



Santé

1210-1200

Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social

Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Neuchâtel, 2012

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0** Bases statistiques et produits généraux
- 1** Population
- 2** Espace et environnement
- 3** Vie active et rémunération du travail
- 4** Economie nationale
- 5** Prix
- 6** Industrie et services
- 7** Agriculture et sylviculture
- 8** Energie
- 9** Construction et logement
- 10** Tourisme
- 11** Mobilité et transports
- 12** Monnaie, banques, assurances
- 13** Protection sociale
- 14** Santé
- 15** Education et science
- 16** Culture, médias, société de l'information, sport
- 17** Politique
- 18** Administration et finances publiques
- 19** Criminalité et droit pénal
- 20** Situation économique et sociale de la population
- 21** Développement durable et disparités régionales et internationales

Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social

Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09

Rédaction Martine Kaeser

Collaboration rédactionnelle Marco Storni

Experte Prof. Brigitte Santos-Eggimann (Institut Universitaire
de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne)

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: Martine Kaeser, OFS, Section Santé, tél. 032 713 66 94
e-mail: Martine.Kaeser@bfs.admin.ch

Auteur: Martine Kaeser

Collaboration rédactionnelle: Marco Storni

Experte: Prof. Brigitte Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne)

Réalisation: DIAM/PP

Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande: 1210-1200

Prix: Fr. 11.– (TVA excl.)

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Français

Page de couverture: OFS; concept: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Uwe Bumann – Fotolia.com

Graphisme/Layout: Section DIAM, Prepress / Print

Copyright: OFS, Neuchâtel 2012
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-14173-1

Table des matières

L'essentiel en bref	5	6 Santé mentale en EMS	23
1 Introduction	7	6.1 Diagnostics de santé mentale	23
2 Profil des personnes âgées en ménage privé et en EMS	8	6.2 Diagnostics de santé mentale et problèmes fonctionnels	24
2.1 Caractéristiques démographiques	8	6.3 Troubles cognitifs et troubles du comportement	26
2.2 Etat civil	9	6.4 Démence, troubles cognitifs et troubles du comportement	27
3 État de santé général	11	6.5 Dépression et symptômes dépressifs	29
3.1 Santé auto-évaluée	11	7 Multimorbidité en EMS	31
3.2 Problèmes de santé de longue durée	12	8 Soins palliatifs en EMS	34
3.3 Limitations d'activité depuis au moins six mois	13	9 Résidentes et résidents peu dépendants	36
4 Santé fonctionnelle	14	10 Conclusion	38
4.1 Limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)	15	11 Annexe méthodologique	39
4.2 Limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)	16	11.1 Construction de l'échantillon	39
4.3 Incontinence en EMS	18	11.2 Réalisation de l'enquête	40
4.4 Mobilité	19	11.3 Pondération	40
4.5 Chutes	20	11.4 Limites de l'enquête	40
5 Santé physique en EMS	21	12 Bibliographie	41

L'essentiel en bref

En raison du vieillissement démographique, il est nécessaire de connaître les besoins en soins de longue durée des personnes âgées et de les planifier pour les années à venir. Les besoins en soins dépendent beaucoup de l'état de santé fonctionnelle et des maladies chroniques. C'est pourquoi l'état de santé des personnes âgées vivant dans les établissements médico-sociaux (EMS) doit être évalué. Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées en EMS, quel est leur état de santé physique, mental et fonctionnel? L'enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI) réalisée en 2008/09 permet de répondre à ces questions.

La population en EMS

Sur les 1,308 million de personnes de 65 ans et plus que compte la Suisse, environ 84'000 vivent dans un EMS pour un long séjour (6 %). Le taux d'institutionnalisation augmente fortement avec l'âge: il passe de 1 % chez les 65–74 ans à 28 % des 85 ans et plus. Les femmes constituent 75 % de la population des EMS. Les femmes très âgées (dès 85 ans) composent près de la moitié de l'effectif des EMS (48 %). Les personnes y vivent en moyenne 2,7 ans.

L'état de santé général

La plupart des personnes sont en EMS pour des besoins élevés d'aide et de soins et ne peuvent plus vivre de manière autonome à la maison. 77 % des personnes âgées en EMS ont des problèmes de santé de longue durée et 83 % sont limitées dans leurs activités habituelles depuis au moins six mois en raison d'un problème de santé, contre respectivement 44 % et 37 % pour les personnes âgées en ménage privé. De manière générale, à partir de 75 ans, on constate une transition de l'indépendance physique vers la dépendance fonctionnelle. Dès 85 ans, ces restrictions se font plus fréquentes avec pour

corollaire des besoins accrus de soins. Parmi les personnes en ménage privé on constate ainsi une aggravation des problèmes de santé avec l'âge. Mais ce constat n'est pas valable pour les personnes en EMS qui sont déjà très atteintes dans leur santé lors de leur institutionnalisation.

La santé fonctionnelle

Les limitations dans les activités de la vie quotidienne sont un facteur déterminant du besoin d'aide et de soins. Ces limitations sont mesurées à l'aide d'une échelle indiquant le degré de capacité de la personne à effectuer six activités (faire sa toilette, s'habiller, aller aux WC, se déplacer, se lever et manger), hiérarchisée selon l'ordre d'apparition des incapacités. 4 % des personnes âgées de 65 ans ou plus en ménage privé ne peuvent pas effectuer, ou qu'avec de grandes difficultés, au moins une de ces activités de la vie quotidienne, dans une proportion croissante avec l'âge. C'est par contre le cas de 76 % des personnes résidant en EMS. 37 % des résidentes et résidents d'EMS sont incapables d'accomplir de manière autonome au moins cinq des six activités de la vie quotidienne.

L'incontinence et une mobilité réduite sont deux autres manifestations fréquentes d'une dégradation de la santé fonctionnelle. Ainsi, la plupart des résidentes et résidents souffrent d'incontinence fécale (47 %) ou d'incontinence urinaire isolée (33 %). A partir de 75 ans, l'incontinence concerne davantage les femmes que les hommes (84 % contre 69 %). De même, la majorité des résidentes et résidents ne peuvent pas marcher seules sur une courte distance (61 %) : ces personnes avec une mobilité réduite sont également celles qui présentent le plus de limitations dans les activités de la vie quotidienne.

Santé physique et mentale en EMS

La multimorbidité est très prégnante en EMS: 86 % des personnes ont plusieurs maladies diagnostiquées, 23 % en ont même cinq ou davantage. 78 % ont une pathologie somatique et 69 % une maladie psychique. 54 % des résidentes et résidents souffrent à la fois d'au moins une pathologie somatique et d'une maladie psychique. Les problèmes cardiovasculaires (49 %) et l'hypertension (47 %) sont les deux diagnostics physiques les plus fréquents. Les deux maladies mentales les plus fréquentes sont la démence (39 %) et la dépression (26 %). De plus, 33 % des résidentes et résidents n'ont pas de diagnostic de démence mais présentent des troubles cognitifs ou du comportement, ceux-ci étant considérés comme des symptômes de démence. Et 34 % n'ont pas de diagnostic de dépression mais présentent des symptômes dépressifs.

Profils de santé et problèmes fonctionnels en EMS

53 % des personnes résidant en EMS souffrent d'une problématique neuropsychiatrique (démence, maladie de Parkinson, attaque cérébrale ou sclérose multiple). Leur santé fonctionnelle est très atteinte: 50 % d'entre elles sont limitées dans cinq ou six activités de la vie quotidienne et 61 % souffrent d'incontinence fécale. C'est principalement la démence qui engendre de tels problèmes fonctionnels. Les personnes présentant une problématique essentiellement psychiatrique (psychose, toxicomanie) sont minoritaires (12 %). Elles ont toutefois un profil socio-démographique et un profil de santé fonctionnelle très différents par rapport aux autres résidentes et résidents: elles sont plus jeunes (81,1 ans contre 86,1 ans) et vivent dans l'EMS depuis plus longtemps (5,5 ans contre 4,0 ans). Elles sont plus nombreuses que les autres personnes en EMS à être continentes (30 %) et à n'être limitées que dans une activité de la vie quotidienne ou à rester indépendantes (48 %).

Personnes recevant des soins palliatifs en EMS

16 % des résidentes et résidents d'EMS reçoivent des soins palliatifs, par exemple en raison d'une démence (58 %) ou d'un cancer (10 %). L'autonomie de ces personnes est très restreinte et elles sont très souvent incontinentes: 65 % sont limitées dans au moins cinq activités de la vie quotidienne, 77 % sont incapables de marcher seules sur une courte distance et 69 % souffrent d'incontinence fécale. Ce sont donc des personnes ayant des besoins très élevés de soins.

Personnes peu dépendantes en EMS

24 % des personnes résidant en EMS sont considérées comme peu dépendantes car elles sont autonomes dans presque toutes les activités de la vie quotidienne. Elles seraient capables, si nécessaire, de faire des achats (61 %), d'utiliser les transports publics (49 %) ou de préparer leur repas (45 %). Elles sont donc dotées d'une bonne mobilité puisque près de 80 % d'entre elles peuvent marcher sur une courte distance sans aide. Et elles ne sont que 10 % à souffrir d'incontinence fécale. Ces personnes requièrent donc très peu d'aide et de soins.

1 Introduction

Depuis quelques décennies, on assiste à un vieillissement de la population qui se traduit par un double phénomène. D'un côté, un groupe important de personnes vivent longtemps sans incapacité et ne demandent des soins que vers la fin de leur vie, pendant une période relativement courte. De l'autre côté, une minorité de personnes vivent longtemps avec des incapacités et nécessitent une prise en charge sur une longue durée (Höpflinger et Hugentobler, 2003). Afin de planifier les ressources et les structures du système de santé, il est impératif de connaître quels sont les besoins en soins de ces différents groupes de personnes.

Pour ce faire, il faut évaluer leur état de santé dans ses différentes dimensions: physique, mentale et fonctionnelle. En effet, la santé fonctionnelle, c'est-à-dire la capacité à accomplir de manière autonome les activités de la vie quotidienne comme faire sa toilette, s'habiller ou aller au WC, joue un rôle clé dans la détermination des besoins en soins. Cependant, chez les personnes très âgées, l'état de santé fonctionnel est lui-même fortement influencé par l'état de santé physique et mental. En particulier, les troubles psycho-gériatriques contribuent à fortement dégrader la santé fonctionnelle des personnes qui en souffrent.

Le présent rapport commence par comparer le profil démographique des personnes âgées vivant en ménage privé avec celui des personnes résidant en établissement médico-social (EMS) (chap. 2) et leur état de santé général respectif (chap. 3). Il décrit ensuite l'état de santé fonctionnel des personnes âgées, en ménage privé et en EMS (chap. 4). Le chapitre suivant (chap. 5) est consacré à la santé physique. Le chapitre 6 détaille les diagnostics et les troubles relatifs à la santé mentale, en particulier la démence et la dépression. Il montre le lien très fort existant entre les pathologies neuropsychiatriques et la santé fonctionnelle. L'importance de la multimorbidité chez les personnes âgées en EMS est également mise en évidence (chap. 7). Le rapport se termine sur les deux catégories de personnes en EMS avec les situations les plus extrêmes en terme d'autonomie: les personnes recevant

des soins palliatifs (chap. 8), d'une part, et celles qui sont peu ou pas dépendantes, d'autre part (chap. 9).

La source principale de ce rapport est l'Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution de 2008/09 (ESAI). Cette enquête fournit des données sur la santé, le recours aux soins, les besoins en soins, les ressources sociales et les conditions de vie générales des personnes âgées de 65 ans et plus vivant depuis au moins 30 jours dans une maison pour personnes âgées ou dans un home médicalisé, désignés, dans la suite de ce rapport, par le terme d'«établissement médico-social». Une interview en face-à-face a été réalisée avec les personnes considérées par le personnel soignant comme étant capables de répondre elles-mêmes (52 %). Pour les autres, c'est le personnel soignant qui a répondu à un questionnaire papier (48 %) (> chap. 11 pour une présentation détaillée de l'enquête). Afin de pouvoir comparer la situation des personnes âgées en institution avec celle des personnes du même âge vivant en ménage privé, il est fait appel aux données de l'Enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS)¹. Les informations recueillies par cette dernière concernent principalement l'état de santé et les comportements influant sur la santé. Sont interrogées les personnes de 15 ans et plus vivant en Suisse dans un ménage privé disposant d'un raccordement téléphonique. Enfin, les données de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED)² servent à établir le profil sociodémographique des personnes âgées et à calculer le taux d'institutionnalisation. La SOMED est obligatoire et porte sur les infrastructures et les activités des institutions accueillant des personnes âgées et handicapées.

¹ Office fédéral de la statistique: Présentation de l'ESS
www.statistique.admin.ch → Thèmes 14 → Enquête, sources → Enquête suisse sur la santé

² Office fédéral de la statistique: Présentation de la SOMED
www.statistique.admin.ch → Thèmes 14 → Enquête, sources → Statistiques des institutions médico-sociales

2 Profil des personnes âgées en ménage privé et en EMS

2.1 Caractéristiques démographiques

En 2009, le nombre de personnes de 65 ans et plus s'élève à 1,308 million, soit 17 % de la population suisse (Statistique de l'état et de la structure de la population, ESPOP 2009). Au 31 décembre 2009, 84'000 (6 %) d'entre elles résidaient pour un long séjour (30 jours et plus) dans un EMS (SOMED 2009). Le nombre total de personnes ayant effectué au moins un long séjour dans un EMS au cours de l'année 2009 est de 109'000.

La proportion de personnes résidant en EMS augmente sensiblement avec l'âge. Avant 75 ans, les personnes sont très peu institutionnalisées (entre 1 % et 2 %). Puis, ce taux passe de 9 % pour les 80–84 ans à 44 % des

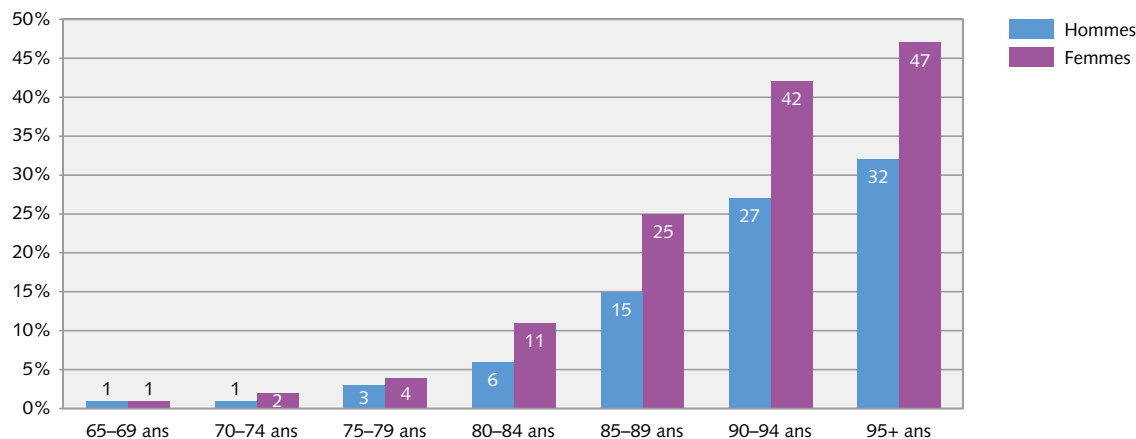
personnes de 95 ans et plus. Dès 80 ans, l'écart homme-femme se creuse progressivement. Près de la moitié des femmes de 95 ans et plus sont en EMS (47 %) contre moins d'un tiers des hommes du même âge (32 %) (G1).

En EMS, le groupe de personnes le plus nombreux est composé des femmes de 85 ans et plus. Les résidentes sont en moyenne plus âgées que leurs colocataires masculins: 86,2 ans pour les femmes et 83,6 ans pour les hommes. La majorité des femmes en EMS ont 85 ans et plus (64 %), alors que ce n'est le cas que d'une petite moitié des hommes (49 %) (G2). A l'inverse, parmi les hommes vivant en EMS, la proportion âgée de 65 à 74 ans est plus du double de celle observée pour les femmes.

Taux d'institutionnalisation selon le sexe et l'âge, en 2009

Part des personnes âgées présentes dans un établissement médico-social par rapport à la population totale (état au 31.12. 2009)

G 1

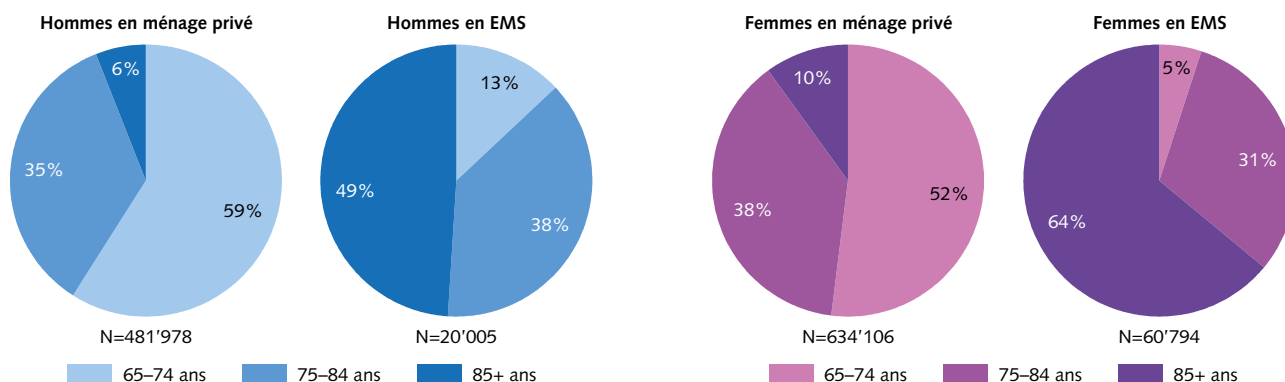


Source: OFS (ESPOP, SOMED)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Structure de l'âge par sexe selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 2

Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.2 Etat civil

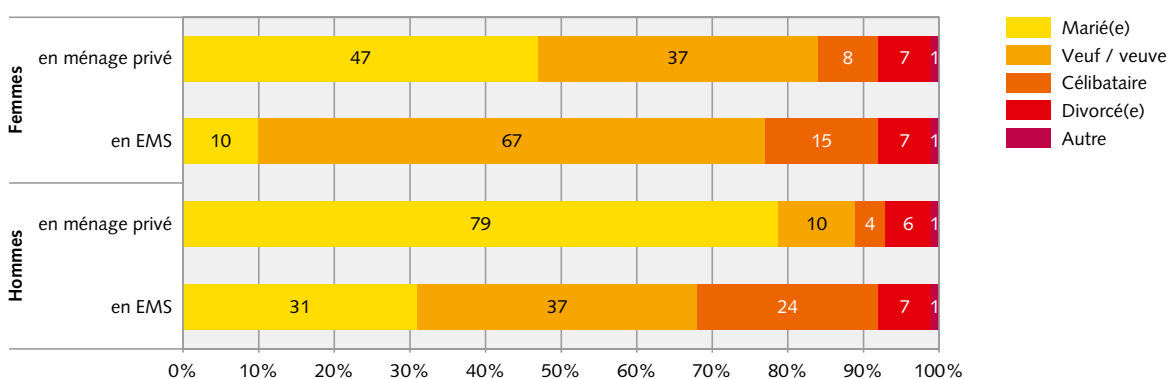
Il y a davantage de célibataires et de veufs en EMS et davantage de personnes mariées en ménage privé. En EMS, les deux tiers des femmes sont veuves (67 %) contre un peu plus d'un tiers des hommes (37 %) (G3).

En EMS, la proportion de femmes mariées diminue de moitié à chaque tranche d'âge. En revanche, la part des hommes mariés est plus grande à partir de 75 ans: 34 % contre 21 % des plus jeunes (65-74 ans) (G4). Les

femmes ont une espérance de vie plus longue et sont en moyenne trois ans plus jeunes que leurs époux (Delbès et Gaymu, 2005). Cela explique que plus on avance en âge, moins il y a de femmes mariées. A l'inverse, les hommes qui sont en EMS ont une chance plus grande d'être encore mariés. En cas d'autonomie limitée, le conjoint est le premier pourvoyeur d'aide, ce qui permet de retarder voire d'éviter l'entrée en EMS (Bontout, Colin et Kerjosse, 2002). Cet effet protecteur est surtout valable pour les hommes (Delbès et Gaymu, 2005).

Etat civil selon le sexe et le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 3

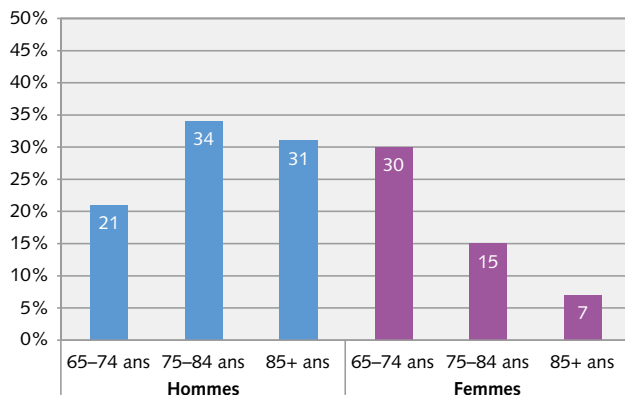
Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Proportion de personnes mariées selon le sexe et l'âge, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 4



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

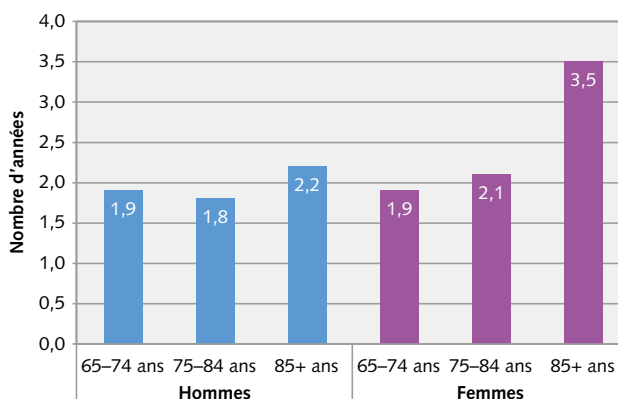
En 2009, les personnes en EMS pour un long séjour y ont vécu en moyenne 2,7 ans. Un quart y ont séjourné moins de 78 jours et un quart plus de 3,7 ans. En toute logique, la durée de séjour augmente avec l'âge. Dès 75 ans, les femmes vivent en EMS depuis plus longtemps que les hommes (G5).

Les personnes entrent en EMS à un âge avancé. En moyenne, elles y arrivent à 81,6 ans. Mais un quart des résidentes et résidents s'y sont installés après 87,1 ans. Les femmes sont globalement institutionnalisées plus tard que les hommes (82,2 ans contre 79,8 ans).

Durée moyenne de séjour en établissement médico-social selon le sexe et l'âge, en 2009

Population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 5



Source: OFS (SOMED)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

3 État de santé général

Avec l'âge, les gens deviennent plus vulnérables face aux maladies et aux problèmes de santé. A un âge avancé, les maladies chroniques sont une cause majeure de déficiences fonctionnelles et de besoins d'aide. L'entrée en EMS intervient en raison de ces besoins d'aide et de soins ainsi que pour des raisons médicales. Par conséquent, les personnes âgées vivant en EMS ont un état de santé différent de celles vivant en ménage privé.

La mesure de l'état de santé général

Le Mini Module Européen pour la Santé (MMES, en anglais MEHM pour Minimum European Health Module) aborde l'état de santé général en trois questions. Il fait partie intégrante du «système européen d'enquêtes sur la santé par interview» mis en place par Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne (UE), afin de permettre des comparaisons entre pays.

1. L'état de **santé auto-évaluée** est mesuré par la question: «Comment est votre santé en général?». Une seule réponse est possible parmi cinq allant de «très bonne» à «très mauvaise». Toutes les personnes âgées en ménage privé répondent à la question. Parmi celles vivant en EMS, seules celles étant capables de répondre directement aux enquêteurs le font (52 % du total des résidents inclus dans l'enquête): la question est trop subjective pour permettre au personnel soignant de répondre à leur place.
2. L'existence d'un **problème de santé de longue durée** est mesurée par la question «Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps?». Les personnes peuvent répondre par «oui» ou par «non». L'ensemble des personnes âgées sont interrogées (à domicile et en EMS). C'est le personnel soignant qui y répond pour les résidents incapables de le faire directement.
3. Les **limitations d'activité** sont mesurées par la question: «Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement et dans quelle mesure?». Les personnes peuvent répondre «fortement limité», «limité, mais pas fortement» ou «pas limité». A nouveau, l'ensemble des personnes sont interrogées (à domicile et en EMS), avec les mêmes procédures que pour la question précédente.

3.1 Santé auto-évaluée

La santé auto-évaluée traduit la manière dont les individus ressentent leur état de santé en englobant ses diverses dimensions (physique, psychique et sociale). Elle représente un bon facteur de prédiction pour différentes variables de morbidité et de recours aux soins. De nombreuses études longitudinales ont établi son pouvoir prédictif en termes de maladie grave et même de mortalité: la santé auto-rapportée apparaît de fait primordiale tant dans l'évaluation de la santé présente que dans le développement de la santé. Elle constitue ainsi un bon indicateur synthétique de l'état de santé de la population.

La majorité des personnes de 65 ans et plus en ménage privé évaluent leur santé comme étant (très) bonne (72 %). Avec l'âge, la proportion de personnes qui jugent favorablement leur santé diminue: 57 % des personnes de 85 ans et plus estiment leur santé (très) bonne; cette proportion se rapproche de celle constatée parmi les personnes en EMS. A âge égal, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes vivant à domicile.

La majorité des résidentes et résidents évaluent leur santé comme moyenne ou mauvaise. La part des personnes qui s'estiment en (très) bonne santé s'élève tout de même à 43 %, sans différence significative selon l'âge ou le sexe (G6). Il s'agit ici uniquement de l'appréciation des personnes pouvant répondre elles-mêmes aux questions, soit une moitié des résidents d'EMS.

La part élevée de personnes en EMS se jugeant en (très) bonne santé peut paraître étonnante. De manière générale, on peut expliquer cela par le fait que les personnes âgées n'évaluent pas leur propre santé selon des critères médicaux: elles tiennent plutôt compte de la comparaison avec des personnes de même âge. De plus, l'âge venant, les attentes en termes de santé sont révisées à la baisse. Par ailleurs, le passage en EMS peut induire un sentiment subjectif de meilleure santé en raison de l'amélioration des soins reçus (Höpflinger et Hugentobler, 2006).

3.2 Problèmes de santé de longue durée

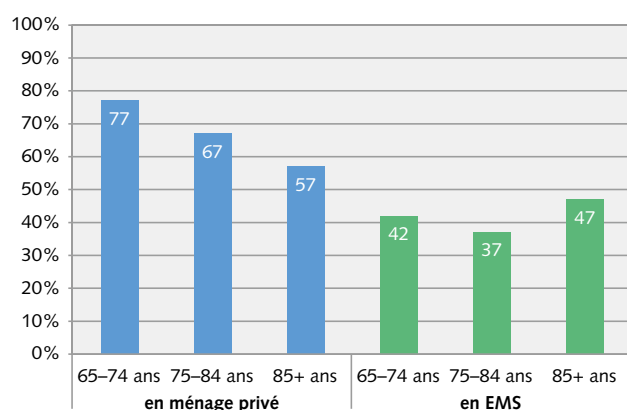
La prévalence des maladies chroniques et des problèmes de santé de longue durée augmente avec l'âge. Au total, plus de quatre personnes âgées sur dix vivant en ménage privé déclarent un problème de santé qui dure depuis au moins six mois (44 %). Dès 85 ans, plus de la moitié rapportent un problème de santé de longue durée (55 %) (G7).

La grande majorité des personnes vivant en EMS souffrent de maladies chroniques (77 %). Il n'y a pas de différence d'âge ni de sexe car ces problèmes de santé de longue durée sont justement l'une des raisons principales d'entrée en EMS (G7). En revanche, dès 75 ans, la part des personnes avec de tels problèmes de santé est significativement plus élevée parmi les résidentes et résidents incapables de répondre directement aux questions de l'enquête que chez celles et ceux qui ont pu être interrogés directement (90 % contre 64 %).

Santé auto-évaluée (très) bonne selon le lieu de vie et l'âge, en 2007 et 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 6



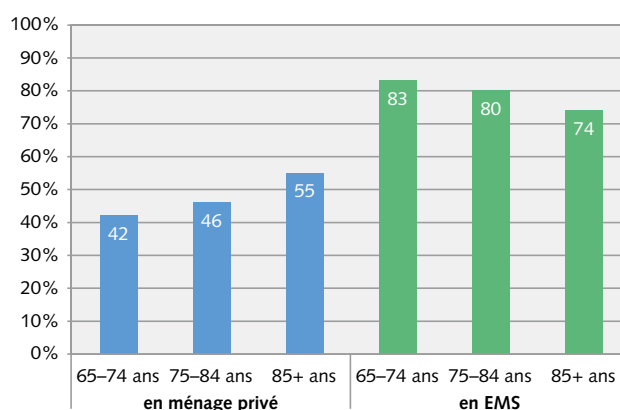
Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Problème de santé de longue durée selon le lieu de vie et l'âge, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 7



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

3.3 Limitations d'activité depuis au moins six mois

Une bonne santé fonctionnelle est importante à tous les âges. Elle est étroitement liée à la qualité de vie. Chez les personnes âgées, les limitations fonctionnelles peuvent les conduire à ne plus pouvoir réaliser leurs activités de tous les jours et à demander de l'aide. Quelque 25 % des personnes en ménage privé sont limitées depuis au moins six mois dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé, auxquelles s'ajoutent 12 % qui le sont fortement. Ces limitations sont plus fréquentes dès 85 ans. Dans ce groupe d'âge, un tiers des personnes sont limitées (36 %) et un quart le sont fortement (25 %) (G8). Les femmes entre 65 et 74 ans vivant en ménage

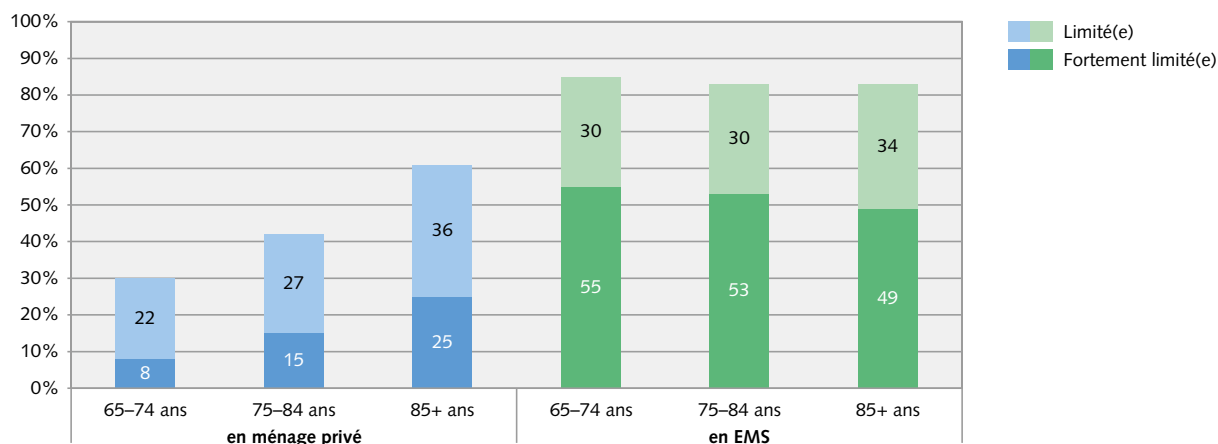
privé sont plus nombreuses que les hommes du même âge à être limitées dans leurs activités habituelles (34 % contre 26 %); ce n'est pas le cas dans les autres classes d'âge. Il est possible que les femmes plus âgées souffrant de telles limitations se trouvent plus souvent en EMS.

Il n'est pas étonnant que la majorité des personnes en EMS connaissent des limitations d'activité en raison de problèmes de santé: la moitié sont limitées (50 %) et un tiers le sont fortement (33 %). On ne constate pas de différence d'âge ou de sexe (G8). A âge égal, les personnes incapables de répondre directement aux questions de l'enquête sont plus nombreuses à être limitées dans leurs activités habituelles que celles qui en sont capables (92 % contre 75 %).

Limitations d'activité depuis au moins six mois selon le lieu de vie et l'âge, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 8



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4 Santé fonctionnelle

La mesure des problèmes fonctionnels

Dans les enquêtes de santé, les capacités fonctionnelles physiques sont souvent mesurées au moyen des deux indicateurs AIVQ (activités instrumentales de la vie quotidienne) et AVQ (activités de la vie quotidienne).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Les AIVQ mesurent la capacité de la personne à prendre soin d'elle tant dans le cadre de son ménage qu'à l'extérieur. Elles sont également un indicateur de la participation sociale. On demande si «la personne peut ou pourrait si nécessaire accomplir sans aide les activités quotidiennes suivantes: préparer ses repas; téléphoner; faire des achats; faire la lessive; faire de petits travaux ménagers; faire occasionnellement de gros travaux ménagers; faire ses comptes; utiliser les transports publics».

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Les AVQ mesurent la capacité de la personne à effectuer certaines activités de base comme prendre soin de sa propre personne. On demande «dans quelle mesure la personne est-elle capable d'accomplir, sans aide, les activités de la vie quotidienne suivantes: 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; se déplacer dans la chambre, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement». La question de la mobilité n'est pas posée aux personnes vivant en ménage privé.

La personne est considérée comme **limitée** lorsqu'elle ne peut effectuer l'activité qu'avec beaucoup de difficultés ou qu'elle ne peut pas du tout la réaliser. Elle est considérée comme **non limitée** lorsqu'elle peut effectuer l'activité sans difficulté, voire avec quelques difficultés. Les personnes vivant en ménage privé répondent elles-mêmes, tandis que pour les personnes en EMS, c'est le personnel soignant qui renseigne.

La santé fonctionnelle est définie par la manière dont les personnes, en raison de leur état de santé, peuvent satisfaire leurs besoins quotidiens et participer à la société. Avec l'âge, une bonne santé fonctionnelle est essentielle à l'autonomie et des limitations fonctionnelles déterminent souvent le placement dans une institution. Par ailleurs, il est largement admis que l'incontinence est une cause d'institutionnalisation, pas forcément en tant que facteur indépendant mais en raison d'un moins bon état fonctionnel initial, de la présence de maladies plus sévères (Holroyd-Leduc, Mehta et Covinsky, 2004) et d'un isolement social qui peut en résulter (Viktrup et al., 2005). De même, au grand âge, des limitations dans la mobilité occasionnent souvent un besoin d'aide et de soins. Enfin, des troubles de la locomotion peuvent engendrer des chutes qui elles-mêmes seront à l'origine de problèmes majeurs de fonctionnement chez les personnes âgées.

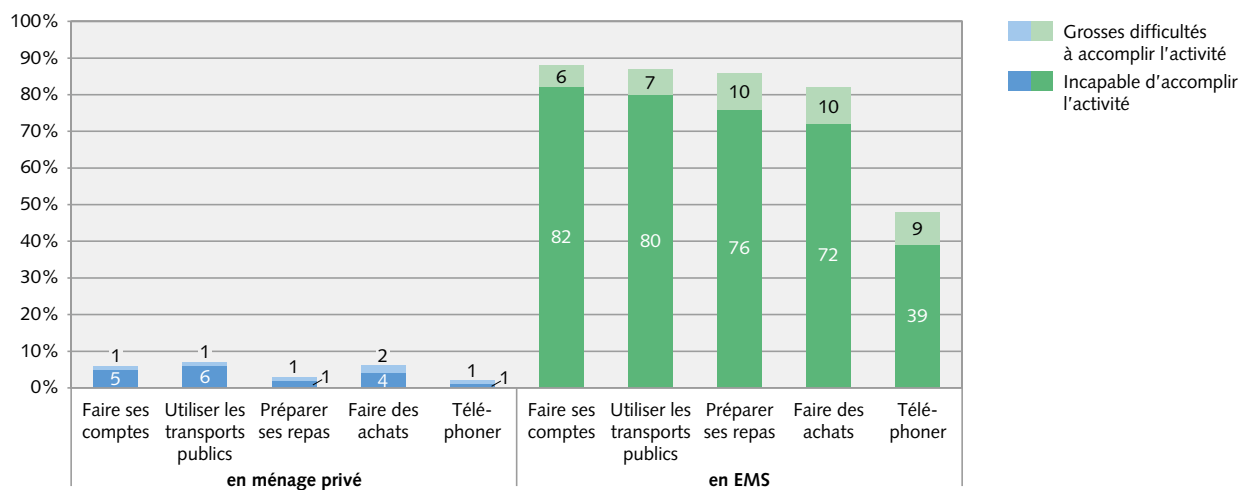
4.1 Limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Deux personnes sur dix vivant en ménage privé (20 %) ne peuvent pas effectuer au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (> encadré). Cette proportion augmente avec l'âge. En EMS, presque toutes les personnes ont au moins une limitation dans les activités instrumentales (96 %). Seul téléphoner reste possible pour environ la moitié des résidentes et résidents d'EMS (52 %) (G9).

Limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 9



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.2 Limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)

Des limitations dans les activités de la vie quotidienne débouchent souvent sur des besoins soutenus d'aide et de soins. Environ 4 % des personnes en ménage privé ne peuvent pas effectuer au moins une activité de base de la vie quotidienne (> encadré). Le degré de difficulté ainsi que le nombre d'activités limitées augmentent avec l'âge: dès 85 ans, 18 % des personnes ont de grosses difficultés ou n'arrivent pas du tout à réaliser au moins une activité de la vie quotidienne, contre 1 % des personnes de 65 à 74 ans (G10). On ne constate pas de différence selon le sexe. En EMS, 76 % des résidentes et résidents

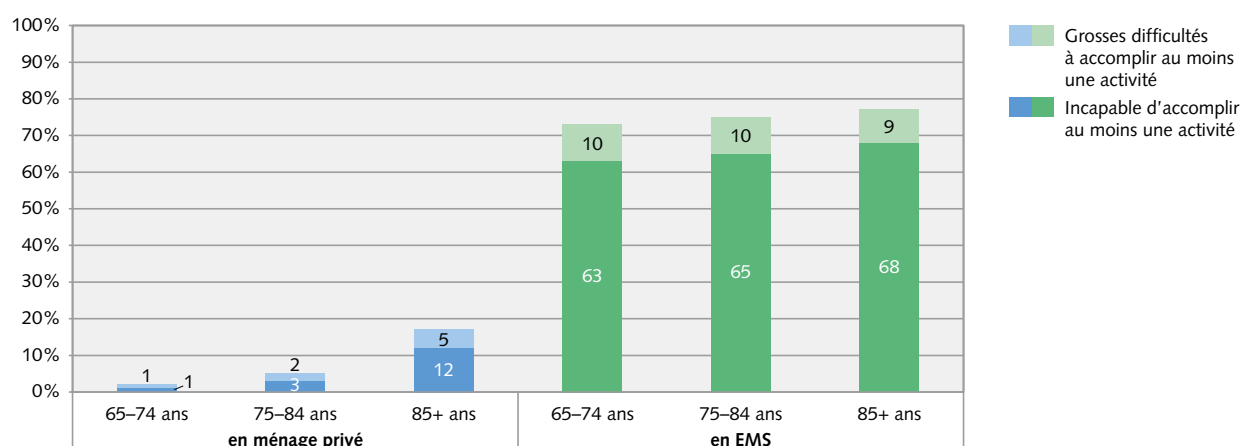
sont dans l'incapacité d'effectuer au moins une activité de la vie quotidienne. Cette proportion ne varie en fonction ni de l'âge, ni du sexe.

La toilette est l'activité pour laquelle le plus grand nombre de personnes en EMS (76 %) sont limitées et dépendent du personnel soignant (G11). Environ la moitié d'entre elles ont également besoin d'aide pour s'habiller (53 %) ou aller aux WC (47 %). La limitation la plus rare est celle de la capacité à manger seul (17 %). A âge égal, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes sauf pour les femmes de 85 ans et plus, qui sont plus nombreuses que les hommes du même âge à ne pas pouvoir utiliser seules les toilettes (52 % contre 40 %).

Limitations dans les activités de la vie quotidienne selon le lieu de vie et l'âge, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 10



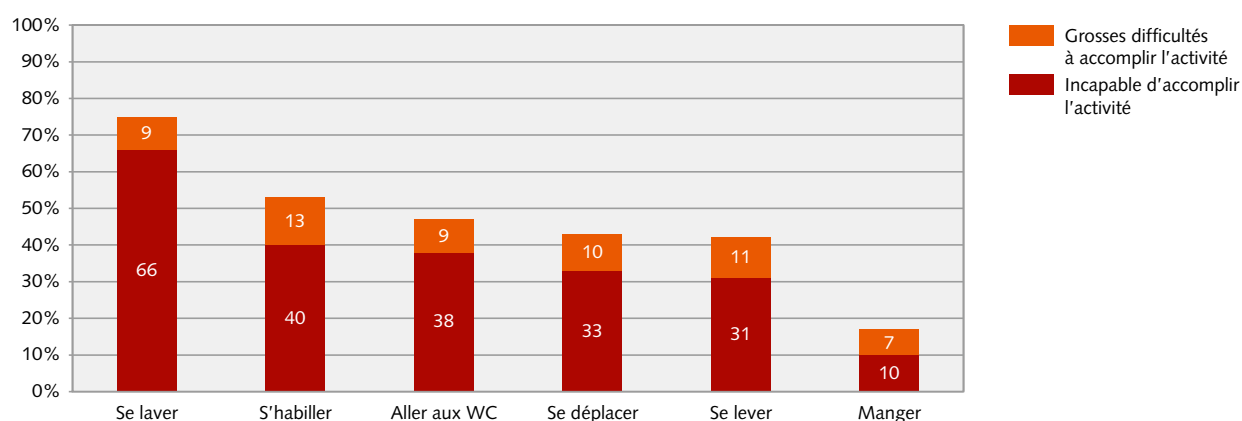
Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Limitations dans les différentes activités de la vie quotidienne, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 11



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les besoins d'aide et de soins des personnes en EMS, souffrant dans leur grande majorité de limitation dans les activités de la vie quotidienne, peuvent être représentés de manière plus différenciée et précise en se référant à l'échelle de Katz, qui est spécialement adaptée et utilisée pour mesurer le degré de dépendance des personnes âgées en EMS.

Sur la base de cette classification, qui met en évidence une grande diversité des états fonctionnels, trois groupes se distinguent (G12). Environ un tiers des résidentes et résidents d'EMS ont des besoins élevés d'aide et de soins (37 %). Il s'agit de personnes dont la mobilité est très réduite (niveau f de l'échelle de Katz > encadré) et/ou qui ne sont plus en mesure de manger sans aide (niveau g). Ces personnes sont dépendantes pour presque tous les domaines de la vie quotidienne. Environ deux personnes en EMS sur dix ont des besoins d'aide et de soins modérés (niveaux c, d, e) en raison des difficultés qu'elles rencontrent pour plusieurs activités de la vie quotidienne (20 %). Leurs besoins se situent surtout au niveau des soins du corps. Enfin, pour plus de quatre personnes sur dix, les besoins en soins sont plus faibles: 19 % n'ont qu'une limitation (niveau b) et 24 % sont indépendantes pour les six activités de la vie quotidienne (niveau a). Ces dernières font l'objet d'un chapitre spécifique (> chap. 9).

Échelle de Katz modifiée

L'échelle de Katz et al. (1963) établit, sur la base des questions relatives aux activités de la vie quotidienne (AVQ), la sévérité de la dépendance fonctionnelle en intégrant le nombre d'activités affectées et une hiérarchie fondée sur l'ordre d'apparition des déficits au cours du temps. Cette échelle permet ainsi de décrire les niveaux de besoin en soins pour les personnes en EMS. A la différence de Katz, qui utilise l'incontinence pour la construction de l'échelle, on prend en compte ici la mobilité. L'incontinence est traitée à part (> chap. 4.3).

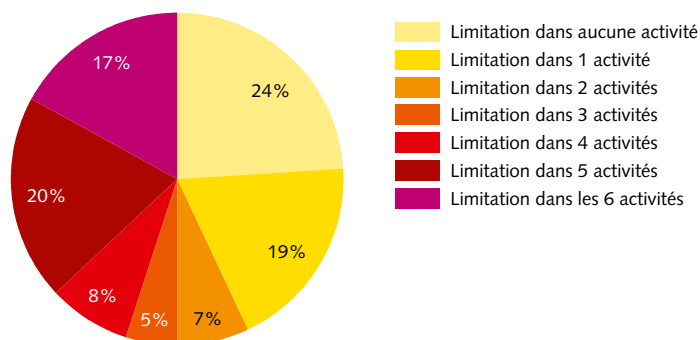
Une personne est considérée comme limitée lorsqu'elle ne peut effectuer l'activité qu'avec beaucoup de difficultés ou qu'elle ne peut pas du tout la réaliser. Elle est considérée comme non limitée lorsqu'elle peut effectuer l'activité sans difficulté, voire avec quelques difficultés. Les limitations dans les activités de la vie quotidienne sont hiérarchisées selon huit niveaux:

- Limitation dans aucune activité
- Limitation dans une seule activité
- Limitation dans deux activités dont faire sa toilette
- Limitation dans trois activités dont faire sa toilette et s'habiller
- Limitation dans quatre activités dont faire sa toilette, s'habiller et aller aux WC
- Limitation dans cinq activités dont faire sa toilette, s'habiller, aller aux WC et sortir du lit
- Limitation dans les six activités
- Limitation dans au moins deux activités qui ne sont pas classables dans c, d, e ou f. Ces personnes ont un profil très atypique et sont très minoritaires. Par conséquent elles ne seront pas prises en compte dans la suite du rapport lorsqu'il est fait état de cette échelle de dépendance.

Nombre de limitations dans les activités de la vie quotidienne, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 12



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.3 Incontinence en EMS

L'incontinence urinaire est multifactorielle chez les personnes âgées. Certains risques sont spécifiques pour les femmes âgées ou se rencontrent plus souvent parmi elles: les désordres neurologiques et la détérioration psychique, les troubles au niveau du bas de l'appareil urinaire (infections, brûlures), les problèmes digestifs (constipation et/ou incontinence fécale), les accouchements, les antécédents de chirurgie gynécologique et la polymédication fréquente (diurétique) y contribuent (Resnick, 1996).

Incontinence

Les informations sur ce thème sont fournies par le personnel soignant.

Les personnes souffrant d'**incontinence fécale** sont celles qui n'arrivent pas à retenir leurs selles. C'est la forme d'incontinence la plus grave.

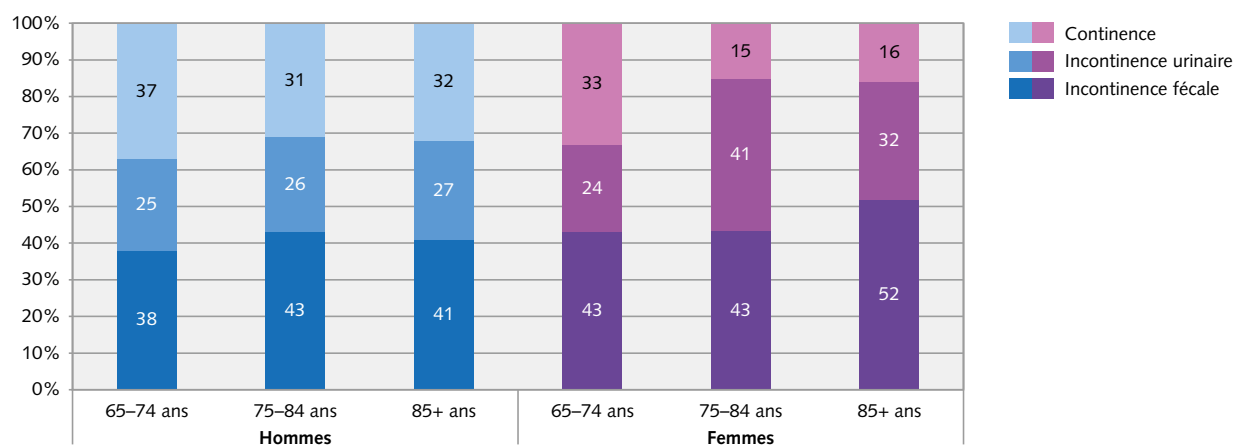
Les personnes souffrant d'**incontinence urinaire** sont celles qui utilisent un moyen contre l'incontinence urinaire (couches/protège-slips; dérivation urinaire suprapubienne; sonde transurétrale).

Les **personnes continentes** sont celles pour qui aucun moyen n'est utilisé contre l'incontinence urinaire et qui arrivent toujours ou presque toujours à retenir leurs selles.

Incontinence selon le sexe et l'âge, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 13



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

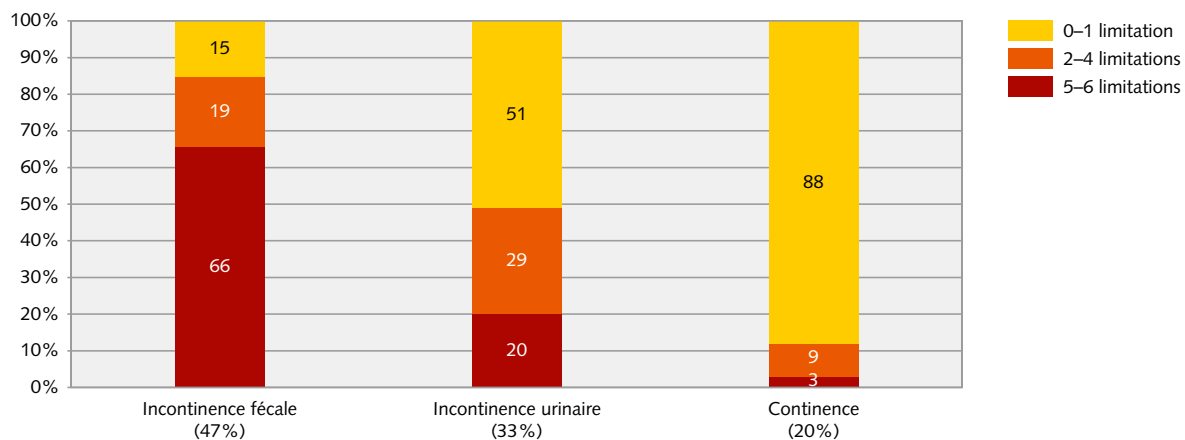
La grande majorité des résidentes et résidents d'EMS souffrent d'incontinence (80%). Près de la moitié présentent une incontinence fécale (47%), et un tiers une incontinence urinaire isolée (33%). Dans 97% des cas, l'incontinence fécale est accompagnée d'incontinence urinaire. A partir de 75 ans, l'incontinence concerne davantage les femmes que les hommes (84% contre 69%) et les hommes sont environ deux fois plus nombreux que les femmes à être continents (G13).

L'incontinence urinaire n'est pas un facteur indépendant de réduction de l'autonomie (Holroyd-Leduc, Mehta et Covinsky, 2004). Toutefois, il existe un lien entre l'incontinence et les limitations dans les activités de la vie quotidienne. Parmi les résidentes et résidents continents, 88% ne sont pas affectés par plus d'une limitation, alors que cette proportion est de 51% parmi celles et ceux souffrant d'incontinence urinaire et de 15% en présence d'une incontinence fécale (G14). Il n'y a pas de différence significative selon l'âge ou le sexe.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne selon le type d'incontinence, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 14



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.4 Mobilité

La mobilité est essentielle à la santé et au bien-être des personnes de tous âges. Les difficultés de locomotion sont associées au risque de chute. La capacité à se mouvoir et à se déplacer dans son environnement tend à diminuer à un âge avancé.

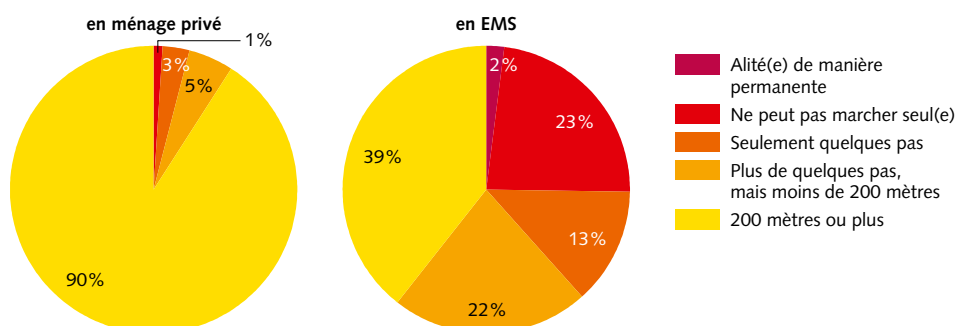
La grande majorité des personnes vivant en ménage privé sont capables de marcher seules plus de 200 mètres (90%). Dès 85 ans, les femmes montrent davantage de difficulté à marcher que les hommes. En revanche, six personnes en EMS sur dix ne sont pas en mesure de

marcher seules plus de 200 mètres (61%) (G15). 2% des résidentes et résidents sont alités de manière permanente et près d'un quart ne peuvent pas du tout marcher (23%), dont près de huit sur dix sont en fauteuil roulant poussé par un tiers (78%). Les personnes ne pouvant pas marcher sont également celles qui présentent le plus de limitations dans les activités de la vie quotidienne. Parmi celles pouvant marcher seules sur une distance d'au moins 200 mètres (39%), 59% ont besoin d'une canne. A âge égal, on ne constate pas de différences significatives entre résidentes et résidents.

Locomotion selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 15



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4.5 Chutes

Les chutes jouent un rôle critique dans la détérioration de la santé des personnes âgées et la nécessité subséquente de recevoir de l'aide (Wilkins, 1999). Elles peuvent entraîner une hospitalisation et, dans un certain nombre de cas, être un motif d'entrée en EMS.

Sur une période d'une année, 25 % des personnes âgées en ménage privé et 39 % des personnes vivant en EMS font une chute. Cet écart est relativement faible si l'on tient compte de l'amplitude de la différence dans l'état de santé des deux populations. Le fait qu'il n'y ait pas beaucoup plus de chutes en EMS qu'à domicile peut s'expliquer par la présence constante du personnel soignant dans les EMS, par un aménagement de l'espace adapté aux personnes âgées ainsi que par l'utilisation de moyens auxiliaires.

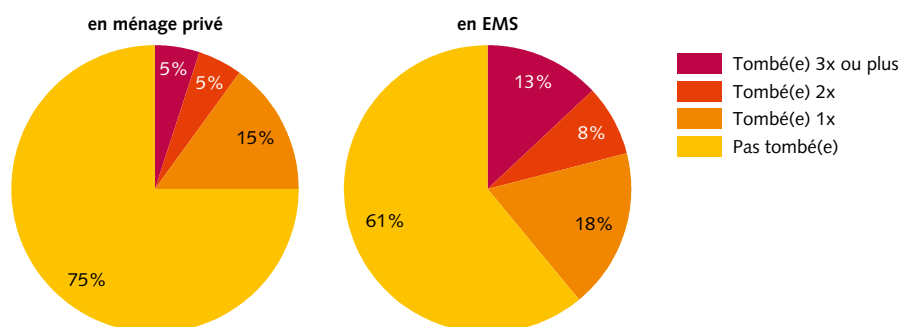
Les chutes multiples sont un signe de fragilité. Presque un quart des résidentes et résidents d'EMS (21 %) et un dixième des personnes à domicile sont tombés plusieurs fois au cours d'une année (G16). Dans presque un tiers des cas (32 %), les chutes en EMS occasionnent des fractures.

Le risque de faire une chute est multiplié par deux en cas de problème de vue; il augmente de 50 % chez les personnes souffrant de vertiges ou ayant besoin d'une canne pour marcher. Par contre, les pathologies somatiques, les problèmes de santé mentale, les limitations dans les activités de la vie quotidienne et l'incontinence ne sont pas associés à un risque significativement accru de faire une chute.

Fréquence des chutes au cours d'une année selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 16



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

5 Santé physique en EMS

L'état de santé des personnes de 65 ans et plus est moins homogène que celui des personnes plus jeunes (Zimmer et al., 1985). Cela concerne également les personnes vivant en EMS, dont la morbidité est variée. Les affections chroniques jouent un rôle important dans le processus conduisant une personne âgée à perdre son autonomie (Stuckelberger et Höpflinger, 1996). La santé physique des personnes résidant en EMS peut être décrite grâce à une liste de diagnostics rapportés par le personnel soignant, relatifs à des pathologies somatiques et à des troubles sensoriels.

Plus de trois quarts des personnes vivant en EMS présentent une **pathologie somatique** (78%). Cette part augmente avec l'âge (G17); par contre il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes. La proportion

des résidentes et résidents présentant uniquement des pathologies somatiques mais pas de troubles sensoriels ni d'affection touchant leur santé mentale est de 17%. Environ un quart des résidentes et résidents sont concernés par des troubles sensoriels. La part des personnes vivant en EMS présentant uniquement des troubles sensoriels mais pas de pathologie somatique ou d'affection liée à la santé mentale est de moins de 1%. Ce n'est donc pas une cause d'institutionnalisation en soi. La part de celles et ceux qui présentent à la fois des pathologies somatiques et des troubles sensoriels est de 23%. La plupart du temps, les gens ne souffrent pas que d'une seule maladie physique mais de plusieurs en même temps (> chap. 7).

Les groupes de diagnostics physiques

Le personnel soignant des établissements médico-sociaux indique, sur la base d'une liste de diagnostics préétablie (> G18), les maladies physiques dont souffre chaque résidente et chaque résident. Deux groupes sont identifiés:

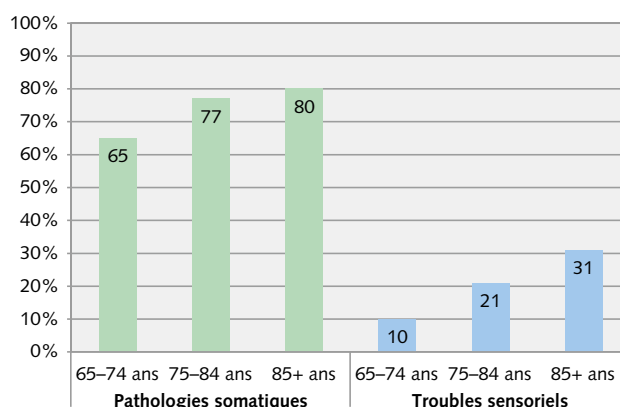
1. Les personnes atteintes d'au moins une **pathologie somatique**: problèmes cardiovasculaires, maladies pulmonaires, diabète, ostéoporose, insuffisance rénale, anémie, maladies rhumatismales et cancer. Dans ce contexte, l'hypertension n'est pas prise en compte, car c'est davantage un facteur de risque qu'une maladie. Les ulcères de décubitus ne sont pas non plus pris en compte car ils sont les conséquences d'une position allongée prolongée plutôt qu'une maladie primaire. Il en est de même des diagnostics «autres» car on ne sait pas de quel type de maladie il s'agit.
2. Les personnes souffrant d'au moins un **trouble sensoriel**: malvoyance ou cécité ainsi que surdité.

Ces deux groupes ne sont pas exclusifs et une personne peut appartenir aux deux à la fois.

Pathologies somatiques et troubles sensoriels selon l'âge, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 17



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les problèmes cardiovasculaires (49 %) et l'hypertension (47 %) sont, de loin, les deux troubles physiques les plus souvent diagnostiqués (G18). Pour près d'un quart des résidentes et résidents, des maladies rhumatismales, telles que l'arthrose, sont rapportées (24 %). Environ une personne sur cinq est atteinte de diabète (19 %) et d'ostéoporose (17 %).

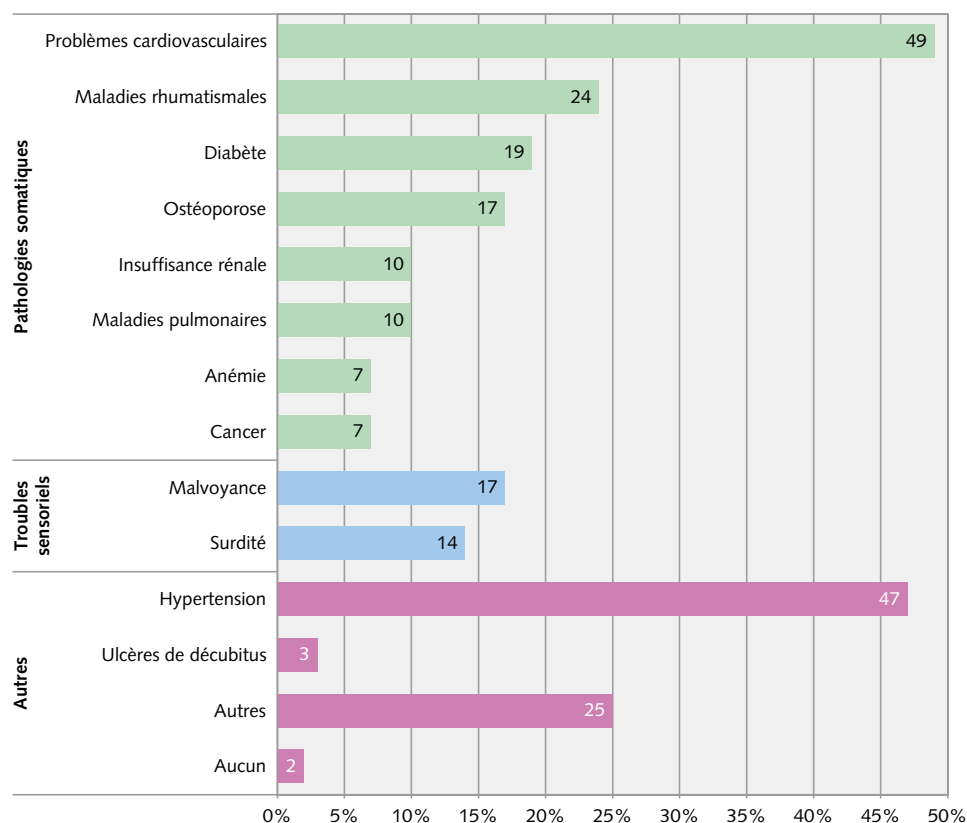
Les problèmes cardiovasculaires sont deux fois plus fréquents à partir de 75 ans (51 % contre 28 % chez les 65–74 ans). Il en va de même pour l'insuffisance rénale (11 % contre 4 %) et l'ostéoporose (18 % contre 9 %). Les cancers sont plus fréquents à partir de 85 ans (9 % contre 4 % parmi les 75–84 ans). A âge égal, les femmes souffrent plus que les hommes de l'ostéoporose (21 % contre 5 %). Cela peut s'expliquer par la perte osseuse qui s'accélère à la ménopause (Barzel, 1997). Dès 85 ans, les hommes sont presque trois fois plus atteints par des maladies pulmonaires que les femmes (20 % contre 7 %). Cela est vraisemblablement lié à leur plus grande consommation de tabac au cours de leur vie (Stuckelberger et Höpflinger, 1996).

Concernant les **troubles sensoriels**, 12 % sont atteints de malvoyance, 9 % de surdité et 5 % des deux à la fois. Il n'y a pas de différence selon le sexe. La fréquence des troubles sensoriels augmente fortement avec l'âge (G17). C'est particulièrement net dans le cas de la surdité: 3 % des résidentes et résidents en souffrent entre 65–74 ans, contre 9 % entre 75–84 ans et 18 % à partir de 85 ans. Quant à la part des personnes atteintes de malvoyance, elle passe de 8 % à 19 % entre la première et la dernière classe d'âge. La vue et l'ou   sont primordiales pour communiquer avec son environnement. Un déficit de ces deux sens peut provoquer un isolement et avoir des effets négatifs sur les compétences cognitives du sujet   g  , se cumulant aux effets du vieillissement cérébral (Saulnier, Beaumartin et Dantoine, 2009).

Diagnostiques physiques individuels, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 18



Source: OFS (ESAI)

   Office fédéral de la statistique (OFS)

6 Santé mentale en EMS

La santé mentale, dans la vieillesse, repose sur l'habileté à jouer des rôles appropriés, à accepter de nouveaux défis et à s'adapter aux pertes et aux changements liés à l'âge (Wilson et Kneisl, 1982). Une personne âgée en bonne santé mentale est capable de vivre et d'exprimer ses émotions d'une manière adéquate, possède un bon jugement, entretient des relations satisfaisantes avec son milieu et exerce son pouvoir de décision personnel et social (Champagne, Frenette et Stryckman, 1992). Le processus de vieillissement est souvent accompagné d'une perte des fonctions cognitives. Les difficultés psychologiques constituent une charge très lourde pour le personnel soignant de par leurs formes multiples (Pellerin et Guillaumot, 2009).

L'état de santé mentale des personnes âgées vivant en EMS est abordé sous différents angles: tout d'abord sur la base d'une liste de diagnostics rapportés par le personnel soignant, ensuite par le biais des troubles cognitifs et du comportement et, enfin, en se centrant sur les deux principales affections mentales dont souffrent les personnes en EMS, la démence et la dépression.

6.1 Diagnostics de santé mentale

Les groupes de diagnostics relatifs à la santé mentale

Sur la base d'une liste de diagnostics préétablie (> G20), le personnel soignant indique pour chaque personne résidente les maladies ou troubles affectant sa santé mentale. Trois groupes sont identifiés:

1. Les personnes souffrant de **problématiques neuropsychiatriques** dégénératives, avec un diagnostic de démence, d'attaque cérébrale, de maladie de Parkinson ou de sclérose multiple.
2. Les personnes avec des **troubles de l'humeur**: dépression ou troubles anxieux.
3. Les personnes avec des **problématiques psychiatriques**: psychose ou toxicomanie.

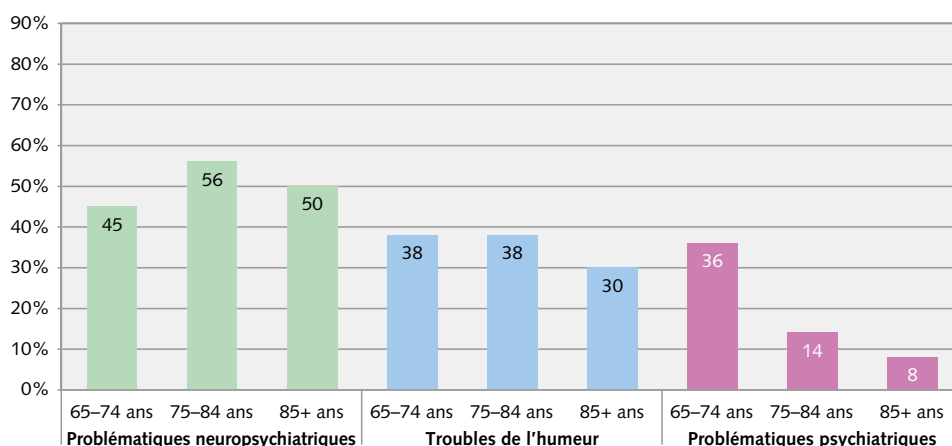
Ces groupes ne sont pas exclusifs et une personne peut appartenir à plusieurs à la fois.

Globalement, près de sept résidentes et résidents sur dix (69%) souffrent d'au moins une maladie ou d'un trouble affectant leur santé mentale. Plus de la moitié des résidentes et résidents présentent une **problématique neuropsychiatrique** (53%). À âge égal, il n'y a pas de

Problématiques neuropsychiatriques, troubles de l'humeur et problématiques psychiatriques selon l'âge, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 19



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

différence significative entre les hommes et les femmes (G19). Dans près de neuf cas sur dix, d'autres pathologies, somatiques en premier lieu, sont présentes. La démence (> chap. 6.4) est la problématique neuropsychiatrique la plus fréquente (39 %) (G20). Les personnes âgées entre 65 et 74 ans sont atteintes presque deux fois plus souvent que celles de 85 ans et plus d'attaque cérébrale (18 % contre 10 %).

Un tiers des personnes en EMS souffrent de **troubles de l'humeur** (33 %), de dépression le plus souvent (26 %) (> chap. 6.5). Les femmes de 85 ans et plus sont plus nombreuses que les hommes du même âge à en être atteintes (32 % contre 21 %). La déclaration de ces troubles diminue sensiblement à partir de 85 ans (G19). Huit fois sur dix, les troubles de l'humeur sont accompagnés de pathologies somatiques, plus de cinq fois sur dix d'une problématique neuropsychiatrique.

Les **problématiques psychiatriques** concernent 12 % des résidentes et résidents. À âge égal, on ne constate pas de différence selon le sexe. Ce type de problématiques est 4,5 fois plus présent parmi les personnes entre 65 et 74 ans que parmi celles de 85 ans et plus (36 % contre 8 %) (G19). Les résidentes et résidents présentant une problématique psychiatrique sont en moyenne plus jeunes de 5,1 ans que celles et ceux qui n'en ont pas et ils séjournent dans l'EMS depuis plus longtemps (1,6 ans en moyenne).

La fréquence de la psychose diminue régulièrement avec l'âge: elle concerne 21 % des 65–74 ans, 9 % des 75–84 ans et seulement 4 % des personnes plus âgées. La toxicomanie touche principalement les hommes entre 65 et 74 ans (26 %), dans une proportion trois fois plus élevée que les femmes du même âge (7 %). La fréquence de la toxicomanie diminue ensuite pour atteindre 4 % parmi les personnes de 85 ans et plus, sans différence selon le sexe.

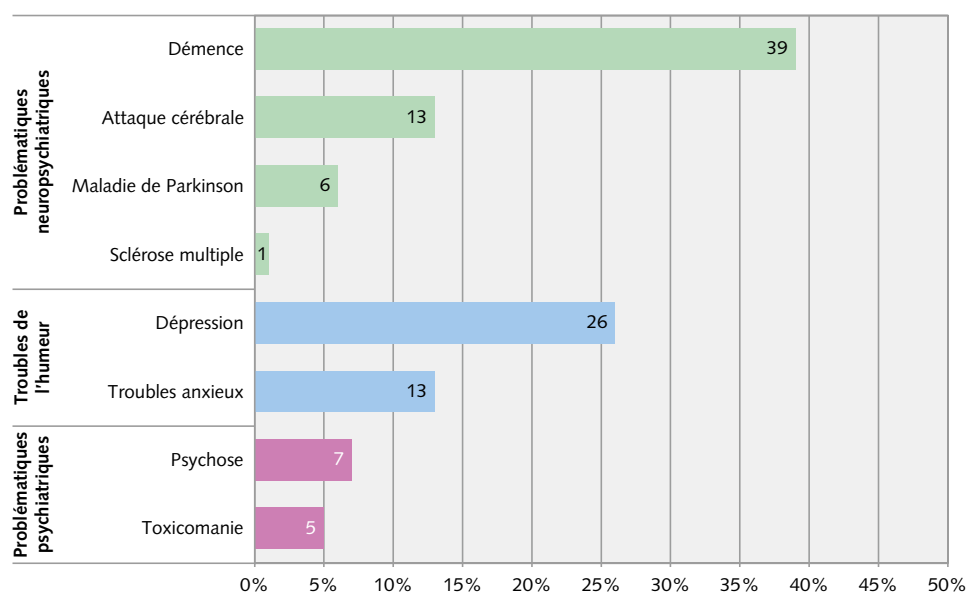
6.2 Diagnostics de santé mentale et problèmes fonctionnels

Les besoins d'aide et de soins apparaissent lorsque des incapacités s'ajoutent aux problèmes du grand âge et aux maladies chroniques. L'état de santé mentale influence le niveau de soins requis par les résidentes et résidents. Les limitations dans les activités de la vie quotidienne, et plus particulièrement l'échelle de Katz, permettent de mesurer les besoins en soins. Le profil de santé fonctionnelle (selon Katz > chap. 4.2) des personnes avec une problématique neuropsychiatrique diffère nettement de celui des personnes avec une problématique psychiatrique (G21). Les premières sont presque deux fois plus nombreuses que les secondes à être limitées dans cinq ou six activités de la vie quotidienne (50 % contre 26 %), ce qui signifie qu'elles sont incapables de se déplacer dans leur chambre ou de

Diagnostics individuels relatifs à la santé mentale, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 20



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

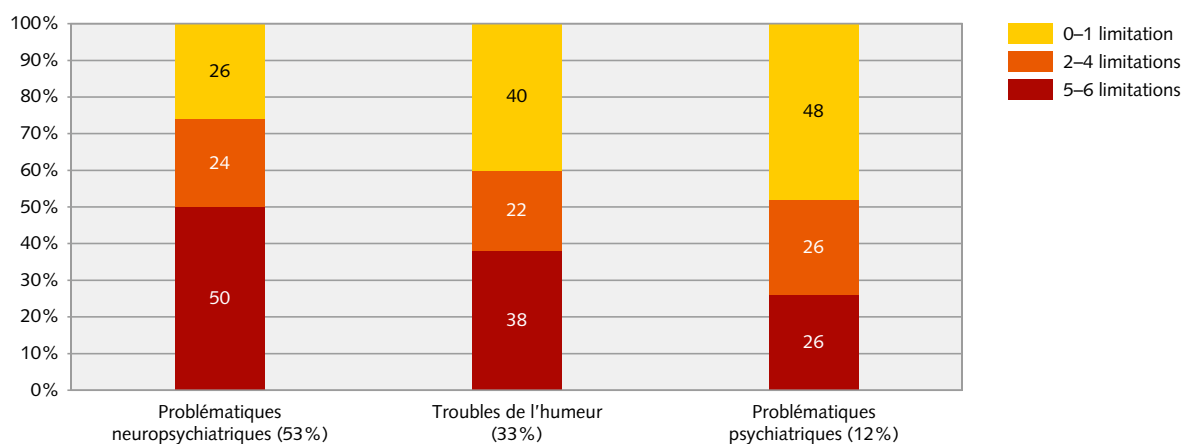
manger seules. Les personnes présentant des troubles de l'humeur, des pathologies somatiques ou des troubles sensoriels, ont un profil de santé fonctionnelle très semblable à la moyenne des résidentes et résidents.

L'incontinence constitue une lourde charge pour les besoins en soins. Les personnes avec une problématique neuropsychiatrique sont presque trois fois moins nombreuses à être continentes que celles avec une problématique psychiatrique (11 % contre 30 %) (G22). A nouveau, les personnes présentant des troubles de l'humeur ou des pathologies somatiques sont très proches de la moyenne des résidentes et résidents.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne selon la problématique de santé mentale, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 21



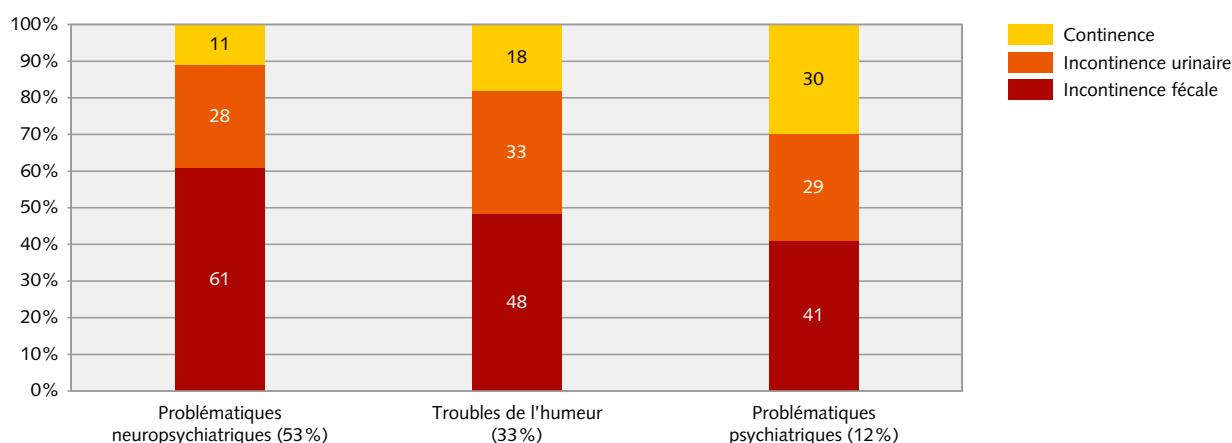
Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Type d'incontinence selon la problématique de santé mentale, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 22



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

6.3 Troubles cognitifs et troubles du comportement

Les troubles cognitifs affectent les fonctions intellectuelles, allant de l'analyse perceptive de l'environnement à la commande motrice en passant par la mémorisation, le raisonnement, les émotions et le langage (Monod-Zorzi et al., 2007). Ils représentent un problème important de santé chez les aînés (Dubé, 2006). L'apparition progressive de troubles cognitifs et de troubles du comportement est un signe de démence (Benoit et al., 2009).

Plus de la moitié des résidentes et résidents d'EMS présentent au moins un trouble cognitif (59%). Cette proportion ne varie pas en fonction de l'âge, ni du sexe. Le fait d'avoir une capacité décisionnelle modérément (24%), voire fortement altérée (30%) est le trouble le plus fréquent (G23). Les problèmes de mémoire à court terme sont le deuxième trouble cognitif le plus fréquent (46%). Cette difficulté augmente graduellement avec l'âge: elle concerne 29% des 65–74 ans, 41% des 75–84 ans et 50% des 85 ans et plus. A âge égal, on ne constate pas de différence selon le sexe. Quatre résidents sur dix présentent un problème d'orientation spatio-temporelle (40%). Ce taux ne varie pas selon le sexe et augmente également avec l'âge: 25% des 65–74 ans et 44% des 85 ans et plus sont concernés.

La mesure des troubles cognitifs

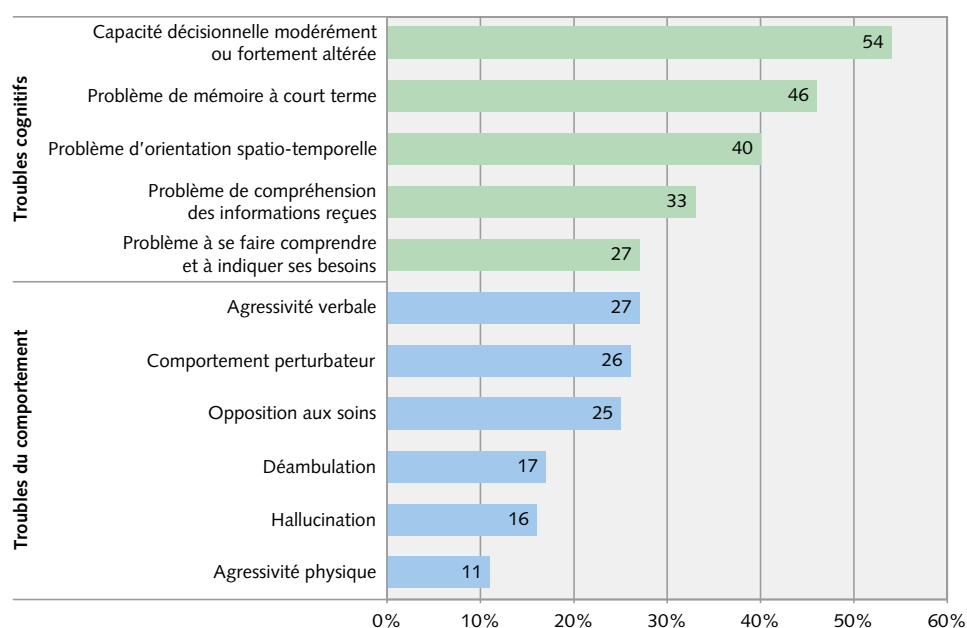
Le personnel soignant est invité à observer un certain nombre de troubles cognitifs parmi les résidentes et résidents. Toute personne présentant un ou plusieurs des cinq troubles ci-dessous est considérée comme souffrant de troubles cognitifs:

1. **Capacité décisionnelle modérément ou fortement altérée.** C'est le cas lorsque la personne ne prend «que rarement ou jamais» de «décisions dans la vie quotidienne» ou qu'elle «a besoin d'être dirigée et surveillée».
2. **Problème de mémoire à court terme,** lorsque la personne ne se rappelle «généralement pas d'une conversation qu'elle a eue après 5 minutes».
3. **Problème d'orientation spatio-temporelle,** dans le cas où la personne n'est pas capable de dire «dans quelle saison on est, de retrouver sa chambre, de se souvenir des personnes qu'elle connaît et de se souvenir qu'elle réside dans un EMS».
4. **Problème de compréhension des informations reçues.** C'est le cas lorsque la personne n'est capable de comprendre que «parfois (et seulement les messages et les questions simples)», «rarement» ou «jamais» les informations qui lui sont adressées (compréhension et utilisation des informations verbales, écrites ou visuelles).
5. **Problème à se faire comprendre et à indiquer ses besoins** (indépendamment du moyen utilisé). Ce problème est constaté lorsque la personne n'arrive que rarement voire jamais à se faire comprendre, ou n'y parvient que «parfois», sa capacité à exprimer des demandes concrètes étant limitée.

Troubles cognitifs et troubles du comportement, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 23



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Une partie des personnes en EMS ne comprennent que parfois (25 %), voire rarement ou jamais (8 %) les informations qui leur sont adressées. Certaines n'arrivent que parfois (18 %), voire rarement ou jamais (9 %) à se faire comprendre et à indiquer leurs besoins. Ces taux ne varient pas en fonction de l'âge, ni du sexe.

La mesure des troubles du comportement

Le personnel soignant indique s'il a observé un ou plusieurs des comportements suivants: déambulation, agressivité verbale, agressivité physique, comportement socialement inadapté/perturbateur, opposition aux soins/traitements, hallucinations et/ou délires. On considère qu'il y a présence de trouble dès qu'un seul de ces comportements est observé.

En outre, près de la moitié des résidentes et résidents sont atteints d'au moins un trouble du comportement (47 %). Les plus souvent observés sont l'agressivité verbale (27 %), les comportements perturbateurs ou inadaptés (26 %) et l'opposition aux soins (25 %) (G23). Ces taux ne varient en fonction ni de l'âge, ni du sexe.

6.4 Démence, troubles cognitifs et troubles du comportement

La démence est une maladie neurologique qui touche la pensée et le comportement. Elle affecte notamment la mémoire, le langage, le raisonnement et le jugement.

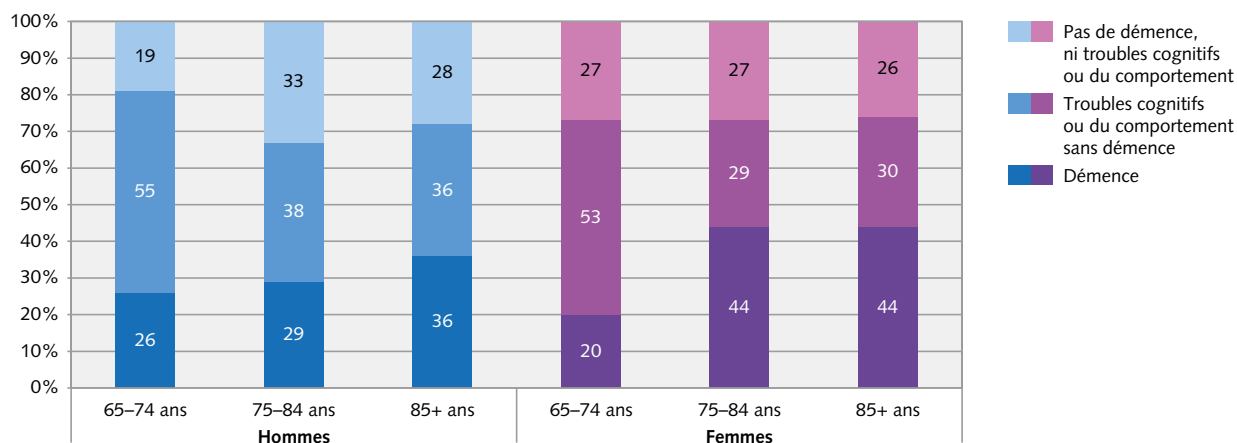
Les personnes atteintes de démence peuvent également avoir des épisodes d'errance, de violence ou devenir très bruyantes. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de démence: elle se caractérise par un trouble de la mémoire, suivi par une détérioration progressive des fonctions cognitives (Tierney et Charles, 2002). Les personnes atteintes de démence souffrent d'une difficulté croissante à accomplir de manière autonome les activités de la vie quotidienne. C'est une des causes fréquente de l'interruption du maintien à domicile (Barberger-Gateau, Fabrigoule et Dartigues, 2002, O'Donnel et al., 1992).

Quatre personnes sur dix résidant en EMS ont un diagnostic de démence rapporté par le personnel soignant. Chez les hommes, on ne constate pas de différence selon l'âge. En revanche, la part des femmes souffrant de démence double entre la première classe d'âge et les deux suivantes (20 % contre 44 %) (G24). Par ailleurs, 33 % des résidentes et résidents n'ont pas de diagnostic de démence mais présentent des troubles cognitifs ou du comportement. Seuls 27 % ne présentent ni diagnostic de démence ni troubles cognitifs ou du comportement. Les personnes entre 65 et 74 ans sont moins nombreuses que les plus âgées à souffrir de démence, mais plus nombreuses à présenter des troubles cognitifs ou du comportement.

Démence, troubles cognitifs et troubles du comportement selon le sexe et l'âge, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 24



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

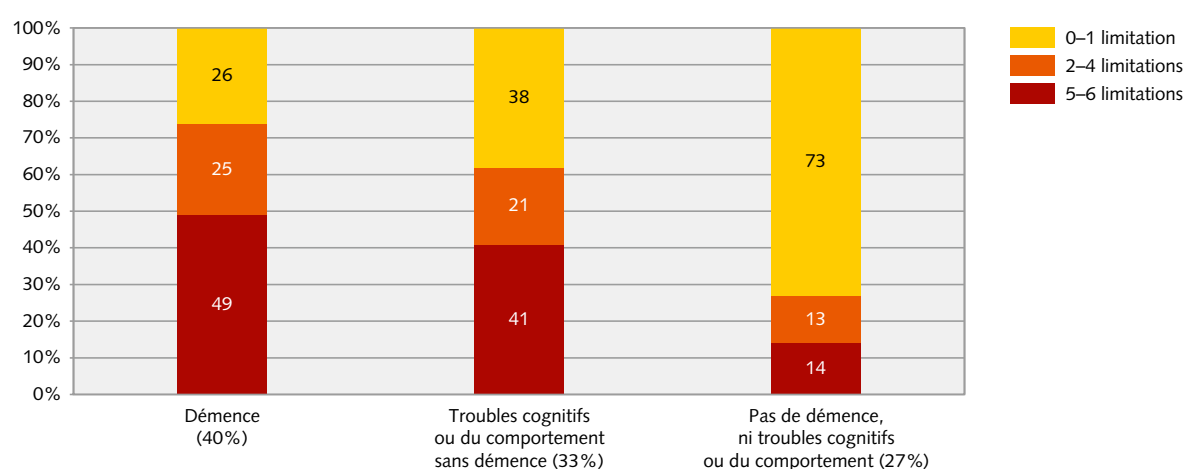
Il y a clairement un lien entre la démence et les capacités fonctionnelles. Les personnes atteintes de démence sont plus nombreuses à être limitées dans les activités de la vie quotidienne que celles présentant uniquement des troubles cognitifs ou du comportement. Les personnes chez qui n'ont été diagnostiqués ni démence ni troubles cognitifs ou du comportement sont beaucoup moins limitées dans leurs activités de la vie quotidienne (G25).

La présence de démence aggrave également l'incontinence fécale. Les personnes souffrant de démence sont plus nombreuses à avoir des problèmes d'incontinence fécale (63 %) que celles présentant uniquement des troubles cognitifs ou du comportement (52 %). Cette part chute à 17 % parmi les personnes ne souffrant ni de démence ni de troubles cognitifs ou du comportement (G26).

Limitations dans les activités de la vie quotidienne selon la démence et les troubles cognitifs ou du comportement, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 25



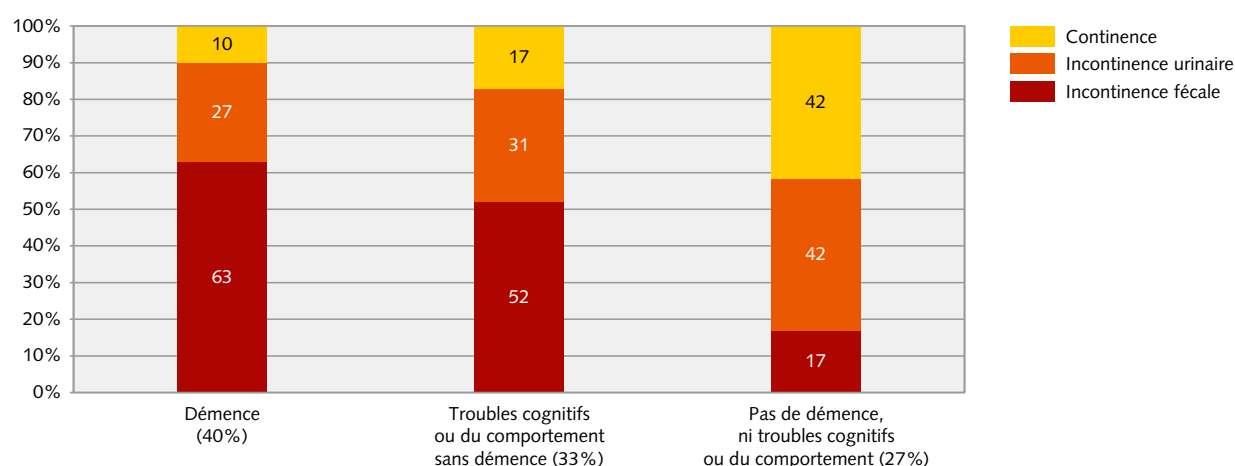
Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Incontinence selon la démence et les troubles cognitifs ou du comportement, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 26



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

6.5 Dépression et symptômes dépressifs

La dépression chez les personnes âgées est souvent méconnue et mal diagnostiquée car elle est facilement mise sur le compte du vieillissement et masquée par des troubles somatiques (Clément et al., 2001). Les raisons de la survenue d'une dépression chez les personnes âgées sont nombreuses, associant des problématiques organiques, psychologiques et sociales. La dépression peut contribuer de façon significative à la détérioration générale de la santé chez les personnes âgées (Conn, 2002). Elle favorise le désinvestissement progressif de toute interaction sociale au sein de l'institution, l'émergence de troubles du comportement ainsi qu'une perte rapide d'autonomie (Lôo et Gallarda, 2000). Même légers, les symptômes dépressifs contribuent à accroître la demande de prestations médicales et non médicales (Herrmann et al., 1997).

La mesure des symptômes dépressifs

Le test mini Geriatric Depression Scale (GDS) a pour but de repérer les symptômes dépressifs des sujets âgés. Une personne est considérée comme présentant des symptômes dépressifs si elle répond à au moins une de ces quatre conditions: sembler ou dire être découragée ou triste; faire ou dire des choses indiquant un sentiment de vie vide; sembler ou dire ne pas être heureuse; indiquer que sa situation est désespérée.

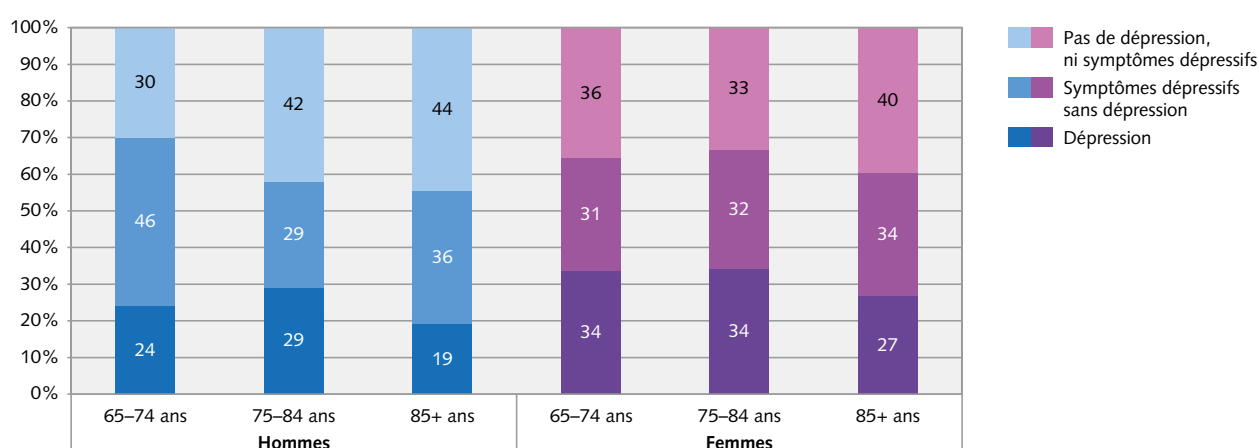
Près de trois résidentes et résidents d'EMS sur dix ont un diagnostic de dépression rapporté par le personnel soignant (28 %). Environ un tiers n'ont pas de diagnostic de dépression mais présentent des symptômes dépressifs (34 %). Enfin, 38 % n'ont pas de dépression diagnostiquée, ni de symptômes dépressifs. La fréquence des dépressions et celle des symptômes dépressifs ne diffèrent pas selon le sexe ou l'âge (G27).

Il n'y a pas de différence significative entre la santé auto-évaluée des personnes avec un diagnostic de dépression et celle des personnes avec des symptômes dépressifs. Par contre, dès la présence de symptômes dépressifs, la santé auto-évaluée se péjore: 63 % du groupe présentant des symptômes dépressifs se jugent en moyenne, mauvaise ou très mauvaise santé contre 42 % du groupe chez qui ne sont rapportés ni dépression ni symptômes dépressifs. Par ailleurs, les personnes avec un diagnostic de dépression souffrent nettement plus souvent de troubles anxieux que celles sans diagnostic de dépression ni symptômes dépressifs (20 % contre 9 %).

Dépression et symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 27



Source: OFS (ESAI)

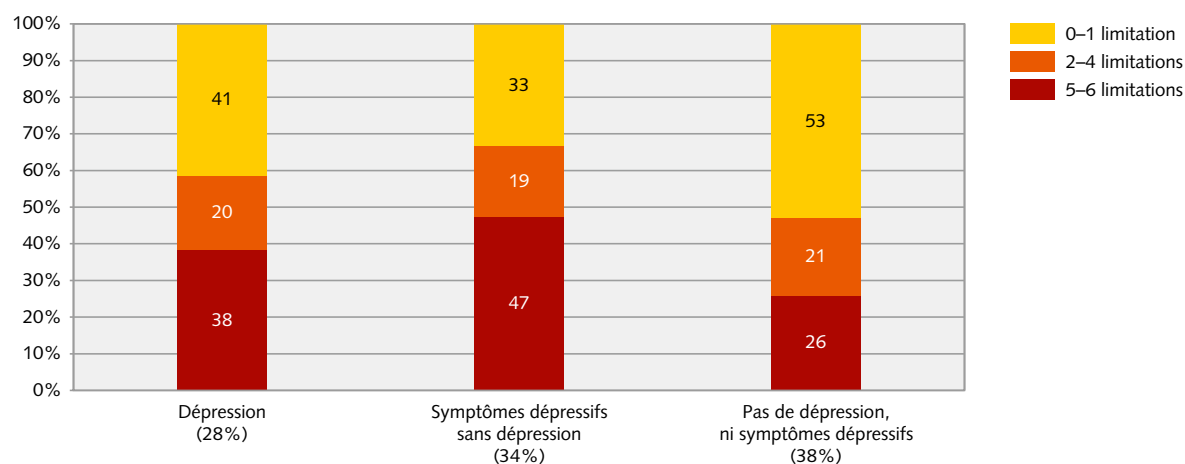
© Office fédéral de la statistique (OFS)

En termes de limitations dans les activités de la vie quotidienne, il n'y a pas de différence significative entre les personnes souffrant de dépression et celles présentant uniquement des symptômes dépressifs. Par contre, les personnes sans dépression ni symptômes dépressifs sont nettement moins limitées dans leurs activités de la vie quotidienne (G28).

Limitations dans les activités de la vie quotidienne selon la dépression et les symptômes dépressifs, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 28



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

7 Multimorbidité en EMS

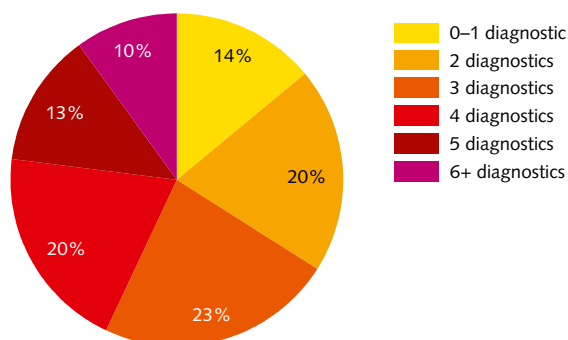
L'état de santé de la majorité des personnes de 65 ans et plus se caractérise par la coexistence de multiples affections, physiques et psychiques, résultant de phénomènes pathologiques liés au vieillissement, de séquelles de maladies anciennes et de maladies chroniques ou aiguës en cours d'évolution.

En EMS, 86 % des résidentes et résidents sont atteints d'au moins deux maladies et 23 % d'au moins cinq (G29), sur une liste de vingt diagnostics pouvant être rapportés par le personnel soignant³. En moyenne les résidentes et résidents comptabilisent 3,3 diagnostics de cette liste. Chez les hommes, on ne constate pas de différence significative selon l'âge. En revanche, chez les femmes, la moyenne du nombre de diagnostics passe de 2,9 pour les 65–74 ans à 3,4 pour les 75 ans et plus.

Nombre de diagnostics rapportés par résidente ou résident, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 29



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

³ Cette liste comprend les diagnostics physiques et ceux relatifs à la santé mentale énumérés aux graphiques G18 et G20. La catégorie «autre» n'est pas prise en compte car elle peut renvoyer à plusieurs maladies.

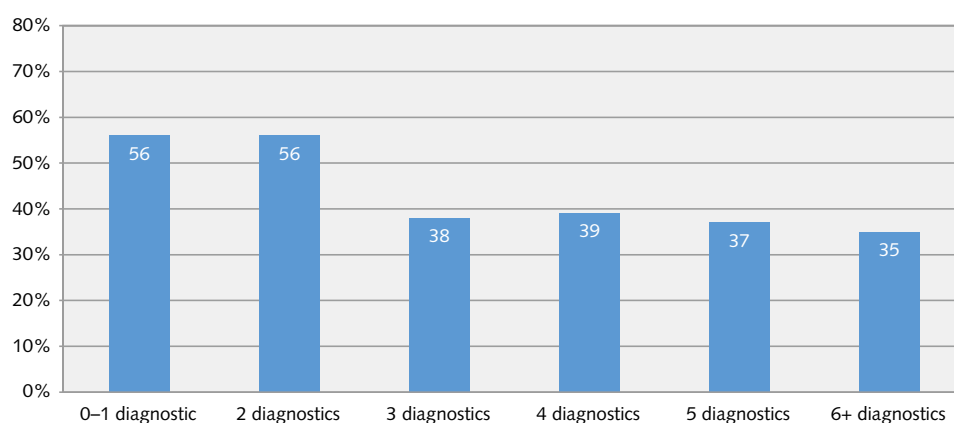
Parmi les personnes en EMS pouvant répondre elles-mêmes aux questions, la part se déclarant en (très) bonne santé diminue avec l'augmentation du nombre de diagnostics. Plus de la moitié des résidentes et résidents souffrant de moins de trois maladies se déclarent en (très) bonne santé (56 %). Cette proportion passe à 35 % chez les personnes souffrant d'au moins six maladies (G30). La présence de maladies n'explique donc pas complètement l'appréciation auto-évaluée de la santé. D'autres facteurs influencent cette évaluation comme le degré d'autonomie ou la perception de la qualité des soins reçus.

Le nombre de limitations dans les activités de la vie quotidienne s'élève avec l'augmentation du nombre de diagnostics dont sont atteintes les personnes vivant en EMS: 39 % des personnes souffrant de moins de deux maladies sont limitées dans plusieurs activités de la vie quotidienne, contre 69 % de celles qui en ont au moins six (G31). L'interaction entre les différentes maladies est un aspect important de la multimorbidité. Les maladies physiques côtoient les maladies psychiques. Même si la majorité des personnes présentent une multimorbidité, ce sont les problématiques neuropsychiatriques qui ont le plus de poids pour les besoins en soins, en particulier la démence.

Santé auto-évaluée (très) bonne selon le nombre de diagnostics rapportés, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 30



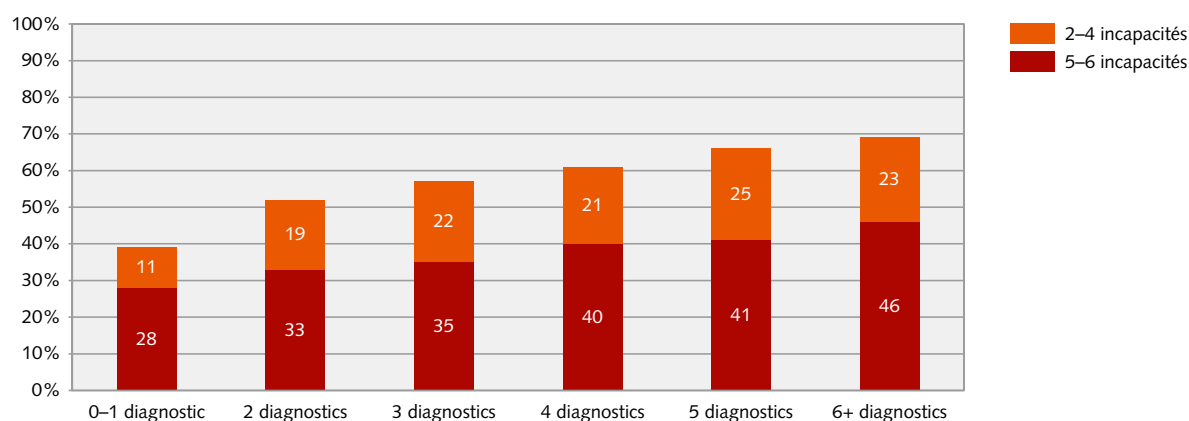
Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Nombre de limitations dans les activités de la vie quotidienne selon le nombre de diagnostics rapportés, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 31



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

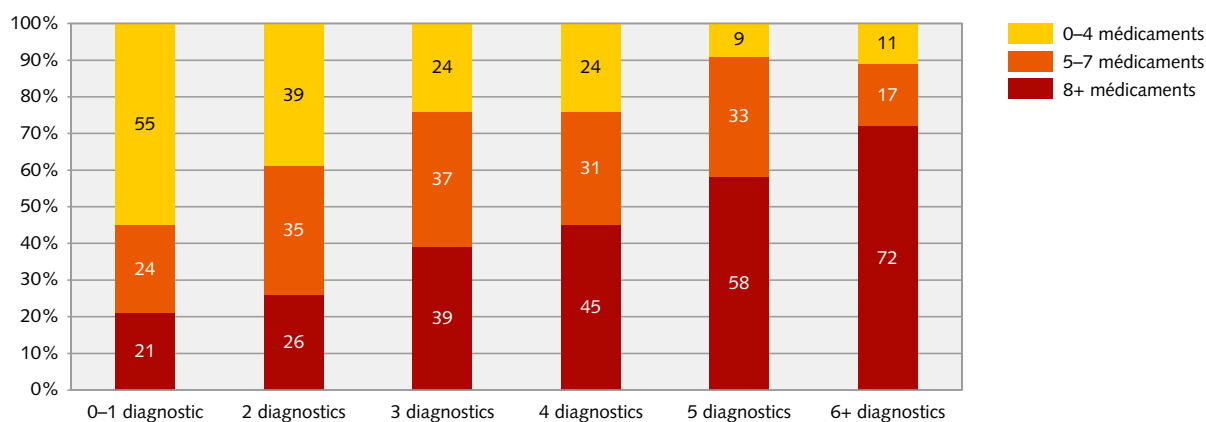
La structure complexe des maladies des personnes atteintes de multimorbidité impose des exigences particulières pour les soins et les traitements médicaux. Près de trois quarts des personnes en EMS prennent régulièrement des médicaments (73 %). En moyenne, les personnes en EMS consomment 7,1 médicaments ou autres produits thérapeutiques (tablettes, pansements, injections, infusions, inhalations, suppositoires ou crèmes) par jour. On ne constate pas de différence selon l'âge ou le sexe.

Le nombre de médicaments consommés augmente assez logiquement en fonction du nombre de problèmes de santé diagnostiqués chez la résidente ou le résident (G32). 72 % des personnes souffrant de six maladies ou plus prennent au moins huit médicaments ou autre produits thérapeutiques.

Nombre de médicaments selon le nombre de diagnostics rapportés, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 32



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

8 Soins palliatifs en EMS

Les soins palliatifs comprennent, dans le cadre d'une approche globale, le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de maladies dégénératives incurables. Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort.

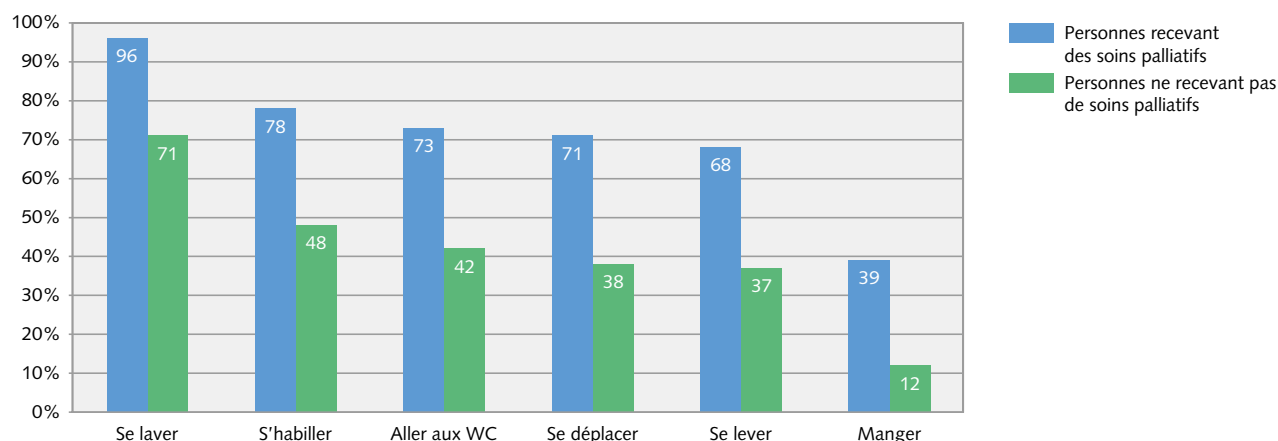
Sur la base des déclarations des soignants, 16 % des résidentes et résidents en EMS reçoivent des soins palliatifs, sans différence selon le sexe ou l'âge. Plus de la moitié des personnes recevant des soins palliatifs souffrent de démence (58 %) et 11 % sont atteintes d'un autre problème neuropsychiatrique (attaque cérébrale, sclérose multiple ou encore maladie de Parkinson). Par ailleurs, 10 % souffrent d'un cancer.

Près de deux tiers des personnes recevant des soins palliatifs sont limitées dans cinq ou six activités de la vie quotidienne (65 %) contre environ un tiers de celles qui n'en reçoivent pas (31 %). Pratiquement toutes les personnes qui reçoivent de tels soins sont incapables de faire leur toilette seules (96 %) et quatre sur dix ne peuvent pas manger sans aide (39 %) (G33). Neuf personnes sur dix bénéficiant de soins palliatifs sont affectées par une incontinence fécale (69 %) ou urinaire (23 %).

Limitations dans les activités de la vie quotidienne, en 2008/09

Part des personnes de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 33



Source: OFS (ESAI)

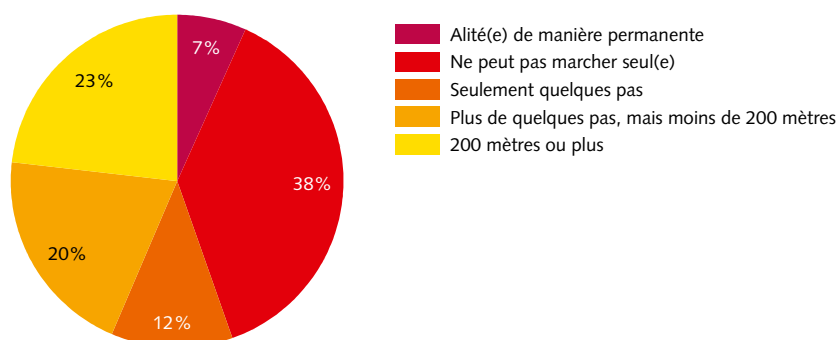
© Office fédéral de la statistique (OFS)

Les personnes recevant des soins palliatifs ont plus de difficultés à se déplacer que les autres résidents et résidentes. Mais, contrairement à ce que l'on pourrait penser, recevoir des soins palliatifs n'est pas toujours synonyme de confinement au lit. Un quart des personnes recevant des soins palliatifs peuvent marcher 200 mètres ou plus (23 %), dont plus de la moitié à l'aide d'un moyen auxiliaire comme une canne ou un déambulateur (57 %). Environ un tiers ne peuvent marcher que quelques pas mais pas plus de 200 mètres (32 %). Près de quatre personnes sur dix ne peuvent pas marcher seules (38 %); elles se déplacent en grande partie en fauteuil roulant, qui doit être poussé par un tiers (90 %). Seules 7 % sont alitées de manière permanente (G34).

Locomotion, en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social recevant des soins palliatifs

G 34



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

9 Résidentes et résidents peu dépendants

Environ un quart des personnes vivant en EMS ne sont pas limitées dans leurs activités de la vie quotidienne (24 %). On les considère alors comme étant peu dépendantes du point de vue fonctionnel: 56 % n'ont aucune limitation dans les activités de la vie quotidienne et 44 % ont seulement quelques difficultés à les effectuer, essentiellement pour faire leur toilette.

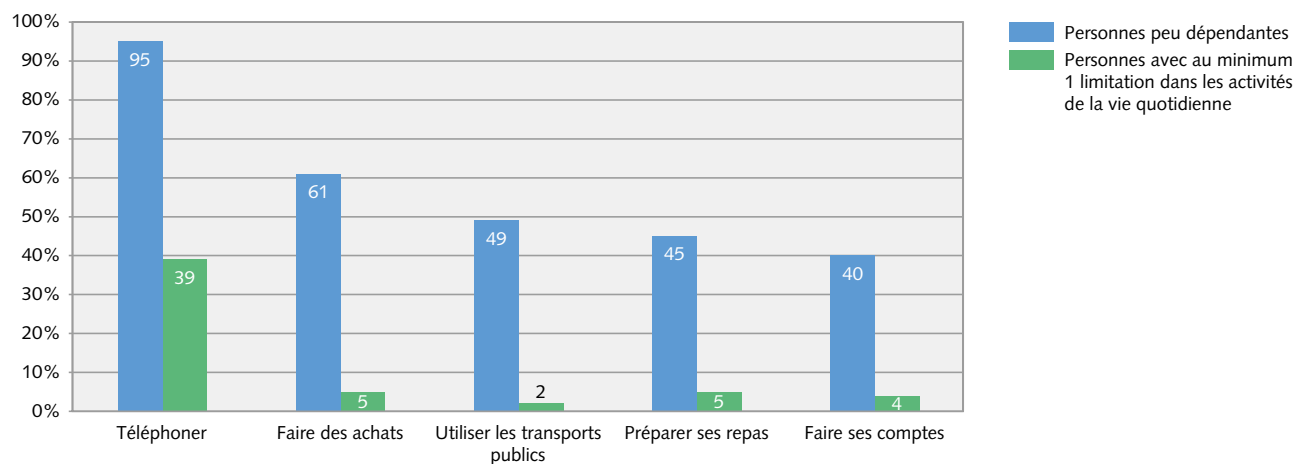
Plus de quatre personnes peu dépendantes sur dix avaient recours à une aide informelle avant l'entrée en EMS (45 %) et trois sur dix à un service d'aide et de soins à domicile (32 %), ce qui indique une certaine fragilité, notamment sur le plan des activités instrumentales de

la vie quotidienne. Les personnes peu dépendantes sont pratiquement toutes capables de téléphoner (95 %). La majorité pourraient, si nécessaire, faire des achats (61 %) et environ la moitié seraient capables d'utiliser les transports publics (49 %) ou de préparer leurs repas (45 %) (G35). Il s'agit d'une catégorie intermédiaire en termes de besoins en soins. Elles ont moins besoin d'aide que les autres résidentes et résidents mais certainement plus que celles vivant en ménage privé (G9). Ces personnes pourraient potentiellement vivre à domicile en ayant un logement approprié à disposition et des aides soutenues pour les activités qui posent problème.

Capacité à effectuer sans aide les activités instrumentales de la vie quotidienne, en 2008/09

Part des personnes de 65 ans et plus vivant en établissement médico-social

G 35



Source: OFS (ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

L'écart d'autonomie entre les personnes qui n'ont aucune limitation et celles qui sont limitées dans une seule activité de la vie quotidienne est déjà synonyme d'une augmentation des problèmes de santé. La majorité des personnes peu dépendantes sont capables de marcher 200 mètres ou plus (79 %), cette proportion baisse à 54 % parmi les personnes avec une seule limitation et à 18 % chez celles qui ont entre deux et six limitations.

L'incontinence concerne moins les personnes peu dépendantes. La différence porte essentiellement sur l'incontinence fécale: seules 10 % des personnes peu dépendantes ont un problème d'incontinence fécale contre 24 % de celles avec une limitation et 68 % de celles qui ont plus d'une limitation.

Les personnes peu dépendantes souffrent nettement moins souvent de certains problèmes de santé que les autres, y compris celles atteintes d'une seule limitation dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ). Ainsi, elles ne sont que 25 % à être atteintes d'une problématique neuropsychiatrique (contre 41 % pour les personnes avec une seule limitation AVQ) et 24 % ont des troubles du comportement (contre 44 %). Les personnes peu dépendantes consomment aussi moins de médicaments anti-douleurs que les personnes avec une seule limitation (26 % contre 41 %).

10 Conclusion

Les résidentes et résidents entrent à un âge avancé en EMS et y restent peu de temps. Les personnes âgées vivant en EMS ont le plus souvent un mauvais état de santé, caractérisé par un haut niveau de limitations dans les activités de la vie quotidienne et par de multiples affections chroniques. Au contraire, les personnes âgées vivant en ménage privé sont très minoritaires à être limitées dans leurs activités de la vie quotidienne, même si ces limitations augmentent avec l'âge.

La multimorbidité est typique de la population résidant en EMS. La plupart du temps, les maladies et les troubles relatifs à la santé mentale côtoient les maladies physiques. Le profil de santé majoritaire en EMS est la combinaison d'une problématique neuropsychiatrique avec des pathologies somatiques. Or les problématiques neuropsychiatriques sont le plus fortement associées à une forte dégradation de la santé fonctionnelle. En particulier, les limitations dans les activités de la vie quotidienne ainsi que l'incontinence sont nettement aggravées en présence de démence.

Toutefois, il est intéressant de constater que les personnes en EMS gravement atteintes dans leur santé physique, psychique et fonctionnelle, côtoient des résidentes et résidents relativement autonomes. Cela représente certainement un défi important pour les institutions, pour le personnel soignant et d'accompagnement prenant soin de ces personnes âgées, mais aussi pour les résidentes et résidents eux-mêmes.

Peu de différences liées au sexe apparaissent dans l'état de santé des personnes résidant en EMS. La plupart des différences sont liées à l'âge. Cependant, comme l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes, ce sont avant tout des femmes qui sont concernées par les problématiques du grand âge.

11 Annexe méthodologique

L'enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI) a été réalisée entre novembre 2008 et octobre 2009. Elle complète l'enquête suisse sur la santé (ESS) qui est effectuée tous les cinq ans depuis 1992. Le but de cette enquête est de collecter des données sur la santé, les maladies, les besoins en soins, le recours aux soins, les ressources sociales et les conditions de vie générales des personnes âgées qui vivent durablement dans un établissement pour personnes âgées.

11.1 Construction de l'échantillon

L'univers de base se compose de personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans une maison pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social depuis au moins 30 jours. Pour l'échantillonnage, l'ESAI se base sur les données de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) de 2006, qui indique que 83'053 lits pour longs séjours, répartis dans 1503 institutions, étaient à disposition.

L'échantillon pour l'ESAI a été constitué en deux étapes.

1. Sur la base de la SOMED, un échantillon d'établissements médico-sociaux (EMS) – maisons pour personnes âgées et homes médicalisés – a été tiré au sort dans des strates constituées par les grandes régions, en fonction de la taille des institutions. Sur les 300 EMS ainsi sélectionnés, 174 ont accepté de participer à l'enquête (58 %). Le taux de participation dans cette première phase se situe en dessous des prévisions.
2. Ces établissements ont fourni une liste anonymisée de leurs pensionnaires, indiquant le sexe et la date de naissance. Sur cette base, un échantillon de résidentes et résidents a été tiré au sort dans chaque EMS, en fonction de l'âge et du sexe. Les institutions ont alors indiqué pour chaque personne sélectionnée si elle était capable, selon elles, d'effectuer une interview ou si un questionnaire écrit devait être rempli par le

personnel soignant. Les EMS devaient également indiquer pour quelle(s) raison(s) la personne n'était pas capable de répondre aux questions de l'interview (état comateux, muette ou sourde, atteinte cognitive importante).

Les cantons avaient la possibilité d'élargir leur échantillon pour pouvoir réaliser des analyses au niveau cantonal. Sur les 26 cantons, 7 ont recouru à cette possibilité (Genève, Vaud, Valais, Fribourg, St-Gall, Tessin et Zurich).

L'échantillon des résidentes et résidents tiré sur la base des listes fournies par les EMS contenait 4846 personnes. La population cible de l'enquête étant des personnes âgées et très âgées, 803 décès ou départs dans un autre établissement sont intervenus entre le moment du tirage de l'échantillon et le passage des enquêteurs dans les EMS. Trois établissements, représentant 70 personnes à interroger, se sont par ailleurs désistés. Au début de l'enquête, l'échantillon brut comprenait par conséquent 3973 personnes, dont 2061 pour un entretien en face-à-face. Les décès intervenus durant le déroulement de l'enquête ainsi que les refus de participer ont finalement réduit l'échantillon net pour la Suisse à 3103 personnes. 1569 entretiens personnels ont été réalisés avec les résidentes et résidents. Pour 1534 personnes âgées incapables de répondre elles-mêmes, le personnel soignant a rempli un questionnaire papier. Le taux de réponse au sein des institutions s'élève à 78 % : il n'y a pratiquement pas de différence entre les entretiens (taux de réponse de 76 %) et les questionnaires remplis par le personnel soignant (80 %).

11.2 Réalisation de l'enquête

L'enquête a été réalisée par l'institut de sondage MIS-Trend à Lausanne, en étroite collaboration avec l'OFS. Le mode d'interview en face-à-face (CAPI) a été choisi pour l'ESAI en raison du grand âge des personnes et pour pallier la difficulté d'atteindre par téléphone une partie d'entre elles. Les questions de l'entretien portent principalement sur des questions subjectives comme la santé auto-évaluée, la présence de douleur ou encore les conditions de vie. Un questionnaire écrit complémentaire a été rempli par le personnel soignant pour des questions de santé telles que la prise de médicaments, les diagnostics et les problèmes comportementaux (proxy court). Un questionnaire écrit plus long, combinant les questions du proxy court et de l'entretien, a été rempli par le personnel soignant pour les personnes incapables de répondre à un entretien (proxy long).

11.3 Pondération

Une pondération est calculée dans le but de corriger les éventuels biais dus à la non-réponse et pour permettre d'extrapoler les résultats de l'enquête à la population. Il a été nécessaire de traiter la pondération en tenant compte du fait qu'il s'agit d'une enquête réalisée en deux phases (> chap. 11.1). Pour les unités primaires (les EMS), un calage des poids de sondage a été effectué selon les strates géographiques et la taille des institutions (nombre de lits destinés aux longs séjours) afin de prendre en compte la non-réponse des EMS. La pondération calculée pour les unités secondaires (les résidentes et résidents) a ensuite été effectuée sur la base des probabilités de tirage initiales, du sexe, et de l'âge (+/- 80 ans) de manière à tenir compte du risque de décès, et de la propension à répondre. Cet ajustement a été fait de manière différente pour les interviews en face-à-face et pour les questionnaires remplis par le personnel soignant. Puis un calage a été effectué afin de reproduire les effectifs de ces populations, connus au 30.06.2008 dans la statistique SOMED.

Il a fallu encore corriger la non-réponse partielle engendrée par le fait qu'il manque 180 questionnaires courts complétant les 1579 interviews. Pour cela, deux jeux de poids ont été calculés. Le premier s'applique à l'ensemble des 3103 répondants lorsque l'on s'intéresse aux variables de l'interview et du questionnaire papier version longue. Le deuxième s'applique aux 2923 répondants aux questionnaires papiers, lorsque l'on s'intéresse aux variables des questionnaires papiers version longue et courte.

11.4 Limites de l'enquête

Le contenu des deux modalités de récolte des données (questionnaire papier et interview face-à-face) n'est pas entièrement semblable. Il en résulte que les données recueillies uniquement auprès des résidentes et résidents interrogés personnellement, par exemple au sujet de leur état de santé auto-évaluée, ne sont pas représentatives de l'ensemble des personnes âgées vivant en EMS. En effet, elles concernent les personnes dont la santé est considérée, par le personnel soignant, comme étant suffisamment bonne pour permettre un entretien personnel.

Par ailleurs, certaines questions se trouvent à la fois dans le questionnaire papier et dans l'entretien, comme par exemple celles relatives à la mobilité, aux problèmes de santé de longue durée ou encore aux limitations d'activité depuis au moins six mois. Il en résulte que, selon la modalité d'enquête retenue, les réponses sont données par les résidentes et résidents sur leur propre situation, ou reflètent l'avis du personnel soignant. Pour ce rapport, ces deux types de réponses ont été considérés ensemble en une même variable. Toutefois, il est possible que les résidentes et résidents aient sous-estimé leurs incapacités et que le personnel soignant ait surestimé les incapacités des pensionnaires, comme cela a été démontré dans d'autres enquêtes françaises de ce type (Caillot, 2003).

Enfin, les profils de santé présentés ici sont essentiellement basés sur les diagnostics rapportés par le personnel soignant. Cependant, la définition du terme «diagnostic» n'était pas précisée dans les questionnaires. On ne sait donc pas s'il s'agit de diagnostics figurant dans le dossier médical des résidentes et résidents et si leur déclaration a été exhaustive.

12 Bibliographie

- Barberger-Gateau Pascale, Fabrigoule Colette, Dartigues Jean-François (2002), «Le processus d'évolution vers l'incapacité dans la démence», dans *Santé, Société et Solidarité* n°2, pp. 55–59
- Barzel Uriel S. (1997). «Ostéoporose», dans Maddox G.L., *L'Encyclopédie du vieillissement*. Paris: Serdi et Springer
- Benoit M., Viéban F., David R., Robert Ph. et Clément J.-P. (2009), «Pathologies démentielles», dans J.P. Clément, *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion médecine-sciences
- Bontout O., Colin C., Kerjosse R. (2002), «Personnes dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040», *DRESS Etudes et résultats*, n°160
- Caillot Laurent (2003), «L'appréhension de la personne âgée dans les enquêtes statistiques», dans *Solidarité et Santé* n°1, pp. 85–95
- Champagne R., Frenette L., Stryckman H. et J. (1992), *La vieillesse: voie d'évitement ou voie d'avenir?*. Boucherville: Gaëtan Morin Editeur
- Clément J.-P., Preux P.-M., Fontainier D., Léger J.-M. (2001), «Mini GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale», dans *L'Encéphale* XXVII, pp. 329–337
- Conn David K. (2002), «Les aînés vivant dans les établissements de soins de longue durée», dans *Ecrites en Gériologie. Conseil consultatif national sur le troisième âge. Santé mentale et vieillissement* (18), pp. 71–81
- Delbès Christiane, Gaymu Joëlle (2005), «Qui vit en institution?», dans *Gériologie et Société* n°112, pp. 13–24
- Dubé Denise (2006), *Humaniser la vieillesse*. Québec: Editions MultiMondes
- Herrmann F.R., Michel J.-P., Gutzwiller F., Henderson A.S. (1997), *Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée: une analyse épidémiologique. Projet FN 4032-042654, Rapport final*. Genève: mimeo
- Holroyd-Leduc J., Mehta K., Covinsky K. (2004), «Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission and functional decline», in *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, pp. 712–718
- Höpflinger François, Hugentobler Valérie (2003), *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle*. Bern: Hans Huber
- Höpflinger François, Hugentobler Valérie (2006), *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène
- Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. (1963), «Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function», in *Journal of the American Medical Association*, vol. 1985, pp. 914–919
- Lôo Henri, Gallarda Thierry (2000), *Troubles dépressifs et personnes âgées*. Paris: John Libbey Eurotext
- Monod-Zorzi Stéphanie, Seematter-Bagnoud Laurence, Büla Christophe, Pellegrini Sonia, Jaccard Ruedin Hélène (2007), *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Neuchâtel: OBSAN

- O'Donnel B.F., Drachman D.A., Barnes H.J., Peterson K.E., Swearer J.M., Lew R.A. (1992), «Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia», in *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, pp. 45–52
- Pellerin J., Guillaumot Ph. (2009), «Structures médicoso-ciales et sociales (institutionnalisation)», dans J.-P. Clément, *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences
- Resnick N.M. (1996), «Geriatric incontinence», in *Urologic Clinics of North America*, 23, pp. 55–74
- Saulnier I., Beaumartin B., Dantoine Th. (2009), «Modifications neurophysiologiques avec l'âge et impact cliniques», dans J.-P. Clément, *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences
- Stuckelberger Astrid, Höpflinger François (1996), *Viellissement différentiel: hommes et femmes. Dossier de recherche*. Zurich: Editions Seismo
- Tierney Mary, Charles Jocelyn (2002), «Soins et traitements des personnes souffrant de démence et de déficience cognitive: mise à jour», dans *Ecrits en Gériologie. Conseil consultatif national sur le troisième âge. Santé mentale et vieillissement (18)*, pp. 103–120
- Viktrup L., Koke S., Burgio KL., Ouslander J.G. (2005), «Stress urinary incontinence in active elderly women», in *Southern Medical Journal*, janvier, 98(1): pp. 79–89
- Wilkins Kathryn (1999), «Chutes, gens âgés et recours aux services de santé», dans *Rapports sur la santé*, printemps 1999, vol. 10 n°4. Ottawa: Statistique Canada
- Wilson H.S., Kneisl C.R. (1982), *Soins infirmiers psychiatriques*. Montréal: Editions du renouveau pédagogique
- Zimmer A.W., Calkins F., Hadley E., Ostfeld A.M., Kaye J.M., Kaye D. (1985), «Conductions clinical research in geriatric populations», in *Annals of Internal Medicine*, 103, pp. 276–283

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

L'OFS sur Internet

Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents

Publications: information approfondie

Données interactives (banques de données, accessibles en ligne)

Contact

032 713 60 11
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

032 713 60 60
order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

Informations sur les divers moyens de diffusion sur Internet à l'adresse
www.statistique.admin.ch → Services → Les publications de Statistique suisse

Santé

Le domaine 14 «Santé» publie également:

- **Personnes âgées dans les institutions, Entrée en établissement médico-social 2008/09**, Neuchâtel 2011, 4 pages, gratuit, n° de commande: 1210-0900-05
- **Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007, Enquête suisse sur la santé**, Neuchâtel 2010, 72 pages, 12 francs, n° de commande: 213-0707
- **Statistique de l'aide et des soins à domicile 2010**, Neuchâtel 2011, 45 pages, gratuit, n° de commande: 1027-1000-05

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a également publié:

- **Obsan Rapport 52, La santé psychique en Suisse, Monitoring 2012**, Neuchâtel 2012, 100 pages, 16 francs, n° de commande: 874-1201
- **Cahiers de l'observatoire suisse de la santé, La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, Scénarios actualisés pour la Suisse**, Berne 2011, 136 pages, commande chez Editions Hans Huber

Portail Statistique suisse

www.statistique.admin.ch → Santé

Résultats de l'enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions

www.statistique.admin.ch → Santé → Santé de la population →

Etat de santé et maladies → Données, indicateurs → Santé des personnes âgées

Atlas concernant la vie en institution (données du recensement 2000)

www.statistique.admin.ch → Les Régions → Cartes et atlas →

Atlas de la vie après 50 ans → Vie en institution

En Suisse, plus de 84'000 personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans un établissement médico-social (EMS) pour une longue durée et, compte tenu du vieillissement démographique, cette population va gagner en importance dans les années à venir. Afin de planifier la mise en place des infrastructures et des services nécessaires, il est indispensable de mieux connaître les besoins en soins, qui dépendent fortement des maladies chroniques et de l'état de santé fonctionnel. Ce rapport décrit l'état de santé physique et mental des personnes âgées vivant en EMS et il met en évidence les liens entre certaines pathologies et la santé fonctionnelle. Il se base sur les données de l'Enquête sur la santé des personnes âgées en institution (ESAI), réalisée en 2008/09 pour la première fois par l'Office fédéral de la statistique.

N° de commande

1210-1200

Commandes

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch**Prix**

11 francs (TVA excl.)

ISBN 978-3-303-14173-1