plus élevée, ou sur une durée plus longue.

Des limitations dans les activités de la vie quotidienne sont courantes chez les personnes recevant de l'aide à leur domicile

Les données de l'ESS ne permettent pas de connaître le motif du recours à de l'aide informelle ou à des services d'aide et de soins à domicile. Il est toutefois possible de voir comment se caractérisent les répondants ayant sollicité de telles prestations (cf. G 4.11). Il apparaît ainsi que 45,1% des bénéficiaires d'aide éprouvent beaucoup de difficultés à réaliser de gros travaux ménager ou n'y parviennent pas. Chez les répondants n'ayant reçu aucune forme d'aide, cette part est de 6,1%. Les limitations en matière de mobilité sont également courantes : 24,6% ne parviennent pas à marcher 200 mètres et 24,5% ont beaucoup de difficultés à utiliser les transports publics. Pour ces activités comme pour les autres présentées sur le graphique G 4.11, les personnes n'ayant pas reçu d'aide à leur domicile ne sont en comparaison que très rarement concernées par de telles difficultés.

Dans l'ensemble, 80,7% des répondants ayant reçu de l'aide à leur domicile éprouvent des difficultés à accomplir au moins une activité élémentaire ou instrumentale de la vie quotidienne contre 24,3% des répondants n'ayant reçu aucune aide à leur domicile (données non représentées).

**G 4.11** Caractéristiques des répondants ayant eu recours à des services d'aide et de soins à domicile ou à de l'aide informelle au cours des 12 derniers mois, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



1656<=n<=1692.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

*18,8% des personnes recevant de l'aide à leur domicile ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois*

Globalement, l'indépendance et l'autonomie des personnes ayant reçu de l'aide à leur domicile sont souvent entravées : 51,9% mentionnent beaucoup de difficulté ou l'incapacité à accomplir au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne et 14,6% font part de difficultés similaires dans l'accomplissement d'au moins une activité élémentaire de la vie quotidienne. Chez les répondants n'ayant pas reçu d'aide à leur domicile, ces parts sont de 7,2% et 0,6% (données non représentées).

Certains problèmes de santé se retrouvent également plus souvent chez les personnes recevant de l'aide à leur domicile. C'est notamment le cas des maladies rhumatismales et de l'incontinence urinaire. On constate finalement que 18,8% des bénéficiaires d'aide ont également souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. Il convient donc d'être attentifs aux aspects psychiques caractérisant les personnes recevant de l'aide à leur domicile.

*Un tiers des femmes âgées de 80 ans et plus a reçu un soutien informel au cours des 12 derniers mois*

Chez les 65-79 ans, les femmes reçoivent un peu plus souvent que les hommes une aide informelle (15,1% vs 8,7%, G 4.12). Cet écart s'accroît encore fortement chez les 80 ans et plus (35,4% vs 12,8%). Il est possible que les différences entre hommes et

femmes tiennent en partie à l'organisation des ménages ou à des différences de perception quant au soutien informel reçu (voir ci-après).

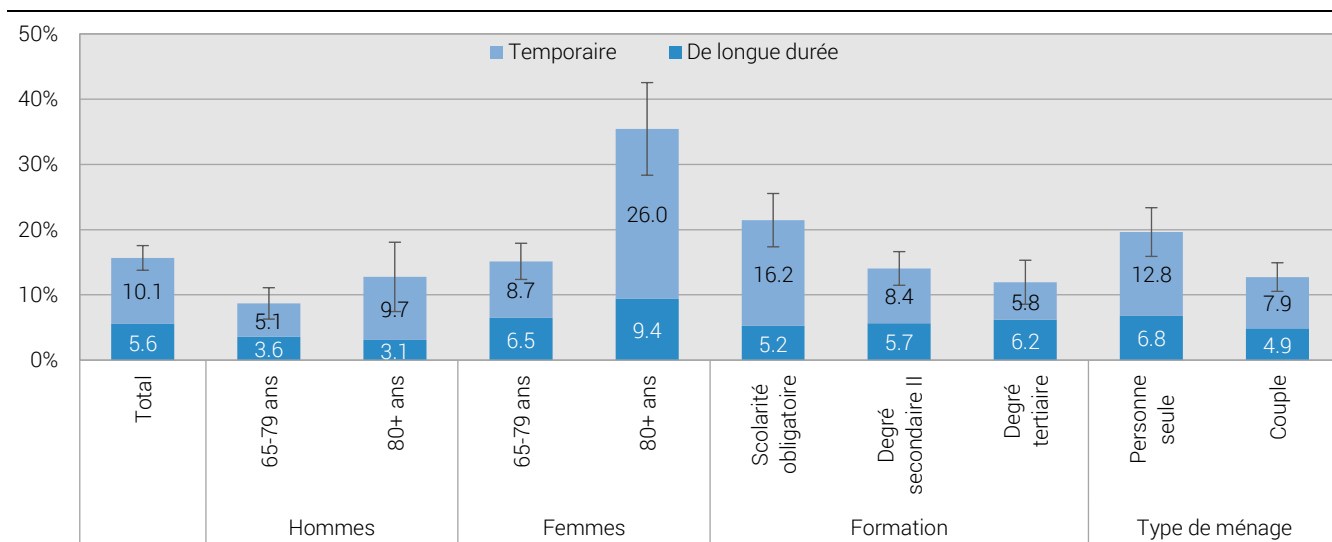
Les personnes sans formation post-obligatoire mentionnent plus souvent que les autres une aide informelle (21,5% vs 14,1% pour le niveau secondaire II et 11,9% pour le niveau tertiaire). C'est également le cas des personnes vivant seules (19,6%) par rapport à celles vivant en couple (12,7%).

*Un tiers des bénéficiaires d'aide informelle sont des bénéficiaires de longue durée*

Parmi les 15,7% de répondants ayant bénéficié du soutien de proches au cours des 12 derniers mois, un peu plus d'un tiers (35,7%) reçoit cette aide sur une longue durée<sup>30</sup>, les deux tiers restant mentionnant plutôt une aide temporaire (G 4.12). Pour l'essentiel, les différences de recours à l'aide informelle entre les différentes catégories de répondants tiennent à la fréquence de l'aide temporaire, le recours de longue durée à une aide informelle variant assez peu.

Indépendamment du caractère temporaire ou de longue durée de l'aide informelle reçue, celle-ci peut finalement être caractérisée par sa fréquence. Un peu moins de la moitié des personnes ayant bénéficié de l'aide de proches au cours des 12 derniers mois (47,0%) mentionnent une aide reçue plusieurs fois par semaine, les 53,0% restants ayant reçu de l'aide une fois par semaine ou moins souvent (cf. tableaux annexes 6.3).

**G 4.12 Recours temporaire ou de longue durée à l'aide informelle (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



n=1691.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

<sup>30</sup> À des fins de clarté, l'expression « de longue durée » est privilégiée à l'expression « régulièrement » proposée dans le questionnaire de l'ESS.

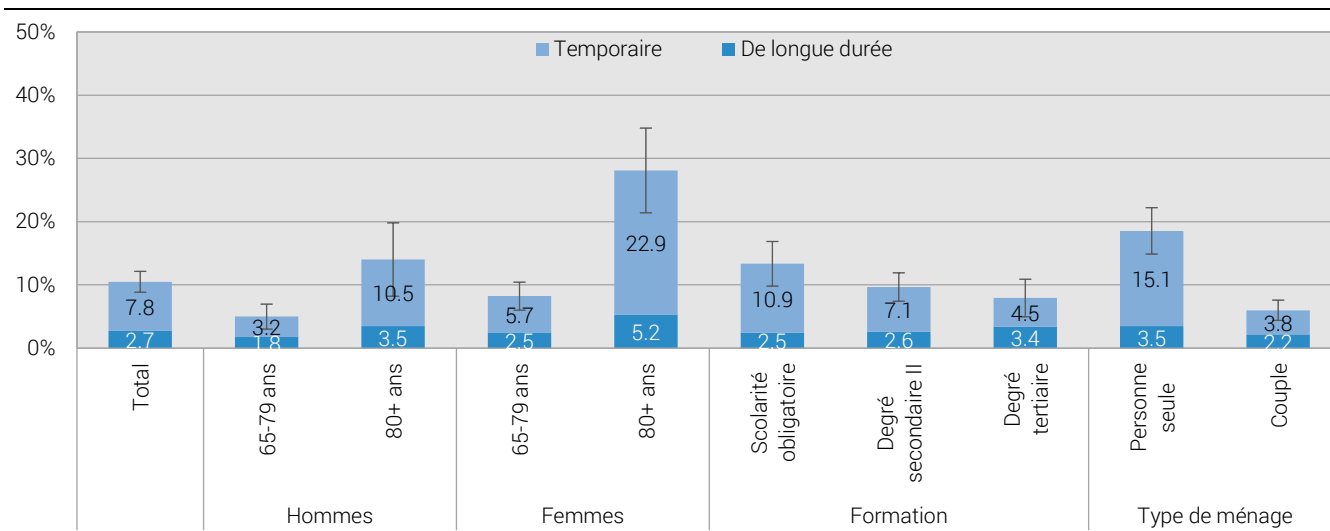
*Les personnes vivant seules recourent plus souvent aux services d'aide et de soins à domicile*

Pour ce qui concerne le recours à une structure formelle d'aide et de soins à domicile de type Spitex, les hommes et les femmes de 65 à 79 ans présentent des taux de recours assez proches (5,0% et 8,2%, G 4.13). Chez les 80 ans et plus, ce taux augmente pour passer à 14,0% chez les hommes et à 28,1% chez les femmes (différence significative). Comme pour les soins informels, les personnes sans formation post-obligatoire mentionnent plus souvent que les autres une aide formelle (13,4% vs 9,7% et 7,9%, différence significative à l'échelle de la Suisse). C'est également le cas des personnes vivant seules (18,6%) par rapport aux répondants vivant en couple (6,0%). Les écarts mis en évidence ici sont encore plus prononcés que pour le recours aux soins informels.

Les trois quarts des répondants ayant eu recours à un service d'aide et de soins à domicile au cours des 12 derniers mois mentionnent un soutien temporaire (74,3%), le quart restant utilisant ces services sur une longue durée<sup>31</sup>. Chez les différentes catégories de répondants, la part de bénéficiaires de longue durée plafonne à 5,2% (femmes de 80 ans et plus), les variations des taux de recours tenant essentiellement aux prestations temporaires.

Dans 40,1% des cas, les bénéficiaires des services d'aide et de soins à domicile mentionnent plusieurs visites par semaine, alors que 59,9% bénéficient de ces services une fois par semaine ou moins souvent (cf. tableaux annexes 6.3).

**G 4.13 Recours temporaire ou de longue durée aux services d'aide et de soins à domicile (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



n=1691.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

On relève que le **taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile des 65 ans et plus**, tel que recensé dans l'ESS, s'avère nettement plus bas que celui enregistré dans la base de données Spitex. En effet, selon les services Spitex, le taux d'aide formelle varie entre 17,6% et 24,6% selon les cantons (voir 1.6.2) contre 10,5% dans l'ESS. D'une part, le taux de recours calculé selon les données Spitex est vraisemblablement surestimé en raison de doubles comptages de patients – particulièrement lorsque plusieurs prestataires différents interviennent auprès d'un même patient. D'autre part, il est possible que cet écart reflète une sous-représentation des personnes en moins bonne santé parmi les répondants à l'ESS.

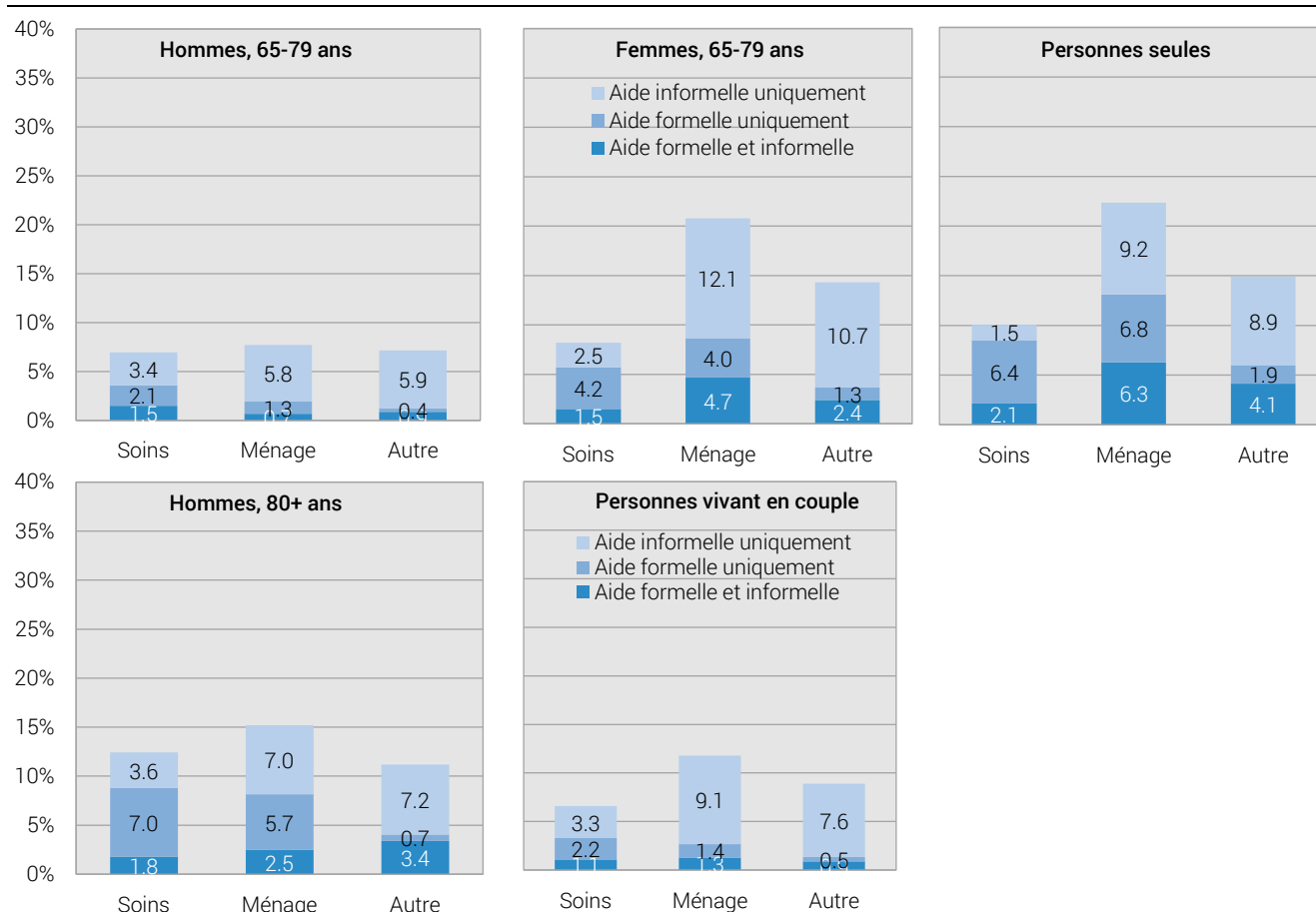
*Près de 40% des femmes âgées de 80 ans et plus présentent des besoins d'aide pour le ménage*

Globalement, au cours des 12 mois précédant l'enquête, 16,0% des répondants ont bénéficié d'une aide, formelle ou informelle pour l'entretien de leur ménage, 11,7% mentionnent un tel support pour d'autres types d'aide (repas, transports, etc.) et 8,2% ont reçu des soins à leur domicile (12,1% ont reçu plusieurs types de prestations, données non représentées). La fréquence de ces aides, leur nature ainsi que la forme que celles-ci revêtent varient en fonction de différents facteurs, notamment l'âge, le sexe et la composition du ménage (G 4.14). Plusieurs remarques peuvent être faites à ce sujet :

<sup>31</sup> À des fins de clarté, l'expression « de longue durée » est privilégiée à l'expression « régulièrement » proposée dans le questionnaire de l'ESS.

- Les hommes mentionnent moins souvent que les femmes une aide pour le ménage. Cette différence peut notamment tenir à l'organisation des ménages. En effet, seule l'aide reçue « pour des raisons de santé » est ici considérée. Si certaines tâches ménagères sont habituellement réalisées par l'un ou l'autre des conjoints, celles-ci ne devraient pas être assimilées à de l'aide informelle en cas d'atteinte à la santé. La même remarque vaut sans doute pour la catégorie « autre » qui comprend notamment les transports et les tâches administratives.
- Pour les deux classes d'âge, les taux d'hommes et de femmes recevant des soins à leur domicile sont proches.
- De manière générale, il est plus fréquent que les soins soient délivrés par des structures formelles que l'aide au ménage ou d'autres types d'aide. Avec l'avancée en âge, le rôle des structures formelles dans la fourniture de soins devient encore plus important.
- Les personnes vivant seules bénéficient plus souvent que celles vivant en couple d'une aide formelle uniquement (ménage) ou d'une aide formelle couplée à une aide informelle (ménage et autre). Les taux de répondants bénéficiant uniquement d'une aide informelle sont par contre assez proches pour les deux catégories de répondants.

**G 4.14 Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle (12 derniers mois), selon le type d'aide et selon le sexe, la classe d'âge et la composition du ménage, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**



Hommes, 65-79 ans : n=590, hommes, 80+ ans : n=146, femmes, 65-79 ans : n=755, femmes : 80+ ans : n=195, personnes seules : n=531, personnes vivant en couple : n=979.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Mentionnons finalement que l'aide informelle est le plus souvent délivrée par un membre de la famille n'appartenant pas au ménage (56,5% de l'ensemble des répondants recevant de l'aide informelle). Une personne appartenant au ménage intervient dans 49,2% des cas. Les voisins et amis (26,8%) ainsi que les personnes appartenant à une association à une église ou à un autre

type d'organisation (7,6%) viennent compléter ce support. On précise ici que l'aide informelle peut être procurée par plusieurs sources.

Pour les personnes vivant en couple, c'est le plus souvent le conjoint qui délivre l'aide informelle

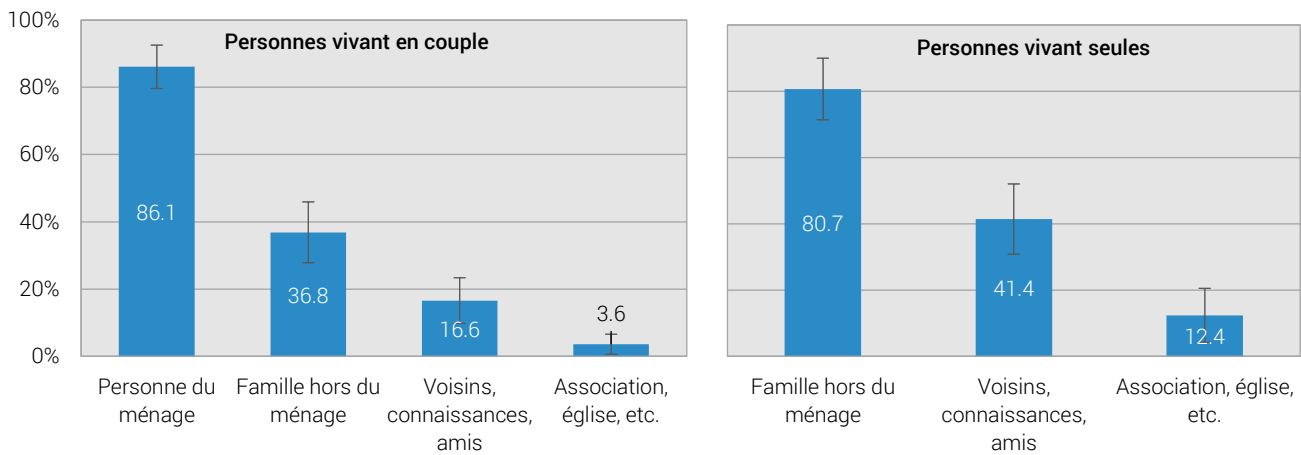
La source du soutien informel dépend en grande partie de la présence d'un potentiel proche aidant au sein du ménage. La grande

majorité des personnes vivant en couple et bénéficiant d'une aide informelle reçoivent celle-ci de la part de la personne partageant leur ménage (86,1%, G 4.15). La famille vivant hors du ménage intervient dans environ un tiers des cas (36,8%). Les voisins, connaissances et amis ainsi que les personnes intervenant par le biais d'une association ou d'une église jouent un moindre rôle (16,6% et 3,6%).

Pour les personnes vivant seule, l'aide informelle est le plus souvent apportée par des membres de la famille vivant hors du ménage

Les personnes vivant seules dépendent beaucoup plus souvent de l'aide procurée par la famille vivant hors du ménage (80,7%). Les voisins, connaissances et amis ainsi que les membres d'une association ou d'une église interviennent aussi plus souvent que chez les personnes vivant en couple (41,4% et 12,4%).

**G 4.15 Sources de l'aide informelle reçue 12 derniers mois, selon la composition du ménage, personnes âgées de 65 ans et plus recevant de l'aide informelle, Suisse latine, 2017**



Personnes vivant en couple : n=130, personnes vivant seules : n=99.  
Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

#### 4.5.2 Aide informelle délivrée

*27% délivrent de l'aide à des proches, le plus souvent à des voisins, connaissances et amis*

Les personnes âgées de 65 ans et plus ne sont pas seulement susceptibles de solliciter de l'aide à leur domicile. Plus souvent encore, ce sont elles qui procurent de l'aide à des proches ; c'est le cas de 27,2% des répondants latins de 65 ans et plus (G 4.16). Les principaux bénéficiaires de cette aide sont des voisins, connaissances et amis (44,6% des personnes délivrant de l'aide). Suivent des membres de la famille n'appartenant pas au ménage (36,1%) et les personnes partageant le ménage (25,4%).

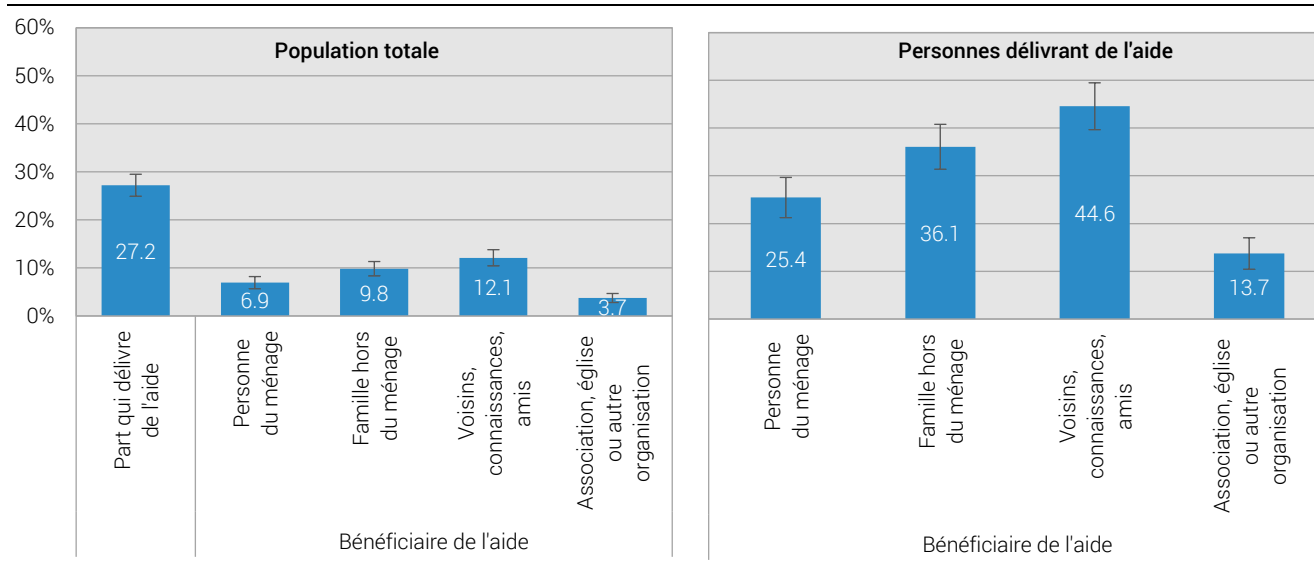
Concernant l'aide procurées aux personnes partageant le ménage, les chiffres sont cohérents avec ceux relevés concernant la part de répondants recevant de l'aide de membres de leur ménage : 6,9% de l'ensemble des répondants latins déclarent délivrer une telle aide alors que 7,6% disent en recevoir (donnée non représentée).

Il en va de même pour l'aide procurée à des membres de la famille ne faisant pas partie du ménage, les parts de prestataires

et de bénéficiaires étant également assez proches (9,8% et 8,8%). Il est cependant également possible que les personnes donnant de l'aide à des membres de leur famille ou en recevant aient moins de 65 ans. Par contre, il est plus fréquent que les répondants délivrent de l'aide à des amis, connaissances ou voisins plutôt qu'ils n'en reçoivent (12,1% et 4,2%).

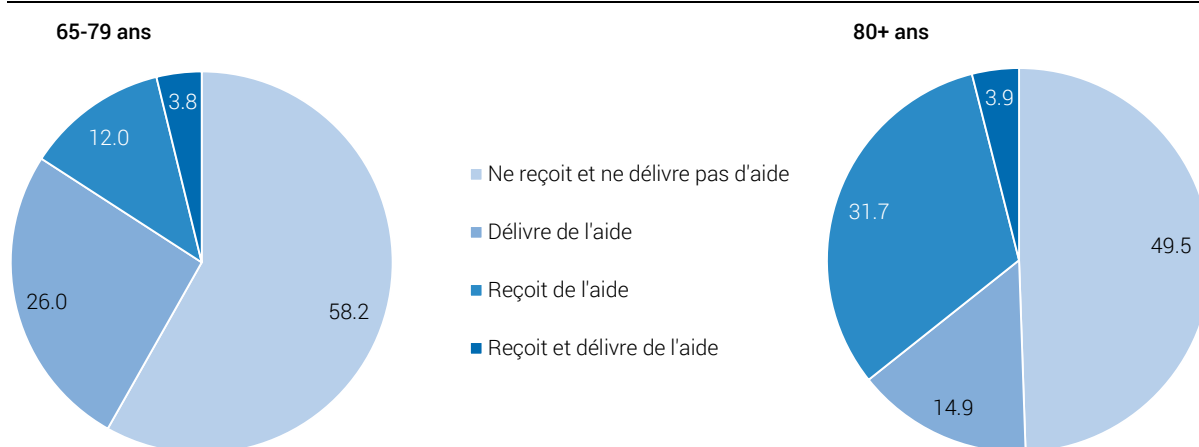
Chez les 65-79 ans, la part de répondants déclarant avoir délivré une forme d'aide informelle est de 29,8% mais elle diminue pour passer à 18,8% chez les 80 ans et plus. Sur l'ensemble des 65 ans et plus, il s'agit dans environ la moitié des cas d'une aide temporaire (46,9%), les 53,1% restants mentionnant une aide de longue durée. 41,4% des répondants fournissant une aide à des proches le font plusieurs fois par semaine, 34,0%, deux à quatre fois par mois et les 24,6% de façon encore plus occasionnelle (cf. tableaux annexes 6.3).

Avec 28,7% de proches aidants, les répondants latins âgés de moins de 65 ans délivrent aussi souvent que les 65-79 ans de l'aide à autrui. Par contre, les 65-79 ans fournissent plus souvent que les moins de 65 ans une aide de longue durée (52,8% vs 40,4%, différence significative, différence significative).

**G 4.16 Aide informelle délivrée, selon le destinataire de l'aide, personnes âgées de 65 ans et plus (total et personnes délivrant de l'aide), Suisse latine, 2017**


Population totale: n=1692; Personnes délivrant de l'aide : n=469.  
 Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

**G 4.17 Aide reçue (formelle ou informelle) et délivrée selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus (total et personnes délivrant de l'aide), Suisse latine, 2017**


65-79 ans : n=1348 ; 80+ ans : n=344.  
 Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

#### 4.5.3 Aide reçue et délivrée

*Chez les 65-79 ans, la part délivrant de l'aide est supérieure à celle en recevant*

Dans l'ensemble, près de 60% des 65-79 ans ne délivre d'aide informelle ni ne reçoit d'aide formelle ou informelle (58,2%, G 4.17). Environ un quart délivre de l'aide, soit deux fois plus que la part

recevant de l'aide (12,0%). Chez les 80 ans et plus, environ la moitié des répondants ne reçoit ni ne délivre de l'aide (49,5%). La part de bénéficiaire passe à 31,7%, soit deux fois plus que la part de prestataires d'aide. Dans les deux classes d'âge, la part recevant et délivrant simultanément de l'aide est inférieure à 4%.



### 4.6 Synthèse du recours aux soins

**Le tableau T 4.2 reprend les taux de recours des 65 ans et plus auprès des différents prestataires de santé.** Sont pris en considération les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les urgences hospitalières, les consultations ambulatoires à l'hôpital, les hospitalisations, les médecines complémentaires ainsi que les prestations formelles et informelles à domicile. Ce tableau présente les taux conjoints de recours pour chaque association de prestataires. Par exemple, 57,8% des personnes qui se sont rendues chez le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois ont également consulté un médecin spécialiste alors que ce n'est le cas que de 35,6% des personnes n'ayant pas consulté de médecin généraliste.

**L'hospitalisation est associée à un recours plus fréquent à l'ensemble des prestataires de santé**

Globalement, le **fait de recourir à un prestataire de santé est fortement associé au recours à d'autres prestataires** (cases en bleu clair et bleu foncé). Cette relation est particulièrement forte pour un certain nombre d'associations (cases en bleu foncé).

Les personnes hospitalisées consultent plus souvent un médecin spécialiste (78,2% vs 50,1% pour les personnes non hospitalisées), ont plus souvent recours au service d'urgence d'un hôpital (44,7% vs 9,1%) et reçoivent plus souvent une aide formelle (29,2% vs 6,6) ou informelle (37,1% vs 11,2%) à leur domicile. De la même manière, les personnes ayant eu recours aux urgences hospitalières et recevant un soutien, formel ou informel à leur domicile présentent des taux d'hospitalisation supérieurs à celles n'ayant pas eu recours à ces prestataires.

Comme il l'a été vu précédemment, les aides formelle et informelle sont associées chez environ la moitié des bénéficiaires de l'une de ces formes de soutien. Les consultations ambulatoires à l'hôpital et les consultations chez un médecin spécialiste sont aussi fréquemment associées. En effet, les consultations à l'hôpital sont souvent réalisées par des médecins spécialistes.

En particulier, le recours à la médecine complémentaire n'est pas associé avec un recours plus élevé à d'autres prestataires de santé, à l'exception des spécialistes.

Le fait d'avoir reçu une aide formelle au domicile n'est pas associé à un plus grand recours au médecin généraliste ou au spécialiste, au cabinet ou à l'hôpital. Il est par contre très lié avec une hospitalisation et, dans une moindre mesure, avec les urgences hospitalières.

**T 4.2 Taux conjoints de recours (en %) pour chaque association de prestataire de santé, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017**

	Taux de recours	Consultation généraliste <sup>1</sup>		Consultation spécialiste <sup>1</sup>		Urgences hospitalières <sup>1</sup>		Consultation ambulatoire à l'hôpital <sup>1</sup>		Hospitalisation <sup>2</sup>		Médecines complémentaires <sup>3</sup>		Aide formelle reçue au domicile <sup>2</sup>		Aide informelle reçue au domicile <sup>2</sup>	
	Tous	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
<b>Consultation généraliste<sup>1</sup></b>	86.2	-	-	80.3	91.0	84.6	95.1	84.4	92.3	84.2	95.9	85.8	87.8	86.0	88.2	85.6	90.0
				+/-3.1	+/-2.0	+/-2.1	+/-3.0	+/-2.2	+/-2.8	+/-2.1	+/-2.6	+/-2.3	+/-3.3	+/-1.9	+/-5.9	+/-2.0	+/-4.5
<b>Consultation spécialiste<sup>1</sup></b>	54.8	35.6	57.8	-	-	52.3	69.3	45.9	83.4	50.1	78.2	53.8	62.8	53.9	63.8	52.8	68.0
		+/-6.8	+/-2.8			+/-2.8	+/-6.5	+/-3.0	+/-3.9	+/-2.9	+/-5.3	+/-3.2	+/-5.2	+/-2.7	+/-8.5	+/-2.8	+/-6.9
<b>Urgences hospitalières<sup>1</sup></b>	15.1	5.3	16.5	10.2	18.9	-	-	13.2	20.8	9.1	44.7	13.6	15.3	13.1	34.0	12.6	30.6
		+/-3.2	+/-2.2	+/-2.4	+/-2.9			+/-2.1	+/-4.4	+/-1.7	+/-6.6	+/-2.3	+/-4.0	+/-1.9	+/-8.6	+/-1.9	+/-6.8
<b>Consultation ambulatoire à l'hôpital<sup>1</sup></b>	23.4	13.2	25.0	8.6	35.8	21.8	32.6	-	-	20.8	36.5	22.9	25.8	23.1	25.9	21.3	36.6
		+/-4.7	+/-2.4	+/-2.1	+/-3.4	+/-2.3	+/-6.6			+/-2.3	+/-6.3	+/-2.7	+/-4.6	+/-2.3	+/-7.7	+/-2.3	+/-6.8
<b>Hospitalisation<sup>2</sup></b>	17.1	4.9	18.7	8.1	23.9	10.9	49.8	13.7	25.7	-	-	15.5	15.4	13.6	47.8	5.6	36.5
		+/-3.2	+/-2.2	+/-2.1	+/-3.1	+/-1.8	+/-7.1	+/-2.2	+/-4.7			+/-2.4	+/-3.8	+/-1.9	+/-8.4	+/-1.3	+/-6.5
<b>Médecines complémentaires<sup>3</sup></b>	27.4	24.2	27.7	22.9	30.7	27.0	29.8	26.5	29.8	27.4	27.3	-	-	27.4	26.4	26.6	32.9
		+/-6.2	+/-2.7	+/-3.5	+/-3.4	+/-2.6	+/-7.0	+/-2.8	+/-5.1	+/-2.7	+/-6.2			+/-2.6	+/-9.1	+/-2.6	+/-7.5
<b>Aide formelle reçue au domicile<sup>2</sup></b>	10.5	8.1	9.7	7.6	11.0	7.5	21.8	9.2	10.5	6.6	29.2	8.3	8.0	-	-	12.8	40.5
		+/-4.1	+/-1.8	+/-2.1	+/-2.4	+/-1.6	+/-6.0	+/-1.9	+/-3.4	+/-1.5	+/-5.9	+/-1.8	+/-3.1			+/-1.9	+/-6.4
<b>Aide informelle reçue au domicile<sup>2</sup></b>	15.7	9.8	14.1	9.5	16.6	11.1	27.7	11.3	21.3	11.2	37.1	11.4	14.8	11.1	54.5	-	-
		+/-4.4	+/-2.0	+/-2.4	+/-2.7	+/-1.8	+/-6.4	+/-2.0	+/-4.3	+/-1.8	+/-6.1	+/-2.1	+/-3.8	+/-1.7	+/-8.3		

<sup>1</sup> : sans les interviews avec une personne de substitution : 1609<=n<=1614 ; <sup>2</sup> : total des interviews : n=1691 ; <sup>3</sup> : questionnaire écrit : n=1460.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Légende : gris : pas de différence significative ; bleu clair : différence significative ; bleu foncé : différence significative avec un écart particulièrement important (rapport de minimum 1 pour 4 ou au moins 25 points de pourcentage d'écart).

Exemple de lecture : 57,8% des personnes qui se sont rendues chez le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois ont également consulté un médecin spécialiste alors que ce n'est le cas que de 35,6% des personnes n'ayant pas consulté un médecin généraliste.

## 5 Bibliographie

- Addiction Suisse. (2018). *Alcool. Focus 2018*. Lausanne: Addiction Suisse.
- American Psychological Associations. (1998). American Psychological Associations' Presidential Task Force on the assessment of age-consistent memory decline and dementia.
- Anaut, M. (2015). La résilience: évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28-39.
- Ankers, N., & Serdaly, C. (2016). Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*: Jossey-bass.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Morau-Gruet, F. (2013). La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Bakchine, S., & Habert, M.-O. (2007). Classification des démences: aspects nosologiques. *Médecine nucléaire*, 31(6), 278-293.
- Bandura, A. (2007). Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle: De Boeck.
- BASS. (2018a). « Démence : monitoring de la prise en charge » : indicateurs - Coûts de la démence en Suisse: Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS.
- BASS. (2018b). « Démence : monitoring de la prise en charge » : indicateurs - Décès liés à un diagnostic de démence établi: Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS.
- BASS. (2018c). « Démence : monitoring de la prise en charge » : indicateurs - Estimations de la prévalence de la démence en Suisse: Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS.
- BASS. (2018d). « Démence : monitoring de la prise en charge » : indicateurs - Soins à domicile : estimation du nombre de personnes atteintes: Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS.
- Béland, F., & Michel, H. (2013). *La Fragilité des personnes âgées: définitions, controverses et perspectives d'action*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).
- Bize, R., Rodondi, P.-Y., & al. (2016). *Médecines complémentaires dans le canton de Vaud: recours et offres actuels, principaux enjeux sanitaires et possibilités de réglementation*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Bizzini, L., & Rapin, C.-H. (2007). L'âgisme. Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et société*, 123, 263-278.
- Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A., & Jeandel, C. (2000). Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. *La Presse Médicale*, 29(22), 1240-1248.
- Blanchet, S., Chikhi, S., & Maltais, D. (2018). Bienfaits des activités physiques sur la santé cognitive et mentale dans le vieillissement normal et pathologique. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 16(2), 197-205.
- Bogner, K., & Landrock, U. (2015). Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim: GESIS–Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines).
- Bongard, V., & Ferrières, J. (2006). Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. *La Revue du Praticien*, 56, 79-87.
- Bopp, M., & Holzer, B. (2012). Prevalence of multimorbidity in Switzerland-definition and data sources. *Praxis*, 101(25), 1609-1613.
- Boss, V. (2016). La santé psychique des personnes âgées. Dans *Promotion Santé Suisse* (édit.), *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base*. Berne et Lausanne
- Boulbry, G. (2006). Enquêtes verbales et biais méthodologiques. *La Revue des Sciences de Gestion*, (6), 69-78.
- BPA. (2017). *Status 2017. Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse.*
- Brevik, J., & Dalgard, O. (1996). *The health profile inventory*. Oslo: University of Oslo.
- Brown, J. S., Vittinghoff, E., Wyman, J. F., Stone, K. L., Nevitt, M. C., Ensrud, K. E., & Grady, D. (2000). Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(7), 721-725.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, 9(4), 243-246.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*: WW Norton & Company.
- CFAL. (2018). *La CFAL revoit les repères de consommation d'alcool à la baisse: Département fédéral de l'intérieur DFI*.
- Chevalier, P. (2008). *Prévention des chutes chez les personnes âgées. Recommandations de Bonne Pratique. Synthèse de la mise à jour (mars 2008)*. Société Scientifique de Médecine Générale.
- Collège national des enseignants de gériatrie. (2000). *Corpus de gériatrie: Tome 1*. Montmorency: 2M2.
- Crettex, L. (2017). *Le tabagisme chez les seniors*.

- Crignon-De Oliveira, C. (2010). Qu'est-ce que «bien vieillir»? Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, (1), 177-191.
- Dargent-Molina, P., & Cassou, B. (2008). Prévention des chutes et des fractures chez les femmes âgées. *Gérontologie et société*, 31(2), 65-78.
- De Jaeger, C. (2017). *Physiologie du vieillissement*. Elsevier Masson SAS, 26-007-D-10.
- de Ladoucette, O. (2011). Bien-être et santé mentale: des atouts indispensables pour bien vieillir.
- Deci, E. (1975). *Intrinsic motivation*: Plenum Press.
- d'Epinay, C. L., & Spini, D. (2007). *Les années fragiles: la vie au-delà de quatre-vingts ans*: Presses Université Laval.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S., & Pellegrini, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. *Evolutions 2006 –2013* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S., & Pellegrini, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. *Evolutions 2006 –2013* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Eidgenössische Ernährungscommission EEK. (2018). *Ernährung im Alter. Ein Expertenbericht der EEK*.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolerio, A., & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss Medical Weekly*, 138(13-14), 204-210.
- Falcon, J. (2016). Mobilité sociale au 20e siècle en Suisse : entre démocratisation de la formation et reproduction des inégalités de classe. *Social Change in Switzerland*, 5.
- Féart, C. (2018). Fragilité de la personne âgée: un aperçu du rôle de la nutrition. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*.
- Fernandez, L., & Finkelstein-Rossi, J. (2010). Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés: genèse, contexte, développement et prise en charge. *Psychologie française*, 55(4), 309-323.
- Franchi, S., & Bulliard, J. (2013). Prévention et dépistage du cancer en Suisse: fréquence et déterminants. (Université de Lausanne).
- Freund, A., & Baltes, P. B. (2003). Pour un développement et un vieillissement réussis: Sélection, optimisation et compensation. *Revue québécoise de psychologie*, 24(3), 27-50.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., & al. (2001). Frailty in Older Adults. Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), 146-157.
- Gache, S. H. P. (2007). Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. *Rev Med Suisse*, 3, 32411.
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir » : concepts et modèles. *M/S : médecine sciences*, 22(3), 297-300.
- Gazareth, P. (2009). *Visages du handicap*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2017). *Monitoring suisse des addictions : consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2016*. Lausanne: Addiction Suisse, .
- Gutzwiller, F., Paccaud, F., & Abel, T. (2009). *Prévention et promotion de la santé. Médecine sociale et préventive - Santé publique*. 3e éd. Berne: Huber.
- Haute Autorité de santé. (2007). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. Service des recommandations professionnelles.
- Höpflinger, F., & Wezemaël, J. V. (2014). *Wohnen im höheren Lebensalter*. Zürich und Genf: Seismo Verlag.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne: Observatoire suisse de la santé.
- Hummel, C. (2002). Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires. *Gérontologie et société*, 25(3), 41-52.
- Hurrelmann, K. (2002). *Psycho-und soziosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 45(11), 866-872.
- Idler, E. L., & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of gerontology*, 46(2), 55-65.
- Jabbour, M. (2010). Les facteurs ayant une influence négative sur la qualité alimentaire chez les personnes âgées vivant dans la communauté au Québec. (Université de Montréal).
- Jansen, P. A., & Brouwers, J. R. (2012). *Clinical pharmacology in old persons*. Scientifica, 2012.
- Jaunin-Stalder, N., & Lagro-Janssen, A. L. (2013). *Incontinence urinaire: n'oublions ni les hommes ni les femmes*. *Thérapeutique*, 395(28), 1535-1537.
- Junod, A., Fustinoni, S., & Santos-Eggimann, B. (2014). *La santé des aînés: portrait de la santé et de ses déterminants sociaux en ville de Lausanne*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive:
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3), 307-316.
- Kaesler, L., & Roch, P.-A. (2013). Interroger la notion de "vieillesse active": émergence, diffusion et applications d'une politique du vieillissement aux conditions nécessaires.
- Kaiser, M. J., Bauer, J. M., & al. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(9), 782.
- Kraft, E., Marti, M., Werner, S., & Sommer, H. (2010). Cost of dementia in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 140, 13093.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Lang, P. (2013). Le paradoxe de l'obésité: l'IMC est-il vraiment une mesure adéquate du risque métabolique? *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13(76), 181-184.
- Lang, P., Dramé, M., Mahmoudi, R., Jolly, D., Lanièce, I., Saint-Jean, O., . . . Voisin, T. (2011). La fragilité: les enseignements de l'étude de la cohorte SAFEs et les perspectives d'avenir en matière de recherche. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 9(2), 135-149.
- Lang, P., Proust, J., Vogel, T., & Aspinall, R. (2013). Saurons-nous jamais ce qui provoque le vieillissement? *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13(78), 337-343.

- Lang, P., Takeda, C., Vogel, T., & Rassam-Hasso, Y. (2017). Comment j'optimise un traitement complexe chez un patient âgé. *Médecine thérapeutique*, 23(3), 145-157.
- Lang, P., Trivalle, C., & Dramé, M. (2012). La fragilité: mythe ou réalité? *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 12(70), 163-170.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Leclerc, G. (2007). Le paradoxe du vieillissement réussi. Dans M. Arcand et R. Hébert (édit.), *Précis pratique de gériatrie*, . Paris: 3e édition, Sherbrooke, Éditions Edisem.
- Lee, L., Heckman, G., & Molnar, F. J. (2015). La fragilité: Détecter les patients âgés à risque élevé d'issues défavorables. *Canadian Family Physician*, 61(3), 119-124.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 1, 9.
- Löwe, B., & Spitzer, R. (2001). *Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual. Komplettversion und Kurzform*: Pfizer GmbH.
- Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., & Boëtisch, G. (2007). Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sciences sociales et santé*, 25(3), 79-106.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Maggiore, C., & Blumer, D. (2018). La santé psychique chez les travailleurs âgés en Suisse. Dans *Promotion Santé Suisse* (édit.), *Gestion de la santé en entreprise. Principes de base et tendances*.
- Manor, O., Matthews, S., & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3), 600-607.
- Marquette, C., Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Vermeulen, O., & Vénisse, J.-L. (2010). Sujets âgés et substances psychoactives : état des connaissances. *Psychotropes*, 16(3), 161-178.
- Masse, M., & Meire, P. (2012). L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement*, 10(3), 333-341.
- Michel, H. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite et société*, 62(1), 174-181.
- Moreau-Gruet, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Moreau-Gruet, F. (2013). *Monitoring zur psychischen Gesundheit—mit Fokus "Ältere Menschen" und "Stress am Arbeitsplatz"*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2.
- Notari, L., Kuendig, H., & Gmel, C. (2017). *Etat des connaissances de la population sur la dangerosité du tabagisme et du tabagisme passif – Analyse des données 2016 du Monitoring suisse des addictions*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Obsan. (2011). *La santé en en Suisse latine. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Obsan. (2019). *Mortalité due au tabac*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- OFROU. (2017). *Accidents de la route enregistrés par la police*.
- OFS. (2008). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2010). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007. Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2013). *Enquête suisse sur la santé 2012. Documentation indices ESS12*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2014). *SRPH. FAQ cadre de sondage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages SRPH*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2016). *Enquête suisse sur la santé. Fiche signalétique*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2017). *Typologie des communes et typologie urbain-rural 2012*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2018a). *Densité des services selon le type d'espace*
- OFS. (2018b). *Les conditions d'habitation des seniors en Suisse, en 2016*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2018c). *Vieillesse active*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS. (2019). *L'enquête suisse sur la santé 2017 en bref. Conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP. (2017). *Recommandation de la vaccination contre la grippe*.
- OFSP. (2019). *Consommation simultanée de médicaments et d'alcool chez les personnes âgées. Fiche d'information. Bases scientifiques pour la prévention des maladies non transmissibles et des addictions*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP. (2019). *Promotion de la santé et prévention axées sur les aînés*. Office fédéral de la santé publique
- OMS. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2002). *Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2018). *Obésité et surpoids. Principaux repères*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). *Toward a social psychology of loneliness*. *Personal relationships*, 3, 31-56.
- Pin, S., Vuillemin, A., & Léon, C. (2014). *Prévalences des chutes chez les personnes âgées de 55 à 85 ans et caractéristiques des chuteurs: résultats du Baromètre Santé 2010*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 62, 254.
- Ploton, L. (2014). *Les faiblesses du vieillissement et ses forces. Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 4(119), 29-34.
- Prescrire. (2015). *Exercices physiques et conséquences graves des chutes*. *Revue Prescrire*, 35(376).

- Prescrire. (2016). Chutes et médicaments. *Revue Prescrire*, 36(397).
- Reymond, E. (2018). Réappropriation de soi, projections dans le futur et vieillissement. (University of Geneva).
- Riviere, D., Ruffel, L., & Pillard, F. (2015). Les bénéfices de l'activité physique chez les plus de 50 ans. *Revue bibliographique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 30-31, 545-551.
- Rolland, Y., Benetos, A., & al. (2011). La fragilité de la personne âgée: un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 9(4), 387-390.
- Roth, S., & Moreau-Gruet, F. (2011). Consommation et coût des médicaments en Suisse. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Rüesch, P., Volken, T., Bänziger, A., & Gügler, R. (2011). Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung Empirische Analyse der Messeigenschaften und Vergleich mit europäischer Erhebung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529-565.
- Salimi, A. (2011). Social-emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29, 292-295.
- Savary, J.-F., Cornut, M., & Pinilla, M. A. (2018). La consommation d'alcool chez les seniors. Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA). Groupement romand d'étude des addictions
- Scharfetter, C. (2010). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Scheen, A. (2014). Pharmacothérapie du sujet âgé: *Primum non nocere!* *Revue medicale de Liege*, 69(5-6), 282-286.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). La santé psychique en Suisse. *Monitoring 2016*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Scodellaro, C. (2014). La santé perçue aux âges élevés : des critères médicaux aux évaluations pratiques. [Perceived Health in Old Age: From Medical Criteria to Practical Assessments]. *Retraite et société*, 67(1), 19-41.
- Seematter-Bagnoud, L., Bize, R., Mettler, D., Büla, C., & Santos-Eggimann, B. (2011). Promotion de l'activité physique: projet "Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées": résumé et recommandations. Lausanne: CHUV, Centre d'observation et d'analyse du vieillissement (COAV).
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death. A series of books in psychology*. New York: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. Dans *Flow and the foundations of positive psychology* (p. 279-298): Springer.
- Sergi, G., Perissinotto, E., & al. (2005). An adequate threshold for body mass index to detect underweight condition in elderly persons: the Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). *The Journals of Gerontology Series A*, 60(7), 866-871.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2013). La participation sociale des personnes âgées en Europe. *Retraite et société*, 65(2), 59-80.
- Spiess, M., & Schnyder-Walser, K. (2018). Égalité des chances et santé – Chiffres et données pour la Suisse. Document de base. Berne: Socialdesign SA, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), août 2018.
- SSN. (2011a). L'alimentation de la personne âgée. Feuille d'info. Berne: Société Suisse de Nutrition.
- SSN. (2011b). Produits laitiers, viande, poisson, œufs & tofu. Berne: Société Suisse de Nutrition.
- Stamm, K., & Salize, H.-J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Dans *Volkswirtschaftliche Depression?* (p. 109-120): Springer.
- Thiébaud, S. B., Pataky, Z., & Golay, A. (2010). Obésité chez la personne âgée: quelle attitude? *Revue médicale suisse*, 6, 666-669.
- Thornton, J. E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational gerontology*, 28(4), 301-312.
- Tourangeau, R., Rips, L. J., & Rasinski, K. (2000). *The psychology of survey response*: Cambridge University Press.
- Turner, R. J., & Turner, J. B. (1999). Social integration and support. Dans *Handbook of the sociology of mental health* (p. 301-319): Springer.
- Van der Linden, M., & Hupet, M. (1994). *Le vieillissement cognitif*: Presses Universitaires de France-PUF.
- Vasseur, F. (2016). Obésité chez les sujets de plus de 65 ans : comorbidités ? Morbidité ? Quelle prise en charge ? *Revue de la Littérature*. (Thèse de doctorat, Université Angers, Angers).
- Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., & Lang, P.-O. (2014). La fragilité: un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 14(79), 43-49.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International social security review*, 55(1), 121-139.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., & al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. *Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Bern: Abteilung Nationale Präventionsprogramme, Bundesamt für Gesundheit.
- Woolcott, J. C., Richardson, K. J., Wiens, M. O., Patel, B., Marin, J., Khan, K. M., & Marra, C. A. (2009). Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. *JAMA Internal Medicine*, 169(21), 1952-1960.
- Yu, E. S., Kean, Y. M., Slymen, D. J., Liu, W. T., Zhang, M., & Katzman, R. (1998). Self-perceived health and 5-year mortality risks among the elderly in Shanghai, China. *American Journal of Epidemiology*, 147(9), 880-890.

# 6 Annexes

## 6.1 Bilan des variations cantonales

De manière générale, les résultats figurant dans le corps de ce rapport ne traitent que brièvement des résultats spécifiques aux cantons. Dans la plupart des cas, la taille des échantillons cantonaux ne permet pas de tirer des conclusions quant à la situation des personnes âgées de chaque canton. Le tableau T 6.1 recense de façon systématique les indicateurs pour lesquels un ou plusieurs cantons latins présentent des résultats s'écartant de façon significative les uns des autres, ou de la moyenne pour la Suisse latine (composée de sept cantons).

Lorsque le résultat d'un canton est plus favorable, celui-ci est indiqué en bleu et le résultat plus défavorable est indiqué en rouge. Pour les indicateurs se rapportant au recours aux soins, auxquels une valeur normative ne peut être attribuée, ce sont les résultats les plus bas qui sont en bleu et les plus élevés en rouge.

## T 6.1 Synthèse des spécificités cantonales statistiquement significatives, pourcentages et intervalles de confiance pour cinq cantons latin et pour la Suisse latine, 2017

	Suisse latine	Fribourg	Tessin	Neuchâtel	Genève	Jura
(Très) bonne appréciation de la qualité de vie	89.0 (+/-3.3)	93.3 (+/-7.2)	82.8 (+/-8.4)	83.9 (+/-13.1)	92.7 (+/-6.7)	83.1 (+/-15.0)
Très bon état de santé auto-évalué	22.8 (+/-4.3)	27.5 (+/-12.8)	14.3 (+/-7.4)	23.1 (+/-14.3)	24.6 (+/-10.9)	16.3 (+/-13.2)
Taux de cholestérol trop élevé (12 mois) ou prise de médicaments (7 jours)	43.5 (+/-5.6)	36.6 (+/-15.4)	50.8 (+/-11.6)	39.4 (+/-18.3)	44.2 (+/-13.5)	36.4 (+/-19.4)
Dépression	6.9 (+/-2.5)	5.8 (+/-6.9)	11.5 (+/-6.2)	6.8 (+/-8.2)	5.8 (+/-5.6)	4.8 (+/-7.6)
Parvient à marcher 200 mètres sans difficulté	92.7 (+/-2.7)	93.5 (+/-7.3)	85.6 (+/-7.7)	94.8 (+/-7.6)	93.3 (+/-6.5)	89.6 (+/-12.4)
Aucune difficulté à voir, ni entendre, ni parler, ni marcher	70.5 (+/-4.7)	74.8 (+/-12.6)	62.5 (+/-10.4)	69.2 (+/-15.7)	74.3 (+/-10.9)	65.8 (+/-17.9)
Utilise un appareil auditif	11.7 (+/-3.4)	8.5 (+/-8.7)	8.7 (+/-6.0)	13.0 (+/-11.1)	9.2 (+/-7.4)	21.3 (+/-15.4)
Aucune difficulté à se souvenir des choses importantes	79.7 (+/-4.1)	80.8 (+/-11.5)	72.6 (+/-9.3)	82.5 (+/-12.4)	83.7 (+/-9.2)	70.6 (+/-17.2)
Aucune limitation cognitive	76.7 (+/-4.3)	77.0 (+/-12.3)	70.0 (+/-9.6)	79.8 (+/-13.2)	80.4 (+/-9.8)	66.7 (+/-17.9)
Prend sans difficulté un bain/une douche sans aide	93.4 (+/-2.6)	94.0 (+/-7.0)	87.5 (+/-7.1)	95.6 (+/-7)	95.2 (+/-5.5)	95.8 (+/-7.5)
Aucune difficulté à accomplir les ADL	90.4 (+/-3.1)	90.3 (+/-8.7)	84.7 (+/-7.6)	92.9 (+/-8.6)	91.0 (+/-7.3)	91.8 (+/-10)
Prépare sans difficulté des repas sans aide	94.5 (+/-2.3)	95.2 (+/-6.5)	89.6 (+/-6.5)	93.0 (+/-8.5)	95.8 (+/-4.9)	92.3 (+/-9.3)
Fait sans difficulté des achats sans aide	92.9 (+/-2.7)	95.3 (+/-6.1)	88.0 (+/-7.1)	94.0 (+/-8.2)	94.5 (+/-5.8)	93.8 (+/-8.5)
Fait sans difficulté la lessive sans aide	92.3 (+/-2.8)	95.0 (+/-6.4)	86.4 (+/-7.6)	93.7 (+/-8.0)	93.9 (+/-5.9)	91.1 (+/-10.4)
Fait sans difficulté des petits travaux ménagers sans aide	91.6 (+/-2.9)	95.6 (+/-6.0)	88.2 (+/-6.8)	90.0 (+/-10.1)	91.0 (+/-7.4)	89.7 (+/-12.3)
Fait sans difficulté ses comptes sans aide	91.4 (+/-3.0)	95.8 (+/-6.1)	85.5 (+/-7.4)	94.5 (+/-8.2)	94.4 (+/-5.9)	92.1 (+/-10.1)
Utilise sans difficulté les transports publics sans aide	89.4 (+/-3.3)	94.1 (+/-6.9)	83.1 (+/-8.3)	89.9 (+/-10.6)	91.2 (+/-7.2)	92.3 (+/-9.9)
Aucune difficulté à accomplir les IADL	64.6 (+/-5.1)	70.1 (+/-13.5)	55.0 (+/-10.8)	63.6 (+/-16.9)	63.7 (+/-12.2)	67.0 (+/-18.3)
Niveau bas de détresse psychologique	82.3 (+/-2)	88.2 (+/-4.7)	74.5 (+/-4.8)	85.0 (+/-6.1)	84.2 (+/-4.7)	81.0 (+/-7.9)
Aucuns/minimes symptômes dépressifs	72.1 (+/-2.6)	73 (+/-7.3)	61.8 (+/-5.9)	72.1 (+/-8.4)	74.7 (+/-6.1)	61.2 (+/-11.1)
Niveau élevé du sentiment maîtrise de la vie	39.4 (+/-2.9)	48.8 (+/-8.1)	38.3 (+/-6.2)	31.8 (+/-8.5)	39.8 (+/-7.1)	29.1 (+/-9.5)
Ne participe jamais à des activités sociales	45.1 (+/-2.6)	38.9 (+/-7.0)	45.4 (+/-5.3)	55.4 (+/-8.3)	49.7 (+/-6.3)	51.9 (+/-9.3)
Participe au moins une fois par semaine à des activités sociales	30 (+/-2.3)	40.4 (+/-7.0)	19.1 (+/-4.1)	25.7 (+/-7)	30.2 (+/-5.7)	27.9 (+/-8.1)
Fait attention à son alimentation	59.6 (+/-2.5)	64.0 (+/-6.9)	76.2 (+/-4.5)	58.1 (+/-8.3)	59.8 (+/-6.1)	55.0 (+/-9.3)
Consomme 5 fruits et légumes par jour	26.6 (+/-2.4)	24.3 (+/-6.2)	19.3 (+/-4.3)	21.9 (+/-6.8)	29.4 (+/-6.1)	25.2 (+/-8.3)
Consomme de la viande au moins 4 jours par semaine	41.2 (+/-2.6)	52.5 (+/-7.2)	23.5 (+/-4.4)	53.0 (+/-8.5)	34.7 (+/-5.9)	59.3 (+/-9.1)
Suffisamment physiquement actif	64.5 (+/-2.6)	75.0 (+/-6.3)	60 (+/-5.4)	68.1 (+/-8.1)	59.3 (+/-6.5)	63.8 (+/-9.3)
Risque moyen à élevé dans la consommation d'alcool	9.7 (+/-1.6)	9.6 (+/-4.8)	15.3 (+/-4.2)	6.1 (+/-4.2)	7.1 (+/-3.4)	8.3 (+/-5.5)
N'a jamais une consommation d'alcool ponctuelle excessive	67.5 (+/-2.6)	60.8 (+/-7.5)	82.3 (+/-4.4)	67.0 (+/-8.4)	71.2 (+/-6.1)	67.3 (+/-9.5)
Consommation de médicaments calmant (7 jours)	8.7 (+/-1.4)	5.7 (+/-3.6)	13.9 (+/-3.5)	8.1 (+/-4.3)	7.9 (+/-3.4)	5.9 (+/-4)
Consommation de médicaments contre le cholestérol (7 jours)	28.5 (+/-2.3)	22.9 (+/-5.9)	37.3 (+/-5.1)	25.9 (+/-7.3)	29.9 (+/-5.7)	25.2 (+/-8)
Consommation de médicaments psychotropes (7 jours)	20.3 (+/-2.1)	17.7 (+/-5.5)	26.3 (+/-4.6)	18.5 (+/-6.3)	16.5 (+/-4.5)	18.1 (+/-7.3)
Au moins 3 consultations chez le médecin (12 mois)	60.3 (+/-2.6)	49.4 (+/-7.3)	54.7 (+/-6.6)	60.8 (+/-8.3)	64.1 (+/-6.2)	61.0 (+/-9.2)
Au moins 3 consultations chez le médecin de premier recours (12 mois)	35.9 (+/-2.5)	30.4 (+/-6.7)	40 (+/-5.4)	37.7 (+/-8.2)	35.5 (+/-6.2)	46.6 (+/-9.6)
Consultation chez le médecin spécialiste (12 mois)	54.8 (+/-2.6)	48.7 (+/-7.3)	47.9 (+/-5.5)	55.1 (+/-8.5)	63.6 (+/-6.3)	45.1 (+/-9.5)
Nombre moyen de consultation chez le médecin spécialiste (12 mois)	1.5 (+/-0.1)	1.3 (+/-0.4)	1.3 (+/-0.3)	1.6 (+/-0.5)	1.6 (+/-0.3)	1.0 (+/-0.3)
Examen médical de la peau (12 mois)	19.0 (+/-2.1)	18.1 (+/-5.8)	14.4 (+/-3.8)	15.9 (+/-6.0)	28.3 (+/-5.9)	14.5 (+/-7.0)
Dépistage du cancer du côlon : test hémocult (12 mois)	8.3 (+/-1.4)	6.3 (+/-3.4)	14.3 (+/-3.8)	6.6 (+/-4.5)	6.6 (+/-3.2)	10.8 (+/-5.9)
Recours à la médecine complémentaire (12 mois)	27.1 (+/-2.5)	25.7 (+/-6.8)	20.1 (+/-4.6)	34.9 (+/-8.4)	31.1 (+/-6.3)	25.4 (+/-9.2)
A reçu de l'aide informelle (12 mois)	15.7 (+/-1.9)	11.9 (+/-4.7)	23.2 (+/-4.5)	14.1 (+/-5.8)	11.2 (+/-3.9)	17.5 (+/-7.3)

Source : Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

Pour chaque ligne, les résultats en orange diffèrent de façon significative des résultats en bleu.



## 6.2 Démence, état des lieux en Suisse

Dans le cadre de la **Stratégie nationale en matière de démence**, l'OFSP réalise un monitoring visant à recueillir, de manière continue et systématique, des données sur des marqueurs spécifiques des cas de démence et de la prise en charge en Suisse. Cette section présente une sélection de résultats de ce monitoring. Lorsque les données sont disponibles, les résultats sont également présentés au niveau des cinq cantons latins.

### 6.2.1 Estimations de la prévalence de la démence en Suisse

Il n'existe aucune étude épidémiologique complète permettant de mesurer la prévalence de la démence en Suisse. Sur la base des taux de prévalence fournis par une méta-étude européenne, on estime à 148'000 le nombre de personnes atteintes de démence en Suisse en 2017 (BASS, 2018c). Il est estimé que seule une petite moitié des personnes atteintes de démence ont un diagnostic. Les données correspondantes pour les cantons sous étude sont indiquées dans le T 6.2.

**T 6.2 Estimation du nombre de personnes atteintes de démence dans les cantons latins, 2017**

Canton	Nombre estimé de personnes atteintes de démence
Jura	1 460
Neuchâtel	3 430
Genève	8 330
Fribourg	4 290
Tessin	7 870

Source: EURODEM ou Hofmann, A. et al. (1991): The Prevalence of Dementia in Europe. *International Journal of Epidemiology*, 20(3), p. 736-748; EuroCoDe: Report of WP 7 2006, Prevalence of Dementia in Europe; Office fédéral de la statistique (2017): Effectif de la population du 31.12.2016

Comme le révèlent les données du T 6.3 ci-après, l'âge constitue le principal facteur de risque de démence, les femmes étant par ailleurs plus fréquemment touchées que les hommes. En raison de la poursuite du vieillissement démographique, le nombre de personnes atteintes de démence pourrait, à taux de prévalence constant, doubler entre 2017 et 2040.

**T 6.3 Estimation du taux de prévalence de la démence selon la classe d'âge, Suisse 2017**

	Population totale <sup>1</sup>			Part des clients des services d'aide et de soins à domicile avec suspicion de démence <sup>2</sup>	
	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes
65-69 ans	1.8%	1.4%	65-74 ans	6%	8%
70-74 ans	3.2%	3.8%	75-84 ans	8%	10%
75-79 ans	7.0%	7.6%	85-94 ans	9%	11%
80-84 ans	14.5%	16.4%	95+ ans	17%	15%
85-89 ans	20.9%	28.5%			
90-94 ans	29.2%	44.4%			
95+ ans	32.4%	48.8%			

Source: <sup>1</sup>EuroCoDe: Report of WP 7 2006, Prevalence of Dementia in Europe; <sup>2</sup>Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD), base de données HomeCareData 2017 (n=20 619 >64 ans, données provenant d'environ 70 organisations), calculs : BASS.

Les taux de prévalence appliqués à la population dans son ensemble ne tiennent pas compte du lieu de résidence. Le taux de prévalence est certainement particulièrement élevé chez les personnes vivant en institution. Des estimations ont été calculées concernant la part des clients des services d'aide et de soins à domicile avec suspicion de démence (BASS, 2018d). Il est probable que les taux de prévalence ou de suspicion de démence soient encore inférieurs en considérant l'ensemble des personnes vivant à leur domicile.

### 6.2.2 Décès liés à un diagnostic de démence établi

Selon la statistique des causes de décès, sur l'ensemble des décès enregistrés en Suisse en 2015 toutes classes d'âge confondues, un diagnostic de démence a été établi chez 11'102 personnes (BASS, 2018b). La démence constituait le diagnostic principal pour 57% de ces décès et le diagnostic secondaire pour les

43% restants. Dans les deux tiers des cas, (67,1%), ces décès concernent des femmes.

Bien que des cas soient également recensés chez des personnes plus jeunes, les décès liés à un diagnostic de démence concernent essentiellement les personnes âgées de 75 ans et plus. Un diagnostic de démence est lié aux décès de 18% des femmes âgées de 75 à 84 ans et à 12% des décès des hommes de cette classe d'âge. Chez les 85 ans et plus, cette part atteint environ 30% pour les femmes et 21% pour les hommes.

### 6.2.3 Coûts de la démence en Suisse

Les coûts de la démence en Suisse ont fait l'objet de deux études de grande ampleur, qui cependant parviennent chacune à des conclusions différentes (BASS, 2018a). Les coûts de la démence y sont respectivement estimés à 6,3 milliards pour l'année 2007 (Kraft, Marti, Werner, & Sommer, 2010) et à 4,2 milliards pour l'an-

née 2011 (Wieser, Tomonaga, & al, 2014). Ces écarts tiennent notamment au périmètre des coûts pris en considération et à la difficulté de distinguer la démence des autres troubles psychiatriques (en particulier pour les coûts des EMS) conduisant vraisemblablement à une sous-estimation des coûts stationnaires pour l'étude de 2014.

Les différences entre les deux études sont moins importantes pour ce qui concerne le calcul des coûts indirects (perte de productivité du malade et de ses proches), se situant à 2,7 milliards pour l'étude de 2010 (soit 44% des coûts totaux) et à 3,2 milliards pour l'étude de 2014 (soit 76% des coûts totaux).

## 6.2.4 Prise en charge par les cantons

Selon une enquête réalisée en 2017 par la Confédération des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), tous les cantons sous étude ont adopté et mis en œuvre une stratégie ou politique cantonale en matière de santé, à l'exception du canton du Jura dont la stratégie était en cours d'élaboration. Le tableau ci-après donne un aperçu de l'offre ambulatoire pour les personnes atteintes de démence, des prestations hospitalières et en soins de longue durée, des structures intermédiaires ainsi que de services de coordination.

### T 6.4 Prise en charge des personnes atteintes de démence dans les cantons, 2017

Prise en charge	Jura	Neuchâtel	Genève	Fribourg	Tessin
SASD au bénéfice d'une compétence spécifique en matière de démence	Non	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>1</sup>
Structures d'accueil de jour pour personnes atteintes de démence	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>2</sup>
Structures d'accueil de nuit pour personnes atteintes de démence	Non	Non	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>1</sup>	Non
Clinique de la mémoire	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Conseil personnalisé pour personnes atteintes de démence	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Service de consultation en matière de démence	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Hôpital comprenant un service (stationnaire) spécialisé en matière de démence	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Clinique de jour pour les personnes atteintes de démence	Oui	Oui	Oui	Non	Non
EMS spécialisés dans le domaine de la démence	Non	Oui <sup>3</sup>	Oui <sup>1</sup>	Non	N/A
EMS comprenant des services spécialisés dans le domaine de la démence	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>1</sup>	Oui <sup>2</sup>
Personnes atteintes de démence ont la possibilité d'effectuer un séjour de courte durée en EMS.	Oui <sup>1</sup>	Non <sup>4</sup>	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>2</sup>
Logements protégés ou des logements avec prestations sont disponibles aux personnes atteintes de démence.	Oui <sup>1</sup>	Non	Oui <sup>1</sup>	Non	N/A
Coordination cantonale des différentes prestations aux personnes atteintes de démence	Non	Oui	Oui	Non	Oui

Source: CDS (2017). État des lieux de la prise en charge des personnes atteintes de démence dans les cantons – 2017, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS.

Oui<sup>1</sup> : Oui, mais pas dans toutes les régions.

Oui<sup>2</sup> : Oui, dans toutes les régions.

Oui<sup>3</sup> : Oui, dans toutes les régions (information actualisée par le canton de Neuchâtel en décembre 2019).

Non<sup>4</sup> : Il est prévu qu'à l'avenir une telle possibilité existe (information actualisée par le canton de Neuchâtel en décembre 2019).

### 6.3 Tableaux de données détaillés

Les tableaux de données détaillés peuvent être téléchargés sur [ce lien](#)<sup>32</sup>. Ci-dessous figure la table des matières de ce fichier à télécharger.

2.1.-2.2. Santé auto-évaluée et santé physique		
1	TSOUN24	Appréciation de la qualité de vie
2	TSUBG05	État de santé auto-évalué
3	TKRAN07	Problème de santé de longue durée
4	TKRAN08	Limitations pour des problème de santé de longue durée
5	TCHOL	Taux de cholestérol trop élevé (12 derniers mois) ou prise de médicaments contre le cholestérol (7 derniers jours)
6	TBLUT	Tension trop élevée (12 derniers mois) ou prise de médicaments contre l'hypertension (7 derniers jours)
7	TDIAB	Diabète (12 derniers mois) ou prise de médicaments contre le diabète (7 derniers jours)
8	TKRAN11a	Asthme, avec ou sans diagnostic médical
9	TKRAN11b	Allergies telles que rhume des foins, allergie de la peau (dermatite), allergie
10	TKRAN11c	Arthrose, arthrite, avec ou sans diagnostic médical
11	TKRAN11d	Ostéoporose, avec ou sans diagnostic médical
12	TKRAN11e	Bronchite chronique, BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), emphysème, avec ou sans diagnostic médical
13	TKRAN11f	Infarctus du myocarde (crise cardiaque), avec ou sans diagnostic médical
14	TKRAN11g	Attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale), avec ou sans diagnostic médical
15	TKRAN11h	Cancer, avec ou sans diagnostic médical
16	TKRAN11i	Dépression, avec ou sans diagnostic médical
17	TKRAN11j	Incontinence urinaire (problème de contrôle de la vessie), avec ou sans diagnostic médical
18	Maladies_chron	Nombre de maladies chroniques et hypertension artérielle/hypercholestérolémie rapportée(s)
19	TSBHD03	Voit suffisamment bien pour lire un livre ou un journal
20	THBHD02	Parvient à suivre une conversation à laquelle participent au moins 2 autres personnes
21	TRBHD03	Parvient à parler sans difficulté
22	TBBHD03	Parvient à marcher 200 mètres sans difficulté
23	LIM_FONC	Limitations fonctionnelles (voir, entendre, parler, marcher)
24	THBHD01	Utilise un appareil auditif
25	TKBHD01	Capacité à se concentrer plus de 10 minutes
26	TKBHD02	Capacité à se souvenir des choses importantes
27	cap_cogn	Capacités cognitives (beaucoup de difficultés ou ne parvient pas à se concentrer)
28	TBADL02a	Manger sans aide
29	TBADL02b	Se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, sans aide
30	TBADL02c	S'habiller et se déshabiller sans aide
31	TBADL02d	Aller aux toilettes sans aide
32	TBADL02e	Prendre un bain ou une douche sans aide
33	LIM_ADL	Difficultés à accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne
34	TIADL02a	Préparer des repas sans aide
35	TIADL02b	Téléphoner sans aide
36	TIADL02c	Faire des achats sans aide
37	TIADL02d	Faire la lessive sans aide
38	TIADL02e	Faire de petits travaux ménagers sans aide
39	TIADL02f	Faire occasionnellement de gros travaux ménagers sans aide
40	TIADL02g	Faire ses comptes sans aide
41	TIADL02h	Utiliser les transports publics sans aide
42	LIM_IADL	Difficultés à accomplir les activités instrumentales de la vie quotidienne
2.3. Chutes et accidents		
43	SUNFA01A	Accidents de travail (12 derniers mois)
44	SUNFA02A	Accidents de la route (12 derniers mois)
45	SUNFA03A	Accidents à la maison ou au jardin (12 derniers mois)
46	SUNFA04A	Accidents de sport, de jeu, etc. (12 derniers mois)
47	SUNFA_1	Accidents (12 derniers mois, avec ou sans traitement médical)

<sup>32</sup> <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-des-65-ans-et-plus-en-suisse-latine>

48	SUNFA_2	Accidents (12 derniers mois, uniquement avec traitement médical)
49	TYPE_ACCIDENT	Type d'accidents (12 derniers mois, uniquement avec traitement médical)
50	NBR_CHUTES	Nombre de chutes (12 derniers mois)
51	TALTP03	Chute à cause d'un vertige
<b>2.4.-2.6. Santé psychique et sociale</b>		
52	DET_PSY	Niveau de détresse psychologique (4 dernières semaines)
53	PHQ9	Symptômes de dépression majeure (2 dernières semaines)
54	EVI3	Énergie et vitalité (4 dernières semaines)
55	MASTERY	Sentiment de maîtrise de la vie
56	RESIL3	Résilience et adaptation
57	ASKU	Score d'auto-efficacité (ASKU)
58	TPSYG05	Sentiment de solitude
59	TSOUN05	Personne à qui parler de problèmes personnels
60	TSOUN30	Manque d'une personne à qui parler de problèmes personnels
61	TSOUN28	Participation à des activités sociales (club, parti politique, association, groupe religieux, etc.)
62	OSS	Indicateur de soutien social (Oslo-3)
<b>3.1.-3.3. Alimentation et activité physique</b>		
63	SGBE01	Importance de la santé
64	IMC	Indice de masse corporelle (IMC)
65	TGEZU03	Satisfaction par rapport au poids corporel
66	TERNA01	Attention portée à l'alimentation
67	FIVEDAY	Consommation quotidienne de fruits et/ou légumes
68	TERNA03	Consommation de viande et de charcuterie
69	TERNA05	Consommation de poisson
70	TERNA25	Consommation des desserts au moins cinq fois par semaine
71	TERNA27	Consommation d'apéritifs salés au moins cinq fois par semaine
72	TERNA29	Consommation de boissons sucrées au moins cinq fois par semaine
73	ACTPHY	Activité physique
74	ACTPHYINT	Activité physique intense
75	TKOBW17	Nombre d'heures passées en position assise
<b>3.5.-3.7. Tabac, alcool et médicaments</b>		
76	TABAC3	Consommation de tabac
77	DAYSMOKE	Consommation de tabac et fréquence
78	NICOT4	Quantité de tabac consommé
79	TTAKO19	Exposition à la fumée passive
80	TALKO15	Fréquence de consommation d'alcool
81	ALCCHRON5	Consommation d'alcool à risque: consommation chronique (recommandations CFAL 2018)
82	ALCBINGE	Consommation d'alcool ponctuelle excessive
83	TMEKO01	Consommation d'un médicament quelconque (7 derniers jours)
84	TMEKO10	Consommation d'analgésiques (7 derniers jours)
85	TMEKO10DAY	Consommation quotidienne d'analgésiques (7 derniers jours)
86	TMEKO12	Consommation de calmants, tranquillisants (7 derniers jours)
87	TMEKO06	Consommation de somnifères (7 derniers jours)
88	TMEKO34	Consommation de somnifères - prescription par un médecin (7 derniers jours)
89	TMEKO40	Consommation des médicaments contre la dépression (7 derniers jours)
90	TMEKO40DAY	Consommation quotidienne des médicaments contre la dépression (7 derniers jours)
91	TMEKO02	Consommation des médicaments contre l'hypertension (7 derniers jours)
92	TMEKO04	Consommation de remèdes pour le cœur (7 derniers jours)
93	TMEKO50	Consommation de médicaments pour renforcer l'attention ou pour rester éveillé (7 derniers jours)
94	TMEKO29	Consommation des médicaments contre le cholestérol (7 derniers jours)
95	TMEKO42	Consommation des médicaments contre le diabète ou injection (7 derniers jours)
96	TMEKO48	Consommation des médicaments contre l'ostéoporose (7 derniers jours)
97	PSYCHOTR	Consommation de médicaments psychotropes (7 derniers jours)
98	POLYMED	Nombre de médicaments (types de médicaments ≠ gélules)

4. Recours aux soins		
99	TINAN14	Nombre de consultations chez un médecin (12 derniers mois)
100	TINAN14i	Nombre moyen de consultations chez un médecin (12 derniers mois)
101	TINAN55	Nombre de consultations chez un médecin de premier recours (12 derniers mois)
102	TINAN55i	Nombre moyen de consultations chez un médecin de premier recours (12 derniers mois)
103	TINAN16	Consultation chez un médecin spécialiste (12 derniers mois)
104	TINAN16i	Nombre moyen de consultations chez un médecin spécialiste (12 derniers mois)
105	TPSYG08	En traitement pour des problèmes psychiques (12 derniers mois)
106	TINAN58	Admission(s) en urgence, service ambulatoire d'un hôpital (12 derniers mois)
107	TINAN59	Nombre de consultations sur rendez-vous dans un service ambulatoire d'un hôpital (12 derniers mois)
108	TBLUT	Contrôle de la tension artérielle
109	TCHOL	Contrôle du taux de cholestérol
110	TDIAB	Contrôle du diabète
111	EXAPROST	Examen de la prostate
112	EXAFROT	Dépistage cancer du col de l'utérus
113	EXAMAMMO	Dépistage cancer du sein
114	EXAPEAU	Examen de la peau
115	EXAHEMO	Dépistage du cancer du côlon : test hémocult
116	EXACOLO	Dépistage du cancer du côlon : coloscopie
117	TOSTEO	Contrôle de la densité osseuse (12 derniers mois)
118	SIMPF	Vaccin contre la grippe (12 derniers mois)
119	TINAN35	A été hospitalisé (12 derniers mois)
120	TINAN45i	Nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient (12 derniers mois)
121	SINAN20	Recours à l'acupuncture (12 derniers mois)
122	SINAN21	Recours à l'homéopathie (12 derniers mois)
123	SINAN22	Recours à la médecine à base de plantes (12 derniers mois)
124	SINAN24	Recours au shiatsu/à la réflexologie plantaire (12 derniers mois)
125	SINAN27	Recours à la médecine traditionnelle chinoise (12 derniers mois)
126	SINAN30	Recours à la médecine indienne/à l'Ayurvéda (12 derniers mois)
127	SINAN31	Recours à l'ostéopathie (12 derniers mois)
128	SINAN33	Recours à d'autres thérapies (12 derniers mois)
129	SINAN	Consultations en médecine complémentaire (12 derniers mois)
130	SINANi	Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire (12 derniers mois)
131	TINAN24	Recours à des services d'aide et de soins à domicile (12 derniers mois)
132	TINAN30	Régularité du recours aux services d'aide et de soins à domicile (12 derniers mois, uniquement personnes ayant recours)
133	TINAN60	Fréquence du recours aux services d'aide et de soins à domicile (12 derniers mois, uniquement personnes ayant recours)
134	TINAN53	Types de soins d'aide et de soins à domicile (12 derniers mois, uniquement personnes ayant recours)
135	TINHI01	A reçu de l'aide informelle (12 derniers mois)
136	TINHI02	Régularité de l'aide informelle reçue (12 derniers mois, uniquement les personnes ayant reçu de l'aide)
137	TINHI22	Fréquence de l'aide informelle reçue (12 derniers mois, uniquement les personnes ayant reçu de l'aide)
138	TINHI23	Personnes procurant l'aide informelle (12 derniers mois, uniquement les personnes ayant reçu de l'aide)
139	TINHI26a	Besoin d'aide non satisfait
140	TINHI26b	Besoin d'aide non satisfait (parmi les personnes présentant des besoins d'aide)
141	TINHI24	Type d'aide informelle reçue (12 derniers mois, uniquement les personnes ayant reçu de l'aide)
142	TINHI27	Aide informelle apportée (12 derniers mois,
143	TINHI28	Régularité de l'aide informelle apportée (12 derniers mois, uniquement les personnes apportant de l'aide)
144	TINHI29	Fréquence de l'aide informelle apportée (12 derniers mois, uniquement les personnes apportant de l'aide)
145	TINHI30	Personnes auxquelles de l'aide informelle est apportée (12 derniers mois, uniquement les personnes apportant de l'aide)

# 7 Index des graphiques et des tableaux

## 7.1 Index des graphiques

G 1.1	Impact d'un stress mineur sur la vulnérabilité des personnes âgées	25	G 2.15	Prévalence des chutes au cours des 12 derniers mois selon le sexe et la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	43
G 2.1	État de santé auto-évalué bon ou très bon, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	30	G 2.16	Prévalence des chutes au cours des 12 derniers mois selon différents indicateurs de santé, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	44
G 2.2	État de santé auto-évalué bon ou très bon, population âgée de 45 ans et plus, Suisse latine et Suisse, 2017	30	G 2.17	Symptômes dépressifs, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	45
G 2.3	Maladies chroniques au cours des 12 derniers mois selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 et plus, Suisse latine, 2017	32	G 2.18	Population âgée de 65 ans et plus présentant des problèmes psychiques, Suisse latine, 2017	46
G 2.4	Répartition de la population âgée de 65 ans et plus selon le nombre de maladies chroniques et l'hypertension artérielle/hypercholestérolémie (HTA/HChol) rapportées, par sexe, Suisse latine, 2017	33	G 2.19	Population âgée de 65 ans et plus ayant une forte énergie et vitalité, Suisse latine, 2017	47
G 2.5	État de santé auto-évalué bon ou très bon, selon le nombre de maladies chroniques et l'hypertension artérielle/hypercholestérolémie (HTA/HChol), population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	33	G 2.20	Sentiment de maîtrise de la vie moyen ou élevé, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	49
G 2.6	Limitations fonctionnelles selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	34	G 2.21	Indicateurs de santé selon le sentiment de maîtrise de la vie, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	50
G 2.7	Degré de limitations fonctionnelles selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 2017	35	G 2.22	Niveau moyen ou haut d'adaptation et de résilience, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	51
G 2.8	État de santé auto-évalué selon les limitations fonctionnelles, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	35	G 2.23	Indicateurs de santé selon le niveau d'adaptation et de résilience, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	52
G 2.9	Part de répondants âgés de 65 ans et plus considérant son état de santé comme (très) bon, selon l'existence de limitations fonctionnelles et selon le niveau de résilience et d'adaptation, Suisse latine et Suisse, 2017	36	G 2.24	Niveau d'efficacité personnelle moyen ou élevé, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	53
G 2.10	Limitations cognitives, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	37	G 2.25	Indicateurs de santé selon le sentiment d'efficacité personnelle, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	53
G 2.11	Limitations dans l'accomplissement sans aide des activités élémentaires de la vie quotidienne par classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine et Suisse, 2017	38	G 2.26	Soutien social faible (échelle d'Oslo), population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	55
G 2.12	Limitations dans l'accomplissement sans aide des activités élémentaires de la vie quotidienne, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	39	G 2.27	Sentiment de solitude, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	56
G 2.13	Limitations dans l'accomplissement sans aide des activités instrumentales de la vie quotidienne selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	40	G 2.28	Population âgée de 65 ans et plus participant au cours de l'année à des activités sociales, Suisse latine, 2012 et 2017	57
G 2.14	Relation entre les chutes et la survenue d'un accident dans l'habitat et durant les loisirs (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	42	G 3.1	Indice de masse corporelle (IMC), population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 à 2017	60
			G 3.2	Consommation quotidienne de fruits et légumes, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	61
			G 3.3	Consommation au moins quatre jours par semaine de viande ou de charcuterie, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 et 2017	62
			G 3.4	Habitudes alimentaires selon l'attention portée à l'alimentation, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 2017	62
			G 3.5	Part de répondants suffisamment actifs, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2002 et 2017	64

G 3.6	Indicateurs de santé selon la pratique d'une activité physique, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	65	G 4.11	Caractéristiques des répondants ayant eu recours à des services d'aide et de soins à domicile ou à de l'aide informelle au cours des 12 derniers mois, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	92
G 3.7	Évolution de la part de fumeurs et d'ex-fumeurs selon le sexe, population âgée de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 à 2017	67	G 4.12	Recours temporaire ou de longue durée à l'aide informelle (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	93
G 3.8	Fréquence de la consommation d'alcool, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 1992 à 2017	68	G 4.13	Recours temporaire ou de longue durée aux services d'aide et de soins à domicile (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	94
G 3.9	Fréquence de la consommation d'alcool selon le sexe, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 1992 à 2017	69	G 4.14	Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle (12 derniers mois), selon le type d'aide et selon le sexe, la classe d'âge et la composition du ménage, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	95
G 3.10	Consommation d'alcool, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	70	G 4.15	Sources de l'aide informelle reçue 12 derniers mois, selon la composition du ménage, personnes âgées de 65 ans et plus recevant de l'aide informelle, Suisse latine, 2017	96
G 3.11	Consommation d'alcool présentant un risque modéré, moyen ou élevé pour la santé, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	71	G 4.16	Aide informelle délivrée, selon le destinataire de l'aide, personnes âgées de 65 ans et plus (total et personnes délivrant de l'aide), Suisse latine, 2017	97
G 3.12	Au moins un épisode d'ivresse ponctuelle par mois au cours des 12 derniers mois, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine et autres cantons suisses, 2007 et 2017	72	G 4.17	Aide reçue (formelle ou informelle) et délivrée selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus (total et personnes délivrant de l'aide), Suisse latine, 2017	97
G 3.13	Consommation d'alcool ponctuelle à risque (au moins une fois par mois) selon le sexe, personnes de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	73			
G 3.14	Consommation de médicaments (7 derniers jours), selon la classe d'âge personnes âgées de 65 et plus, Suisse latine, 2017	75	<b>7.2</b>	<b>Index des tableaux</b>	
G 3.15	Polymédication (7 derniers jours), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	76	T 1.1	Fiche signalétique de l'Enquête suisse sur la santé (ESS)	16
G 3.16	Consommation de médicaments psychotropes (7 derniers jours), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	77	T 1.2	Échantillon ESS et population résidante des cantons latins, selon le sexe, personnes âgées de 65 ans et plus, 2017	18
G 4.1	Consultations médicales chez un médecin généraliste ou un médecin de famille (12 derniers mois), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	79	T 1.3	Distribution par classes d'âge et par sexe des 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	19
G 4.2	Consultations médicales chez un médecin spécialiste (12 derniers mois), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	80	T 1.4	Distribution par classes d'âge et par sexe des 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	20
G 4.3	Consultations médicales chez un médecin généraliste et/ou spécialiste (12 derniers mois), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	81	T 1.5	Projections démographiques selon le scénario de référence de l'OFS, Suisse et cinq cantons latins, 2017, 2030 et 2045	26
G 4.4	Recours aux différents types de prestations hospitalières (12 derniers mois) selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	82	T 1.6	Indicateurs du vieillissement de la population selon le scénario de référence de l'OFS, Suisse et cinq cantons latins, 2017, 2030 et 2045	27
G 4.5	Recours aux prestations hospitalières (12 derniers mois) selon la survenue d'une hospitalisation, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	83	T 1.7	Indicateurs de prise en charge par des structures formelles, personnes âgées de 65 ans et plus, cantons latins, 2017	27
G 4.6	Recours aux examens de dépistage cardiovasculaire selon l'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	85	T 4.1	Nombre moyen de consultations en médecine complémentaire (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	90
G 4.7	Recours aux examens de dépistage du cancer selon l'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	87	T 4.2	Taux conjoints de recours (en %) pour chaque association de prestataire de santé, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	98
G 4.8	Recours à la médecine complémentaire (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	89	T 6.1	Synthèse des spécificités cantonales statistiquement significatives, pourcentages et intervalles de confiance pour cinq cantons latin et pour la Suisse latine, 2017	104
G 4.9	Recours aux différentes formes de médecines complémentaires (12 derniers mois), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	90	T 6.2	Estimation du nombre de personnes atteintes de démence dans les cantons latins, 2017	105
G 4.10	Recours aux services d'aide et de soins à domicile et à l'aide informelle (12 derniers mois), selon la classe d'âge, personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017	91	T 6.3	Estimation du taux de prévalence de la démence selon la classe d'âge, Suisse 2017	105
			T 6.4	Prise en charge des personnes atteintes de démence dans les cantons, 2017	106









Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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



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