

Mars 2016



Rapport 5

Santé et qualité de vie des personnes âgées

Bases pour les programmes d'action cantonaux

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 2.40 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Paraissent dans la série «**Rapport Promotion Santé Suisse**» des travaux réalisés par la Fondation ou sur mandat. Ces rapports ont pour objectif de soutenir les expertes et experts de la pratique, des médias et de la politique de la santé, dans leurs travaux. Ces rapports sont soumis à un contrôle de qualité (commission de révision, groupe d'accompagnement). Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles en version papier et sous forme électronique (PDF).

Impressum

Editeur: Promotion Santé Suisse

Auteur principal: Dominik Weber, Promotion Santé Suisse

Auteurs: Bettina Abel, Promotion Santé Suisse; Dr des. Günter Ackermann, Promotion Santé Suisse; Dr Andreas Biedermann, PHS Public Health Services; Flavia Bürgi, PHS Public Health Services; Dr Claudia Kessler, PHS Public Health Services; Jvo Schneider, Promotion Santé Suisse; Dr Ralph Marc Steinmann, Promotion Santé Suisse; Franziska Widmer Howald, Promotion Santé Suisse

Groupe d'accompagnement: Dr Andreas Biedermann, PHS Public Health Services; Prof. em. François Höpflinger, Université de Zurich; Markus Loosli, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, canton de Berne; Prof. Pasqualina Perrig-Chiello, Université de Berne; Dr Ralph Marc Steinmann, Promotion Santé Suisse; Christine Vögele, Service du médecin cantonal d'Argovie; Prof. Stefan Felder, Faculté des sciences économiques, Université de Bâle (chapitre 4); Prof. Reto W. Kressig, Gériatrie universitaire, hôpital Felix Platter (chapitre 18); Dr Corina Salis Gross, Institut suisse de recherche sur les addictions et la santé (chapitre 21); Hans Rudolf Schelling, Centre de gérontologie de l'Université de Zurich (chapitres 19 et 23)

Direction: Bettina Abel, Promotion Santé Suisse; Dominik Weber, Promotion Santé Suisse

Série et numéro: Promotion Santé Suisse Rapport 5

Forme des citations: Weber, D.; Abel, B.; Ackermann, G.; Biedermann, A.; Bürgi, F.; Kessler, C.; Schneider, J.; Steinmann, R. M.; Widmer Howald, F. (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux*. Promotion Santé Suisse, Rapport 5, Berne et Lausanne

Crédit photographique image de couverture: Peter Tillessen

Renseignements et informations: Promotion Santé Suisse, Dufourstrasse 30, case postale 311, CH-3000 Berne 6, Tél. +41 31 350 04 04, fax +41 31 368 17 00, office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Texte original: Allemand

Examen dans une perspective francophone: Jean-Pierre Lugon, Promotion Santé Suisse

Numéro de commande: 04.0138.FR 03.2016

Ce rapport est également disponible en allemand (numéro de commande 04.0138.DE 03.2016).

ISSN: 2296-5645

Télécharger le PDF: www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, mars 2016

Editorial

Collaboration fructueuse entre les cantons et Promotion Santé Suisse

Dans le cadre des programmes d'action «Poids corporel sain», Promotion Santé Suisse et les cantons s'engagent ensemble depuis 2007 en faveur de la santé des enfants et des jeunes. Les programmes, mis en œuvre avec succès dans 20 cantons, contribuent à ce que les enfants et les jeunes adoptent un style de vie sain et grandissent dans un environnement favorable à la santé. La promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière a permis de ralentir la tendance au surpoids des enfants et des adolescents, facteur de risque significatif pour la santé.

Evolution des programmes d'action cantonaux orientée vers les besoins

Les programmes d'action cantonaux «Poids corporel sain» ont insufflé ces dernières années une dynamique positive à l'échelle nationale en matière de promotion de la santé. Ces expériences nous permettent aujourd'hui de franchir de nouvelles étapes. Outre leur engagement auprès des enfants et des jeunes, bon nombre de cantons promeuvent d'ores et déjà la santé des personnes âgées et la santé psychique de l'ensemble de la population. Compte tenu de cette évolution, le Conseil de fondation de Promotion Santé Suisse a décidé en 2013 de poursuivre le développement des programmes d'action cantonaux, de les ouvrir au groupe cible des personnes âgées, mais aussi d'y intégrer le thème de la santé psychique. Le développement des programmes d'action cantonaux fait partie intégrante des objectifs de politique sanitaire à l'échelle nationale et cantonale. Il correspond à l'orientation donnée par la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) et le rapport «Santé psychique en Suisse: état des lieux et champs d'action» sur mandat du Dialogue de la Politique nationale de la santé. Un élargissement des programmes d'action cantonaux est soutenu par les cantons et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et pourra être ciblé à partir de 2017.

Base pour la promotion de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées

Le présent rapport doit offrir aux cantons et aux organisations spécialisées une base pour le lancement des programmes d'action «Promotion de la santé des personnes âgées». Le rapport montre l'importance d'un engagement en faveur de la santé des personnes âgées et les avantages de la promotion de la santé auprès de ce groupe cible. Sur la base de preuves scientifiques, le rapport montre le rôle essentiel de l'activité physique, de la prévention des chutes, de l'alimentation ou encore de la santé psychique dans le fait de vieillir tout en bénéficiant d'une qualité de vie élevée. Pour chacun de ces quatre thèmes, le rapport propose des interventions et des approches qui ont fait leurs preuves en pratique.

Il est souhaitable pour l'avenir que Promotion Santé Suisse, les cantons et les organisations spécialisées dans le domaine des seniors et de la santé s'engagent ensemble en faveur de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des plus de 65 ans. La qualité de la coordination de la promotion de la santé des personnes âgées permet non seulement d'allonger l'espérance de vie en bonne santé et de maintenir l'autonomie des personnes âgées, mais aussi de diminuer les coûts de santé.

Heidi Hanselmann
Présidente du Conseil de Fondation

Thomas Mattig
Directeur de Promotion Santé Suisse

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Management Summary | 8 |
| Objectifs et conditions-cadres du rapport | 14 |
| 1^{re} partie: Contexte démographique, sanitaire et économique | 17 |
| 1 Le vieillissement démographique dans le monde et en Suisse | 18 |
| 2 Les nombreux visages de la vieillesse | 21 |
| 3 Santé et maladies des personnes âgées | 23 |
| 3.1 Années de vie en bonne santé et évaluation subjective de la santé | 24 |
| 3.2 Types de maladies, charge de morbidité et causes des décès | 24 |
| 3.3 Principales maladies non transmissibles | 25 |
| 3.4 Santé psychique et maladies | 26 |
| 3.5 Multimorbidité | 27 |
| 3.6 Les chutes | 27 |
| 3.7 Santé fonctionnelle et limitations | 27 |
| 4 Dépenses de santé dans une société vieillissante | 30 |
| 4.1 Vieillissement démographique et dépenses de santé | 31 |
| 4.2 Hausse des dépenses avant tout dans le domaine des soins de longue durée | 32 |
| 4.3 Vieillir en bonne santé contribue considérablement à freiner l'évolution des coûts | 32 |
| 5 Preuves de l'efficacité de la promotion de la santé des personnes âgées | 34 |
| 6 L'essentiel des chapitres 1 à 5 en bref | 36 |
| 2^e partie: Evolutions et acteurs actuels de la promotion de la santé des personnes âgées | 37 |
| 7 Echelon international | 38 |
| 7.1 Région européenne de l'OMS | 38 |
| 7.2 Union européenne | 38 |
| 7.3 Allemagne | 39 |
| 7.4 France | 39 |
| 8 La Suisse – échelon national | 40 |
| 9 Cantons | 41 |
| 9.1 Ancrage juridique de la promotion de la santé des personnes âgées | 41 |
| 9.2 Collaborations et répartition des rôles dans les cantons | 42 |
| 9.3 Interventions | 44 |
| 10 Communes | 45 |
| 11 Organisations non gouvernementales | 46 |

| | | |
|------------------------------|---|-----------|
| 12 | Projet «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées» | 48 |
| 12.1 | Objectifs et groupes cibles | 48 |
| 12.2 | Bases méthodologiques | 49 |
| 12.3 | Mesures et prestations | 49 |
| 12.4 | Facteurs de succès de Via et enseignements tirés de l'évaluation | 51 |
| 12.4.1 | Facteurs de succès généraux et stratégiques | 51 |
| 12.4.2 | Facteurs de succès opérationnels | 52 |
| 12.4.3 | Enseignements et recommandations tirés de l'évaluation | 52 |
| 13 | L'essentiel des chapitres 7 à 12 en bref | 54 |
| | | |
| 3^e partie: | Eléments clés des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» | 55 |
| | | |
| 14 | Objectifs des programmes et champs d'action | 56 |
| 14.1 | Bases scientifiques | 56 |
| 14.2 | Groupe cible, objectifs et champs d'action | 59 |
| 14.3 | Niveaux d'action des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» | 60 |
| 15 | Gestion des impacts | 62 |
| 15.1 | Travail avec les modèles d'impact | 62 |
| 15.2 | Monitoring | 63 |
| 15.3 | Evaluation | 65 |
| 15.4 | Les perspectives en bref | 66 |
| 16 | L'essentiel des chapitres 14 et 15 en bref | 67 |
| | | |
| 4^e partie: | Thèmes d'intervention des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» | 69 |
| | | |
| 17 | Promotion de l'activité physique des personnes âgées | 70 |
| 17.1 | Pourquoi la promotion de l'activité physique des personnes âgées apporte de réels bénéfices | 70 |
| 17.2 | Recommandations et comportement en matière d'activité physique chez les personnes âgées | 71 |
| 17.3 | Interventions pour la promotion de l'activité physique des personnes âgées | 72 |
| 17.3.1 | Promotion de l'activité physique par des interventions axées sur le mode de vie | 72 |
| 17.3.2 | Promotion de l'activité physique au travers de programmes d'exercice spécifiques | 73 |
| 17.4 | Adaptation individuelle des recommandations en matière d'activité physique | 74 |
| 17.5 | Facteurs de réussite dans la mise en œuvre | 74 |
| 17.6 | L'essentiel en bref | 75 |
| 18 | Prévention des chutes des personnes âgées | 77 |
| 18.1 | Pourquoi la prévention des chutes des personnes âgées apporte de réels bénéfices | 77 |
| 18.2 | Causes de chute chez les personnes âgées | 78 |
| 18.3 | Interventions de prévention des chutes | 79 |
| 18.3.1 | Entraînement physique | 79 |
| 18.3.2 | Adaptations apportées au logement | 80 |
| 18.4 | Facteurs de réussite dans la mise en œuvre | 80 |
| 18.5 | L'essentiel en bref | 82 |

| | | |
|--|---|------------|
| 19 | Promotion de la santé psychique axée sur l'intégration sociale | 83 |
| 19.1 | Pourquoi la promotion de la santé psychique des personnes âgées apporte de réels bénéfices | 84 |
| 19.2 | Facteurs de risque et facteurs de protection de la santé psychique des personnes âgées | 84 |
| 19.3 | Interventions pour la promotion de la santé psychique des personnes âgées | 85 |
| 19.4 | Axe prioritaire: intégration sociale des personnes âgées | 86 |
| 19.4.1 | Événements critiques de la vie des personnes âgées et solitude | 86 |
| 19.4.2 | Solitude et intégration sociale | 86 |
| 19.4.3 | La solitude et ses répercussions sur la santé | 86 |
| 19.4.4 | Interventions visant à promouvoir l'intégration sociale | 87 |
| 19.4.5 | Accès aux personnes âgées | 87 |
| 19.5 | L'essentiel en bref | 89 |
| 20 | Promotion d'une alimentation équilibrée | 91 |
| 20.1 | Pourquoi la promotion d'une alimentation équilibrée chez les personnes âgées a de réels bénéfices | 91 |
| 20.2 | Recommandations et comportement nutritionnels chez les personnes âgées | 91 |
| 20.3 | Facteurs d'influence sur les comportements alimentaires des personnes âgées | 93 |
| 20.4 | Interventions visant à la promotion d'une alimentation équilibrée | 93 |
| 20.4.1 | Identification et détection précoce dans la pratique médicale | 93 |
| 20.4.2 | Promotion de la qualité auprès des services de livraison et des fournisseurs de produits alimentaires | 94 |
| 20.4.3 | Sensibilisation du groupe cible | 94 |
| 20.5 | Facteurs de réussite dans la mise en œuvre | 94 |
| 20.6 | L'essentiel en bref | 95 |
| 5^e partie: Thèmes transversaux des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» | | 97 |
| 21 | Diversité et égalité des chances en matière de santé chez les personnes âgées | 98 |
| 21.1 | Inégalités en matière de santé comme défi pour la promotion de la santé | 98 |
| 21.2 | Corrélation entre inégalités sociales et santé | 99 |
| 21.3 | Stratégies de promotion d'égalité des chances en matière de santé | 99 |
| 21.3.1 | Renforcer l'égalité des chances en matière de santé | 100 |
| 21.3.2 | Réduire les inégalités sociales et la précarité | 102 |
| 21.4 | Facteurs de réussite dans la mise en œuvre | 102 |
| 21.4.1 | Acteurs et instances de mise en relation | 102 |
| 21.4.2 | Recommandations et directives stratégiques générales | 103 |
| 21.5 | L'essentiel en bref | 104 |
| 22 | Collaboration avec des professionnels de santé | 105 |
| 22.1 | Contexte de la coopération avec le corps médical | 105 |
| 22.2 | Les médecins de famille et la promotion de la santé des personnes âgées – leur perspective | 106 |
| 22.3 | Barrières et secteurs problématiques dans la collaboration | 106 |
| 22.4 | Facteurs favorisant une coopération fructueuse | 107 |
| 22.5 | Thématiques pertinentes pour la promotion de la santé des personnes âgées au sein du cabinet médical | 107 |
| 22.6 | Facteurs de réussite dans la mise en œuvre | 108 |
| 22.7 | L'essentiel en bref | 110 |

| | |
|--|------------|
| 23 Conseils, manifestations et cours | 111 |
| 23.1 Conditions pour un apprentissage des personnes âgées pertinent en matière de santé | 111 |
| 23.2 Formes d'offres de la promotion de la santé des personnes âgées | 112 |
| 23.3 Manifestations et cours | 113 |
| 23.4 Conseil en matière de santé | 115 |
| 23.5 L'essentiel en bref | 116 |
| | |
| Recommandations pour la mise en place des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» | 117 |
| | |
| Glossaire | 119 |
| | |
| Liste des sources | 127 |

Liste des illustrations

| | |
|---|-----|
| Illustration 1: Groupes d'âges en pourcentage selon le scénario de référence «A-00-2015» | 20 |
| Illustration 2: Dépenses de santé en 2013 par âge, en francs par habitant | 30 |
| Illustration 3: Acteurs clés de la promotion de la santé des personnes âgées | 42 |
| Illustration 4: Priorités relatives aux thèmes d'intervention | 44 |
| Illustration 5: Priorités relatives aux thèmes transversaux | 44 |
| Illustration 6: Le cycle des savoirs Via | 49 |
| Illustration 7: Les modules d'intervention Via 2014–2016 | 50 |
| Illustration 8: Niveaux de la gestion des impacts | 62 |
| Illustration 9: Modèle d'impact cadre pour un programme «Promotion de la santé des personnes âgées» | 64 |
| Illustration 10: Rapport dose-effet | 71 |
| Illustration 11: Pyramide de l'activité physique | 72 |
| Illustration 12: Gamme d'offres de la promotion de la santé des personnes âgées | 113 |
| Illustration 13: Aperçu des outils «Manifestations et cours» | 114 |
| Illustration 14: Aperçu des outils «Conseils de santé aux personnes âgées» | 116 |

Liste des tableaux

| | |
|--|-----|
| Tableau 1: Indicateurs mondiaux du vieillissement démographique | 19 |
| Tableau 2: Indicateurs du vieillissement démographique en Suisse | 20 |
| Tableau 3: Les 25 causes principales de la charge de morbidité en Suisse, 2010 | 24 |
| Tableau 4: Répartition des tâches au sein des cantons | 42 |
| Tableau 5: Extrait du jeu d'indicateurs Monitoring promotion de la santé des personnes âgées (Via) | 65 |
| Tableau 6: Problèmes de santé influencés positivement par l'activité physique | 70 |
| Tableau 7: Facteurs de risque de chute chez les personnes âgées | 78 |
| Tableau 8: Possibilités d'accès aux personnes âgées | 88 |
| Tableau 9: Recommandations nutritionnelles pour personnes âgées | 92 |
| Tableau 10: Quantité du groupe d'aliments consommé chez les 65–74 ans | 92 |
| Tableau 11: Conseils pratiques pour intégrer les recommandations nutritionnelles au quotidien | 94 |
| Tableau 12: Formes d'offres de la promotion de la santé des personnes âgées | 112 |

Management Summary

Les personnes âgées constituent le groupe démographique dont la croissance est la plus forte

Le nombre de personnes atteignant un âge avancé n'a jamais été aussi important qu'actuellement. Les femmes et les hommes qui parviennent aujourd'hui à l'âge de la retraite en Suisse ont encore un quart de leur vie devant eux. Avec le faible taux de natalité et l'espérance de vie en hausse, le vieillissement de la population va se poursuivre à l'avenir:

- Actuellement, 1,46 million de personnes en Suisse sont âgées de 65 ans ou plus. D'ici à 2045, ce nombre devrait augmenter pour s'établir à 2,7 millions.
- Le nombre de personnes très âgées (80 ans et plus) devrait plus que doubler sur la même période. Plus d'un million de personnes en Suisse devraient avoir plus de 80 ans en 2045.
- Dans moins de 10 ans, le nombre de personnes de 65 ans et plus dépassera celui des enfants et adolescents de moins de 20 ans. Plus d'un quart de la population aura plus de 65 ans en 2045.

Le vieillissement démographique génère des besoins croissants en matière de santé, dans les cantons comme dans la population âgée. Cette évolution doit inciter la promotion de la santé à prendre davantage en compte le groupe cible des personnes âgées, à étendre les activités actuelles du domaine des personnes âgées et à mieux les harmoniser entre elles (plus d'informations sur le vieillissement démographique au chapitre 1).

Les personnes âgées forment un groupe très hétérogène...

A partir de 65 ans, les personnes dites «âgées» constituent toutefois un groupe démographique très hétérogène. Le processus de vieillissement et la situation de vie dépendent fortement des parcours individuels et des caractéristiques personnelles. Il est donc difficile de normaliser le vieillissement. En matière de santé, les disparités sont donc plus grandes chez les personnes âgées que dans n'im-

porte quel autre groupe démographique (plus d'informations sur la diversité des personnes âgées au chapitre 2).

...elles restent plus longtemps en bonne santé et disposent de ressources importantes...

Malgré ces grandes disparités, certaines tendances se dessinent toutefois. La population suisse vieillit, mais reste plus longtemps en bonne santé. Pour preuve, la hausse de l'espérance de vie en bonne santé, sans limitations fonctionnelles ou handicaps. La grande majorité des personnes de 65 ans et plus vivant en Suisse se dit en bonne santé.

Les personnes du troisième âge (65–79 ans) se disent généralement très satisfaites de leur vie, de leur vitalité et de leur bien-être, même plus que les tranches d'âge plus jeunes. En effet, elles disposent de ressources importantes et de grandes capacités d'adaptation (stratégie de coping adaptative). Les ressources et le potentiel sont des points d'ancrage clés pour la promotion de la santé des personnes âgées, qui doivent être particulièrement ciblés et encouragés (plus d'informations sur la santé et les maladies des personnes âgées au chapitre 3).

...elles sont en général particulièrement concernées par les défis en matière de santé

Du fait de l'hétérogénéité marquée et des ressources des seniors, le vieillissement ne peut être réduit à la maladie et au mal-être. En règle générale, le processus de dégradation biologique lié au vieillissement s'accompagne d'atteintes physiques et cognitives. Ces processus de dégradation entraînent une vulnérabilité accrue des personnes âgées qui se manifeste – contrairement aux tranches d'âge plus jeunes – par une augmentation de la fréquence des maladies et des limitations liées à la santé. L'entrée dans le quatrième âge (à partir de 80 ans) se traduit aujourd'hui pour beaucoup de personnes en Suisse par une augmentation des problèmes de santé et un besoin fortement accru de soins et d'aide au quotidien.

La plus grande partie de la charge de morbidité chez les personnes âgées est causée par les maladies non transmissibles (*non-communicable diseases, NCD*). Le risque d'être atteint d'une maladie non transmissible augmente avec l'âge. En Suisse, près d'une personne de 65 ans ou plus sur deux souffre d'au moins une maladie chronique. Il s'agit pour l'essentiel des maladies cardiovasculaires, du cancer, de la démence, des affections des voies respiratoires, du diabète et des troubles musculo-squelettiques. Les troubles des facultés visuelles, auditives et de la mobilité sont également plus répandus que dans les tranches d'âges plus jeunes.

Le risque d'accidents liés aux chutes est élevé chez les personnes âgées. En Suisse, une personne sur quatre de 65 ans et plus vivant à domicile chute au moins une fois par an. La fréquence des chutes augmente avec l'âge, et 30 % des personnes autonomes de 80 ans et plus font au moins une chute par an.

Les personnes retraitées ont une santé psychique généralement meilleure que les personnes d'âge moyen. Mais il faut également savoir qu'en Suisse, 15 à 25 % des personnes âgées souffrent d'au moins une maladie psychique. Les maladies psychiques les plus fréquentes des personnes âgées sont la dépression, les maladies anxieuses, le délire, les phénomènes d'addiction et les troubles du sommeil. Suite à des événements critiques de la vie, les personnes âgées sont particulièrement menacées par l'isolement social et la solitude.

Souvent, les personnes âgées souffrent simultanément de deux maladies chroniques ou plus. Une personne de 80 ans et plus sur trois est atteinte de multimorbidité (plus d'informations sur la santé et les maladies des personnes âgées au chapitre 3).

Conséquences individuelles et sociales de la fréquence accrue des maladies chez les personnes âgées

Les maladies non transmissibles, les maladies psychiques et les accidents liés aux chutes peuvent réduire sensiblement la qualité de vie des personnes âgées et entraîner ce que nombre d'entre elles redoutent: des atteintes fonctionnelles, une dépendance et l'incapacité à continuer à vivre chez soi de manière autonome. Les maladies et les problèmes de santé des seniors génèrent souvent pour leurs proches des contraintes élevées, liées aux besoins en soins et assistance. L'aide aux proches âgés de-

mande un investissement en temps considérable. Les proches aidants offrent un soutien affectif, social et pratique, qui peut souvent avoir des conséquences négatives sur leur propre santé.

La morbidité accrue des personnes âgées a également des répercussions économiques. Les frais moyens de maladie par habitant augmentent considérablement avec l'âge, en raison des fortes dépenses de santé générées durant les dernières années de vie. L'ensemble des dépenses de santé pour les personnes de 60 ans et plus est à peu près équivalent à celles des moins de 60 ans. A elles seules, les personnes de 75 ans et plus totalisent près d'un tiers du total des dépenses de santé.

A l'avenir, en raison du vieillissement démographique, les dépenses liées aux soins de longue durée et à l'âge augmenteront fortement, alors que les dépenses dans le secteur des soins aigus seront comparativement moins affectées. En raison de la réforme du système de financement des soins et du financement hospitalier, les cantons et les communes assumeront à l'avenir un lourd surcroît de charges (plus d'informations sur les dépenses de santé au chapitre 4).

Objectifs de Promotion Santé Suisse dans le domaine des personnes âgées

Dans ce contexte, la promotion de la santé et la prévention sont appelées à contribuer à la gestion des conséquences individuelles et sociales du vieillissement démographique. Différents cantons ont déjà lancé des mesures et des programmes aidant les personnes âgées à préserver le plus longtemps possible leur santé physique et psychique. Depuis 2011, Promotion Santé Suisse a lancé, avec dix cantons, le projet «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées». Promotion Santé Suisse souhaite mettre en œuvre un programme d'action de promotion de la santé des personnes âgées, en partenariat avec les cantons. Elle vise ainsi à favoriser l'échange d'expériences, la coordination optimale des activités et à engager des ressources de manière ciblée partout en Suisse.

Grâce à ses nouveaux programmes d'action cantonaux (PAC) dans le domaine des personnes âgées, développés en collaboration avec les cantons, Promotion Santé Suisse poursuit deux objectifs prioritaires:

- 1) Avec l'allongement de l'espérance de vie, les personnes âgées doivent pouvoir vivre ces années de vie supplémentaires en bonne santé et bénéficier d'une qualité de vie élevée. L'accent est mis sur l'extension des années de vie en bonne santé, le maintien et le renforcement d'un mode de vie autonome, de la mobilité et de l'intégration sociale ainsi que la prévention ou le retardement de la dépendance aux soins. Les proches aidants doivent être soutenus et soulagés.
- 2) L'amélioration de la santé des seniors et la réduction des besoins en soins doivent contribuer à ralentir l'évolution actuelle des coûts de santé.

Les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» ciblent les plus de 65 ans qui vivent chez eux et bénéficient éventuellement d'aide et de soins à domicile. Dans un premier temps, les seniors bénéficiant de soins stationnaires ne seront pas pris en compte, en raison de l'accent mis sur les ressources.

La promotion de la santé chez les personnes âgées est un élément clé de la lutte plus vaste contre les maladies non transmissibles (MNT), les personnes âgées étant particulièrement touchées par ces pathologies (plus d'informations sur les objectifs des PAC au chapitre 14).

Champs d'action prioritaires des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»

L'apparition des maladies non transmissibles est largement liée à des facteurs de risque physiologiques et conditionnés par le style de vie. Le manque d'activité physique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool ainsi qu'une alimentation déséquilibrée sont les principaux facteurs de risque liés au mode de vie. Ils peuvent par ailleurs être associés à des facteurs de risque physiologiques tels qu'hypertension, hypercholestérolémie, surpoids et diabète.

Les facteurs influençables (alimentation, activité physique, etc.) peuvent modifier de manière importante le processus pathologique chez les personnes âgées. L'activité physique régulière est aussi importante pour le maintien et la promotion de la santé psychique et cognitive des seniors. Les ressources personnelles (confiance en soi) et sociales (intégration sociale) sont d'autres facteurs bénéfiques à la santé psychique.

Dans le domaine des personnes âgées, Promotion Santé Suisse se concentre sur la promotion de l'activité physique, l'alimentation équilibrée et la santé psychique (notamment l'intégration sociale). Cette orientation correspond à la stratégie mise en place depuis des années par la fondation. Elle découle de la stratégie MNT nationale et du rapport du Dialogue de la Politique nationale de la santé sur la «santé psychique en Suisse». La prévention des chutes est un quatrième champ d'action déterminant pour le maintien d'un mode de vie autonome des personnes âgées. Ces quatre champs d'action sont tout spécialement indiqués pour améliorer la santé, l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées ou tout du moins la préserver le plus longtemps possible:

- **Promotion de l'activité physique:** l'activité physique régulière constitue un facteur de protection essentiel de la santé et montre les résultats les plus stables en matière de santé et d'autonomie des personnes âgées. L'activité physique permet non seulement aux personnes âgées d'éviter ou de retarder l'apparition d'affections physiques et psychiques, mais exerce également une influence positive sur les maladies chroniques déclarées. Une activité physique régulière réduit également le risque de chute, l'apparition et l'étendue de la fragilité, prévient ou retarde la dépendance aux soins et à l'aide, mais aussi encourage un mode de vie autonome (plus d'informations sur la promotion de l'activité physique au chapitre 17).
- **Prévention des chutes:** les chutes surviennent fréquemment chez les personnes âgées et s'accompagnent souvent de blessures, d'atteintes à la mobilité, d'une dégradation de l'autonomie et peuvent avoir des conséquences mortelles. Chaque année, près de 1300 personnes âgées décèdent en Suisse des suites d'une chute. Une prévention efficace des chutes est donc tout indiquée pour éviter les atteintes à la santé et la dépendance aux soins, mais aussi préserver la qualité de vie et l'autonomie des seniors. La prévention des chutes permet également de réduire les coûts de santé, les chutes des personnes de 65 ans et plus générant à elles seules un coût annuel de 1,4 milliard de francs (plus d'informations sur la prévention des chutes au chapitre 18).
- **Promotion d'une alimentation équilibrée:** les modifications physiologiques liées à l'âge, telles qu'une baisse de l'appétit et de la sensation de

soif, des troubles de la déglutition et de la mastication, entravent une alimentation équilibrée. La prévalence de la malnutrition augmente donc de manière significative avec l'âge. Les conséquences de la malnutrition ou de carences alimentaires sont les suivantes: diminution de la force musculaire, prédisposition accrue aux infections, hypertension, surpoids ou maigreur, maladies cardiovasculaires, cancer, diabète mais aussi risque accru de déclin cognitif ou de démence. La promotion d'une alimentation équilibrée contribue de manière significative à préserver le plus longtemps possible l'autonomie des personnes âgées (plus d'informations sur la promotion d'une alimentation équilibrée au chapitre 20).

- **Promotion de la santé psychique et de l'intégration sociale:** la santé psychique est un aspect central de la qualité de vie. Avec l'âge, la santé psychique joue un rôle particulier dans la mesure où elle permet de mieux vivre les atteintes physiques et les événements critiques de la vie comme le départ en retraite, les maladies ou encore le deuil. Ces derniers ont des conséquences sur la santé et la situation sociale des personnes âgées et sont souvent à l'origine de l'isolement. L'isolement a des conséquences graves au niveau social et sanitaire. Il est aussi nuisible que le tabac ou le surpoids, en termes de morbidité et de mortalité. La promotion de l'intégration sociale et des ressources sociales est donc particulièrement importante chez les personnes âgées (plus d'informations sur la promotion de la santé psychique au chapitre 19).

Outre la modification des comportements individuels des personnes âgées, il s'agit, pour les quatre champs d'action, de procéder à des modifications contextuelles. Parmi les mesures importantes dans ce domaine, on peut citer un aménagement du territoire favorable à la santé et adapté aux personnes âgées, les soins et la prévoyance, les prestations spécifiques à l'âge ainsi que l'environnement social et les possibilités d'activité. Les mesures au niveau comportemental et contextuel se renforcent mutuellement et contribuent ainsi à la réalisation des objectifs.

La promotion de la santé des seniors est toutefois multidimensionnelle et s'étend au-delà des quatre champs d'action prioritaires. Il est recommandé d'aborder d'autres thèmes – addictions, prévoyance

médicale et dépistage mais aussi santé orale – en collaboration avec d'autres acteurs et en coordination avec leurs offres.

La promotion de la santé des seniors: des effets avérés

Plusieurs éléments démontrent clairement qu'une fois à la retraite, il est encore possible d'améliorer considérablement sa santé et de retarder nettement les atteintes et la dépendance, voire de les éviter. L'efficacité de la prévention des chutes, de la promotion de l'activité physique, de la santé psychique et d'une alimentation équilibrée des seniors est ainsi bien établie:

- la fréquence des chutes chez les seniors suivant des entraînements spécifiques baisse ainsi de 30 à 50 % [1-4];
- le risque de survenance ou de progression d'atteintes fonctionnelles et d'une dépendance au quotidien peut ainsi être réduit de moitié par le biais d'actions de promotion de l'activité physique et de renforcement musculaire [5];
- une activité physique régulière réduit de plus de 10 % le risque d'être atteint de démence, et retarde de deux à trois ans l'apparition d'une démence [6];
- il est également démontré que la promotion d'une activité physique régulière, d'activités de relaxation et de l'intégration sociale ont un effet positif sur les dépressions et les troubles anxieux [7-11];
- la promotion d'une alimentation équilibrée peut influencer positivement sur différentes fonctions corporelles et psychiques et, ce faisant, améliorer de manière probante la santé des seniors [12].

L'association de mesures axées sur le contexte à des mesures plus simples axées sur le comportement (telles que décrites ci-dessus) permet d'ancrer durablement ces dernières et d'accroître leur efficacité.

La promotion de la santé des seniors dans son ensemble augmente la probabilité que les personnes atteignant le troisième et le quatrième âge vivent longtemps chez elles de manière autonome, en bonne santé et en bénéficiant d'une qualité de vie élevée. Par ailleurs, la promotion de la santé des seniors permet de retarder leur placement en EMS et de réduire leur dépendance. Elle a en outre une action favorable sur la croissance prévue des dépenses de santé (plus d'informations sur la preuve d'efficacité au chapitre 5).

Viellir en bonne santé contribue considérablement à réduire les coûts de la santé

Agir sur l'état de santé des personnes âgées s'avère déterminant, pour limiter la hausse des dépenses de santé prévue dans les décennies à venir. L'amélioration de la santé et de l'autonomie des personnes âgées permet de freiner fortement la croissance des coûts. Inversement, un allongement de l'espérance de vie avec une santé déficiente peut renforcer la croissance de ces mêmes dépenses.

En Suisse, deux études récentes évoquent le rôle de la santé des seniors sur l'évolution des dépenses de santé: le Conseil fédéral a récemment calculé que la hausse future des dépenses de santé pourrait être diminuée jusqu'à 40%, en baissant le nombre d'années de vie en dépendance et en mauvaise santé [13]. Une étude de l'Office fédéral de la statistique confirme le rôle économique notoire de la santé des seniors. Cette étude montre qu'une amélioration de la santé des personnes âgées permettrait de réduire de plus de 11 milliards de francs les dépenses de santé en 2030 [14]. Sur la base de cette étude, le Conseil fédéral a fait la déclaration suivante: «L'objectif de promotion d'un vieillissement en bonne santé revêt une importance toute particulière à la lumière des scénarios présentés» [13].

Si les deux calculs modélisés ne sont pas exempts d'incertitudes, une tendance se dégage: le rôle économique d'une promotion efficace de la santé des seniors augmente au même rythme que le vieillissement démographique. Une croissance modérée des dépenses du fait d'une amélioration de la santé des seniors est bénéfique notamment aux assurances sociales, aux cantons et aux ménages, c'est-à-dire aux seniors eux-mêmes (plus d'informations sur le potentiel de réduction des coûts au chapitre 4).

Facteurs clés de succès de la promotion de la santé des personnes âgées

Ces dernières décennies, la santé de la population suisse s'est considérablement améliorée. Cette amélioration ne bénéficie pas dans la même mesure à toutes les tranches d'âge. Les groupes socialement défavorisés, bien que plus exposés, sont insuffisamment touchés par les offres de prévention et de promotion de la santé. L'objectif est donc de proposer une **promotion de la santé chez les personnes âgées axée sur la diversité**, qui a) reconnaît l'hétérogénéité des personnes âgées, b) prend en compte la diversité de leurs ressources, atteintes et besoins

et c) est axée sur l'égalité des chances en matière de santé (plus d'informations aux chapitres 2 et 21).

La **participation du groupe cible** est un aspect central de l'*empowerment* (autonomisation) et un facteur clé de succès de la promotion de la santé. Il est souhaitable de permettre aux seniors de jouer un rôle actif dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de promotion de la santé. La participation du groupe cible peut précisément renforcer la crédibilité, la proximité et l'acceptation des mesures, mais aussi promouvoir la responsabilité de chacun dans son propre bien-être. Les organisations et réseaux sociaux informels des seniors recèlent par ailleurs un gros potentiel d'auto-assistance que la promotion de la santé a tout intérêt à prendre en compte.

Pour encourager de manière globale la santé des seniors et éviter l'apparition d'atteintes à la santé, il est nécessaire de **coordonner les actions des différents acteurs de la promotion de la santé et du système de soins**. Les médecins de famille, le personnel soignant, les pharmaciens, les spécialistes en psychothérapie, physiothérapie et ergothérapie sont des partenaires indispensables de la promotion de la santé des seniors. Les deux systèmes doivent intensifier leur collaboration pour deux raisons: d'une part, les facteurs de risque physiologiques sont des causes importantes de la charge de morbidité chez les seniors et nécessitent un dépistage précoce systématique ainsi qu'un traitement auprès de spécialistes de la santé; d'autre part, les acteurs du système de soins ont souvent un accès privilégié aux personnes âgées. Ils peuvent alors transmettre leurs compétences en matière de santé et favoriser l'adoption de comportements plus sains (plus d'informations au chapitre 22).

La sphère politique et l'ensemble de la population sont appelés à créer les **bases pour un cadre social favorable à la santé**. Cela passe notamment par un aménagement de lieux de vie adaptés aux personnes âgées, mais aussi par la valorisation sociale de cette tranche d'âge. C'est là qu'interviennent un grand nombre d'acteurs, tant au niveau national que local, tels que les administrations, les ONG et les réseaux de personnes âgées, etc. A ce niveau, une collaboration multisectorielle s'impose, étant donné que tous les secteurs peuvent exercer une influence positive sur les déterminants structurels et matériels de la santé. Par exemple, l'action de la promotion de la santé ne pourra à elle seule réduire les inégalités

sociales. Cette dernière nécessitera la mobilisation du champ politique, en matière notamment de formation, de questions sociales, d'aménagement du territoire et du marché du travail.

Objectifs et conditions-cadres du rapport

Depuis le milieu du XX^e siècle, on observe un changement démographique profond dans de nombreux pays à travers le monde. Une des composantes centrales de ce changement est le vieillissement démographique, qui se caractérise par une baisse de la proportion de jeunes, couplée à une hausse de la proportion des personnes âgées. Ce vieillissement démographique est le résultat des progrès et des développements accomplis au cours du siècle dernier dans les domaines de l'alimentation, de l'hygiène, de la médecine, de la formation, du monde du travail et de la sécurité sociale. Les Nations Unies décrivent cet allongement de l'espérance de vie comme «l'une des plus grandes avancées de l'humanité» [15].

Face au vieillissement démographique, la société suisse doit relever de nouveaux défis et mener une réflexion sur sa conception même du vieillissement et sur son organisation. Repenser la conception du vieillissement passe par un débat sur les représentations contemporaines des personnes âgées et du vieillissement, mais aussi sur le rôle social des seniors qui, une fois à la retraite, ont encore un quart de leur vie devant eux [16–18]. Notre société doit relever des défis concrets, tant politiques que financiers, notamment dans les domaines de l'assurance vieillesse (p. ex. AVS), du marché du travail et dans le domaine de la santé.

A cet égard, la promotion de la santé et la prévention sont également appelées à contribuer à la gestion des répercussions individuelles et sociales du vieillissement démographique. Les connaissances scientifiques et les expériences pratiques corroborent l'idée selon laquelle il est possible de préserver et promouvoir la santé jusqu'à un âge très avancé. La promotion de la santé chez les seniors poursuit deux objectifs prioritaires:

1. compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, les personnes âgées doivent vivre les années de vie supplémentaires le plus longtemps en bonne santé et en bénéficiant d'une qualité de vie élevée. Les points prioritaires sont l'allongement des années de vie en bonne santé, le main-

tien et le renforcement de l'autonomie, de la mobilité et de l'intégration sociale ainsi que le fait d'empêcher ou de retarder les besoins en soins. Les proches dispensant des soins aux personnes âgées doivent être aidés et soutenus;

2. l'amélioration de la santé et la réduction des besoins en soins des seniors doivent permettre de modérer la hausse des coûts des soins aigus et de longue durée.

Différents cantons ont déjà lancé des mesures et des programmes visant à aider les seniors à préserver le plus longtemps possible leur santé physique et psychique. Depuis 2011, Promotion Santé Suisse a mis en place, avec dix cantons, le projet «Via – Bonnes pratiques de la promotion de la santé des personnes âgées» (voir chapitre 12). Ce programme a montré que la promotion de la santé des personnes âgées est facile à mettre en œuvre et à diffuser.

Afin de pouvoir échanger des expériences à l'échelle nationale, de coordonner les activités de manière optimale et de mettre en œuvre les ressources de manière ciblée, Promotion Santé Suisse souhaite mettre en œuvre un programme d'action de promotion de la santé des personnes âgées regroupant tous les cantons. Ses cibles principales sont les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile et bénéficiant éventuellement d'aide et de soins. Dans un premier temps, les personnes bénéficiant de soins stationnaires ne sont pas prises en compte dans le programme (en raison de l'accent mis sur les ressources).

Promotion Santé Suisse a à cœur de promouvoir une représentation positive de la vieillesse, axée sur les ressources. Des mesures montrent régulièrement que les seniors sont très satisfaits de leur potentiel et qu'ils font largement bénéficier de leurs ressources l'ensemble de la société, en particulier les plus jeunes générations.

Le présent rapport doit fournir un aperçu de la promotion de la santé des personnes âgées. Il s'adresse en premier lieu aux décideurs stratégiques et poli-

tiques, aux spécialistes des cantons et des communes mais aussi aux organisations spécialisées. Ce rapport doit leur permettre d'orienter leurs stratégies et leurs mesures de promotion de la santé chez les personnes âgées, en fonction de l'état actuel des connaissances scientifiques. Le rapport n'a pas été conçu comme une aide à la mise en œuvre opérationnelle. Cette fonction est assurée par les conseils, les check-lists et d'autres supports pratiques axés sur la pratique de Promotion Santé Suisse.

Le rapport constitue la base des programmes d'action cantonaux relatifs à la promotion de la santé des personnes âgées. Pour ce faire, il poursuit trois objectifs:

- 1) aperçu du contexte et des conditions-cadres de la promotion de la santé des personnes âgées, notamment de la nécessité d'agir, des évolutions et des acteurs actuels ainsi que des implications sur l'économie de la santé d'un vieillissement en bonne santé;
- 2) résumé des objectifs et champs d'action des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»;
- 3) résumé des preuves scientifiques pour des interventions efficaces.

Comment s'orienter dans le rapport?

Les **chapitres 1–6** de la partie «Contexte démographique, sanitaire et économique» fournissent des informations sur le vieillissement démographique, le profil socio-démographique des personnes âgées en Suisse, leur santé et les répercussions du vieillissement démographique sur l'économie de la santé. Ces chapitres **illustrent la nécessité d'agir**.

Les **chapitres 7–13** de la partie «Evolutions et acteurs actuels de la promotion de la santé chez les personnes âgées» **fournissent des informations sur les conditions-cadres et les besoins dans les cantons** concernant la promotion de la santé des personnes âgées. Ils illustrent les approches adoptées en Suisse et dans d'autres pays en la matière.

Les **chapitres 14–16** de la partie «Eléments clés des PAC Promotion de la santé des personnes âgées» **esquissent les objectifs et les champs d'action** proposés par Promotion Santé Suisse pour un programme cantonal.

Les **chapitres 17–23** des parties «Thèmes d'intervention» et «Thèmes transversaux» résument l'état actuel des connaissances scientifiques et **montrent les interventions qui ont fait leurs preuves**.

En annexe, un **glossaire** propose des définitions pratiques de termes clés.

Pour les lecteurs pressés

Les informations stratégiques pertinentes sont résumées dans le **Management Summary**. Pour trouver rapidement une information sur un thème particulier, il suffit de consulter à la fin de chaque chapitre **«L'essentiel en bref»** qui propose un bref résumé des principales informations de chaque chapitre. Les principales conclusions et recommandations sont également résumées à la fin du rapport dans la partie **«Recommandations pour la mise en place des PAC Promotion de la santé des personnes âgées»**.

1^{re} partie

Contexte démographique, sanitaire et économique

Cette partie du rapport résume les informations démographiques, épidémiologiques et économiques particulièrement pertinentes pour la mise en place et la planification des programmes d'action cantonaux (PAC) «Promotion de la santé des personnes âgées». Dans une première étape, cette partie dessine les grandes lignes du vieillissement démographique dans le monde et en Suisse et résume les

prévisions actuelles relatives à la structure d'âge en Suisse. Elle examine ensuite le profil des personnes âgées en Suisse ainsi que leur diversité sociodémographique. Enfin, elle propose un aperçu de la santé et de la charge de morbidité des personnes âgées, puis illustre le rôle économique de la promotion de la santé des seniors.

1 Le vieillissement démographique dans le monde et en Suisse

La population mondiale a subi une profonde mutation depuis le milieu du XX^e siècle. Il est notamment frappant de constater que la population vieillit dans la plupart des pays du monde¹. Dans la plupart des régions du monde, l'augmentation de l'âge moyen de la population est due à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de leur part dans la population, mais aussi à la baisse de la part des jeunes. Le vieillissement démographique n'est pas une particularité européenne mais bien un processus mondial [voir 15].

Le vieillissement démographique est le résultat de trois évolutions progressives [19, 20]:

- transition démographique (d'un taux de natalité et de mortalité élevés à un taux de natalité et de mortalité faibles);
- transition épidémiologique (grâce à une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et des soins de santé, les maladies infectieuses disparaissent progressivement au profit des maladies chroniques et non transmissibles);
- transition économique (essor économique et amélioration générale des conditions de travail et de vie).

En Europe notamment, ces évolutions sont indissociables d'un changement des valeurs de la société (telle que l'individualisation, l'apprentissage tout au long de la vie, la plus grande égalité entre les

hommes et les femmes ou la modification du planning familial).

Le vieillissement démographique est un phénomène mondial, mais son apparition, son étendue et sa pondération varient nettement entre les pays les plus développés et les pays les moins développés². L'âge moyen de la population mondiale a progressé de cinq ans depuis 1950 (passant de 24 à 29 ans)³. Sur la même période, la population des pays les plus développés a vieilli en moyenne de douze ans (passant de 28 à 40 ans). A l'avenir, l'âge moyen de la population dans les pays les plus développés augmentera nettement moins vite, alors que le vieillissement démographique connaîtra un véritable essor dans les pays les moins développés.

En 100 ans, de 1950 à 2050, la population âgée⁴ va probablement être décuplée. La majorité des personnes âgées ne vivent pas en Europe ou en Amérique du Nord mais bien dans les pays économiquement moins développés. Plus de 60% des personnes de plus de 60 ans vivent déjà dans les pays les moins développés, ils seront 80% en 2050 (voir tableau 1).

En revanche, dans les pays les plus développés, la part de personnes âgées dans la population est la plus importante. En Europe et en Amérique du Nord, près du quart de la population a d'ores et déjà plus de 60 ans. D'ici à 2050, près d'un tiers de tous les habitants de ces continents devraient avoir 60 ans ou plus.

¹ La démographie mondiale est également soumise à d'autres mutations, telles que la composition de la population mondiale par région d'origine (Asie, Europe, Afrique, Amérique, etc.), l'appartenance religieuse et le mode de vie urbain ou rural ou encore la hausse des mouvements migratoires et la diversité croissante dans les pays du monde entier.

² Les Nations Unies [15] distinguent deux groupes de pays selon des caractéristiques démographiques et socioéconomiques: les pays les plus développés et les pays les moins développés («*more developed countries*» et «*less developed countries*»). Le groupe des pays les moins développés comprend tous les Etats d'Afrique, d'Asie (à l'exception du Japon), d'Amérique latine et des Caraïbes ainsi que d'Océanie (à l'exception de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande). Les pays les plus développés désignent dans ce contexte tous les Etats d'Europe et d'Amérique du Nord ainsi que le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

³ Sauf indication contraire, les données démographiques suivantes sur la population mondiale proviennent des sources des Nations Unies [15].

⁴ Selon la définition donnée par les Nations Unies [15], les «personnes âgées» dont il est question au 1^{er} chapitre sont des personnes de 60 ans et plus.

TABLEAU 1

Indicateurs mondiaux du vieillissement démographique. Source: [15]

| | 1950 | 2013 | 2050 |
|---|----------|----------|--------|
| Nombre de personnes âgées dans le monde (60 ans et plus) | 202 mio. | 841 mio. | 2 mrd. |
| Part des personnes âgées (60 ans et plus) dans la population mondiale | 8% | 12% | 21% |
| Part des personnes âgées (60 ans et plus) dans la population des pays les plus développés | 12% | 23% | 32% |

Trois indicateurs démographiques permettent d'expliquer le vieillissement démographique en Suisse et d'élaborer des scénarios⁵ de structure d'âge pour le futur. Il s'agit des facteurs «naissances et fertilité», «espérance de vie» et «migration mondiale».

- **Naissances et fertilité:** depuis la fin du baby-boom (milieu des années 1960), le nombre d'enfants qui naissent chaque année en Suisse est insuffisant pour assurer le remplacement⁶ des générations [21]. Dans ses scénarios actuels, l'Office fédéral de la statistique part du principe que le taux de natalité⁷ actuellement de 1,54 n'évoluera que peu à l'avenir et continuera de se situer en deçà de 2,07, valeur requise pour assurer le remplacement des générations [22]. Le vieillissement démographique s'explique pour l'essentiel par le **vieillissement démographique par le bas** [23].
- **Espérance de vie:** dans le même temps, en Suisse, l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans ont doublé ces 140 dernières années [24], en raison de la baisse de la mortalité, tant infantile que des personnes âgées. Les femmes et les hommes qui arrivent aujourd'hui à la retraite en Suisse ont encore près d'un quart de leur vie devant eux. Récemment, l'allongement de l'espérance de vie s'est ralenti en Suisse. Mais ce **vieillissement par le haut** participera également à l'avenir au vieillissement démographique.
- **Migration mondiale:** les mouvements migratoires internationaux ont un effet rajeunissant sur la structure d'âge de bon nombre de pays occiden-

taux, différent de la fertilité et de l'espérance de vie. En 2014, les ressortissants étrangers en Suisse étaient en moyenne sept ans plus jeunes que les citoyens suisses (36,8 ans contre 43,5 ans [25]). Le taux de fécondité plus élevé des femmes de nationalité étrangère contribue au ralentissement du vieillissement par le bas: en 2014, ce taux de fécondité était de 1,87 contre 1,43 pour les femmes de nationalité suisse [26].

Deux tendances démographiques contribuent de manière déterminante à modifier la structure de l'âge. Il s'agit du recul de la fertilité et de la hausse de l'espérance de vie. Selon les scénarios actuels, ces deux facteurs entraîneront à l'avenir également un double vieillissement dont le troisième facteur, la migration, ne pourra que limiter les effets. Ceci signifie que le vieillissement démographique va se poursuivre pour la population suisse:

- **Hausse de l'âge moyen de la population:** l'âge médian des résidents permanents de Suisse s'établissait en 2014 à 41,9 ans. Celui-ci devrait augmenter fortement jusqu'en 2045, selon le scénario moyen de l'Office fédéral de la statistique, avant de se stabiliser à environ 47–48 ans [30, 31].
- **Accroissement du nombre de personnes âgées et très âgées:** le nombre de personnes âgées augmentera fortement au cours des trois prochaines décennies. Alors qu'en 2014, plus de 1,46 million de personnes en Suisse avaient au moins 65 ans, ce chiffre devrait atteindre près de 2,2 millions d'ici à 2030, et 2,7 millions d'ici à

⁵ Toutes les données sur les scénarios futurs se réfèrent au scénario de référence «A-00-2015» sur l'évolution démographique élaboré par l'Office fédéral de la statistique.

⁶ L'Office fédéral de la statistique définit le remplacement des générations comme «le nombre moyen d'enfants par femme nécessaire pour que le nombre de filles dans la génération des enfants soit égal au nombre de femmes dans la génération des parents.»

⁷ L'Office fédéral de la statistique définit l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) comme «le nombre moyen d'enfants par femme qui serait soumise à chaque âge, durant sa vie féconde, aux conditions de fécondité observées durant l'année considérée». Il se base sur l'ensemble de la population résidente permanente.

TABLEAU 2

Indicateurs du vieillissement démographique en Suisse. Sources: [21, 22, 24, 27-29]

| | 1876 | 1900 | 1950 | 2014 | 2045 |
|---|------|------|------|------|------|
| Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) | 4,38 | 3,68 | 2,40 | 1,54 | 1,58 |
| Espérance de vie en années à la naissance, femmes | 42,4 | 48,8 | 71,1 | 85,2 | 89,4 |
| Espérance de vie en années à la naissance, hommes | 39,1 | 46,2 | 66,6 | 81,0 | 86,2 |
| Espérance de vie en années à 65 ans, femmes | 9,5 | 9,8 | 14,3 | 22,4 | 25,9 |
| Espérance de vie en années à 65 ans, hommes | 9,3 | 9,9 | 12,6 | 19,4 | 23,4 |

2045 [22, 32]. Le nombre de personnes très âgées (80 ans et plus) s'établit aujourd'hui à 410 000 et va plus que doubler en moins de 30 ans. D'ici à 2045, plus d'un million de personnes en Suisse devraient être âgées de 80 ans ou plus [33].

- **Accroissement de la proportion de personnes âgées et très âgées au sein de la population:**

la hausse du nombre de personnes de 65 ans et plus va apporter un changement notable à la structure d'âge de la population suisse. La part des personnes âgées dans l'ensemble de la population devrait passer de 17,8% aujourd'hui à 22,8% (en 2030) et 26,4% (en 2045) (voir illustration 1). En 2045, 10,4% de la population sera âgée d'au moins 80 ans [32, 33]. Dans le même temps, la part de personnes de moins de 20 ans va continuer de baisser. Dans moins de dix ans, on comptera en Suisse plus de personnes de 65 ans et plus que de personnes de moins de 20 ans.

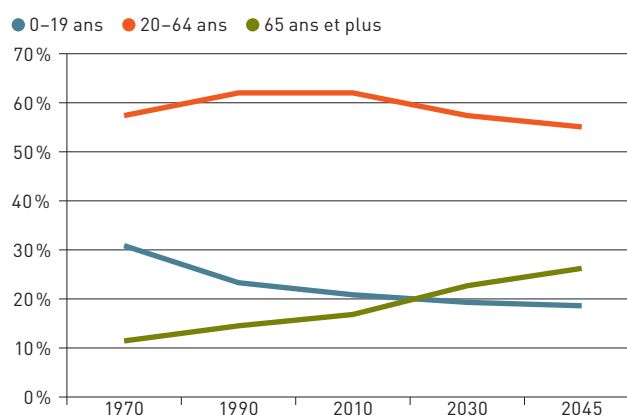
- **Taux de dépendance accru:** le rapport de dépendance des personnes âgées⁸ s'établit d'ores et déjà à presque 29% et sera de 39,6% en 2030 et 48,1% en 2045 [22, 32]. En 2045, la population suisse comptera une personne à l'âge légal de la retraite pour environ deux personnes en âge de travailler. Aujourd'hui, ce rapport est d'un pour 3,5.

Le vieillissement démographique modifie la structure d'âge de la population, mais a aussi des répercussions plus importantes sur la société: la hausse du rapport de dépendance des personnes âgées est

ainsi un défi pour le financement de l'assurance vieillesse et des dépenses de maladie, et peut remettre en question la solidarité entre générations. Aujourd'hui, pour beaucoup, le cap des 80 ans implique une nette hausse des maladies et des problèmes de santé [35, 36]. La hausse du nombre de personnes très âgées devrait s'accompagner d'une forte augmentation des besoins en services de soins et d'assistance, ainsi que d'un accroissement des dépenses correspondantes. Par ailleurs, l'évolution des valeurs et des normes vers un individualisme croissant et une explosion des modèles de vie et familiaux, peut rendre plus difficile les soins prodigués par les proches et nécessiter l'intervention de professionnels des soins.

ILLUSTRATION 1

Groupes d'âges en pourcentage selon le scénario de référence «A-00-2015». Sources: [22, 34]



⁸ Le rapport de dépendance des personnes âgées indique le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans au sein d'une population.

2 Les nombreux visages de la vieillesse

L'expression «personnes âgées» laisse penser que les personnes de 65 ans et plus constituent un groupe de population homogène. Le processus de vieillissement, la situation de vie et la santé des personnes âgées dépendent de leur histoire de vie et de leurs caractéristiques personnelles. Chaque personne âgée a eu une vie différente, vieillit différemment et doit affronter des réalités différentes. L'âge et le vieillissement résistent à toute normalisation. Les gérontologues expliquent que les différences en termes de mode de vie et de besoins s'amplifient avec le temps et sont plus importantes à la retraite qu'aux autres phases de la vie [37]. Pour le troisième et le quatrième âge en particulier, les différences au sein d'une génération sont souvent plus marquées qu'entre les générations. Il est donc urgent d'adopter une approche différenciée de la catégorie des «personnes âgées», qui tienne compte du caractère hétérogène de ce groupe de population.

En ce qui concerne l'état de santé, les personnes âgées peuvent être réparties dans trois groupes distincts⁹:

- 1) les personnes actives, qui se sentent en forme et autonomes («vitales»);
- 2) les personnes «pré-fragiles», qui montrent les premiers symptômes d'une infirmité, une fragilité accrue face aux maladies (vulnérabilité), une à deux maladies chroniques et les premiers signes de limitations dans leurs activités quotidiennes;
- 3) les personnes «fragiles», qui ne peuvent plus exécuter d'elles-mêmes les gestes du quotidien en raison de limitations fonctionnelles.

La majorité des personnes de 65 ans et plus vivent à domicile. Aujourd'hui, 6 % seulement des personnes ayant atteint l'âge de la retraite vivent dans une maison de retraite ou un établissement médico-social depuis plus d'un mois [38, 39]. En règle générale, l'âge avançant, la fragilité, mais aussi le besoin de soutien et de soins augmentent: plus de 18 % des personnes de plus de 80 ans vivent ainsi dans des

maisons de retraite ou des établissements médico-sociaux, les femmes de plus de 95 ans composant 60 % de cette population.

Outre des différences considérables en termes de santé, les personnes âgées présentent également une variation des caractéristiques sociodémographiques. Le niveau de formation, le statut socioéconomique et professionnel sont les aspects le plus souvent évoqués de la diversité des 65 ans et plus, influençant largement le vieillissement et la vieillesse. Il existe en effet des différences notables de statut socioéconomique parmi les personnes âgées en Suisse:

- **Conditions économiques:** l'inégalité de répartition des revenus et de la fortune est la plus marquée parmi les personnes retraitées [40]. Si la majorité des seniors bénéficient d'une situation économique confortable, 12 % des rentiers AVS ont dû percevoir en 2013 des prestations complémentaires. Pour près de 180 000 personnes ayant atteint l'âge de la retraite, les rentes AVS et le versement des avoirs de caisse de pension n'ont pas permis de couvrir les dépenses vitales. En 2012, les personnes au bénéfice d'une formation tertiaire disposaient d'un revenu brut (issu pour l'essentiel de l'AVS et des caisses de pension) de près de 80 % supérieur à celui des personnes sans qualification postobligatoire [41].
- **Niveau de formation:** chez les personnes âgées de 65 ans à 74 ans, pour une personne sur cinq le niveau d'étude le plus élevé en 2014 était l'école obligatoire, le niveau secondaire II pour 54 % et le niveau tertiaire pour 25 % d'entre elles [42]. Aujourd'hui, les personnes très âgées ont plus rarement suivi des études supérieures que la génération du baby-boom, qui n'atteindra progressivement un âge très élevé qu'à partir de 2020. Par ailleurs, cet écart est encore plus prononcé parmi les personnes âgées aujourd'hui, où les femmes sont nettement moins diplômées de l'enseignement supérieur que les hommes du même âge.

⁹ Cette catégorisation tirée de l'exemple de Kessler et al. n'est ni définitive, ni établie de manière stricte [123].

Les disparités parmi les 65 ans et plus relèvent d'inégalités socioéconomiques, mais aussi de différentes caractéristiques démographiques. Voici les différents aspects de cette diversité:

- **Age biologique:** l'âge biologique des personnes appartenant au groupe de population des personnes âgées s'étend aujourd'hui en Suisse de 65 à 110 ans environ, soit plus de 40 ans. Ce groupe vieillit continuellement: en 2014, près de 28% des 65 ans et plus avaient plus de 80 ans [32]. D'ici à 2045, il devrait composer près de 40% de la population [33].
- **Sexe:** l'équilibre entre les femmes et les hommes évolue avec l'âge. Avant 60 ans, la part des hommes est prédominante, après 60 ans, c'est celle des femmes et cette prédominance se renforce de manière continue avec le temps [43]. Les personnes âgées et notamment très âgées sont souvent des femmes. Dans la classe d'âge des 65–79 ans, les femmes sont légèrement surreprésentées, mais leur part s'élève à 62% dans la classe des 80–89 ans, 72% dans celle des 90–99 ans et 82% à partir de 100 ans.
- **Etat civil et structure du foyer:** avec l'âge, de plus en plus de personnes vivent seules, suite à un veuvage ou une séparation. Deux tiers (68%) des 65–69 ans en Suisse sont mariés ou vivent en partenariat enregistré. Chez les 80–84 ans, ils sont près de la moitié (49%) et chez les 90–94 ans, 20% seulement [45]. Les femmes âgées vivent nettement moins souvent en couple que les hommes du même âge, les hommes décédant généralement plus tôt ou débutant plus souvent une nouvelle relation de couple après une séparation. Près de 40% des 70–79 ans et plus de la moitié (53%) des 80 ans et plus vivent seuls [38].
- **Statut de migration:** les personnes immigrées en Suisse durant la deuxième moitié du XX^e siècle atteignent de plus en plus l'âge de la retraite. La part des personnes âgées issues de l'immigration va ainsi augmenter à l'avenir. Près d'un quart de la population résidante permanente âgée de 65 à 79 ans est née à l'étranger, cette part s'établissant à 19% pour les plus de 80 ans¹⁰ [46].
- **Orientation sexuelle et identité:** autre aspect de la diversité, difficile toutefois à quantifier: les différentes orientations et identités sexuelles des personnes âgées. Malgré le manque de données fiables dû largement aux difficultés de définition, les spécialistes estiment que la part de la population homosexuelle va de 3% à 10% [47].

Cet aspect de la diversité ainsi que d'autres peuvent influencer les ressources et les facteurs de risque déterminants pour la santé, les compétences en matière de santé, le mode de vie et son impact sur la santé ou l'accès et le recours aux services de santé [48, 49]. De grandes disparités existent par conséquent en termes de santé (voir chapitre 21).

Il est nécessaire de tendre vers une promotion de la santé des personnes âgées adaptée aux inégalités et à la diversité qui a) reconnaisse l'hétérogénéité des personnes âgées, b) tienne compte de leurs ressources, contraintes et besoins différents et c) s'oriente vers l'objectif d'égalité des chances en matière de santé. Certaines stratégies de gestion de la diversité ayant fait leurs preuves sont présentées au chapitre 21.

¹⁰ Ces chiffres incluent les Suisses nés à l'étranger et les ressortissants étrangers.

3 Santé et maladies des personnes âgées

La santé individuelle d'une personne âgée résulte largement des comportements adoptés en matière de santé et des conditions de vie tout au long de son existence [50–52]. Des modifications interviennent naturellement avec l'âge au niveau moléculaire et cellulaire, qui sont à l'origine d'une dégradation progressive des aptitudes physiques et de la capacité d'adaptation [53, 54]. Ces processus de dégradation biologique conduisent avec l'âge à des atteintes physiques et cognitives d'ampleur variable et à une vulnérabilité accrue. Cette dernière se manifeste notamment par une prévalence plus importante chez les 65 ans et plus de maladies variées (voir chapitre 3.3), la consultation plus fréquente de médecins et des hospitalisations plus fréquentes et plus longues¹¹ [55].

Malgré la fréquence accrue des maladies, le vieillissement n'est pas nécessairement synonyme de troubles de la santé et de mauvais état général. Il faut tenir compte des grandes disparités en termes de santé mais aussi d'une conception de la santé moderne et adaptée à l'âge. L'Organisation mondiale de la santé [54] souligne ainsi qu'une personne malade ne doit pas nécessairement être considérée comme n'étant plus en bonne santé. La santé, notamment chez les personnes âgées, ne signifie pas l'absence de maladies, de douleurs ou d'infirmités. Si les atteintes physiques et cognitives ont une influence sur la santé, il existe d'autres caractéristiques importantes de la santé des personnes âgées, telles que le bien-être subjectif, la satisfaction dans la vie, la satisfaction des besoins individuels et l'étendue de l'autonomie dans la vie au quotidien [54, 56, 57]. Concernant la diffusion des maladies chroniques, il faut ajouter que la santé se caractérise aussi par une gestion réussie des défis sociaux, physiques et émotionnels [58]. Les capacités d'adaptation psychiques peuvent permettre à des personnes âgées, malgré la maladie ou les douleurs, d'être très satisfaites de leur vie.

Nous vous proposons ci-après une description de la santé des personnes âgées en Suisse, à l'aide d'une sélection d'indicateurs. Cette étude porte aussi bien sur les aspects positifs, tels que l'espérance de vie en bonne santé et la satisfaction des seniors quant à leur propre santé, que sur les principaux défis de la santé et sur les maladies. L'identification de ces aspects fondamentaux permet de prioriser les actions requises en matière de promotion de la santé chez les personnes âgées.

INFOBOX: Principales sources de données

Les données disponibles à l'échelle mondiale sur la santé des personnes âgées sont malheureusement insuffisantes [59]. En Suisse, les seules données objectives, autrement dit enregistrées par des spécialistes de la santé, sont les statistiques relatives aux causes de décès et aux hospitalisations [60]. Mais elles ne fournissent pas d'indications sur les problèmes de santé et les maladies traitées en ambulatoire ou par des personnes autres que des spécialistes de la santé [60]. Pour illustrer cette part de la charge de morbidité, le rapport s'appuie également sur des données d'enquêtes épidémiologiques, collectées dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé de 2012 et du Panel suisse de ménages de 2012. Ces deux enquêtes ont exclusivement interrogé des personnes vivant dans un ménage privé. Les sources principales des données épidémiologiques suivantes sont:

- les statistiques des causes de décès et des mortinaissances (eCOD);
- les statistiques médicales des hôpitaux;
- l'enquête suisse sur la santé 2012;
- le Panel suisse de ménages 2012 (PSM).

¹¹ La durée de séjour dans les hôpitaux généraux est plus longue chez les personnes âgées que chez les groupes de personnes plus jeunes alors que dans les cliniques spécialisées, la durée de séjour des plus jeunes est plus élevée.

3.1 Années de vie en bonne santé et évaluation subjective de la santé

L'allongement de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans met en évidence une amélioration générale de la santé de la population suisse. Par ailleurs, les données épidémiologiques montrent que les Suisses vivent plus longtemps, mais aussi plus longtemps en bonne santé. Preuve en est la hausse des années de vie en bonne santé, sans restriction fonctionnelle ni handicap. En Suisse, de 2008 à 2012, la hausse des années de vie en bonne santé est plus rapide que celle de l'espérance de vie [61]. Aujourd'hui, les personnes de 65 ans peuvent encore vivre en bonne santé 14,2 ans (femmes) et 13,6 ans (hommes) en moyenne [61].

Ce constat objectif se reflète également dans la perception qu'ont les personnes âgées de leur propre santé. Bien qu'elles voient leur santé décliner avec le temps, la grande majorité des plus de 65 ans en Suisse se dit en bonne santé [55]. 73 % des 65-74 ans estiment être en bonne santé et 4,6 % seulement en mauvaise santé [62]. Pour les 75 ans et plus, ces valeurs sont respectivement de 62 % et 8 %. Et chez les 65-74 ans, elles sont de 63 % et 14 % [63]. Les personnes de 75 ans et plus vivant à leur domicile étaient majoritairement (54 %) satisfaites de leur santé, 22 % ne l'étant pas.

3.2 Types de maladies, charge de morbidité et causes des décès

Les progrès médicaux et l'évolution de la société ont généré au cours du XX^e siècle de nouveaux types de maladies en Suisse. La prévalence des maladies infectieuses a fortement diminué au cours des 100 dernières années et les maladies non transmissibles (MNT) sont désormais les causes premières de la charge de morbidité en Suisse. Les maladies non transmissibles (anglais: *non-communicable diseases*, *NCD*) sont des pathologies chroniques dont la fréquence augmente avec l'âge. En Suisse, près de la moitié (49 %) des personnes de plus de 65 ans disent

souffrir d'une maladie chronique depuis au moins six mois [64].

La charge de morbidité¹² en Europe de l'Ouest est aujourd'hui imputable à plus de 80 % à des maladies non transmissibles [65]. Le tableau 3 propose un classement des problèmes de santé contribuant le plus à la charge de morbidité en Suisse, tous groupes d'âges confondus.

TABLEAU 3

Les 25 causes principales de la charge de morbidité en Suisse, 2010. Source: [65], traduction et illustration propres

| 2010 | |
|------|---|
| 1 | Maladie cardiaque ischémique |
| 2 | Lombalgies |
| 3 | Dépression |
| 4 | BPCO |
| 5 | Chute |
| 6 | Attaque cérébrale |
| 7 | Cancer du poumon |
| 8 | Douleurs de la nuque |
| 9 | Diabète |
| 10 | Autres troubles musculo-squelettiques |
| 11 | Automutilation |
| 12 | Alzheimer |
| 13 | Accidents de la route |
| 14 | Cancer du côlon |
| 15 | Cancer du sein |
| 16 | Migraine |
| 17 | Troubles anxieux |
| 18 | Toxicomanie |
| 19 | Asthme |
| 20 | Abus d'alcool |
| 21 | Arthrose |
| 22 | Infection des voies respiratoires inférieures |
| 23 | Cancer de la prostate |
| 24 | Autres maladies cardiovasculaires |
| 25 | Maladie rénale chronique |

- Maladies transmissibles
- Maladies non transmissibles
- Blessures

¹² Dans les études «*Global Burden of Disease*», la charge de morbidité est mesurée à l'aide des *disability-adjusted life years* (DALY) [65]. Les DALY sont la somme des années de vie perdues du fait d'un décès prématuré et des années vécues avec un handicap (ces dernières étant pondérées par le degré de handicap). Les DALY sont également définies comme des «années de vie en bonne santé perdues».

Ce classement souligne le rôle majeur des MNT dans l'ensemble de la société. Actuellement, cinq groupes de MNT¹³ sont à l'origine en Suisse de près de 80 % des cas de décès¹⁴ des personnes de 65 ans et plus [66]: les maladies cardiovasculaires représentent les causes de décès les plus fréquentes (dans 37 % des décès), suivies des cancers (23 %), de la démence (10 %), des maladies des voies respiratoires¹⁵ (7 %) et des diabètes (2 %).

3.3 Principales maladies non transmissibles

Sur la base des études «*Global Burden of Disease*» susmentionnées et des statistiques sur les causes de décès en Suisse, nous vous proposons ci-après une brève description des principales maladies non transmissibles ou des maladies chroniques. Il s'agit des maladies cardiovasculaires, du cancer, des maladies de l'appareil respiratoire, du diabète, des pathologies musculo-squelettiques et de la démence. **Les maladies cardiovasculaires** englobent les maladies cardiaques, des vaisseaux sanguins périphériques et de la circulation telles que l'infarctus du myocarde, la cardiopathie coronaire, l'hypertension, l'AVC, mais aussi des affaiblissements généraux et non spécifiques du système cardiovasculaire. La charge de morbidité élevée apparaît également dans les données sur les traitements ambulatoires et stationnaires. Ainsi, en 2013, chez une personne sur cinq de plus de 70 ans hospitalisée, une maladie cardiovasculaire était diagnostiquée [67]. Plus d'un demi-million de personnes de plus de 65 ans indiquaient en 2012 avoir suivi un traitement médical au cours de l'année passée pour une hypertension [55]. En Suisse, le **cancer** touche quatre personnes sur dix, 90 % des cancers survenant à partir de 50 ans [60]. En particulier, les personnes de 65 à 84 ans décèdent souvent de tumeurs malignes. Les cancers les plus

fréquents chez les hommes sont le cancer de la prostate, des poumons et du côlon et chez les femmes, le cancer du sein, du côlon et des poumons. Ces cancers constituent plus de la moitié des 37000 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année [60].

Neuf décès sur dix qui sont dus à des **maladies chroniques de l'appareil respiratoire** concernent les 65 ans et plus [66]. Les principales causes de décès concrètes sont la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la pneumonie¹⁶ et l'asthme. En Suisse, entre 9 % (60 à 69 ans) et 15 % (à partir de 70 ans) des hommes souffrent de BPCO [68, 69]. Les femmes sont moins souvent touchées par la BPCO: 5 % d'entre elles sont atteintes entre 60 et 69 ans, et 2,4 % à partir de 70 ans. Dans l'ensemble, entre 400 000 et 550 000 personnes souffrent de BPCO en Suisse [68, 69].

Le **diabète** se déclare généralement à un âge avancé. C'est le cas notamment du diabète de type II, le plus fréquent, qui constitue 90 à 95 % de tous les cas de diabète [60]. Si la maladie joue un rôle secondaire dans la cause des décès, elle est à l'origine d'une importante charge de morbidité. Près de 9 % des femmes à la retraite ont un diabète, cette part étant de 14 % pour les hommes du même âge (65-74 ans) et 18 % à partir de 75 ans [55]. Le diabète est une maladie autonome, mais aussi un facteur de risque important dans l'apparition de maladies cardiovasculaires [60].

Les troubles musculo-squelettiques incluent toutes les maladies des muscles, tendons, ligaments, os, tels que le mal de dos, l'arthrose et l'ostéoporose. 15 % des personnes de 70 ans et plus hospitalisées présentent comme diagnostic principal des maladies de l'appareil locomoteur [67]. Les maux de dos ou de reins sont très répandus (ils touchent près de la moitié des personnes de 65 ans et plus), ainsi que les douleurs dans l'épaule, la nuque ou le bras (près de 40 %). Par ailleurs, 15 à 20 % des personnes âgées

¹³ L'étude «*Global Burden of Disease*» de 2013 distingue les catégories suivantes de maladies non transmissibles [328]: cancer; maladies cardiovasculaires; maladies des voies respiratoires chroniques; cirrhose du foie; maladies de l'appareil digestif; maladies neurologiques (démence, etc.); troubles psychiques et abus de substances; diabète, maladies urogénitales, du sang et métaboliques; troubles musculo-squelettiques.

¹⁴ Selon les statistiques des causes de décès établies par l'Office fédéral de la statistique, la maladie désignée comme première cause de décès est celle apparaissant au début du déroulement d'une maladie. L'enchaînement des événements est donc déterminant [voir 329].

¹⁵ Les causes de décès en relation avec les organes respiratoires incluent également les maladies infectieuses des voies respiratoires telles que la pneumonie et la grippe. Les pneumonies sont responsables de près de 2 % de tous les cas de décès de personnes de 65 ans et plus [66].

¹⁶ La pneumonie est une maladie infectieuse. Sa fréquence augmentant avec l'âge, elle vient compléter la liste des maladies non transmissibles.

disent avoir suivi un traitement médical dans la dernière année, en raison d'une arthrose ou d'arthrite rhumatoïdale [55]. Une fois ménopausées, les femmes sont particulièrement sujettes à l'ostéoporose: 12 % des 65–74 ans et 18 % des plus de 75 ans indiquent avoir suivi un traitement contre l'ostéoporose durant les douze derniers mois [61].

Les taux d'incidence et de prévalence des **pathologies de la démence** dont la manifestation la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer, augmentent de manière significative avec l'âge. Dans le groupe d'âge des 65–69 ans, moins de 2 % des personnes sont atteintes de démence, contre 13 % des 80–84 ans et une personne sur trois chez les 90 ans et plus [70]. Aujourd'hui, plus de 110 000 personnes en Suisse souffrent de démence et 25 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Deux tiers des personnes concernées sont des femmes, ce qui s'explique par le plus grand nombre de femmes atteignant un âge très élevé [70].

3.4 Santé psychique et maladies

De grandes disparités se manifestent dans la santé physique, mais aussi la santé psychique des personnes âgées. Si l'on considère l'ensemble des personnes âgées, un phénomène apparaît, que l'on nomme le paradoxe de l'âge: grâce à des capacités élevées d'adaptation et d'autorégulation (coping adaptatif), le bien-être psychique des personnes âgées ne diminue pas, malgré une dégradation des capacités physiques et cognitives, et se stabilise même à un niveau élevé [71]. La santé psychique des personnes âgées qui vivent dans leur foyer peut s'observer notamment à l'aide des indicateurs suivants:

- **Satisfaction dans la vie:** les personnes âgées sont généralement plus satisfaites de leur vie que les jeunes et neuf personnes retraitées sur dix sont satisfaites voire très satisfaites de leur qualité de vie [55, 63].
- **Energie et vitalité:** aucun autre groupe d'âge ne se sent aussi souvent épuisé d'énergie et de vitalité que les 65–74 ans (près de 72 % des personnes interrogées). Seule la tranche d'âge des 75 ans et plus présente une énergie et une vitalité moindres que la moyenne des autres groupes d'âge [55].

- **Optimisme et bien-être:** l'optimisme et le bien-être augmentent avec l'âge et diminuent seulement chez les personnes très âgées. Entre 65 et 74 ans, 72 % des personnes affichent des valeurs très élevées d'optimisme et de bien-être. A partir de 75 ans, ces valeurs baissent pour s'établir à 55 % [63].

La conviction de pouvoir organiser sa vie de manière autonome (maîtrise de soi ou *mastery*) est une ressource personnelle essentielle. De manière analogue aux indicateurs de santé psychique susmentionnés, cette ressource est prédominante chez les personnes retraitées [55].

Le processus de vieillissement ne s'accompagne pas d'un taux global de maladies psychiques plus élevé, à l'exception des maladies organiques du cerveau, notamment les cas de démence¹⁷, qui augmentent avec l'âge [72, 73]. Mais il ne faut pas sous-estimer les contraintes psychiques qui pèsent sur les personnes âgées. Près de 4 % des 65–74 ans disent souffrir fortement de troubles psychiques, et 11 % moyennement [55]. Chez les plus de 75 ans, ces valeurs sont respectivement de 3 % et 15 %. Selon Schuler et Burla [74], d'un point de vue clinique, une souffrance psychique moyenne indique la présence probable d'une maladie psychique; une souffrance psychique forte renforce quant à elle cette probabilité. Chez 15 à 18 % des personnes à la retraite, la présence d'une maladie psychique au moins est probable. Des études internationales montrent qu'un quart des plus de 65 ans pourraient souffrir d'au moins une maladie psychique [72, 75]. En Suisse, les maladies psychiques les plus répandues chez les personnes âgées sont (voir [76, 77]):

- Les dépressions (*major depressions*), dont souffrent 17 à 22 % des personnes âgées (variations en fonction de l'âge et du niveau de gravité) [55].
- Les maladies anxieuses, survenant chez 3 à 15 % des personnes et qui englobent les phobies spécifiques comme les troubles anxieux généralisés [76].
- Le délire, dont les symptômes clés sont des troubles aigus de l'attention, de la concentration, de la pensée, de la mémoire et de la psychomotricité, concerne quant à lui 1 à 2 % de la population en générale et près de 14 % des plus de 85 ans [72, 78].

¹⁷ Pour les pathologies de la démence, voir chapitre 3.3.

- L'abus de substances et la dépendance aux substances, les hommes et les femmes présentant un risque chronique de consommation d'alcool à peu près équivalent (5 à 6 % des personnes), alors que l'ivresse ponctuelle touche nettement plus souvent les hommes que les femmes [55]. La prise d'antalgiques, de tranquillisants et de somnifères augmente fortement avec l'âge et est associée à un risque de dépendance non négligeable, notamment chez les femmes [79, 80].
- Les troubles du sommeil sont plus fréquents avec l'âge et sont souvent la conséquence, mais aussi la cause d'autres maladies. L'enquête suisse sur la santé publiée en 2012 révèle que près d'un tiers des 65 ans et plus souffrent de troubles du sommeil, valeur qui avoisinerait les 50 % selon d'autres sources [77]. Les femmes sont plus sujettes aux troubles du sommeil que les hommes [55].

Les maladies psychiques, notamment les dépressions, peuvent également entraîner une propension au suicide. Le suicide accompli devient plus fréquent avec l'âge, en particulier chez les hommes âgés et veufs¹⁸. Si l'on omet le suicide assisté, le taux de suicide chez les hommes âgés est deux fois (65 à 84 ans) à quatre fois (85 ans et plus) plus élevé que dans la population masculine en général [66].

Enfin, l'isolement social et la solitude sont des défis psychosociaux majeurs entraînant de graves conséquences sanitaires (voir chapitre 19.4).

3.5 Multimorbidité

Les personnes âgées présentent souvent de multiples comorbidités: elles sont atteintes de deux ou plusieurs affections chroniques simultanément. Les polyopathologies augmentent fortement à partir de l'âge moyen. Si 13 % des 50–64 ans vivant dans un ménage privé présentent simultanément deux ou plusieurs maladies chroniques, ils sont 25 % chez les 65–79 ans et plus de 41 % chez les 80 ans et plus [81]. La présence simultanée de plusieurs maladies chro-

niques entraîne une vulnérabilité accrue et a des conséquences négatives sur l'autonomie et la capacité fonctionnelle, la gravité des pathologies et les frais thérapeutiques [54, 61, 74]. Les maladies physiques s'accompagnent souvent de pathologies psychiques. Ainsi, trois quarts des personnes éprouvant une souffrance psychique forte présentent également des troubles physiques importants [74]. Chez les personnes très âgées notamment, les souffrances psychiques et les troubles physiques sont également renforcés par les limitations sensorielles telles que les handicaps auditifs et visuels (voir chapitre 3.7).

3.6 Les chutes

L'incidence des chutes chez les seniors est nettement plus élevée [82, 83]. Une personne sur quatre (25 %) de 65 ans et plus vivant dans un ménage privé suisse fait l'expérience d'une chute au moins une fois par an¹⁹ [84]. La fréquence des chutes augmente avec l'âge et à partir de 80 ans, 30 % des personnes vivant de manière autonome chez elles tombent au moins une fois par an [60]. Bon nombre d'entre elles tombent même plusieurs fois dans l'année [55]. Entre 2002 et 2012, la part des seniors ayant chuté au moins une fois dans l'année a même augmenté [61]. La moitié des chutes des 65 ans et plus survient au domicile privé, un quart (26 %) dans une infrastructure publique (trottoirs, rues, etc.) et 10 % dans la nature [85]. Trois quarts de toutes les chutes de ce groupe d'âge surviennent au niveau du sol, après avoir trébuché ou dérapé, et les autres chutes surviennent à part égale dans les escaliers ou depuis une certaine hauteur [82].

3.7 Santé fonctionnelle et limitations

Les tendances décrites précédemment concernant la santé et la maladie caractérisent l'ampleur de la santé fonctionnelle des seniors. Autre ressource corporelle contribuant largement à la santé fonc-

¹⁸ Si le risque d'une tentative de suicide est le plus important chez les 16–29 ans, les taux de suicide accompli, notamment chez les hommes aux troisième et quatrième âge, est nettement plus élevé que chez les plus jeunes [330].

¹⁹ Du fait de leurs capacités fonctionnelles plus dégradées, les seniors vivant dans des maisons de retraite tombent nettement plus souvent que ceux du même âge vivant chez eux de manière autonome: 39 % des personnes non autonomes de 65 ans et plus font au moins une chute par an [84].

tionnelle: la force physique [86]. Une bonne santé fonctionnelle est déterminante pour pouvoir mener une vie autonome. La capacité d'organiser et d'assumer de manière autonome son quotidien en tenant compte de ses besoins et de ses souhaits en dit généralement plus long sur la qualité de vie des seniors que la présence de telle ou telle maladie [54]. La santé fonctionnelle est évaluée en fonction des indicateurs d'«activités instrumentales de la vie quotidienne» (*instrumental activities of daily living, IADL*) et d'«activités de la vie quotidienne» (*activities of daily living, ADL*) [54, 87]. On peut parler de limitations de la santé fonctionnelle lorsqu'une personne ne peut accomplir seule, ou avec de grosses difficultés, au moins l'une des activités de la vie quotidienne suivante [87]:

- Les activités instrumentales de la vie quotidienne (*instrumental activities of daily living, IADL*) telles que préparation autonome des repas, courses, accomplissement des tâches ménagères ou utilisation des transports publics. En Suisse, une personne sur cinq de plus de 65 ans vivant dans un ménage privé ne peut accomplir au moins une activité instrumentale du quotidien, ou seulement avec de grosses difficultés [87, 88]. Ces limitations augmentent avec le temps et 38% des 80 ans et plus ne peuvent accomplir au moins une activité instrumentale du quotidien, ou seulement avec difficulté.
- Les activités de la vie quotidienne (*activities of daily living, ADL*) telles que le fait de s'alimenter seul, se mettre au lit et sortir du lit, s'habiller et se déshabiller, se doucher ou aller aux toilettes. En Suisse, 3% des plus de 65 ans vivant dans un ménage privé sont concernés par des limitations complètes ou importantes d'au moins une activité quotidienne [87, 88]. Chez les personnes très âgées (80 ans et plus), elles concernent même 8% des personnes vivant chez elles.

Ces deux indicateurs montrent que les seniors jouissent d'une bonne santé fonctionnelle. Les limitations fonctionnelles et la dépendance en termes de soins ou d'assistance qui en résultent²⁰ augmentent généralement au quatrième âge seulement. Mais au troisième comme au quatrième âge, il existe de

fortes disparités individuelles en matière de santé fonctionnelle. Dans l'ensemble, même au quatrième âge, la part de personnes considérablement limitées dans leurs activités de la vie quotidienne et dépendantes de soins est plutôt faible. En revanche, la part de personnes âgées présentant des limitations de leurs activités instrumentales de la vie quotidienne est nettement plus importante et la nécessité des soins plus répandue.

Les limitations fonctionnelles surviennent en particulier en présence de plusieurs maladies physiques ou psychiques chroniques, de troubles sensoriels (handicap visuel et auditif) et de restrictions de la mobilité. La plupart des personnes retraitées vivant dans un ménage privé ne présentent pas ou peu d'atteintes auditives, visuelles, de la parole ou de la capacité de marcher. Ces atteintes se répartissent comme suit au sein des 75 ans et plus [55]:

- 1% ne peuvent s'exprimer ou bien avec de grosses difficultés;
- plus de 3% présentent une atteinte totale ou très importante des capacités auditives de sorte qu'il est impossible ou très difficile de suivre une conversation entre deux personnes;
- 4% présentent des limitations très importantes ou importantes des capacités visuelles de sorte qu'il leur est impossible ou très difficile de lire un livre (même avec des lunettes);
- plus de 13% des seniors sont limités dans leurs déplacements et ne peuvent parcourir 200 mètres sans assistance ou sans s'arrêter.

²⁰ La dépendance aux soins se mesure en fonction de la capacité à réaliser de manière autonome des activités de la vie quotidienne. Les situations nécessitant une assistance se mesurent en fonction de la capacité à réaliser de manière autonome des activités instrumentales de la vie quotidienne [113].

INFOBOX: Inégalités en matière de santé des seniors

Les maladies, accidents et problèmes de santé mentionnés au chapitre 3 se répartissent de manière inégale au sein de la population des personnes âgées. La santé, et par conséquent les différents profils de santé et de maladie, résulte de l'interaction complexe des déterminants suivants [89]:

- âge, sexe et dispositions génétiques;
- facteurs relatifs au style de vie et au comportement individuel en matière de santé (p. ex. habitudes alimentaires, en matière d'activités physiques, consommation de tabac et d'alcool ou encore violence domestique ou publique);
- réseaux sociaux et communaux, autrement dit l'intégration sociale dans différents réseaux sociaux (cercle d'amis, famille, associations, commune ou quartier);
- conditions de vie et de travail telles que formation, environnement résidentiel, transports, statut social, système de santé ainsi que profession et situation de travail;
- conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales telles que législation, développement économique, espaces de vie et avancées techniques.

Dans toutes les phases de la vie, on constate de grandes disparités en matière d'espérance de vie et de prévalence des maladies, en relation avec les disparités de statut socioéconomique, autrement dit concernant les conditions matérielles et le niveau de formation [90]. Par ailleurs, il existe de fortes disparités entre les hommes et les femmes en matière de santé. Ces disparités portent notamment sur l'espérance de vie, le taux de suicide, la diffusion des MNT telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et les pathologies de la démence, mais aussi le comportement en matière de santé et le recours aux prestations médicales et de soins. Le rapport sanitaire suisse axé sur le genre propose un aperçu différencié sur ces différences entre les genres [91]. Le monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse [92, 93] montre également que le statut migratoire d'une personne intervient aussi au niveau de la santé, du comportement en matière de santé et du recours aux prestations médicales. Les inégalités en matière de santé sont un thème central dans le domaine de la santé, des soins médicaux et de la promotion de la santé des personnes âgées. Le chapitre 21 se consacre plus en détail aux disparités en matière de santé.

4 Dépenses de santé dans une société vieillissante

Depuis le milieu du XX^e siècle, les dépenses de santé en Suisse augmentent généralement plus vite que l'économie globale. La part des frais de santé dans le produit intérieur brut (PIB) a plus que doublé au cours des 50 dernières années. En 2013, les dépenses liées aux prestations de santé se montaient à près de 70 milliards de francs soit 10,9 % du PIB [94]. En 1995, les dépenses de santé constituaient 8,8 % du PIB et en 1960, 4,9 % seulement [95].

Pour mieux comprendre les dépenses de santé, il suffit de les répartir en fonction du type de prestation, des problèmes de santé générant des coûts, de l'âge des personnes traitées et des sources de financement [96]:

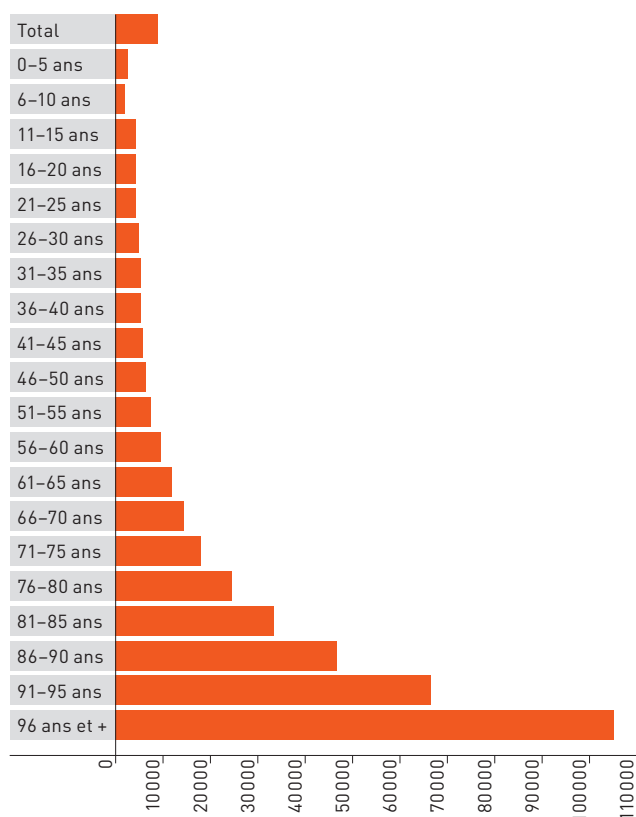
- **Types de prestations:** en 2013, un peu moins de la moitié (45 %) des dépenses de santé sont imputables aux traitements stationnaires, 34 % aux traitements ambulatoires, 10,6 % à la vente de produits de santé comme les médicaments et 4,3 % aux frais administratifs, 3,4 % aux autres prestations et 2,2 % à la prévention.
- **Problèmes de santé générant des coûts:** les maladies non transmissibles ont occasionné en 2011 près de 80 % des frais de santé directs en Suisse [97]. Les frais directs se répartissent comme suit:
 - maladies cardiovasculaires: CHF 10,3 milliards;
 - troubles musculo-squelettiques: CHF 8,7 à 11,4 milliards;
 - pathologies psychiques: CHF 4,0 à 6,3 milliards;
 - cancers: CHF 4,0 à 5,0 milliards;
 - affections chroniques des voies respiratoires: CHF 1,6 à 3,9 milliards;
 - démence: CHF 1,0 à 2,5 milliards²¹;
 - diabète: CHF 0,8 à 1,0 milliard.

La part des maladies autres que MNT (blessures ou maladies transmissibles) se monte à près de 15 % et celles concernant les cas non pathologiques (grossesses normales et naissances) à près de 5 %.

- **Dépenses de santé en fonction de l'âge:** les frais de santé ne sont pas répartis de manière uniforme entre les différentes catégories d'âge et augmentent fortement avec l'âge (voir illustration 2). L'Office fédéral de la statistique [60] estime que les dépenses générales de santé pour les 60 ans et plus sont à peu près équivalentes aux dépenses des moins de 60 ans, alors que les premiers ne constituent que 23 % de la population globale. Près d'un tiers (30 %) des dépenses

ILLUSTRATION 2

Dépenses de santé en 2013 par âge, en francs par habitant. Source: [98]



²¹ La stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 [186] dresse un état des lieux des coûts élevés de la démence. Ainsi les coûts directs de la démence se montaient en 2009 à 3,9 milliards de francs.

générales de santé sont générées par les 75 ans et plus, alors qu'ils ne constituent que 8 % de la population globale [60].

- **Sources de financement:** une analyse des principaux contributeurs directs montre qu'en 2013, près de 43 % des prestations dans le domaine de la santé étaient supportées par les assurances sociales (assurances maladie et accidents), 24 % par les ménages privés et 20 % par l'Etat (notamment par les cantons).

La hausse de la prévalence des maladies et des limitations chez les seniors (voir chapitre 3), ainsi que l'augmentation avec l'âge des dépenses de santé, ont donné lieu à un débat visant à déterminer dans quelle mesure il y a interaction entre le vieillissement démographique et l'évolution des dépenses dans le domaine de la santé. Concernant la politique de santé, il est donc judicieux de se demander dans quelle mesure le vieillissement démographique va générer à l'avenir une hausse plus importante des coûts.

4.1 Vieillesse démographique et dépenses de santé

Les répercussions du vieillissement démographique sur les dépenses de santé ne sont pas clairement établies et le rapport de cause à effet n'a pas été à ce jour défini de manière définitive [99, 100]. Le débat correspondant doit intégrer les résultats empiriques suivants:

- Les économistes de la santé mettent en garde contre l'équation simpliste visant à dire que les dépenses de santé augmentent avec l'âge. Bon nombre d'entre eux expliquent que ce n'est pas l'âge, mais les années restant à vivre qui sont déterminantes dans le calcul du montant des dépenses de santé. Se basant sur des données suisses, Zweifel et al. [101] ont démontré que les besoins les plus importants en prestations de santé – et les frais élevés qui y sont liés –, surviennent durant la dernière année de vie, quel que soit l'âge de la personne. L'Office fédéral de la statistique confirme que les frais de santé, durant la dernière année de vie, sont environ dix fois plus élevés que ceux d'une personne survivante

du même âge [102]. Les dépenses moyennes de santé plus élevées des seniors sont dues au fait que lorsque l'âge augmente, la part des personnes dans leur dernière année de vie augmente. Selon Zweifel et al., cette relation atténuée l'influence de l'augmentation de l'espérance de vie sur la hausse des dépenses de santé.

- L'Organisation mondiale de la santé indique que la fréquence accrue des maladies chez les seniors n'implique pas nécessairement que les prestations du système de santé soient utilisées de manière plus intensive [54]. Des données suisses ou provenant d'autres pays européens montrent que les personnes âgées avec un statut socioéconomique bas recourent moins souvent, à besoin égal, à des prestations médicales que des personnes du même âge plus aisées [103]. Cela est particulièrement vrai pour les prestations de médecins spécialistes ou de dentistes, mais moins pour les hospitalisations et les consultations de médecins généralistes. Les personnes particulièrement atteintes (maladies, douleurs) ne recourent pas nécessairement à des prestations médicales (coûteuses) [voir 104].
- L'évolution des coûts de santé est influencée par différents facteurs de coûts. La hausse des dépenses de ces dernières années s'explique en grande partie par des facteurs ne relevant en rien de l'âge de la population et du nombre de seniors dans la société [19, 105–109]. Cette hausse des dépenses est induite en grande partie par l'évolution de la demande des patients et les progrès. Ces derniers ouvrent en effet de nouvelles perspectives de soins, bien plus coûteuses, qui augmentent le volume de soins par patient.

Dans ce contexte, des études récentes concluent que le vieillissement démographique devrait contribuer à accroître les dépenses de santé à l'avenir [107, 109, 110]. Autrement dit, la consommation de prestations médicales et de soins augmente également au sein d'une population vieillissante, indépendamment des frais de santé durant la dernière année de vie [voir 19, 54]. En revanche, les avis divergent sur l'étendue précise de la hausse future des dépenses de santé liée au vieillissement démographique.

4.2 Hausse des dépenses avant tout dans le domaine des soins de longue durée

En revanche, les experts s'accordent sur le fait que les coûts des soins de longue durée et plus généralement des soins aux personnes âgées vont probablement augmenter du fait du vieillissement démographique, tandis que les coûts des soins aigus devraient être comparativement moins exposés à ces influences [13, 107, 109, 111, 112].

Les très nombreux baby-boomers atteignant le troisième puis le quatrième âge, le nombre de personnes âgées augmente en Suisse. Parallèlement à cette hausse, qui concerne notamment les personnes très âgées, les besoins en prestations de santé augmentent également. D'ici à 2030, le nombre de personnes dépendantes passera probablement de 125 000 à plus de 180 000, soit une hausse de 46 % [113], si rien ne change fondamentalement en matière d'exposition aux risques, d'efforts de prévention et de possibilités thérapeutiques. La hausse du nombre de personnes dépendantes de soins devrait également s'accompagner d'une augmentation du nombre de personnes ayant besoin d'aide dans leurs activités instrumentales de la vie quotidienne, comme la cuisine et les courses (voir chapitre 3.7).

Comparativement aux autres dépenses de santé, les dépenses dans le domaine des soins (établissements médico-sociaux et services de soins à domicile) ont déjà connu récemment une forte croissance: entre 1995 et 2013, soit en moins de 20 ans, ces dépenses ont plus que doublé [114]. En 2013, les dépenses en matière de soins se montaient à plus de 11 milliards de francs, soit plus de 16 % des dépenses totales de santé. Les dépenses concernant les établissements médico-sociaux se montaient en 2013 à 9,2 milliards de francs, ou encore à 25 millions de francs par jour; les dépenses relatives aux services de soins à domicile s'établissaient la même année à près de 2 milliards de francs, soit 5 millions de francs par jour [114].

Une étude de l'Université de Bâle publiée il y a peu prévoit une très forte hausse des dépenses de soins en Suisse, compte tenu du nombre croissant de personnes dépendantes et de l'évolution du coût des soins [115]. Si le taux actuel de personnes âgées dépendantes se stabilise à l'avenir également, les

dépenses de soins d'ici à 2035 augmenteront réellement de 177 % ou de 4,7 % par an. Mais si la prévalence des besoins en soins des seniors augmente, les dépenses de soins augmenteront de 233 % d'ici à 2035. Cette hausse des dépenses sera très variable d'un canton à l'autre.

Une étude réalisée par l'Administration fédérale des finances table également sur une hausse du coût des soins et prévoit que la part des dépenses de soins dans les dépenses générales de santé doublera d'ici à 2060 [111]. Le système de financement actuel des hôpitaux, mais aussi des soins de longue durée des plus de 65 ans, laisse penser que la majorité des charges financières supplémentaires liées à l'augmentation des dépenses de santé seront à la charge des cantons et des communes [13, 111].

4.3 Vieillir en bonne santé contribue considérablement à freiner l'évolution des coûts

Comme l'illustre l'exemple des dépenses de soins, la croissance future des dépenses liée au vieillissement démographique dépend également de l'état de santé des personnes âgées²². La prévalence des maladies et la dépendance des seniors ont une influence déterminante [19, 113]. L'amélioration de la santé et de l'autonomie des personnes âgées est susceptible de freiner fortement la hausse des coûts liée au vieillissement démographique. Inversement, un allongement de la durée de vie avec une santé déficiente et la dépendance qui l'accompagne peuvent renforcer la hausse des coûts [113].

Dans les pays fortement développés et riches, la durée de vie associée à un handicap et des besoins intensifs de soins et d'assistance semble se réduire, malgré la hausse des maladies chroniques [59, 116]. Ce phénomène, connu sous le nom de «compression de la morbidité» [117], ne survient pas dans tous les pays d'Europe [100]. En Suisse, la morbidité sévère s'est généralement réduite à une phase relativement courte à la fin de la vie. En effet, l'allongement de l'espérance de vie s'est accompagné ces 30 dernières années d'une hausse du nombre d'années de vie en bonne santé [61, 113].

²² Une étude actuelle de l'Université de Bâle montre que la croissance future des dépenses de santé n'est pas seulement influencée par l'évolution de la prévalence des besoins de soins, mais qu'un déplacement accru vers les soins ambulatoires pourrait considérablement réduire la hausse des dépenses [115].

Les tendances positives de ces dernières décennies ne se stabilisent pas nécessairement, compte tenu de l'évolution constante des conditions de vie [77, 118]. Ainsi, des données sur la situation aux Etats-Unis font état d'un renversement de tendance possible de la durée de vie avec un handicap [119]. Aux Etats-Unis, en raison de la prévalence croissante de l'adiposité et des maladies associées telles que le diabète, la prochaine génération de seniors pourrait nécessiter davantage de soins et d'assistance que la génération actuelle des seniors. Egalement en Suisse, l'OCDE et l'OMS redoutent une augmentation des risques sanitaires, compte tenu de l'évolution des modes de vie [120].

Dans ce contexte, et dans la perspective des futures décisions politiques dans le domaine des finances publiques et de la santé, il convient de se poser la question suivante: dans quelle mesure les évolutions possibles de la prévalence des maladies et des besoins en soins des seniors influent-elles sur l'évolution des dépenses de santé? Les modèles de calcul correspondants et les scénarios d'évolution évoqués au chapitre 4.2 concernant les dépenses de soins présentent naturellement de nombreuses incertitudes. Mais la politique budgétaire et de santé est appelée à tenir compte des évolutions sur le long terme, telles que le vieillissement démographique, et à chercher des leviers possibles aboutissant à des mesures de pilotage et de correction²³. En Suisse, deux études réalisées récemment ont développé des scénarios relatifs à l'influence de la santé des seniors sur l'ensemble des dépenses de santé.

Les scénarios relatifs à l'évolution du système de santé d'ici à 2060, présentés il y a peu par le Conseil fédéral [13], reposent sur l'hypothèse que le cadre légal actuel reste inchangé. Ils visent à illustrer le degré d'impact d'une simple évolution de la santé des seniors sur l'évolution des dépenses de santé. Le scénario de référence de l'étude se base sur l'hypothèse que la population puisse passer la moitié des années de vie supplémentaires en bonne santé (extension partielle de la morbidité). L'étude est parvenue aux résultats suivants:

- Comparativement au scénario de référence, les dépenses de santé devraient s'accroître à l'avenir de plus de 1 % du produit intérieur brut (PIB),

si les années de vie supplémentaires s'accompagnent d'une mauvaise santé et de besoins de soins (*pure ageing*).

- Si l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne en revanche d'une progression équivalente du nombre d'années en bonne santé, les dépenses de santé devraient être inférieures de 1 % du PIB par rapport au scénario de référence (*healthy ageing*).
- Si l'on parvient à réduire le nombre absolu d'années de vie perdues par la maladie et les besoins de soins, les dépenses de santé devraient même être inférieures de 2 % du PIB au scénario de référence (*compression of morbidity*).

En 2013, 1 % du PIB correspondait à un volume de dépenses de 6,3 milliards de francs et 2 % du PIB à 12,6 milliards de francs. Selon ce modèle de calcul, la hausse future des dépenses de santé devrait être inférieure de près de 40 % si les années de vie marquées par la maladie et les besoins en soins peuvent être réduites (*compression of morbidity*).

Une étude comparable de l'Office fédéral de la statistique [14] souligne également l'importance économique que revêt le maintien en bonne santé de la population âgée. Cette étude montre que les dépenses de santé en 2030 devraient être inférieures de plus de 11 milliards si la santé des seniors peut être améliorée.

Sur la base de cette étude, le Conseil fédéral a fait la déclaration suivante: «A la lumière des scénarios présentés, l'objectif de promotion de la santé des seniors prend une dimension toute particulière» [13]. Si les modèles de calcul utilisés présentent de nombreuses incertitudes, ils permettent toutefois de tirer la conclusion suivante: l'importance économique d'une promotion efficace de la santé chez les seniors augmente au même rythme que le vieillissement démographique. Le ralentissement de la hausse des dépenses du fait de l'amélioration de la santé des seniors profite en particulier aux principaux contributeurs directs du système de santé, à savoir les assurances sociales, les cantons et les ménages privés, autrement dit les personnes âgées.

²³ L'article 8 de l'ordonnance sur les finances de la Confédération jette les bases juridiques de scénarios d'évolution sur le long terme qui éclairent l'évolution des finances aux trois niveaux de l'Etat.

5 Preuves de l'efficacité de la promotion de la santé des personnes âgées

La santé et le bien-être des personnes âgées se préparent dès le plus jeune âge (voir chapitre 3). Afin d'optimiser les chances de vieillir en bonne santé, il est souhaitable de préserver et promouvoir la santé tout au long de la vie.

Une fois à la retraite, la santé peut encore être améliorée ou tout au moins préservée, par le biais de mesures ciblées de promotion de la santé et de prévention. Le projet européen «*Healthy Ageing*» considère d'ailleurs que les gains de santé (*health gains*) apportés par la promotion de la santé et la prévention sont les plus importants chez les seniors [121]. En effet, chez les seniors, le risque de maladie et d'accident, mais aussi les conséquences négatives des maladies et des accidents, sont particulièrement importants.

L'efficacité des mesures de promotion de la santé est difficilement mesurable avec précision et ce d'autant plus lorsque une intervention, un projet ou un programme est complexe (voir chapitre 15; [122]). La promotion de la santé des personnes âgées est un thème encore relativement nouveau, à degré d'innovation élevé et pour lequel des données scientifiques n'existent encore que dans une mesure restreinte. Cependant, l'efficacité de mesures relativement simples, axées sur le comportement, telles que des programmes d'entraînement, est aujourd'hui avérée dans de nombreux domaines [123]. C'est par exemple le cas de la prévention des chutes et de la promotion de l'activité physique, de la santé psychique et d'une alimentation équilibrée.

La prévention des chutes: la fréquence des chutes peut être réduite de 30 à 50 % grâce à un entraînement adapté [1–4]. En cas de chute, les personnes qui ont suivi un entraînement physique subissent nettement moins souvent des blessures légères à graves que les personnes du même âge n'ayant suivi aucun entraînement de la musculature et de l'équilibre [124, 125]. Ces résultats induisent un potentiel considérable de réduction des coûts, les dépenses occasionnées par les chutes de seniors en Suisse

se montant à 1,4 milliard de francs [82]. La prévention d'une seule fracture du col du fémur permet d'économiser des frais d'hospitalisation de près de 15 000 francs [126].

Promotion de l'activité physique: l'activité physique des personnes âgées permet non seulement d'éviter ou de retarder l'apparition de nombreuses maladies physiques et psychiques, mais exerce également une influence positive sur les souffrances chroniques existantes (voir chapitre 17.1): maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires et les troubles musculo-squelettiques, troubles affectifs tels que dépressions et troubles anxieux, mais aussi pathologies cognitives telles que démence [8, 9, 127–130]. Un exercice régulier permet de réduire le risque d'être atteint de démence de 14 %, ou retarde leur apparition de deux à trois ans [6]. Par ailleurs, les personnes atteintes de démence voient leurs fonctions cognitives s'améliorer grâce à un exercice physique régulier [131, 132]. L'activité physique des seniors permet également de prévenir et réduire la graisse corporelle et les facteurs de risque cardiometaboliques [133, 134]. Enfin, il est largement reconnu que l'exercice physique contribue à la préservation de la santé fonctionnelle des seniors [135–139]. Le risque d'apparition ou d'aggravation d'une dépendance peut être réduit pratiquement de moitié grâce à des interventions de promotion de la santé et de maintien de la force physique [5]. Éviter le plus longtemps possible l'entrée en EMS contribue à la réduction des coûts des soins de longue durée. Une seule année de moins passée en EMS permet d'économiser en moyenne 100 000 francs environ [140].

Promotion de la santé psychique et intégration sociale: la santé psychique des seniors peut être promue par le biais d'interventions axées sur l'individu, le renforcement des structures communales et la réduction des barrières structurelles (voir chapitre 19.3). La promotion d'un style de vie sain et actif (voir ci-dessus) et des exercices de relaxation ont montré

une influence positive sur les personnes souffrant de dépressions et de troubles anxieux [7]. A l'échelon communal, des interventions en groupe, telles que la mise en place de chorales réunissant des personnes du même âge, permet de maintenir et d'améliorer la santé psychique des personnes âgées [10]. Les interventions au niveau des groupes permettent non seulement d'influer positivement sur le bien-être psychique, les maladies affectives telles que les dépressions et la qualité de vie perçue, mais aussi, par le biais de l'intégration sociale, de préserver la santé cognitive [141]. Une étude zurichoise montre également que les contacts et le soutien social permettent d'améliorer le bien-être des personnes souffrant déjà d'une atteinte cognitive [142]. Tout laisse à penser que les interventions visant la promotion de l'intégration sociale contribuent également à freiner les dépenses de santé. Une évaluation des mesures de psychothérapie en Finlande (participation à des groupes artistiques, de discussion, d'écriture ou d'activité physique) a démontré qu'elles diminuaient les coûts associés aux prestations médicales et sociales de plus d'un tiers [11].

Promotion d'une alimentation équilibrée: des études montrent que le comportement alimentaire des seniors peut être amélioré et mieux équilibré grâce à des mesures ciblées [12, 143, 144]. Ces mesures peuvent influencer positivement sur différentes fonctions physiques et psychiques (comme la baisse de l'hypertension artérielle) et, ce faisant, améliorer de manière marquée la santé des seniors [12]. Par ailleurs, il s'avère qu'après une opération, les seniors présentant un bon état nutritionnel doivent moins souvent être à nouveau hospitalisés que les personnes du même âge souffrant de malnutrition ou de dénutrition [145]. Une analyse systématique de la littérature a montré que les interventions en matière de nutrition auprès des seniors peuvent également s'accompagner d'une baisse des dépenses de santé [12].

Dans la pratique, des approches multidimensionnelles, combinant plusieurs interventions axées sur le comportement, se sont avérées particulièrement efficaces. Ainsi, la combinaison d'une activité physique et des rencontres, autrement dit la présence active au sein d'un groupe, permet d'obtenir des effets encore plus positifs sur la santé psychique qu'une activité physique pratiquée chez soi [146]. L'amélioration de la santé cognitive, également par le biais d'une combinaison d'entraînement cognitif et

d'une activité physique, est meilleure et plus durable que si elle consiste en un entraînement unidimensionnel, exclusivement cognitif ou physique [147-149]. Les interventions multidimensionnelles ont également fait leurs preuves dans la promotion de la santé des personnes très âgées et dans l'aide apportée aux soignants [150, 151].

L'association et l'ancrage durable de mesures axées sur le contexte aux mesures axées sur le comportement (telles que susmentionnées) peut accroître leur efficacité. Il est démontré que des approches d'interventions globales, qui combinent les cinq champs d'action définis dans la Charte d'Ottawa, sont les plus efficaces [152]. Ces cinq champs d'action sont les suivants: le développement d'une politique globale de promotion de la santé, la création de milieux de vie favorables à la santé, le renforcement des actions collectives axées sur la santé, le développement des compétences personnelles et la réorientation des services de santé [153].

En résumé, on peut retenir que la promotion de la santé des seniors dans son ensemble augmente la probabilité que les personnes atteignant le troisième et le quatrième âge vivent longtemps chez elles de manière autonome, en bonne santé et en bénéficiant d'une qualité de vie élevée. Elle permet également de retarder l'entrée en EMS, de réduire les besoins en soins et donc de diminuer la hausse prévue des coûts liés à la maladie, aux soins et aux infrastructures. Les personnes âgées en bonne santé pourront dès lors contribuer plus activement à la vie sociale, en soutenant leurs proches ou en exerçant une activité bénévole.

6 L'essentiel des chapitres 1 à 5 en bref

- La baisse du taux de natalité et l'allongement de l'espérance de vie sont des tendances démographiques concomitantes conduisant à un vieillissement durable de la population, qui ne peut que très partiellement être compensé par des mouvements migratoires.
- En 2030 et même avant, on comptera en Suisse plus de personnes de 65 ans et plus que de personnes de moins de 20 ans. Le nombre de personnes très âgées va s'accroître très rapidement.
- L'âge et le vieillissement résistent à toute normalisation et, en matière de santé, les disparités sont plus grandes chez les personnes âgées que dans n'importe quel autre groupe démographique.
- La majeure partie de la charge de morbidité chez les personnes âgées concerne des maladies non transmissibles (MNT). Près de 80 % des décès de personnes âgées d'au moins 65 ans ont pour cause des maladies cardiovasculaires, des cancers, des pathologies démentielles, des maladies des voies respiratoires ou un diabète. Les autres maladies et problèmes de santé couramment rencontrés par les personnes âgées sont les maladies psychiques, les troubles musculo-squelettiques, les chutes et les troubles des facultés visuelles, auditives et de mobilité.
- Les personnes âgées présentent souvent de multimorbidités: elles sont atteintes de deux ou plusieurs affections chroniques simultanément (concerne une personne sur trois à partir de 80 ans).
- Les personnes âgées disposent de ressources importantes. Grâce à leurs capacités d'adaptation psychique, les personnes âgées atteintes de maladies et de douleurs peuvent être très satisfaites de leur vie.
- Ce n'est pas le vieillissement qui explique de façon déterminante l'explosion des coûts de santé des dernières décennies, mais l'évolution de la demande de la part des patients, l'apparition de nouvelles possibilités de traitement plus coûteuses et l'augmentation du nombre de traitements par patient.
- Les coûts des soins de longue durée, en particulier, vont probablement augmenter du fait du vieillissement démographique, tandis que les coûts des soins aigus devraient être comparativement moins exposés à ces influences.
- A l'avenir, la baisse des dépenses de santé induite par une amélioration de la santé et de l'autonomie des seniors pourrait se chiffrer à plusieurs milliards de francs.
- Grâce à la promotion de la santé, les personnes du troisième et du quatrième âge ont plus de chances de vivre chez elles de manière autonome, en bonne santé, avec une qualité de vie élevée. Elle permet également de retarder l'entrée en EMS, de réduire les besoins en soins et donc de diminuer la hausse prévue des coûts liés à la maladie, aux soins et aux infrastructures.

2^e partie

Evolution et acteurs actuels de la promotion de la santé des personnes âgées

Cette partie du rapport présente de manière synthétique les stratégies déployées à l'échelle internationale et dans certains pays limitrophes de la Suisse pour maintenir le plus longtemps possible la santé et l'autonomie des personnes âgées. Il résume ensuite les mesures prises dans ce domaine en Suisse et présente les résultats d'un sondage de Promotion Santé Suisse s'avérant prometteurs pour le dévelop-

pement des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» présentés au chapitre 14. Cette partie se termine par un résumé des expériences et des résultats collectés par Promotion Santé Suisse dans le cadre du projet «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées» et utilisés dans la mise en place des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées».

7 Echelon international

Le vieillissement démographique est un problème qui touche la Suisse et l'Europe (voir chapitre 1), et qui est au cœur de la promotion de la santé et de la prévention à l'échelle internationale. L'Organisation mondiale de la santé a rédigé une stratégie mondiale axée sur le vieillissement et la santé, en cours de consultation (état: octobre 2015). Comme cela a été illustré au chapitre 1, si l'on examine les populations du monde entier, c'est dans les sociétés européennes que la part des personnes âgées dans la population globale est la plus élevée. En partant d'une structure d'âge comparable à celle de la Suisse, voici une représentation des approches et des thématiques d'action qui sont au cœur de la promotion de la santé des personnes âgées dans la Région européenne de l'OMS, en Allemagne et en France.

7.1 Région européenne de l'OMS

Le bureau de l'OMS pour la Région Europe travaille en collaboration avec les Etats membres et d'autres partenaires pour promouvoir la santé tout au long de la vie. Cette collaboration inclut des mesures visant à contrer les inégalités croissantes parmi les personnes âgées et à renforcer les systèmes de santé, afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des sociétés vieillissantes [154].

L'objectif de l'OMS pour la Région Europe est de développer des bases politiques et des structures permettant à tous de vivre dans un environnement favorable. Par ailleurs, elle souhaite garantir un accès à des offres médicales et sociales de grande qualité, adaptées et bien coordonnées. Les personnes vivant en Europe doivent également être accompagnées pour pouvoir bénéficier d'une santé fonctionnelle optimale à chaque âge de la vie, mais aussi vivre et mourir dignement [154]. Ces mesures doivent garantir un dépistage et un contrôle préventif des maladies non transmissibles.

L'OMS, pour la Région Europe, met l'accent sur les champs d'action suivants [154]:

- prévention des chutes;
- promotion de l'activité physique;
- vaccination des seniors et prévention des maladies infectieuses dans les hôpitaux et autres infrastructures;
- soutien aux proches aidants;
- mise en place de structures et de compétences en gériatrie et gérontologie;
- prévention de l'isolement social;
- assurance de la qualité des soins pour les personnes âgées, notamment dans le domaine de la démence et des soins palliatifs pour les patients de longue durée;
- prévention de la violence envers les personnes âgées.

L'obtention de preuves scientifiques est une tâche transversale qui concerne l'ensemble des champs d'action nommés [154].

7.2 Union européenne

La Commission européenne s'emploie activement à relever les défis liés au changement démographique (en matière de politique sanitaire). Elle demande, sur la plateforme Internet EuroHealthNet, que la santé d'une personne soit prise en compte tout au long de sa vie. L'investissement dans la santé des individus doit commencer dès la petite enfance et se prolonger jusqu'à un âge avancé [155].

L'initiative pilote intitulée «*European Innovation Partnership on Active Ageing*» rassemble des acteurs clés tels qu'administrations publiques, représentants de l'industrie, représentants des groupes cibles mais aussi d'autres acteurs à l'échelon national et régional. L'initiative, lancée par la Commission européenne, vise à promouvoir la recherche et l'in-

novation consacrées au vieillissement en bonne santé [156]. Ce partenariat pour un vieillissement actif met à la disposition des acteurs clés un forum qui leur permet de coopérer, créer un réseau et échanger sur des visions communes. Le partenariat doit générer un triple bénéfice pour l'Europe. Premièrement, il doit permettre aux citoyens européens à la retraite de vivre une vie active et autonome. Deuxièmement, il doit améliorer la durabilité et l'efficacité de l'accompagnement social et médical. Enfin, il se propose de favoriser l'innovation.

L'objectif de cette initiative pilote est d'accroître de deux ans l'espérance de vie moyenne en bonne santé en Europe, d'ici à 2020 [155].

7.3 Allemagne

En Allemagne, la *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* anime le programme national «*Gesund und aktiv älter werden*» (vieillir en bonne santé et rester actif). Ce programme prévoit des conférences fédérales, des conférences régionales dans tous les *Länder*, mais aussi des projets de coopération avec des associations, des hautes écoles et des fédérations actives à l'échelle nationale [157].

Dans le cadre de ce programme, la *BZgA* développe le programme de prévention national «*Älter werden in Balance*» (vieillir en harmonie). L'objectif de ce programme de prévention est de promouvoir la santé et la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus, par le biais de l'activité physique, mais aussi de retarder la survenue de la dépendance. Les mesures multimodales du programme visent à garantir simultanément l'entretien et l'amélioration de la santé physique et psychique, le bien-être et l'intégration sociale.

IN FORM est une initiative de l'Allemagne pour une alimentation saine et plus d'activité physique. Avec le plan d'action national IN FORM, le gouvernement fédéral allemand souhaite que les enfants grandissent en meilleure santé, que les adultes mènent une vie plus saine et que tous bénéficient d'une meilleure qualité de vie. Son objectif: réduire sensiblement les maladies dues à un mode de vie peu sain, une alimentation peu variée et un comportement sédentaire. Les seniors sont également ciblés par ce plan d'action [158].

7.4 France

En France, c'est l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui chapeaute la promotion de la santé et la prévention à l'échelle nationale. Dans le cadre de son programme «Vieillir en bonne santé», l'Institut souhaite contribuer à l'autonomie des personnes âgées et renforcer les compétences des professionnels travaillant avec les seniors et leur famille.

L'INPES cible les personnes de 55 ans et plus et fournit à ce groupe cible des informations et des conseils leur permettant de préserver leur santé. Les publications de l'INPES traitent notamment de l'activité physique, de l'alimentation, des fonctions cognitives, du sommeil, des émotions, des accidents du quotidien et de la prévoyance médicale.

L'INPES emploie également des spécialistes travaillant directement auprès des personnes âgées. Des instruments pour la prévention et l'éducation à la santé sont proposés ci-après, notamment sur les thèmes de la prévention des chutes, de l'alimentation ou encore des risques climatiques [159].

8 La Suisse – échelon national

La Suisse dispose de bon nombre d'actions de promotion de la santé et de prévention, au niveau national, qui ciblent les seniors de manière explicite ou implicite. A ce jour, il n'existe cependant en Suisse aucun programme national dédié à la promotion de la santé des personnes âgées.

Au niveau de l'administration fédérale, il existe quatre programmes nationaux: «Alcool», «Tabac», «Alimentation et activité physique» et «Migration et santé». Ces programmes ont été commandés par le Conseil fédéral et sont mis en œuvre sous la responsabilité de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 et la stratégie pour les soins de longue durée ont un lien explicite avec le groupe cible des personnes âgées.

A partir de 2017, les quatre programmes nationaux seront remplacés par une stratégie MNT nationale faisant partie intégrante du concept «Santé2020» du Conseil fédéral [160]. Cette stratégie a été souhaitée par le Dialogue de la Politique nationale de la santé – la plateforme commune de la Confédération et des cantons – et est développée depuis octobre 2015 par l'Office fédéral de la santé, en collaboration avec les cantons et d'autres partenaires. La stratégie vise la prévention des maladies non transmissibles et traite les questions relatives au tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les comportements sédentaires et une alimentation déséquilibrée, qui sont les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles (voir chapitre 14.1).

L'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) joue un rôle clé dans le domaine de l'alimentation des seniors. Il est responsable de la mise en œuvre de la stratégie alimentaire suisse, dont l'objectif est de permettre à tout un chacun de se nourrir de manière durable et saine et d'adopter un mode de vie sain [161].

Au niveau de l'administration fédérale, l'Office fédéral du sport (OFSP) est également un acteur clé de la promotion de la santé chez les personnes âgées. La collaboration, qui est multisectorielle, implique également l'Office fédéral des routes (OFROU), l'Office fédéral du développement territorial (ARE) et l'Office fédéral de l'environnement (OFEV).

9 Cantons

Du fait du système fédéral suisse, les conditions-cadres sont très variables parmi les 26 cantons. Chaque canton dispose d'une loi sur la santé et d'un système de santé propres, avec des fonctionnements et des structures organisationnelles variées.

Les chapitres 9.1 à 9.3 suivants s'appuient sur les résultats d'un sondage et d'un atelier regroupant différents acteurs, réalisés au printemps et à l'été 2015 par Promotion Santé Suisse. Pour le sondage écrit, un questionnaire a été adressé aux responsables des services de santé et/ou sociaux des 26 cantons suisses et aux responsables des questions relatives aux personnes âgées dans les communes de Lausanne, Lugano, Lucerne, Winterthour et Zurich. Le sondage était axé sur les besoins et les objectifs en matière de promotion de la santé des personnes âgées. Le taux de retours a été de 80,6 %, ce qui correspond à 25 questionnaires complétés.

Ensuite, Promotion Santé Suisse a constitué un groupe d'experts qui, lors d'un atelier, ont étudié et développé les résultats du sondage. Le sondage écrit s'adressait exclusivement à des organes étatiques, mais d'autres acteurs ont été associés dans le cadre de l'atelier. Les principaux résultats obtenus sont présentés ci-après.

9.1 Ancrage juridique de la promotion de la santé des personnes âgées

L'ancrage juridique dans les cantons peut prendre différentes formes: lois, ordonnances et directives sur la promotion de la santé des personnes âgées, lignes directrices et concepts stratégiques. Un classement de l'ancrage juridique (très solide, solide, moyen, faible et très faible) a été défini lors de l'évaluation des résultats du sondage.

INFOBOX: Ancrage juridique de la promotion de la santé des personnes âgées dans le canton d'Argovie

Selon la loi sur la santé, entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2010, le canton est compétent en matière de promotion de la santé et de prévention, et les communes le soutiennent dans sa mise en œuvre. La promotion de la santé des personnes âgées n'est pas explicitement nommée dans cette loi, mais elle est incluse dans les tâches générales relatives à la promotion de la santé et la prévention. Le canton dispose en outre de lignes directrices cantonales (principes directeurs pour la politique de la vieillesse), approuvées en 2013 par le Conseil d'Etat. Plusieurs de ces principes directeurs concernent la politique des seniors. Ainsi, le principe directeur 4 indique que «*Dans le Canton d'Argovie, les personnes âgées vivent de manière autonome*» ou encore le principe directeur 9, qui précise que «*Dans le Canton d'Argovie, les espaces de vie sont aménagés de façon conviviale*».

Par ailleurs, le parlement d'Argovie a approuvé le 26 octobre 2010 un Plan global de politique de

la santé («*gesundheitspolitische Gesamtplanung, GGpl*»). Dans sa 4^e partie, le Plan global évoque le programme prioritaire cantonal «Promotion de la santé des personnes âgées», mis en œuvre avec succès dans le canton.

Enfin, il existe bon nombre de décisions de mise en œuvre concernant la promotion de la santé des personnes âgées, et dont la responsabilité revient à différents départements cantonaux. En font notamment partie le programme prioritaire «Promotion de la santé des personnes âgées» (responsabilité relevant du service de la santé), le congrès cantonal sur les personnes âgées, le thème principal «proches aidants» (responsabilité relevant du Centre cantonal spécialisé pour la vieillesse), la campagne «Potenzial 50plus» (responsabilité relevant de l'office de l'économie et du travail), la sensibilisation des employeurs («*work & care*») et le développement des quartiers et des espaces de vie, qui inclut l'aide entre voisins.

On constate ainsi qu'en matière de promotion de la santé des personnes âgées, au moins huit cantons (30 %) disposent d'un ancrage légal très solide et au moins deux autres cantons (7 %) d'un ancrage légal solide. Ces cantons disposent de lois, d'ordonnances et de directives en la matière, mais aussi de modèles de politiques concernant les seniors et d'autres concepts stratégiques.

Au moins neuf cantons suisses (34 %) présentent un ancrage légal relativement faible de la promotion de la santé des personnes âgées et au moins deux autres cantons (7 %) d'un ancrage légal très faible. Dans ces cantons, les bases juridiques et conceptuelles sont absentes ou lacunaires.

L'ancrage faible, voire très faible, se reflète également sur le financement de la mise en œuvre, autre indicateur de l'ancrage des mesures de promotion de la santé des personnes âgées. Dans au moins 13 cantons (50 %), il existe un manque de financement de la mise en œuvre de la promotion de la santé des personnes âgées.

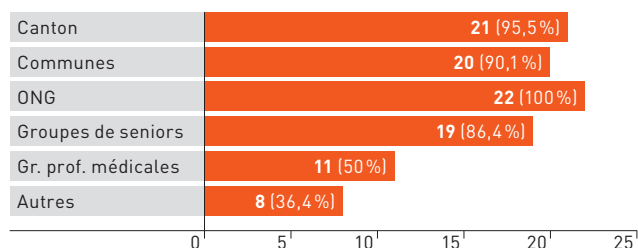
9.2 Collaborations et répartition des rôles dans les cantons

Dans certains cantons, la promotion de la santé des personnes âgées fait partie intégrante de la politique des seniors. Au moins 22 cantons (84 %) comptent des administrations et/ou services cantonaux responsables de la promotion de la santé des personnes âgées. Les cantons jouent un rôle prépondérant dans le (co)financement et dans le développement de la stratégie. Néanmoins, de nombreux cantons sont aussi actifs en matière de coordination des mesures de promotion de la santé des personnes âgées.

ILLUSTRATION 3

Acteurs clés de la promotion de la santé des personnes âgées

Questions aux représentants cantonaux: «Quels sont, dans votre canton, les principaux acteurs clés impliqués dans la promotion de la santé des personnes âgées?» N = 22



Parallèlement aux cantons, les communes sont également des acteurs clés de la promotion de la santé des personnes âgées. A l'échelle nationale, c'est le cas dans au moins trois quarts des cantons. Les administrations communales sont très impliquées dans la mise en œuvre des mesures, qu'elles financent également.

Des organisations non gouvernementales (ONG) telles que Pro Senectute, Caritas, la CRS et les ligues régionales contre le rhumatisme sont également une pièce maîtresse de la promotion de la santé des personnes âgées. Dans au moins 22 cantons, ce sont d'ailleurs des acteurs clés. Leur principale mission consiste à déployer les mesures de promotion de la santé des personnes âgées. Ces ONG sont également responsables, dans près de la moitié des cantons, de la coordination des mesures.

Les groupes de seniors et les groupes de professions médicales constituent d'autres acteurs clés, particulièrement actifs dans la mise en œuvre des mesures. Le tableau 4 illustre la répartition des tâches entre les différentes institutions et organisations.

TABLEAU 4

Répartition des tâches au sein des cantons. N = 21

| | Responsabilité dans la mise en œuvre | Responsabilité dans la coordination | Responsabilité dans le financement | Responsabilité dans la stratégie |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Canton | 5 | 16 | 20 | 19 |
| Communes | 15 | 9 | 15 | 8 |
| ONG | 21 | 12 | 6 | 4 |
| Groupes de seniors | 18 | 5 | 2 | 3 |
| Groupes de prof. médicales | 17 | 6 | | |
| Autres groupes | 7 | 2 | | |

Le canton de Berne est actif depuis des années en matière de promotion de la santé des personnes âgées et déjà bien avancé dans le domaine. L'infobox détaille la répartition du travail, la coordination et la coopération dans le canton de Berne.

INFOBOX: Collaboration et répartition des tâches dans le canton de Berne

Les principaux acteurs de la promotion de la santé des personnes âgées dans le canton de Berne sont le canton, les communes, différentes ONG, les groupes de seniors, les structures/groupes de professions médicales et divers autres groupes.

- **Canton:** à l'échelon du canton, la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale est responsable, avec la Division Personnes âgées de l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH), de la promotion de la santé des personnes âgées. A ce jour, aucune collaboration n'est mise en œuvre avec d'autres services administratifs cantonaux. Le canton est compétent en matière de financement et de stratégie. Le financement s'effectue par le biais d'un contrat de prestations avec l'ONG Pro Senectute du canton de Berne. La direction stratégique comprend la définition d'un cadre pour la politique des personnes âgées et la rédaction d'un rapport pour les responsables politiques.
- **Communes:** ces dernières années, le programme cantonal de promotion de la santé a proposé des offres de promotion de la santé et des services dans près de la moitié des 356 communes du canton de Berne. A cet égard, les autorités communales ont joué des rôles très différents: ancrage politique, soutien financier et en personnel ou absence de soutien. Les communes collaborent à la stratégie, la coordination et la mise en œuvre. Les communes ont adapté la politique cantonale des seniors à l'aide de modèles de politiques communales et ont également participé à la direction stratégique. Les communes, qui peuvent bénéficier gratuitement de l'offre de promotion de la santé des personnes âgées mise à disposition par Pro Senectute, s'engagent ainsi dans la mise en œuvre et la coordination. La collaboration entre Pro Senectute du canton de Berne et les communes ne nécessite aucune convention contractuelle. Le budget est mis à disposition par le canton.

- **ONG:** dans le canton de Berne, la promotion de la santé des personnes âgées, mise en œuvre par Pro Senectute, s'effectue dans le cadre du programme «*Zwäg ins Alter*» (ZiA). Dans ce canton, Pro Senectute travaille en réseau et de manière coordonnée avec d'autres ONG. C'est par exemple le cas de la Croix Rouge Suisse du canton de Berne, Caritas Berne, l'Association Alzheimer de Berne, la ligue contre le rhumatisme de Berne, la fondation Santé bernoise et la ligue bernoise contre le cancer.
- **Groupes de seniors:** les groupes de seniors jouent un rôle de multiplicateurs et à ce titre, sont des partenaires clés dans le canton. Ils peuvent, à l'image des communes, bénéficier des offres de ZiA et contribuer ainsi à mettre en œuvre les objectifs de leur commune en matière de politique des seniors, mais aussi soutenir la coordination des prestations.
- **Groupes de professions / structures médicales:** les groupes de professions et structures médicales du canton de Berne englobent le Spitex, la Memory Clinic ainsi que d'autres acteurs spécialisés, mais aussi des physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmacies, conseillers en nutrition et cabinets de médecins. Les groupes de professions et les structures médicales sont associés à la coordination et la mise en œuvre. Les ligues de santé s'engagent dans le cadre d'une grande manifestation collective en faveur de la prévention secondaire et les groupes de professions médicales appliquent activement les mesures de prévention.
- **Autres groupes:** il s'agit d'acteurs de la société civile tels que les paroisses, les associations de femmes, les associations de migrants et de quartier. Tous les acteurs de la société civile qui permettent un échange et des activités communes aux seniors assument leur part de responsabilité dans la mise en œuvre.

9.3 Interventions

En 2015, des interventions en faveur de la promotion de la santé des personnes âgées ont eu lieu dans au moins 80 % des cantons. Le sondage a révélé que les interventions relatives à la prévention des chutes, à la promotion générale de l'activité physique et à la promotion de l'intégration sociale étaient actuellement les plus fréquentes, celles en faveur d'une alimentation équilibrée et de la prévention de la malnutrition étant nettement plus rares (voir illustration 4). Les interventions relatives à la promotion de l'activité physique, à la prévention des chutes et à l'intégration sociale sont réalisées dans plus de 20 cantons/communes, celles en faveur d'une alimentation équilibrée dans 16 cantons/communes et celles destinées à la prévention de la malnutrition dans 14 cantons/communes. La majorité des cantons/communes dans lesquels ces interventions ne sont pas menées seraient cependant intéressés ou déclarent avoir un besoin non couvert dans ces domaines.

D'autres interventions réalisées dans les cantons/communes portent sur la prévention des chutes des personnes âgées (12 cantons/communes) et la prévention de la démence (7 cantons).

Pour les thèmes d'intervention et les thèmes transversaux, les représentants cantonaux et communaux interrogés ont défini les priorités présentées dans les illustrations 4 et 5.

Les thèmes d'intervention «Promotion de l'intégration sociale» et «Prévention des chutes» sont des thèmes à priorité élevée. En comparaison, une prio-

ILLUSTRATION 4

Priorités relatives aux thèmes d'intervention

Question: «Parmi les thèmes d'intervention (promotion générale de l'activité physique, prévention des chutes, promotion d'une alimentation équilibrée et promotion de l'intégration sociale), quelles priorités percevez-vous pour votre canton?» N=25

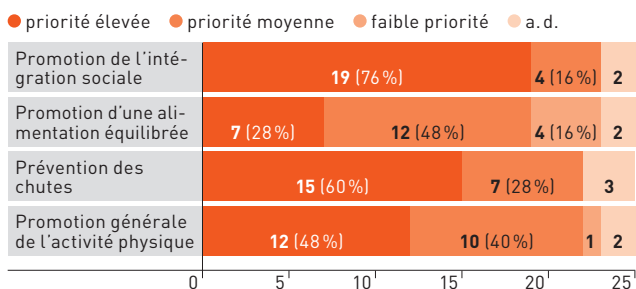
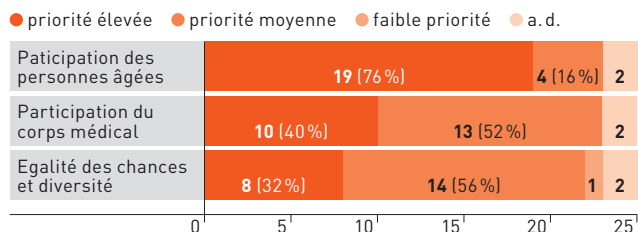


ILLUSTRATION 5

Priorités relatives aux thèmes transversaux

Question: «Parmi les thèmes transversaux (égalité des chances et diversité, participation du corps médical ainsi que participation des personnes âgées), quelles priorités percevez-vous pour votre canton?» N=25



rité élevée a été accordée moins fréquemment aux thèmes d'intervention «Promotion d'une alimentation équilibrée» et «Promotion générale de l'activité physique».

Le thème transversal «Participation des personnes âgées» est un thème à priorité élevée (voir illustration 5). En comparaison, une priorité élevée a été accordée moins fréquemment aux thèmes transversaux «Participation du corps médical» et «Egalité des chances et diversité». Tous les thèmes cités bénéficient cependant d'une priorité moyenne à élevée. Suite au sondage et à l'atelier d'experts, les thèmes d'intervention et les thèmes transversaux suivants ont été définis comme prioritaires pour les programmes d'action cantonaux de promotion de la santé des personnes âgées:

- Promotion de l'intégration sociale
- Prévention des chutes
- Promotion d'une alimentation équilibrée, y compris prévention de la malnutrition
- Promotion générale de l'activité physique
- Promotion des compétences générales en matière de santé
- Accès des personnes âgées aux soins médicaux
- Participation des personnes âgées
- Participation du corps médical
- Egalité des chances et diversité

10 Communes

Les communes sont des acteurs clés importants dans la promotion de la santé des personnes âgées. A l'échelle nationale, c'est le cas dans au moins trois quarts des cantons.

Au 1^{er} janvier 2014, la Suisse comptait 2352 communes [162]. Les données issues du sondage mentionné ci-dessus montrent dans combien de cantons les administrations communales sont des acteurs clés et quelles sont leurs tâches principales. Il n'est toutefois pas possible d'indiquer le nombre de communes effectivement actives dans le domaine de la promotion de la santé des personnes âgées.

Dans plus de la moitié des cantons, les communes mettent en œuvre des mesures et participent au financement de la promotion de la santé des personnes âgées. Dans plus d'un tiers des cantons, les communes sont en outre actives dans la coordination et le développement stratégique de mesures de promotion de la santé des personnes âgées.

La ville de Zurich est une grande commune urbaine qui est engagée depuis des années dans la promotion de la santé des personnes âgées. La façon dont est organisée la promotion de la santé des personnes âgées à Zurich est décrite ci-après.

INFOBOX: Promotion de la santé des personnes âgées dans la ville de Zurich

Dans la ville de Zurich, il n'y a pas de loi communale prévoyant de manière explicite la promotion de la santé des personnes âgées, mais il existe une stratégie pour les personnes âgées datant de 2012. Cette stratégie intègre notamment le principe de la conception participative d'espaces de vie adaptés aux personnes âgées, ainsi que le logement sans obstacles. De même, l'intégration sociale de la population âgée constitue un principe ancré dans cette stratégie.

A Zurich, il existe différents services administratifs chargés de la promotion de la santé des personnes âgées, par exemple le service «Conseil préventif pour les personnes âgées» ainsi que le centre de conseil «Logement pour personnes âgées» au sein des services de santé municipaux rattachés au Département de la santé publique et de l'environnement. La promotion de la santé des personnes âgées figure également en tête des priorités des centres de soins de la ville de Zurich, qui relèvent eux aussi du Département de la santé publique et de l'environnement.

La ville de Zurich, en tant que commune, est responsable de l'élaboration de stratégies, du financement, de la coordination ainsi que de la mise en œuvre de mesures pour la promotion de la santé des personnes âgées.

A côté des services mentionnés, on trouve également, parmi les principaux acteurs clés dans le domaine de la promotion de la santé des personnes âgées, des ONG comme Pro Senectute. De même, les groupes de seniors et les structures ou groupes de professions médicales sont considérés comme des acteurs clés importants. Les coopérations voient généralement le jour sur la base de divers projets ou de programmes. En ville de Zurich, la promotion de la santé des personnes âgées porte sur les thèmes suivants (énumération non exhaustive):

- Promotion générale de l'activité physique
- Prévention des chutes
- Promotion d'une alimentation équilibrée et prévention de la malnutrition
- Promotion de l'intégration sociale
- Santé dentaire dans les établissements médico-sociaux

11 Organisations non gouvernementales

Il existe de nombreuses organisations non gouvernementales qui sont actives dans le domaine de la promotion de la santé des personnes âgées. Les principales d'entre elles sont énumérées ci-après par ordre alphabétique.

- **ase:** l'Association suisse des ergothérapeutes encourage notamment la diffusion et l'utilisation de connaissances fondées sur des preuves. Elle s'est fixé pour objectif de participer aux développements sanitaires et sociaux, en collaboration avec d'autres associations professionnelles [164]. L'ase et les ergothérapeutes sont des acteurs importants, en particulier dans la prévention des chutes et la promotion générale de l'activité physique.
- **Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (Spitex):** Spitex est composée de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile et de 26 associations cantonales. Ses prestations de base sont l'évaluation, le conseil et la coordination, les soins infirmiers, les soins aigus et de transition, le conseil pour les questions de santé, la prévention ainsi que l'aide au ménage. A ces prestations de base s'ajoutent de nombreuses prestations supplémentaires, par exemple soins oncologiques, soins palliatifs, service de repas à domicile, ergothérapie ambulatoire, etc. [169]. Spitex est un acteur important dans les domaines de la prévention des chutes, de la promotion de l'activité physique et de l'alimentation.
- **bpa:** le Bureau de prévention des accidents est un centre suisse de compétences pour la prévention des accidents. La recherche, la formation, le conseil, la communication et la mise en réseau font partie de ses activités de base [163]. Le bpa est un acteur important dans le domaine de la promotion de l'activité physique, et tout particulièrement de la prévention des chutes chez les personnes âgées.
- **Fondation Suisse de Cardiologie:** la Fondation Suisse de Cardiologie s'engage pour réduire le nombre de personnes touchées par des maladies cardiovasculaires ou les décès dus à ces maladies. Elle a également pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. Les activités de base de la Fondation Suisse de Cardiologie sont le soutien de la recherche cardiovasculaire, le conseil et le suivi des patients et de leurs proches, ainsi que l'information et la prévention de la population [168]. La Fondation Suisse de Cardiologie est un acteur important dans les domaines de la promotion de l'activité physique et de l'alimentation.
- **Ligue suisse contre le rhumatisme:** la Ligue contre le rhumatisme est une organisation faîtière indépendante, composée d'un secrétariat (Ligue suisse contre le rhumatisme), de 20 ligues cantonales et régionales autonomes ainsi que d'organisations de patients. Les activités de base de la Ligue contre le rhumatisme sont l'information et la prévention, la formation et la formation continue, l'aide aux experts, la promotion de l'entraide ainsi que la représentation des intérêts des personnes atteintes d'affections rhumatismales vis-à-vis de la politique et du public [167]. La Ligue contre le rhumatisme est un acteur important dans le domaine de la promotion de l'activité physique et tout particulièrement de la prévention des chutes.
- **physioswiss:** l'Association Suisse de Physiothérapie est composée d'un comité central, d'un secrétariat et de 16 associations cantonales. En plus du comité central et du secrétariat, des commissions et des groupes de projet sont actifs dans le domaine de la formation, de la santé et de la communication [165]. physioswiss et les physiothérapeutes suisses sont des acteurs importants dans le domaine de la promotion de l'activité physique et en particulier de la prévention des chutes.
- **Pro Senectute:** Pro Senectute est composée de Pro Senectute Suisse, de 22 organisations cantonales et de deux organisations intercantionales. Avec ses prestations, elle couvre des besoins importants des personnes âgées et de leurs proches. Elle propose des prestations étendues dans les domaines du conseil social, de la formation et de

la culture, du sport et de l'activité physique, de la promotion de la santé et de la prévention, des aides à domicile, des activités communautaires et des relations entre les générations [166]. Pro Senectute est un acteur important notamment dans les domaines de la prévention des chutes, de la promotion de l'activité physique, de l'alimentation et de l'intégration sociale.

12 Projet «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées»

Ce chapitre fournit un aperçu du projet «Via», de son organisation, des prestations, et des fondements ainsi que des facteurs de succès du projet²⁴. Il est suivi des enseignements et recommandations tirés de l'évaluation Via 2015.

«Via» est un projet de Promotion Santé Suisse, mené en collaboration avec les cantons et d'autres partenaires. Après son lancement en 2009 par le canton de Berne et la ville de Zurich, la responsabilité et la direction du projet ont été reprises en 2011 par Promotion Santé Suisse, à la demande des cantons. Depuis 2012, les dix cantons suivants participent au projet «Via», tant sur le plan conceptuel que financier: Appenzell Rhodes-Extérieures, Berne, Grisons, Nidwald, Schaffhouse, St-Gall, Thurgovie, Uri, Vaud et Zoug. Avec un grand nombre de prestations et de produits, le projet «Via» soutient les cantons partenaires dans leurs efforts pour concevoir, mettre en œuvre et développer la qualité de leurs programmes cantonaux.

En commun avec l'organe responsable, les cantons partenaires sont représentés au sein du comité de pilotage avec des droits de vote à parts égales. Ils décident de la stratégie, de l'évaluation et du budget. Un comité de suivi, composé de professionnels issus des cantons partenaires ainsi que d'institutions partenaires importantes (bpa, FMH, représentants des seniors), accompagne par ses conseils la mise en œuvre opérationnelle et le développement du projet «Via». En étroite collaboration avec la direction globale du projet assurée par Promotion Santé Suisse, Public Health Services est chargé de la mise en œuvre opérationnelle et de la direction du centre de coordination créé à cet effet.

A l'heure actuelle, Via dispose d'un budget annuel d'environ 730 000 francs, auquel Promotion Santé Suisse contribue pour trois quarts et les cantons pour un quart.

12.1 Objectifs et groupes cibles

Le projet «Via» s'articule autour des objectifs généraux suivants, au niveau individuel, social et économique:

- En Suisse, les personnes vivent chez elles jusqu'à un âge avancé de façon autonome, intégrées socialement, avec une qualité de vie élevée et bénéficient de structures de soutien solides.
- Le projet contribue à atténuer l'augmentation des coûts de la santé.
- Les acteurs sont soutenus dans leurs activités de promotion de la santé des personnes âgées, de façon appropriée, efficace et efficiente.

Le groupe cible indirect est constitué des personnes âgées des cantons partenaires de Via, qui vivent chez elles de façon autonome et/ou en bénéficiant d'un soutien ambulatoire. Les personnes nécessitant une prise en charge permanente, qui vivent en maison de retraite ou en établissement médico-social, ne font pas partie du groupe cible du projet.

Le groupe cible direct et principal ainsi que les **multiplicateurs** du projet sont notamment les responsables stratégiques et opérationnels des programmes d'action cantonaux des cantons partenaires de Via. Il regroupe en outre tous les professionnels qui, dans le cadre de la promotion de la santé des personnes âgées, sont engagés dans l'un des quatre settings de Via: ménages privés, commune (quartier) en tant qu'espace public, entreprises de services publiques, privées ou semi-publiques ainsi que les settings médicaux et paramédicaux [170].

²⁴ Pour plus de détails, voir la documentation sur www.promotionsante.ch/via, jusqu'à fin 2013: [331] ainsi que [180].

12.2 Bases méthodologiques

Via inscrit son action dans le concept des bonnes pratiques de Promotion Santé Suisse [171]. Celui-ci offre un cadre de référence conceptuel normatif, qui promeut une action selon les trois dimensions suivantes:

- **Valeurs:** les valeurs et principes de base que sont l'autonomie, l'égalité des chances et la participation sont ancrées dans la charte «Bien vieillir» de Via et servent à guider les actions développées dans le cadre du projet.
- **Savoirs:** dans le projet «Via», un poids particulier est accordé à la dimension du savoir – dans les phases initiales, avec des études scientifiques approfondies de bonnes pratiques pour tous les thèmes importants de mise en œuvre ainsi que les aides pratiques qui en découlent. Le transfert réciproque entre savoirs et expérience est encouragé et renforcé par le *principe de l'apprentissage commun*. Les enseignements tirés de la mise en œuvre sont évalués à l'occasion de rencontres d'échange d'expériences et de transfert de savoirs spécialement créées à cet effet et sont intégrés dans le processus de développement du projet (illustration 6).

- **Contexte:** parmi les éléments importants de cette dimension de Via figurent des prestations de soutien et des instruments flexibles et adaptés aux besoins (p. ex. contrôle contextuel) qui tiennent compte du contexte cantonal et communal local, du contexte lié aux offres et aux groupes cibles, mais aussi du contexte politique et légal d'un projet pilote.

Dans les projets de promotion de la santé et de prévention, il est indispensable de mener une réflexion systématique sur l'état d'avancement du projet afin de permettre un pilotage efficace, a fortiori lorsqu'il s'agit d'un projet innovant comme «Via», dont les approches sont encore peu éprouvées. Dans le projet «Via», l'état d'avancement du projet et la réalisation des objectifs sont contrôlés tous les six mois et des conclusions en sont dérivées pour le trimestre suivant/l'année suivante.

12.3 Mesures et prestations

La première phase de mise en œuvre 2011–2013 a servi en priorité au transfert, dans la pratique, [173] des enseignements issus des études scientifiques

ILLUSTRATION 6

Le cycle des savoirs Via. Source: [172]

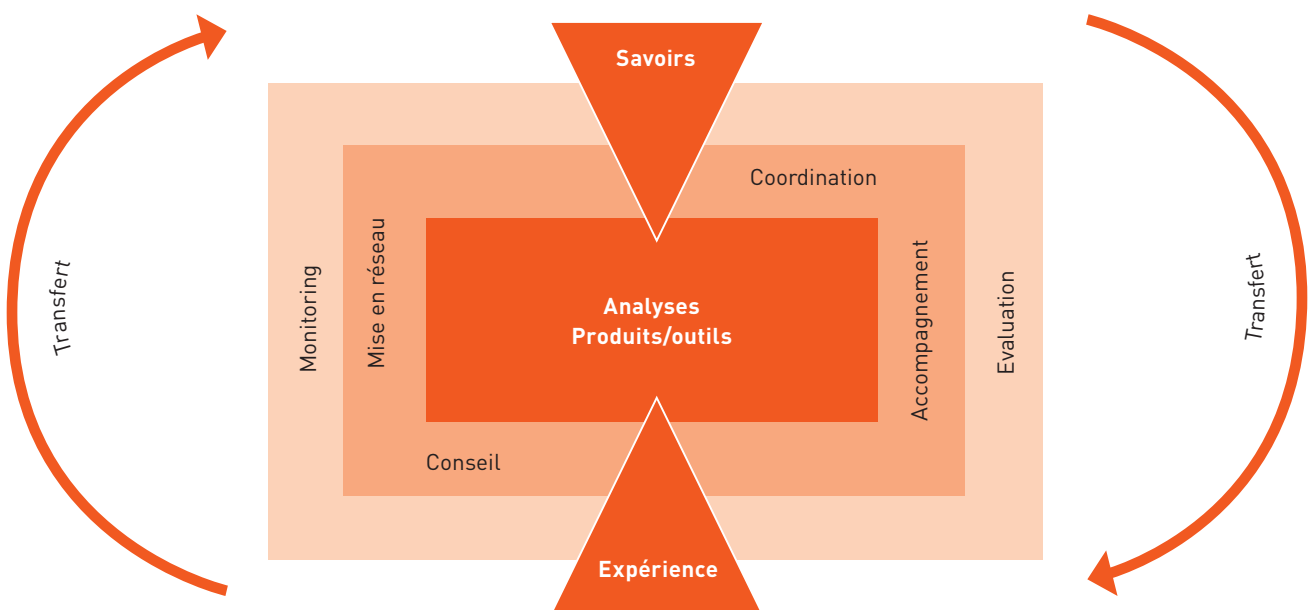


ILLUSTRATION 7

Les modules d'intervention Via 2014–2016. Source: Factsheet Via 2014–2016

| | | Modules d'intervention | | | |
|---------------------|--|---------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------------|
| | | Promotion de l'activité physique | Prévention des chutes | Alimentation | Intégration sociale |
| Thèmes transversaux | | Diversité et égalité des chances | | | |
| | | Participation des personnes âgées | | | |
| | | Participation des médecins de famille | | | |
| | | Conseils, manifestations, cours | | | |

menées au cours de la phase d'avant-projet et de la phase conceptuelle entre 2009 et 2010 [123]. La seconde phase de mise en œuvre 2014–2016, en cours actuellement, est axée sur l'approfondissement des six thèmes clés existants, qui seront complétés par les thèmes «Alimentation» et «Participation des personnes âgées» (illustration 7).

Les principales mesures et prestations mises en œuvre en collaboration avec les partenaires cantonaux et communaux, ainsi que d'autres partenaires, sont présentées ci-après (état: août 2015).

Bases scientifiques et aides à la mise en œuvre: sur la base de six études de bonnes pratiques ainsi que des recommandations et check-lists qui en découlent, divers outils de base et aides pratiques ont été développés pour la mise en œuvre des thèmes clés. Citons notamment un argumentaire politique [174], un guide d'orientation pour la création de programmes communaux [172], des concepts de mise en œuvre et des aides pratiques pour la promotion de l'activité physique, la prévention des chutes et l'intégration sociale [175] ainsi que des outils pour l'accessibilité des personnes défavorisées et pour les conseils, les manifestations et les cours [176–178]. Pour le domaine thématique de l'alimentation/la dénutrition, un concept a été élaboré avec des partenaires nationaux. Celui-ci doit être mis en œuvre en 2016.

Sous-projets ou domaines thématiques prioritaires²⁵:

- **Promotion de l'activité physique** (voir chapitre 17): pour l'optimisation de l'offre et l'amélioration de l'information et de la communication entre les acteurs et avec le groupe cible, cinq réseaux communaux pilotes «Bouger et se rencontrer» ont été créés.
- **Prévention des chutes** (voir chapitre 18): pour l'optimisation de l'identification du risque de chute, des offres et de l'information à la population, quatre projets pilotes régionaux ont été lancés.
- **Intégration sociale** (voir chapitre 19): pour tester de nouvelles approches pour la prévention de l'isolement, deux projets pilotes ont été lancés. Une formation des multiplicateurs est également en cours d'élaboration.
- **Participation des médecins de famille** (voir chapitre 22): pour sensibiliser les médecins de famille, une série d'articles spécialisés a été publiée sur des sujets pertinents et présentée lors de congrès médicaux (<http://medicalforum.ch/archiv>). En coopération avec le programme «EviPrev», Via contribue à l'amélioration de la coopération entre les médecins et les acteurs de la société civile pour la prévention systématique et la promotion de la santé des personnes âgées au cabinet médical.

²⁵ Pour plus de détails, voir le rapport de fin de projet «Via» 2017.

- **Participation des personnes âgées:** des représentants des associations de seniors participent depuis 2012 au projet «Via». En 2014, le «Pool seniors Via» a commencé son travail avec neuf femmes et hommes âgés, afin de permettre une mise en œuvre adaptée aux besoins du groupe cible.

Conseil et accompagnement des cantons partenaires: les cantons participants et leurs ONG partenaires bénéficient de conseils stratégiques pour la conception, la réalisation, le développement de la qualité et l'évaluation de programmes et de projets. De nouveaux projets sont élaborés avec et pour les cantons et les communes et sont, de préférence, pilotés et cofinancés dans les cantons partenaires.

Communication et mise en réseau: à l'heure actuelle, le réseau Via compte plus de 200 institutions spécialisées et plus de 700 professionnels. Ces derniers reçoivent plusieurs fois par an le «Via-Mail» contenant des informations actuelles sur le projet. Le transfert approfondi de connaissances et l'échange d'expériences sont assurés dans le cadre de journées nationales de mise en réseau et de rencontres en groupe spécifiques aux projets. Via participe à des congrès de partenaires scientifiques en présentant des exposés et en organisant des ateliers.

Evaluation et monitoring: le projet «Via» fait l'objet d'une évaluation continue, afin de pouvoir en permanence intégrer des enseignements dans ses développements [173, 179–181]. Les résultats de la dernière évaluation externe sont résumés à la fin de ce chapitre.

12.4 Facteurs de succès de Via et enseignements tirés de l'évaluation

Au cours de ses presque six ans d'existence, Via a généré un vaste savoir d'ordre stratégique et conceptuel, qui s'avère déterminant pour la mise en œuvre d'un programme de promotion de la santé des personnes âgées. Les facteurs de succès étudiés dans cette partie sont basés sur des valeurs issues de l'expérience et des réflexions systématiques de la direction de projet [182]. Ils complètent les résultats d'évaluation présentés à la fin du document.

12.4.1 Facteurs de succès généraux et stratégiques

- **Un exemple de bonnes pratiques pour un développement organique idéal du projet:** à partir d'analyses approfondies, des bases scientifiques et des aides à la mise en œuvre sont élaborées puis intégrées dans les mises en œuvre sur place. De nouvelles approches sont testées dans le cadre de projets pilotes, afin de pouvoir les multiplier si elles font leurs preuves. Ce travail s'effectue sur la base d'un développement systématique de la qualité.
- **Elaboration et mise en œuvre commune de projets, en partenariat:** l'élaboration et le développement en commun de la stratégie, ainsi que la mise en œuvre avec l'ensemble des partenaires du projet sont indispensables pour son acceptation.

INFOBOX: L'histoire du succès de Via en bref

A ce jour, le projet «Via», dont la mise en œuvre a commencé en 2011,

- a atteint, dans neuf des dix cantons partenaires, dans près de 200 communes, des milliers de personnes âgées en bonne santé et des personnes (pré)fragiles, mobiles ou moins mobiles, facilement et difficilement accessibles, grâce à des manifestations, des cours et des conseils sur la promotion de l'activité physique, la prévention des chutes et l'intégration sociale;
- a, pour ces thèmes clés, lancé dans 12 communes et régions pilotes de plus de 20 000 habitants âgés de 65 ans et plus, des projets pilotes

prometteurs et des formations destinées aux multiplicateurs, avec la participation d'organisations, de spécialistes et de personnes âgées;

- a créé, avec ses canaux de communication et d'échange, un réseau national interactif comprenant près de 200 institutions spécialisées et 700 spécialistes issus de tous les principaux groupes professionnels du secteur de la santé.

En Suisse, le projet est devenu une référence pour la promotion de la santé des personnes âgées fondée sur des preuves et offre un potentiel pour un nouveau programme d'action cantonal.

- **Un cadre de référence reposant sur des preuves comme plus grand dénominateur commun:** pour une mise en œuvre prometteuse, il faut un cadre de référence réaliste, accepté par tous les acteurs. Il s'agit par exemple de se limiter résolument à quelques thèmes clés, sur la base de preuves. Avec la publication des preuves d'efficacité [174], le cadre de référence sert aux parties prenantes du projet et aux décideurs, à la fois vers l'intérieur et vers l'extérieur, d'instrument pour l'acceptation professionnelle et l'argumentation politique, la légitimation et l'intégration dans l'agenda.
- **Engagement des partenaires du projet grâce à une valeur ajoutée perceptible:** la valeur ajoutée générée pour les cantons partenaires découle des facteurs de succès et des points forts de Via. Elle est confirmée notamment par le fait que les dix cantons qui participent depuis des années au projet apportent jusqu'à aujourd'hui une contribution financière au développement intercantonal. Dans le même temps, cet engagement financier est un important facteur de motivation pour une mise en œuvre dans le propre canton. Au début du projet, trois des dix cantons partenaires se trouvaient en phase de mise en œuvre. Aujourd'hui, ils sont au nombre de neuf.

12.4.2 Facteurs de succès opérationnels

- **Orientation d'après les quatre niveaux d'action policy, intervention, mise en réseau et information du public:** cette orientation, basée sur le programme d'action cantonal «Alimentation et activité physique», s'est révélée efficace sur le plan de la stratégie et de l'action en vue d'une réflexion régulière, d'un positionnement conscient et d'une définition claire des priorités.
- **Création de réseaux interdisciplinaires intégrés:** grâce à une procédure sur mesure et une approche contextuelle, les projets pilotes Via pour la promotion de l'activité physique, la prévention des chutes et l'intégration sociale semblent prometteurs pour la mise en place de réseaux intégrés. Les facteurs essentiels du succès de Via sont les suivants: une culture du service, des compétences sociales, une capacité à s'adapter aux besoins en constante évolution des clients, aux structures et processus, ainsi qu'une grande persévérance.

- **Mesures combinées et interventions:** l'effet renforcé des mesures combinées est bien connu dans le domaine de la promotion de la santé. Dans le cadre du projet «Via», la combinaison d'interventions sur le thème «Bouger et se rencontrer» s'est révélée être l'essence même d'une promotion de la santé des personnes âgées particulièrement efficace.
- **Accessibilité des groupes cibles:**
 - *Diversité et égalité des chances:* les expériences faites dans le domaine de l'accès aux personnes âgées défavorisées et difficilement accessibles doivent être synthétisées et étendues.
 - *Collaboration avec les médecins de famille:* l'intégration du corps médical constitue toujours un grand défi, qui sera difficile à surmonter sans un système incitatif.
 - *Participation des personnes âgées:* la nécessité de faire participer les personnes concernées est incontestable, bien que l'on manque de preuves scientifiques quant à la façon de procéder. Pour une participation réussie, il est indispensable de comparer clairement les attentes et les possibilités de part et d'autre et de définir des objectifs réalistes.
- **Intégration de la Suisse latine:** un poids particulier doit être accordé à l'intégration de la Suisse latine dans un futur programme. La création d'une plateforme d'échange pour la Suisse latine pourrait être une approche envisageable.

12.4.3 Enseignements et recommandations tirés de l'évaluation

Dans la perspective d'un programme d'action cantonal de promotion de la santé des personnes âgées, l'évaluation intermédiaire de Via, réalisée en 2015, aboutit aux enseignements et recommandations ci-après [181]:

Enseignements

- Du point de vue des cantons, Via s'est établi dans toute la Suisse et est connu pour mettre à disposition des bases fondées sur des preuves relatives au thème de la promotion de la santé des personnes âgées.
- L'hétérogénéité des situations initiales dans les cantons et les communes donne lieu à des exigences très variables vis-à-vis d'un programme d'action cantonal de promotion de la santé des personnes âgées.

- L'élaboration d'un programme d'action cantonal de promotion de la santé des personnes âgées est saluée par le plus grand nombre. Les cantons et les communes expriment des besoins comparables en termes de mesures de soutien.
- Les prestations et produits de Via sont plus ou moins utilisés dans les cantons partenaires et sont jugés différemment.
- Il y a nécessité d'avoir une vue d'ensemble des interventions éprouvées de promotion de la santé des personnes âgées, allant au-delà des manifestations et des cours. Des projets pilotes Via sont en cours d'élaboration dans divers domaines thématiques.
- Le domaine de la promotion de la santé des personnes âgées est en plein développement et les différents acteurs doivent encore trouver leur place.

Recommandations

- Conserver les éléments éprouvés de Via: échange personnel, conseil et accompagnement individuels ainsi que mise à jour des connaissances.
- Modulariser et adapter la gamme de produits.
- Etendre l'approche Via actuelle sur le plan conceptuel et vérifier les structures existantes.
- Mettre à disposition une gamme d'offres claire pour des interventions éprouvées et des aides au démarrage.
- Préparer le terrain au niveau national pour les programmes cantonaux de promotion de la santé des personnes âgées.

13 L'essentiel des chapitres 7 à 12 en bref

- A ce jour, il n'existe en Suisse aucun programme national explicite de promotion de la santé des personnes âgées.
- Au niveau national, quatre programmes s'adressent également, entre autres, aux personnes âgées. Il existe par ailleurs une stratégie nationale en matière de démence. Celle-ci est toutefois axée sur les soins et non sur la prévention. En 2016, la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles sera soumise à l'approbation du Conseil fédéral. La promotion du vieillissement en bonne santé sera un élément important de cette stratégie.
- Au printemps 2015, Promotion Santé Suisse a réalisé un sondage écrit auprès de l'ensemble des 26 cantons et des cinq plus grandes villes de Suisse. Les principaux résultats de ce sondage sont les suivants:
 - On observe de grandes disparités intercantionales au niveau de l'ancrage légal de la promotion de la santé des personnes âgées.
 - Dans la moitié au moins des cantons, il existe des lacunes financières dans la mise en œuvre de la promotion de la santé des personnes âgées.
 - Au moins 22 cantons disposent de services cantonaux et/ou de services administratifs responsables de la promotion de la santé des personnes âgées. Les cantons jouent un rôle prépondérant dans le (co)financement et dans le développement de la stratégie.
 - Les tâches principales des communes, des organisations non gouvernementales, des groupes de seniors et des groupes de professionnels médicaux consistent en la mise en œuvre de mesures. Les communes assurent aussi fréquemment un (co)financement.
 - Les interventions se concentrent actuellement le plus souvent sur les thèmes de la promotion de l'activité physique et de l'intégration sociale.
- «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées», le plus grand projet intercantonal réalisé dans ce domaine en Suisse, a généré depuis 2010 un précieux savoir en matière de planification, de méthodologie et de mise en œuvre.
- Du fait de son approche fondée sur des preuves ainsi que des évaluations positives réalisées à intervalles réguliers, Via est devenu en Suisse une référence en matière de promotion de la santé des personnes âgées.
- C'est la raison pour laquelle le projet servira de base pour la mise en place d'un programme d'action cantonal de promotion de la santé des personnes âgées.

3^e partie

Éléments clés des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»

Cette partie du rapport fournit un aperçu des programmes d'action cantonaux (PAC) «Promotion de la santé des personnes âgées». Les objectifs et les champs d'action des programmes prévus sont pré-

sentés dans la première partie. La seconde partie décrit comment la mise en œuvre et l'efficacité des programmes doivent être évaluées.

14 Objectifs des programmes et champs d'action

Dans ce chapitre, les bases scientifiques sont tout d'abord examinées sous la forme d'une étude de fond et de données épidémiologiques actuelles. A partir de ces données probantes, les objectifs poursuivis par les PAC et les champs d'action prioritaires sont définis.

14.1 Bases scientifiques

Kessler et al. [123] ont présenté, spécifiquement pour la Suisse, une base scientifique pour la planification de la promotion de la santé des personnes âgées. A partir d'une analyse de la littérature et d'interviews avec des experts suisses, ils ont identifié les objectifs principaux et les champs d'action prioritaires. Selon les auteurs, le maintien de la qualité de vie des personnes âgées constitue un objectif général prédominant. Il s'agit notamment d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé, de maintenir et de renforcer l'autonomie, d'empêcher ou de retarder la dépendance ainsi que de maintenir et de renforcer l'intégration sociale des personnes âgées. Ces objectifs nécessitent d'une part des mesures au niveau individuel, par exemple augmentation des compétences en santé des personnes âgées et promotion d'un mode de vie sain, et d'autre part, des mesures au niveau contextuel, par exemple création de conditions de vie favorables à la santé.

En fonction de ces groupes cibles, Kessler et al. [123] définissent les champs d'action prioritaires suivants de promotion de la santé des personnes âgées, qui se renforcent mutuellement:

- **Création d'un environnement favorable à la santé et adapté aux personnes âgées:** les personnes âgées doivent pouvoir vivre dans des conditions sociales, urbanistiques et infrastructurelles bénéfiques à leur santé. Cela concerne en particulier l'habitat, l'environnement social, les prestations spécifiques à l'âge ainsi que les activités sociales.
- **Elaboration de mesures centrées sur l'individu:** l'augmentation des compétences en santé, la prévention des chutes, la promotion de l'activité physique, une alimentation saine, la santé cognitive (prévention de la démence) et la santé émotionnelle, ainsi que le soutien psychosocial revêtent ici une importance particulière.
- **Intensification des échanges, de la coordination et de la collaboration:** chez les personnes âgées, on observe un chevauchement de plus en plus important entre la promotion de la santé et les soins médicaux. D'où la nécessité d'une collaboration coordonnée des professionnels de la santé (médecins, spécialistes de la réhabilitation, thérapeutes, personnel soignant et professions sociales), mais aussi des personnes âgées elles-mêmes et de leurs proches.

Des données épidémiologiques actuelles en provenance de Suisse confirment l'importance des mesures comportementales, définies comme une priorité par Kessler et al. [123]. Au chapitre 3.2, il a été montré que les maladies non transmissibles (MNT) et les accidents dus à des chutes sont responsables de la majeure partie de la charge de morbidité chez les personnes âgées. Pour les principales MNT physiques, des facteurs de risque similaires sont identifiables. Ces derniers peuvent être subdivisés en facteurs liés au mode de vie et en facteurs physiologiques [183]:

- Les principaux **facteurs de risque liés au mode de vie** sont l'inactivité physique, la consommation excessive de tabac et d'alcool ainsi qu'une alimentation déséquilibrée.

- **Meilleure sensibilisation de la société à la nécessité de la promotion de la santé des personnes âgées et à ses enjeux:** il s'agit en particulier de renforcer l'idée que la qualité de vie peut être maintenue et améliorée également chez les personnes âgées – et ce, à la fois dans le domaine de la politique de santé, auprès des professionnels de la santé et de l'action sociale et auprès des personnes âgées et de leurs proches.

- Parmi les **facteurs de risque physiologiques**, on compte l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids/l'obésité et l'hyperglycémie (diabète). Ces facteurs de risque peuvent être héréditaires, mais résultent principalement d'un mode de vie défavorable et sont influencés par les facteurs de risque liés au mode de vie mentionnés ci-dessus.

Les facteurs de risque influençables tels que l'inactivité physique, la malnutrition ou la dénutrition, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool jouent par conséquent un rôle particulièrement important dans le processus pathologique des personnes âgées, car ils favorisent l'apparition et le développement des principales maladies (physiques) et augmentent le risque de dépendance [voir 184].

La pratique d'une activité physique régulière est particulièrement importante également pour le maintien et la promotion de la santé psychique et cognitive (voir chapitre 19). D'une manière générale, la santé psychique – à l'instar de la santé physique – est influencée par des facteurs liés aussi bien à la personne elle-même qu'à son environnement [185]. Concernant la santé psychique, on distingue les facteurs de risque suivants:

- **facteurs de risque agissant de l'intérieur**, par exemple instabilité émotionnelle ou mauvaise image de soi;
- **facteurs de risque agissant de l'extérieur**, par exemple événements douloureux de la vie (veuvage) et périodes de transition (départ à la retraite), isolement social et absence de personnes de confiance [74, 184, 185].

Les interventions qui agissent sur les facteurs de protection internes et externes ont par conséquent un effet particulièrement bénéfique sur la santé psychique des personnes âgées [185]. La certitude de pouvoir organiser sa vie de façon autonome (conviction de contrôle interne) et la capacité à nouer des relations constituent des exemples de facteurs de protection internes importants. Parmi les facteurs de protection externes figurent l'intégration sociale et le soutien ainsi que les activités valorisantes.

A partir de l'étude de fond de Kessler et al. [123] et des connaissances épidémiologiques actuelles, on peut tirer les conclusions suivantes: la promotion de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée et de la santé psychique, ainsi que la prévention des chutes et de l'abus de substances constituent des champs d'action essentiels pour le maintien et l'amélioration de la santé, de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées. Etant donné qu'il existe des facteurs de risque et des facteurs de protection à la fois au niveau individuel et au niveau de la société, des mesures destinées à la promotion de la santé sont nécessaires à ces deux niveaux.

Pour conserver et renforcer l'autonomie des personnes âgées, l'OMS/Europe ainsi que des pays comme l'Allemagne et la France misent également en priorité sur les champs d'action mentionnés ci-dessus (voir chapitre 7).

INFOBOX: Prévention des pathologies de la démence

En raison de leur impact majeur sur la qualité de vie et de l'ampleur des soins qu'elles requièrent, les pathologies de la démence suscitent de vives craintes à la fois au niveau social et individuel [36]. Les mécanismes à l'origine des pathologies de la démence ne peuvent pas être totalement expliqués à ce jour [186]. De nouveaux résultats de recherche montrent cependant que la prévention primaire peut empêcher ou retarder l'apparition des principales formes de démence. Tant que la

démence ne peut pas être guérie, la prévention et la promotion de la santé revêtent une importance d'autant plus élevée.

Dans le cadre de la recherche, on distingue des facteurs de risque influençables et non influençables dans les pathologies de la démence.

Les facteurs de risque non modifiables tels que l'âge, le sexe et les prédispositions génétiques jouent un rôle important dans l'apparition de la démence [70]. Mais ce sont les facteurs de risque

influençables qui constituent le point de départ de la prévention primaire et de la promotion de la santé. Ces facteurs sont tout aussi importants²⁶ et peuvent être subdivisés en facteurs prioritaires:

- **Facteurs de risque cardiovasculaires:** les facteurs liés au mode de vie, par exemple tabagisme, consommation excessive d'alcool, inactivité corporelle et mauvaises habitudes alimentaires, tout comme les facteurs physiologiques, par exemple hypertension artérielle, surpoids, taux élevé de cholestérol et diabète, se sont avérés être des facteurs de risque significatifs pour les démences dégénératives et vasculaires [51, 187–190].
- **Facteurs cognitifs:** un faible niveau d'éducation est considéré comme l'un des plus importants facteurs de risque de la démence [51, 188].
- **Facteurs psychologiques:** des études montrent qu'il existe une relation étroite entre les dépressions et les pathologies de la démence, mais il n'a pas encore été établi définitivement si les dépressions constituaient un facteur de risque ou un symptôme préclinique de la démence [51].

Les recommandations actuelles pour la prévention de la démence portent sur ces facteurs de risque primaires et mettent en particulier l'accent sur **l'amélioration de la santé cardiovasculaire** [51, 188–190]. Cela implique d'une part l'identification et le traitement des facteurs de risque physiologiques tels que le diabète et l'hypertension artérielle, et d'autre part, la réduction des facteurs de risque liés au mode de vie, par exemple le tabagisme, ainsi que la promotion des facteurs de protection, par exemple l'activité physique suffisante et une alimentation équilibrée. Une règle souvent invoquée dit que «ce qui est bon pour le cœur l'est également pour les fonctions cérébrales» [51].

Parmi les autres facteurs, tout aussi importants que la promotion de la santé, figurent la promotion de la formation et de la stimulation cognitive, qui contribuent à la **formation d'un capital cognitif**

et à la protection contre les pathologies de la démence [51, 188, 189]. À côté d'un niveau d'éducation élevé, on compte également les activités intellectuelles comme les exercices d'entraînement de la mémoire et les exercices d'entraînement à la réflexion, la lecture, l'écriture, la pratique de la musique, les jeux ainsi que la stimulation intellectuelle, grâce aux rencontres et aux échanges avec d'autres personnes.

Idéalement, la prévention de la démence devrait être planifiée et mise en œuvre dans la perspective d'une vie entière, car selon une méta-étude de Prince et al. [51], un faible niveau de formation dans les jeunes années et une hypertension artérielle en milieu de vie par exemple constituent des facteurs de risque particulièrement élevés pour l'apparition ultérieure de pathologies de la démence. Mais la promotion de la santé cardiovasculaire et de la formation d'un capital cognitif reste efficace même à un âge avancé: une étude finlandaise a récemment confirmé qu'une intervention multidomaine (alimentation, activité physique, entraînement cognitif et surveillance des risques cardiovasculaires) permettait d'améliorer ou du moins de stabiliser les capacités cognitives de personnes âgées présentant déjà un risque de démence [191]. Prince et al. [51] estiment qu'en retardant de cinq ans l'apparition de la maladie, la prévalence de la démence peut être réduite d'environ 50 % dans la société.

La conclusion que l'on peut en tirer est la suivante: la réduction générale des risques pour la santé et la promotion d'un mode de vie sain semblent offrir actuellement la meilleure protection contre les pathologies de la démence, même s'il ne s'agit pas d'une protection absolue. La promotion de l'activité physique, d'une alimentation saine, de la formation d'un capital cognitif et de la santé psychique, ainsi que la prévention de la consommation excessive de tabac et d'alcool, constituent par conséquent des éléments centraux dans la prévention de la démence. Le diagnostic et le traitement des facteurs de risque physiologiques jouent également un rôle majeur dans ce domaine.

²⁶ Une étude américaine estime que près de la moitié des démences d'Alzheimer peuvent être imputables à la présence de facteurs de risque influençables [187].

14.2 Groupe cible, objectifs et champs d'action

Les personnes du troisième et du quatrième âge, qui vivent chez elles de façon autonome ou qui bénéficient éventuellement de soins et d'une assistance en ambulatoire, se trouvent au cœur des programmes d'action cantonaux (PAC) «Promotion de la santé des personnes âgées». Comme il est difficile, dans la pratique, de faire la distinction entre les personnes pré-fragiles (*pre-frail*) et les personnes fragiles (*frail*) et que cela serait contraire au principe de l'égalité des chances, le groupe cible des PAC comprend également, à côté des personnes en bonne santé et des personnes âgées pré-fragiles, les personnes âgées fragiles. En raison de l'accent mis sur les ressources, les personnes vivant en maison de retraite ou en établissement médico-social ne font pas partie actuellement du groupe cible. Les proches aidants offrent un grand soutien émotionnel, social et pratique, qui dans de nombreux cas peut avoir des répercussions négatives sur leur propre santé [192]. De ce fait, les proches aidants sont considérés comme un groupe à risque important, pour lequel des mesures doivent également être élaborées.

A partir des preuves mentionnées au chapitre 14.1 et compte tenu de la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT), Promotion Santé Suisse définit, en commun avec les cantons suisses (voir chapitre 9), les objectifs généraux suivants²⁷, auxquels doivent contribuer les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»:

- La santé physique et psychique ainsi que la qualité de vie des personnes âgées sont maintenues et si possible améliorées.
- De plus en plus de personnes âgées sont en mesure de mener une vie indépendante à leur domicile.
- Moins de personnes âgées sont atteintes de maladies non transmissibles évitables.
- Moins de personnes âgées font des chutes entraînant des conséquences graves.
- La dépendance des personnes âgées est réduite ou du moins retardée, et les entrées en EMS sont réduites.
- Les proches aidants des personnes âgées sont soutenus.

Avec ces objectifs généraux, les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» contribuent en outre à freiner la hausse des coûts de la santé. Les objectifs des programmes doivent aussi contribuer indirectement à une image positive de la vieillesse au sein de la société.

À côté des changements favorables à la santé sur le plan des ressources individuelles et des modèles de comportement, les objectifs généraux des programmes impliquent aussi des changements au niveau contextuel. Parmi les mesures prioritaires au niveau contextuel, on compte également la promotion d'espaces et d'infrastructures adaptées à l'âge et aux besoins, l'optimisation de la prévoyance et des soins ainsi que la coordination et la mise en réseau des offres de promotion de la santé des personnes âgées.

Pour atteindre les objectifs généraux des PAC, la priorité est accordée aux champs d'action suivants:

- promotion générale de l'activité physique des personnes âgées, y compris la prévention générale des chutes;
- prévention spécifique des chutes chez les personnes fragiles et pré-fragiles;
- promotion d'une alimentation équilibrée des personnes âgées (avec prévention de la dénutrition);
- promotion de l'intégration sociale des personnes âgées, notamment par la mise en place et le développement de structures facilitant l'accès aux groupes cibles difficilement accessibles;
- participation et implication active des personnes âgées à la planification et à la mise en œuvre de la promotion de la santé les concernant;
- promotion de l'égalité des chances en matière de santé. Cela exige la reconnaissance de l'hétérogénéité des personnes âgées et la prise en compte de la diversité de leurs contraintes, ressources et besoins ainsi que la promotion de l'égalité des chances pour l'accès aux offres de promotion de la santé et aux soins médicaux;
- optimisation de la collaboration avec les professionnels de santé comme le corps médical, les pharmaciens, les physiothérapeutes et les psychologues ainsi que les professionnels des services de soins à domicile.

²⁷ Les objectifs cités répondent aussi aux souhaits de personnes âgées qui voudraient mener une vie indépendante le plus longtemps possible et craignent plus particulièrement les limitations physiques, la dépendance aux soins et les maladies comme la démence [332].

Les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» n'ont pas pour but d'empêcher l'apparition des maladies. Conformément à l'objectif général de la promotion de la santé, leur vocation prioritaire est de renforcer des facteurs de protection et des ressources importants et de réduire les facteurs de risque et les maladies, afin de maintenir et d'améliorer dans une large mesure la santé et l'autonomie.

L'accent mis sur les thèmes de la promotion de l'activité physique, de l'alimentation équilibrée et de la santé psychique (notamment l'intégration sociale) est conforme à la stratégie de la fondation [193] et découle dans le même temps de la stratégie MNT et du rapport du Dialogue de la Politique nationale de la santé sur la «santé psychique en Suisse» [185]. La prévention des chutes constitue un quatrième champ d'action, décisif pour le maintien d'un mode de vie autonome des personnes âgées. Ces quatre champs d'action servent à la protection contre les maladies non transmissibles, les maladies psychiques et les chutes. Ils sont dès lors particulièrement bien adaptés pour améliorer la santé, l'autonomie et la qualité de vie, ou du moins la préserver le plus longtemps possible. Dans le même temps, ces champs d'action contribuent largement à réduire la dépendance des personnes âgées en termes de soins et d'assistance, et par conséquent à limiter la hausse des dépenses de santé. Ces quatre thèmes d'intervention sont traités de manière approfondie aux chapitres 17 à 20.

Lors de la mise en œuvre de ces thèmes, il conviendra de tenir compte de champs d'action supplémentaires, qui sont désignés ci-après «thèmes transversaux». Au vu de la grande hétérogénéité des personnes âgées (voir chapitre 2), il est indispensable de prendre des mesures permettant de garantir l'égalité des chances en matière de santé. La collaboration entre la promotion de la santé et les soins médicaux de premier recours, ainsi que la participation des personnes âgées, sont également des facteurs décisifs pour le succès de la promotion de la santé des personnes âgées (voir chapitre 14.1). Les thèmes transversaux Egalité des chances en matière de santé, Collaboration avec la médecine de premier recours et Assurance qualité dans le domaine des conseils et des cours sont traités de manière approfondie aux chapitres 21 à 23²⁸.

En plus des changements favorables à la santé sur le plan des ressources individuelles et des schémas comportementaux, il faut prévoir également des changements au niveau contextuel, pour tous les champs d'action. Parmi les mesures importantes à prendre au niveau contextuel, on peut citer un aménagement du territoire favorable à la santé et adapté aux personnes âgées, les soins et la prévoyance, les prestations spécifiques à l'âge ainsi que l'environnement social et les possibilités d'activité. Les mesures au niveau comportemental et contextuel se renforcent mutuellement et contribuent ainsi à la réalisation des objectifs fixés.

Promotion Santé Suisse définit dans les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» des lignes d'action claires, qui s'appuient sur une base scientifique et qui sont définies comme prioritaires par les cantons. Dans le même temps, il faut souligner que la promotion de la santé des personnes âgées revêt un caractère multidimensionnel, qui va au-delà des champs d'action prioritaires définis ci-dessus. Dans la pratique, la promotion de la santé cognitive, la prévoyance médicale, la détection précoce et la prévention dans le domaine des perceptions sensorielles (ouïe et vue), les thèmes de l'abus de substances et des addictions (alcool, tabac et médicaments) ou la santé buccale des personnes âgées [voir 194] revêtent eux aussi une importance majeure. Ces thèmes ne sont que partiellement couverts par les champs d'action prioritaires. Il est dès lors important de les aborder en collaboration avec d'autres acteurs et en coordination avec leurs offres et lignes d'action.

14.3 Niveaux d'action des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»

Sur la base des expériences acquises dans le cadre du programme d'action cantonal actuel «Poids corporel sain», il est recommandé, dans les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées», d'agir également sur les quatre niveaux suivants, étant donné que les mesures réalisées à ces niveaux se renforcent mutuellement et que leur combinaison offre un maximum de chances pour garantir un effet durable [195]:

²⁸ A l'avenir, Promotion Santé Suisse développera aussi des bases scientifiques pour le quatrième thème transversal «Participation des personnes âgées».

- **Interventions:** le niveau Interventions des PAC contient des paquets d'intervention complets et spécifiques à l'âge, axés sur la promotion de la santé et la prévention chez les seniors, leur entourage (familles, voisinage, communes) ainsi que leur environnement (contexte).
- **Policy:** le niveau Policy comprend la conception durable de structures sociales qui permettent et encouragent un mode de vie sain et actif pour les seniors.
- **Mise en réseau:** le niveau Mise en réseau implique la collaboration au-delà des frontières des domaines, disciplines, niveaux hiérarchiques, organisations et projets. Et ce, pour garantir la cohérence et la coordination, afin de fédérer les forces et encourager les alliances.
- **Information du public:** le niveau Information du public informe et sensibilise le grand public aux thèmes de la promotion de la santé des personnes âgées. Il s'agit également d'encourager une attitude positive par rapport à la thématique et de faire connaître les offres existantes.

Les bases conceptuelles détaillées des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» sont actuellement en cours de finalisation (état: novembre 2015) et seront transmises en temps utile aux cantons. Le concept fournit des informations sur des aspects comme les conditions-cadres, la méthodologie de mise en œuvre, le pilotage ainsi que le financement des PAC et esquisse dans les grandes lignes les prestations que Promotion Santé Suisse proposera aux cantons, dans le domaine de la promotion de la santé. Pour ce qui est de la méthodologie de mise en œuvre, l'approche communale a notamment fait ses preuves [172].

15 Gestion des impacts

Les projets et programmes ont pour objectif de produire des effets auprès de groupes de population choisis et dans des settings définis. Ces effets peuvent se répercuter à divers niveaux. On étudie non seulement l'impact sur la santé des personnes âgées, mais aussi les impacts en amont. Si, par exemple, une manifestation sur le thème de la promotion de l'activité physique attire de nombreux participants ou si les responsables dans les communes s'engagent en faveur de ce thème sur la base d'informations et d'opérations de sensibilisation, il s'agit là d'étapes intermédiaires importantes dans des chaînes d'impact plus longues. La gestion des impacts analyse la manière dont les impacts sont planifiés, produits et démontrés et la façon dont les enseignements peuvent être valorisés (voir illustration 8).

Objectifs de la gestion des impacts:

- a) soutenir les processus d'apprentissage;
- b) légitimer les activités et l'utilisation des ressources;
- c) soutenir le controlling – par la mise à disposition d'informations sur les prestations fournies, la réalisation des objectifs et les développements intervenus dans l'environnement²⁹.

Alors qu'il est demandé à la pratique de développer et de mettre en œuvre des projets et des programmes efficaces, l'évaluation est chargée pour sa part d'apprécier le mode d'action des projets et des programmes et d'en démontrer les effets. Le présent chapitre montre comment Promotion Santé Suisse

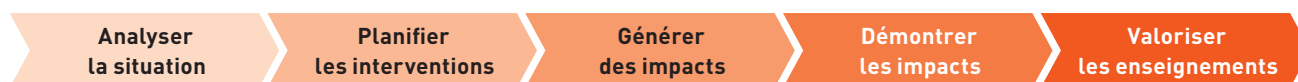
traite les questions d'efficacité, au vu de la complexité des interventions sociales. Certains aspects centraux de la gestion des impacts sont expliqués et illustrés par des exemples, sur la base des vastes expériences collectées au cours des dernières années, dans le cadre du projet intercantonal «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées» (voir chapitre 12).

15.1 Travail avec les modèles d'impact

Comme base pour la gestion des impacts, Promotion Santé Suisse élabore pour ses projets et programmes des modèles d'impact, sur lesquels elle fonde ses activités de monitoring et d'évaluation. Elle s'appuie à cet effet sur le modèle de catégorisation des résultats, qui aide à différencier différents niveaux d'impact et à mettre en lumière les différentes interactions [196, 197]. Les modèles d'impact montrent pour l'essentiel les mesures mises en œuvre dans le cadre d'un projet, ainsi que les moyens et les objectifs intermédiaires par lesquels les effets souhaités doivent être atteints au niveau de la santé. Les modèles d'impact aident également à structurer de manière claire les diverses informations. Ils rendent explicites les hypothèses et les chaînes d'impact d'un programme et servent ainsi de base pour évaluer l'efficacité d'un programme. Si différents acteurs participent à un projet, l'élaboration d'un modèle d'impact aide à développer une compréhension commune des problèmes et des effets. Un

ILLUSTRATION 8

Niveaux de la gestion des impacts



²⁹ Extrait de la feuille de route non publiée sur la gestion des impacts de Promotion Santé Suisse, version juin 2014.

tel modèle constitue une base adéquate pour une compréhension interdisciplinaire ou intersectorielle. Les modèles d'impact aident les acteurs nationaux, cantonaux et communaux à analyser la situation en matière de promotion de la santé des personnes âgées, à planifier et mettre en œuvre des mesures, à réfléchir sur les liens de causalité des impacts, à mesurer les effets et à valoriser les enseignements (voir illustration 9).

En s'appuyant sur les différents rapports de base rédigés dans le cadre du projet «Via», les premières ébauches pour les modèles d'impact relatifs aux thèmes à traiter ont été élaborées en 2010 [198]. Sur cette base et à la lumière des expériences acquises dans le cadre du projet «Via» ainsi que des travaux préliminaires pour un programme «Promotion de la santé des personnes âgées», un modèle d'impact visuel global a été mis au point. Celui-ci regroupe de manière schématique les principaux éléments de la logique d'impact du programme.

Le programme national doit déployer ses effets au travers des programmes cantonaux, qu'il soutient par des prestations. A ce niveau, les effets de Via peuvent être évalués concrètement, par exemple: Comment les prestations des programmes sont-elles utilisées? Comment leur utilité est-elle évaluée? Comment les prestations sont-elles intégrées dans les programmes cantonaux? Les impacts au niveau des personnes âgées ainsi que des multiplicateurs doivent être considérés comme des impacts globaux des programmes cantonaux, y compris les prestations fournies au niveau national. La contribution du programme national à ces impacts globaux peut, dans le meilleur des cas, être évaluée sur le plan qualitatif, mais jamais avec précision.

Une bonne connaissance des settings et milieux de vie en question aide à déterminer dans quelle mesure les changements observés sont effectivement le résultat des mesures appliquées ou dans quelle mesure une stabilisation de la situation à un certain niveau est imputable au succès d'un programme. Sur la base des modèles d'impact, les activités de monitoring et d'évaluation sont planifiées et reliées entre elles. Alors que le monitoring fournit périodiquement des données sur les indicateurs définis au préalable pour observer dans la durée des aspects spécifiques d'un projet (étendue des prestations, qualité, développements dans le contexte, etc.), l'évaluation étudie en profondeur des problématiques spécifiques selon diverses méthodes de collecte et pers-

pectives et procède à une évaluation critique du projet ou de certains aspects. Le monitoring convient de façon optimale pour documenter les prestations d'un projet et se prononcer sur son potentiel d'impact quantitatif. L'appréciation de l'efficacité d'un programme nécessite quant à lui des évaluations.

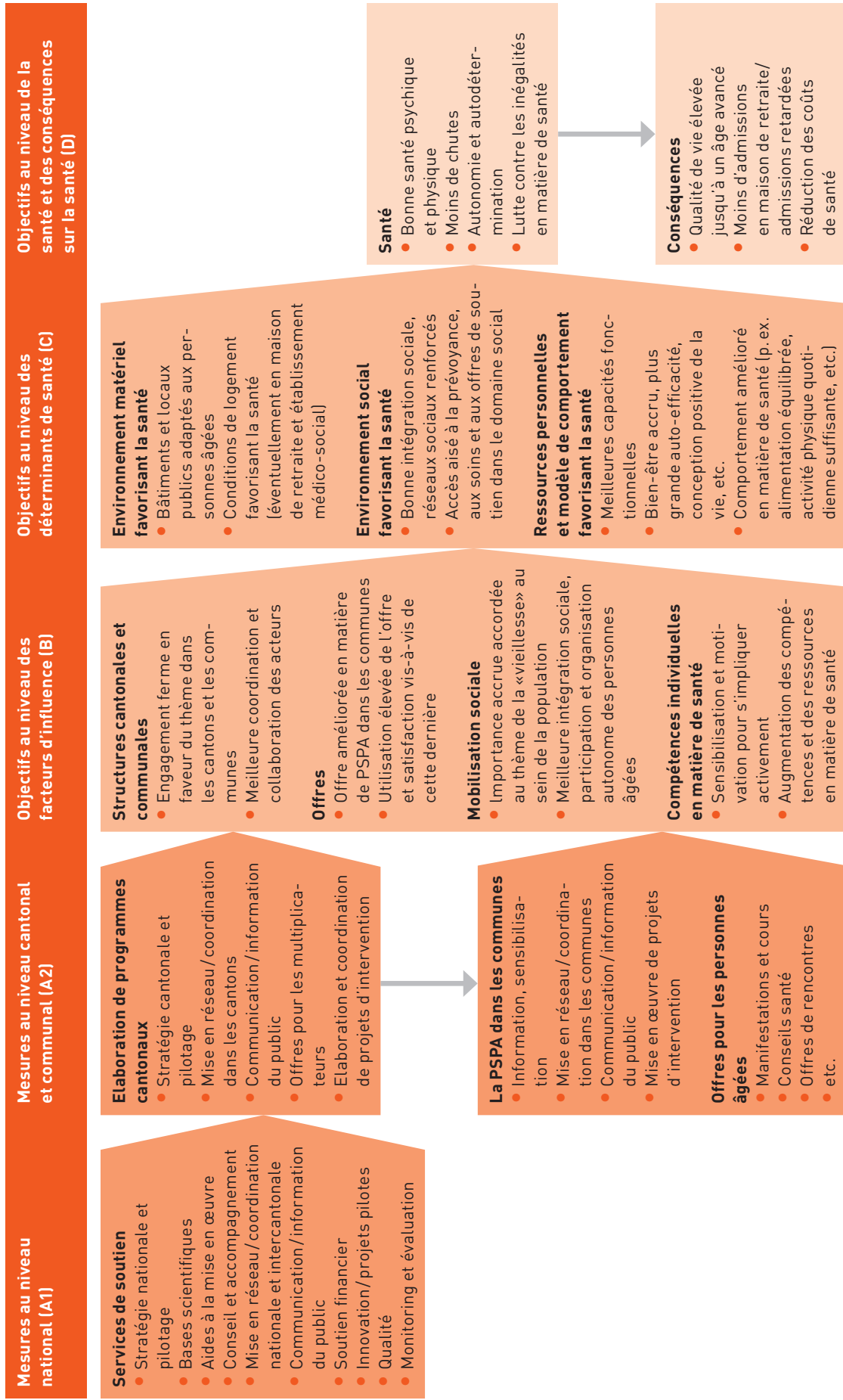
15.2 Monitoring

Dans le cadre d'un monitoring, les données relatives à des indicateurs définis sont collectées et évaluées de façon récurrente et systématique. Les monitorings sont réalisables à différents niveaux. Les données issues du monitoring peuvent ainsi:

- fournir un aperçu des ressources mises en œuvre (*input*), par exemple temps de travail consacré à chaque thème ou fonds utilisés pour des mesures de promotion de la santé des personnes âgées;
- fournir des informations sur la qualité des *processus*, par exemple temps d'attente pour les conseils de santé;
- documenter la diffusion des mesures (*output*), par exemple nombre de cours d'activité physique réalisés par un canton;
- documenter les développements résultant des mesures mises en œuvre (*outcome*), par exemple utilisation des cours et effets directs sur les participants (durée d'activité physique supplémentaire);
- documenter les développements de facteurs contextuels (*contexte*), par exemple développements politiques dans le canton concerné;
- ou documenter *l'impact* visé, mais toutefois sans pouvoir démontrer l'existence d'un lien de causalité entre les interventions et l'impact, par exemple lorsque des données relatives au comportement en matière d'activité physique des personnes âgées sont utilisées au niveau de la population dans son ensemble.

L'observation des développements d'un projet et de son environnement permet la détection précoce de changements importants, ainsi qu'une réaction appropriée. Promotion Santé Suisse utilise systématiquement les monitorings là où elle peut, moyennant des coûts raisonnables, obtenir régulièrement des connaissances pertinentes pour le pilotage. Par ailleurs, des données solidement étayées issues du monitoring, légitiment l'efficacité des projets, étant

Modèle d'impact cadre pour un programme «Promotion de la santé des personnes âgées»



donné que l'on observe simultanément des changements intervenus à différents niveaux d'impact. Alors que dans d'autres groupes d'âge, les écoles ou les entreprises constituent des settings centraux qui sont pris en compte dans un monitoring, le setting Commune/quartier revêt un intérêt prioritaire dans la promotion de la santé des personnes âgées.

Dans le cadre du projet «Via», on a élaboré, à côté du modèle d'impact pour le projet global, des modèles d'impact pour les grands sous-projets à caractère interventionniste (réseaux communaux Bouger et se rencontrer, prévention des chutes et intégration sociale), qui servent de base pour les évaluations. Par ailleurs, les prestations fournies par le centre de coordination (conseils, activités de mise en réseau, publications, bases, etc.) sont relevées systématiquement depuis deux ans. Depuis 2015, des données relatives à la mise en œuvre de la promotion de la santé des personnes âgées sont en outre collectées dans les cantons partenaires. Celles-ci fournissent par exemple un aperçu du nombre de communes offrant des prestations de promotion de la santé des personnes âgées, du nombre de manifestations et de cours proposés ou des nouvelles possibilités de rencontre créées. Le jeu d'indicateurs pris en compte dans ce monitoring est volontairement réduit, d'une part afin de limiter le travail de collecte dans les cantons et les communes, et d'autre part, parce que les programmes d'action cantonaux se différencient parfois fortement et qu'il n'est possible de définir que peu d'indicateurs clés pertinents pour l'ensemble des programmes. Le tableau 5 présente la majeure partie des indicateurs du monitoring des programmes d'action cantonaux; il s'agit principalement d'indicateurs d'output, les autres niveaux n'étant pas encore pris en compte pour l'instant.

15.3 Evaluation

Promotion Santé Suisse fait accompagner d'une évaluation les grands projets et programmes afin de pouvoir analyser de manière approfondie les problématiques importantes et obtenir des indications pour leur pilotage et leur développement. L'objectif de l'évaluation, les priorités et les problématiques peuvent évoluer à mesure des développements d'un projet/programme. Le modèle d'impact représenté ci-avant (illustration 9) fournit des indications importantes pour la planification de mesures d'évaluation. Par exemple, l'évaluation peut être axée sur la fourniture de prestations de soutien au niveau national et cantonal (colonnes A1 et A2) ou analyser les répercussions sur certains domaines cibles, par exemple la collaboration des acteurs dans un canton (B) ou l'intégration sociale des personnes âgées (C). L'évaluation a pour rôle de remettre en question les interdépendances présumées en matière d'impacts, de les analyser et d'apprécier la contribution des interventions aux changements observés dans divers domaines cibles. A cet égard, il convient de noter que les interventions de la promotion de la santé des personnes âgées ne représentent qu'une faible partie des influences globales sur la santé des personnes âgées. L'évaluation recherche des facteurs qui favorisent l'obtention des effets souhaités et empêchent les effets non souhaités. Elle doit en outre soumettre à un examen critique les objectifs fixés et garder à l'œil d'éventuels effets secondaires non recherchés, par exemple la discrimination de personnes âgées suite à des campagnes de sensibilisation.

Alors que dans le cadre du monitoring, des données relatives aux différents niveaux sont collectées et traitées afin de pouvoir identifier les développements

TABLEAU 5

Extrait du jeu d'indicateurs Monitoring promotion de la santé des personnes âgées (Via)

| Domaines | Indicateurs |
|----------------------|--|
| Manifestations | Type et nombre de manifestations, langue(s), lieu de déroulement de la manifestation, date, nombre de participants |
| Cours | Type de nombre de cours, langue(s), lieu de déroulement du cours, nombre de participants, nombre total d'heures de cours, période de réalisation, thèmes traités |
| Conseils santé | Nombre de conseils, nombre de personnes ayant bénéficié de conseils |
| Offres de rencontres | Type de rencontre / d'offre, lieu de réalisation, nombre de réalisations par an, nombre moyen de participants, nature du service organisant/réalisant les rencontres |

dans le temps, l'évaluation s'intéresse davantage aux interactions entre ces niveaux. Elle recherche par exemple dans quelle mesure les prestations nationales modifient la collaboration entre les acteurs cantonaux ainsi que les offres pour la promotion de la santé des personnes âgées ou dans quelle mesure les offres de rencontres sont utilisées et contribuent à une meilleure intégration sociale des personnes âgées. L'évaluation globale d'un programme de promotion de la santé des personnes âgées nécessite le regroupement des résultats de différents monitorings et évaluations selon les catégories du modèle d'impact considéré³⁰. Dans un concept global d'évaluation de programmes, plusieurs évaluations avec différentes priorités sont combinées si nécessaire (évaluations formatives et sommatives, autoévaluations et évaluations par des tiers, évaluations des concepts, des structures, des processus et des impacts). Dans les programmes en cours de développement, les évaluations doivent en outre intégrer des connaissances scientifiques et des expériences issues d'autres interventions.

La dernière évaluation réalisée pour le projet «Via» était axée sur les expériences et enseignements utiles pour la mise en place d'un programme «Promotion de la santé des personnes âgées» [181]. Le chapitre 12.4 du présent rapport de base contient un récapitulatif des principaux résultats de cette évaluation.

15.4 Les perspectives en bref

Un programme national «Promotion de la santé des personnes âgées» implique de nouveaux défis et tâches pour la gestion des impacts:

- **Evaluation de projets pilotes:** l'un des principaux objectifs de la prochaine phase sera d'assurer la diffusion de projets éprouvés et efficaces. L'évaluation a un rôle important à jouer à cet égard, car il ne s'agit pas seulement d'évaluer les impacts, mais aussi de déterminer comment les projets peuvent être implémentés avec succès dans différents contextes.
- **Différenciation et extension du monitoring:** dans le domaine du monitoring, un jeu d'indicateurs peu différencié a été utilisé au départ. Si le monitoring s'avère utile pour les différents acteurs, il pourra être différencié et étendu sur la base des expériences réalisées. Par ailleurs, il convient d'examiner si et sous quelle forme un monitoring des aspects liés à la santé des personnes âgées serait utile en Suisse, à l'instar de celui réalisé par Promotion Santé Suisse dans le domaine de l'activité physique, de l'alimentation et du poids ainsi que de la santé psychique. Pour simplifier la collecte et l'évaluation des données, l'introduction d'un outil monitoring en ligne devrait être examinée. A cet égard, il existe dans les cantons des développements intéressants, sur lesquels on pourra s'appuyer.
- **Mesure des impacts:** jusqu'ici, l'évaluation était centrée sur les aspects liés à la mise en œuvre et à la qualité ainsi qu'à l'utilité et à la satisfaction par rapport aux prestations fournies, du point de vue des cantons participants. Les autres effets au niveau des multiplicateurs ainsi que des personnes âgées n'ont pas été abordés. Avec la transformation du projet en programme, la mesure des impacts revêtira une importance croissante, afin de pouvoir justifier l'augmentation des investissements.

³⁰ Voir également les expériences du monitoring et de l'évaluation du programme prioritaire «Poids corporel» de Promotion Santé Suisse [333].

16 L'essentiel des chapitres 14 et 15 en bref

- La promotion de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée et de la santé psychique (en particulier l'intégration sociale) ainsi que la prévention des chutes et de l'abus de substances constituent des champs d'action prioritaires pour améliorer ou préserver la santé, l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.
- Promotion Santé Suisse concentre son action sur les thèmes de la promotion de l'activité physique, de la prévention des chutes, de l'alimentation équilibrée et de la santé psychique (intégration sociale), et s'inscrit ainsi dans la stratégie à long terme de la fondation ainsi que dans la stratégie MNT.
- Les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» s'adressent à des personnes du troisième et quatrième âge, qui vivent chez elles de façon autonome ou qui bénéficient éventuellement de soins ou d'une assistance en ambulatoire.
- Pour le maintien de la santé jusqu'à un âge avancé, des changements favorables à la santé sont nécessaires au niveau comportemental et au niveau contextuel.
- Le système de prise en charge médicale joue un rôle central dans la promotion de la santé des personnes âgées, notamment dans l'optique d'une prise en charge intégrée, de la détection précoce et du traitement des facteurs de risque physiologiques ainsi que du renforcement d'un mode de vie propice à la santé.
- Le modèle d'efficacité «Promotion de la santé des personnes âgées» aide les acteurs nationaux, cantonaux et communaux à analyser la situation actuelle, à planifier et déployer les mesures, à réfléchir sur les liens de causalité des impacts, à évaluer les effets et valoriser les connaissances acquises.
- A l'avenir, la mesure des impacts doit être intensifiée. De plus, des projets pilotes devront être évalués et la surveillance appliquée de façon différenciée et de manière élargie.

4^e partie

Thèmes d'intervention des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»

Sur la base du chapitre 14, cette partie du rapport regroupe les principes scientifiques relatifs aux thèmes d'action prioritaires des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées». Il s'agit de la promo-

tion de l'activité physique, de la santé psychique et d'une alimentation équilibrée ainsi que de la prévention des chutes des personnes âgées.

17 Promotion de l'activité physique des personnes âgées³¹

La promotion de l'activité physique est l'un des champs d'action les plus importants de la promotion de la santé des personnes âgées (voir chapitre 14). Ce chapitre montre les effets positifs escomptés de l'activité physique sur la santé, ainsi que la quantité recommandée d'activité physique pour les personnes âgées. L'aperçu du comportement actuel des personnes âgées en matière d'activité physique est suivi d'une présentation d'interventions ayant fait leurs preuves et des facteurs de succès pratiques de la promotion de l'activité physique des personnes âgées.

17.1 Pourquoi la promotion de l'activité physique des personnes âgées apporte de réels bénéfices

L'activité physique régulière constitue un facteur de protection essentiel de la santé et montre les résultats les plus stables en matière de santé et d'autonomie des personnes âgées [135]. L'activité physique peut avoir à la fois un effet de maintien de la santé et

un effet thérapeutique. Elle permet non seulement d'éviter ou de retarder l'apparition de nombreuses maladies physiques et psychiques, mais exerce également une influence positive sur les affections pré-existantes [199].

L'effet positif d'une activité physique régulière sur la santé physique et psychique (niveaux affectif et cognitif) est scientifiquement prouvé. En particulier pour les maladies et affections regroupées dans le tableau 6, on dispose de preuves de l'effet positif de l'activité physique sur la santé.

Un mode de vie physiquement actif contribue dans une large mesure à un vieillissement en bonne santé [57, 202]. En résumé, on peut retenir que l'activité physique régulière et adaptée des personnes âgées allonge les années de vie en bonne santé, améliore leur vitalité et leur qualité de vie et leur permet de continuer à vivre plus longtemps chez elles, de manière autonome. L'activité physique semble réduire l'incapacité fonctionnelle [139, 203] et diminue de manière probante la nécessité d'une prise en charge: le risque d'apparition ou d'aggravation d'un besoin d'assistance quotidien peut être réduit pratiquement

TABLEAU 6

Problèmes de santé influencés positivement par l'activité physique. Sources: [199–201]

| | |
|------------------------|---|
| Niveau physique | <ul style="list-style-type: none"> • Maladies cardiovasculaires, par exemple accidents vasculaires cérébraux et hypertension artérielle • Maladies métaboliques, par exemple diabète de type II • Cancer, par exemple cancer colorectal, cancer du sein, cancer du poumon et de l'utérus • Maladies des voies respiratoires, par exemple fonction pulmonaire générale • Troubles musculo-squelettiques, par exemple douleurs dorsales et articulaires, perte de masse osseuse (ostéoporose) et musculaire (sarcopénie) • Fréquence des chutes et risque de fracture osseuse |
| Niveau affectif | <ul style="list-style-type: none"> • Dépressions • Troubles anxieux • Tolérance au stress • Qualité du sommeil |
| Niveau cognitif | <ul style="list-style-type: none"> • Performances intellectuelles, capacité de concentration et vitesse de réaction • Pathologies de la démence, par exemple maladie d'Alzheimer • Désorientation |

³¹ Le chapitre portant sur la promotion de l'activité physique des personnes âgées s'appuie essentiellement sur l'étude de Seematter-Bagnoud et al. [200], qui a été rédigée sur mandat de Promotion Santé Suisse.

de moitié grâce à des interventions portant sur l'activité physique [5].

La promotion de l'activité physique des personnes âgées est également pertinente d'un point de vue économique, étant donné que les coûts de l'inactivité physique sont élevés et que «l'augmentation de l'activité physique a pour effet de réduire les coûts de santé» [204]. En Suisse, l'inactivité physique occasionne chaque année et sur l'ensemble des groupes d'âge plus de 325 000 cas de maladie, plus de 1150 décès et des coûts médicaux directs de plus de 1,165 milliard de francs [205].

17.2 Recommandations et comportement en matière d'activité physique chez les personnes âgées

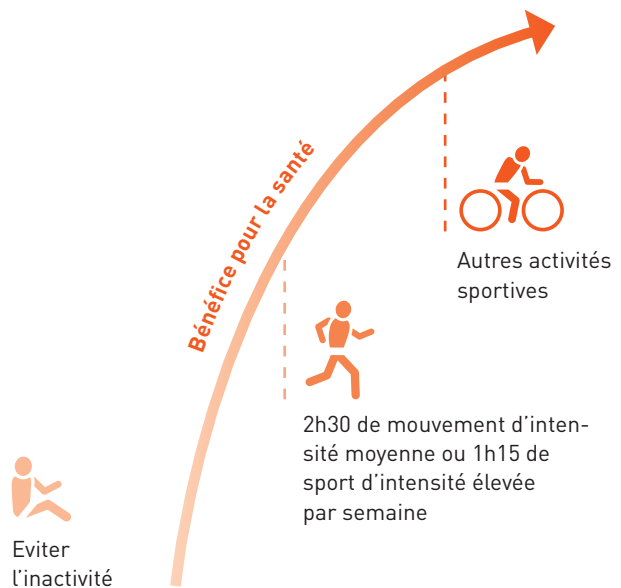
Alors que dans le passé, le repos physique était recommandé aux personnes âgées de santé fragile, on sait aujourd'hui que la pratique d'une activité physique régulière est généralement propice à la santé, à tout âge et quel que soit l'état de santé [206, 207]. Il n'existe aucune contre-indication absolue à une activité physique modérée, et même les personnes âgées souffrant de problèmes de santé ou de handicaps profitent des bénéfices d'une activité physique, à condition qu'elle soit adaptée à leur situation personnelle [135, 199].

L'Office fédéral du sport et l'Organisation mondiale de la santé recommandent pour les personnes âgées la pratique hebdomadaire d'une activité physique d'intensité moyenne de deux heures et demie au moins, ou d'une heure et quart de sport d'intensité soutenue³² [199, 208]. La recommandation générale est de «pratiquer une activité physique d'intensité moyenne, tous les jours ou presque, pendant une demi-heure au moins». Cette demi-heure peut être fractionnée, pour autant qu'un épisode dure au moins dix minutes. En d'autres termes, des épisodes d'activité courts, pratiqués régulièrement, ont déjà un effet bénéfique sur la santé [199].

Le «rapport dose-effet» montre que toute activité physique régulière, même si elle se situe en dessous de la recommandation de base pour les personnes âgées, a un effet sur la santé (illustration 10). Par conséquent, même les activités physiques moins in-

ILLUSTRATION 10

Rapport dose-effet. Source: [199]



tensives sont déjà profitables pour la santé. Qui plus est, les personnes âgées qui jusqu'ici étaient peu actives voire pas du tout peuvent, moyennant une activité physique modérée mais durable, s'attendre à un bénéfice important pour la santé [199, 209].

Le comportement d'une personne en matière d'activité physique dépend d'une part de facteurs non modifiables, comme le patrimoine génétique, l'âge et le sexe, et d'autre part, de facteurs modifiables comme les caractéristiques personnelles ainsi que l'environnement social et physique [199, 210]. Parmi les caractéristiques personnelles, on peut citer par exemple l'attitude individuelle face au thème de l'activité physique. Les influences de l'environnement physique comprennent notamment les structures d'habitat et l'accès aux parcs ou aux offres d'activité physique dans l'environnement résidentiel personnel.

L'intensité de l'activité physique est fonction de l'âge. En règle générale, elle augmente un peu, directement après le départ à la retraite, et se réduit ensuite considérablement à partir de l'âge de 75 ans [211]. Près d'une personne sur quatre (24%) entre 65 et 74 ans et près d'une personne sur deux (45%) à partir de 75 ans a une activité physique insuffisante.

³² Pour différencier l'activité physique de moyenne intensité et intense, voir le chapitre 17.4.

17.3 Interventions pour la promotion de l'activité physique des personnes âgées

Sur la base de la pyramide de l'activité physique (illustration 11), il est recommandé de promouvoir deux formes d'activités différentes et complémentaires. Il s'agit, d'une part, d'encourager l'exercice physique quotidien, de manière à ce que les personnes âgées intègrent plus fréquemment l'activité physique dans leur vie de tous les jours (interventions «lifestyle», c'est-à-dire interventions visant à modifier le mode de vie), et d'autre part, de recommander des programmes d'exercice spécifiques, qui sont mis en œuvre soit avec un encadrement dans le cadre de séances de groupe, soit en solo à la maison.

17.3.1 Promotion de l'activité physique par des interventions axées sur le mode de vie

L'exercice physique quotidien constitue le fondement sur lequel s'appuient les autres activités physiques (voir illustration 11). Il s'agit ici d'activités quotidiennes comme les déplacements à pied ou en vélo (par ex. pour faire les courses), les promenades quotidiennes, les tâches ménagères, l'utilisation des escaliers ou le jardinage. Leur point commun est de ne

pas avoir pour but premier la pratique d'une activité physique en tant que telle. L'activité physique représente dans ce cas plutôt un bénéfice secondaire des tâches quotidiennes.

Les arguments suivants plaident, notamment, en faveur de la promotion de l'exercice physique au quotidien:

- Cette forme d'exercice comporte moins de risques pour la santé que les activités d'intensité plus élevée [200].
- Des études réalisées en Suisse et à l'étranger montrent que les déplacements à pied constituent une forme d'activité physique bien acceptée et appréciée par les personnes âgées [213, 214].
- La promotion d'un mode de vie actif au quotidien améliore la santé de manière probante et peut même entraîner une augmentation plus durable du niveau d'activité physique d'une personne que la participation à des programmes d'exercice spécifiques [215, 216].

C'est pourquoi les organisations de santé du monde entier recommandent d'accorder une large place à l'activité physique quotidienne, dans le cadre de la promotion de l'activité physique [208]. A ce jour, la littérature spécialisée sur la promotion de l'activité

ILLUSTRATION 11

Pyramide de l'activité physique. Source: [212], selon Haskell 2007

Progresser à une **intensité adéquate** si vous désirez intensifier vos efforts et varier vos activités

Pour rester dynamique et mobile:

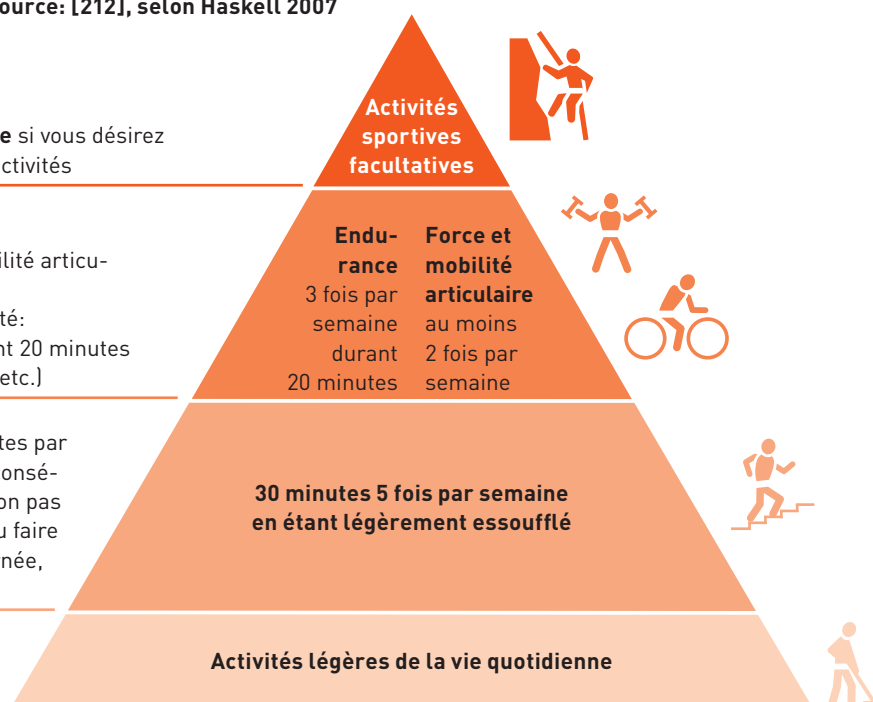
entraîner la musculature et la mobilité articulaire 2 fois par semaine.

Si vous êtes motivé et en bonne santé:

endurance 3 fois par semaine durant 20 minutes (jogging, vélo, natation, randonnée, etc.)

Etre légèrement essoufflé 30 minutes par jour pendant au moins 10 minutes consécutives par activité: marcher d'un bon pas pendant 15 minutes matin et soir, ou faire 10 000 pas sur l'ensemble de la journée, balades à vélo, danse, etc.

Toute occasion de bouger est bonne à saisir



physique au quotidien est cependant peu abondante, en particulier parce qu'il est plus difficile de quantifier ces activités quotidiennes que d'observer et d'évaluer des programmes d'exercice structurés. Le chapitre 17.5 aborde quelques facteurs de succès clés, qui sont aussi déterminants pour la promotion de l'activité physique au travers d'interventions «lifestyle». Parmi les facteurs de succès, on peut citer par exemple des recommandations claires et faciles à mettre en œuvre, l'intégration des professionnels de santé ainsi qu'un environnement et des infrastructures favorables à la santé.

17.3.2 Promotion de l'activité physique au travers de programmes d'exercice spécifiques

L'étape fondamentale pour l'amélioration de la santé est celle qui mène de la sédentarité à une activité physique régulière au quotidien [199]. Pour atteindre cet objectif, des programmes d'exercice spécifiques sont recommandés, qui servent de manière ciblée à l'entraînement de la force musculaire, de la souplesse, de l'équilibre et de l'endurance des personnes âgées (voir Pyramide de l'activité physique). En Suisse, les programmes d'exercice proposés actuellement se déroulent fréquemment sous la forme de cours en groupe, dans des locaux de proximité (par ex. salles de sport, piscines publiques et centres de fitness). La littérature spécialisée montre que deux des éléments décisifs pour l'efficacité de ces mesures sont la fréquence et l'intensité. Deux à trois séances d'entraînement par semaine constituent un rythme optimal pour obtenir l'effet souhaité sur la santé [199]. Lors de la planification de futurs programmes de promotion de l'activité physique des personnes âgées, il convient de veiller à proposer des cours plusieurs fois par semaine. Concernant l'intensité, les exercices d'endurance ou de renforcement musculaire sont les plus efficaces, avec un effort modéré [217].

Idéalement, les programmes d'exercice devraient porter sur plusieurs aspects de la performance physique, en particulier sur les formes de sollicitation motrice suivantes:

- l'endurance (également appelée entraînement cardiorespiratoire ou aérobie), qui peut être travaillée par exemple par la pratique d'activités comme le jogging, la marche nordique, le vélo, la danse ou l'aquagym;
- la force ou la musculature, qui peut être développée avec son propre poids, à l'aide d'appareils ou d'haltères;
- la souplesse, qui peut être améliorée par exemple par le yoga, le tai-chi, la gymnastique ou la danse;
- l'équilibre, qui peut également être amélioré par la pratique du tai-chi, de la danse ou par des exercices d'équilibre spécifiques.

L'entraînement régulier et combiné de ces quatre formes primaires de sollicitation permet de maintenir et de développer la capacité à accomplir de façon autonome les activités de la vie quotidienne. Il faut noter toutefois que toutes les activités physiques ne se valent pas. En d'autres termes, certaines formes d'activité physique permettent de prévenir l'apparition de maladies ou d'obtenir un effet bénéfique sur la santé. Alors que l'exercice aérobie par exemple joue un rôle majeur dans la prévention des maladies cardiovasculaires, l'entraînement de la force, combiné à des exercices d'entraînement de l'équilibre, joue un rôle majeur dans la prévention des chutes [200].

D'une manière générale, les programmes d'activité spécifiques peuvent être réalisés non seulement en groupe mais aussi individuellement, sous forme de séances d'entraînement à la maison. Pour les programmes à domicile, la supervision régulière par un coach personnel a fait ses preuves, pour entretenir la motivation et garantir l'exécution correcte des exercices. L'utilisation de brochures d'exercices, illustrées par des photographies³³, ainsi que de vidéos, de programmes informatiques et d'applications comportant des programmes d'exercices commentés jouent également un rôle de motivation et de guide.

³³ Un bon exemple sur le thème de la prévention des chutes est disponible sur www.bpa.ch («Bien équilibré au quotidien»); une brochure attrayante des Etats-Unis sur la promotion générale de l'activité physique est disponible ici: <https://niaproducts.s3.amazonaws.com/s3fs-public/workout-to-go.pdf>

17.4 Adaptation individuelle des recommandations en matière d'activité physique

Comme mentionné en préambule, les personnes d'un certain âge souffrant de problèmes de santé ou de handicaps peuvent également profiter des bienfaits d'une activité physique régulière. Toutefois, il est judicieux de prendre au préalable un avis médical et d'adapter individuellement, d'entente avec les professionnels, les recommandations et programmes d'activité physique (nature, fréquence et intensité) [199, 208].

Pour les personnes pré-fragiles et fragiles, il est indispensable de procéder à un examen médical avant d'entamer un nouveau programme d'activité physique. Un tel examen est aussi recommandé aux seniors robustes, notamment lorsque ces derniers présentent des symptômes d'alerte (douleurs dans la poitrine, vertiges, perte de connaissance, essoufflement inhabituel, etc.) ou des maladies chroniques. En ce qui concerne l'intensité, il faut savoir que la même activité peut être perçue différemment selon les personnes. En fonction de l'âge, de l'état de santé et d'entraînement, une personne ressentira par exemple la marche rapide comme une activité d'intensité modérée (essoufflement léger, conversation encore possible), alors que la même activité sera perçue comme une activité d'intensité élevée pour une autre personne (au minimum légère transpiration et respiration accélérée à rapide). Par conséquent, c'est toujours l'intensité dite relative qui est déterminante lors de la conception et de la mise en œuvre d'un programme d'activité physique.

17.5 Facteurs de réussite dans la mise en œuvre

La pratique régulière d'une activité physique est indispensable à l'obtention de bienfaits durables sur la santé. Elle constitue aussi le principal défi dans la mise en œuvre de la promotion de la santé à tout âge. Des études montrent que les gains de performance résultant d'une activité physique et sportive sont réduits à néant après trois mois environ d'inactivité [200]. Des solutions qui favorisent un changement durable du comportement en matière d'activité physique et qui ont fait leurs preuves sont esquissées ci-après:

- Urbanisme propice à l'activité physique et adapté aux personnes âgées:** les conditions liées à l'environnement peuvent avoir un effet favorable ou défavorable sur l'activité physique (voir les déterminants du comportement en matière d'activité physique, chapitre 17.2). Les espaces verts, les sentiers de promenade et les pistes cyclables, mais également les infrastructures sportives et d'activité facilement accessibles par les transports publics, ont un impact favorable sur le comportement en matière d'activité physique. De même, les stratégies et les systèmes de transport qui encouragent les déplacements à pied et en vélo contribuent à augmenter le niveau d'activité physique quotidien [218, 219]. Il existe un grand potentiel d'action dans le domaine de la promotion structurelle de l'activité physique [210, 219].
- Sensibilisation à la promotion de l'activité physique des personnes âgées:** l'importance d'une activité physique suffisante pour la santé des personnes âgées doit être soulignée, au travers de l'information du public et de campagnes médiatiques [218].
- Programmes intégrés dans les communes et coordination au plan local:** des programmes communaux ambitieux sont mis en place là où les personnes âgées vivent et passent leur temps libre. Ils combinent les stratégies et programmes locaux et l'information du public sur la promotion de l'activité physique et permettent d'exploiter des synergies.
- Intégration de la promotion de l'activité physique dans les soins médicaux de premier recours et accompagnement de la mise en œuvre par des professionnels de santé:** Le conseil et le soutien permanent par les médecins de famille et d'autres professionnels de santé sont indispensables pour augmenter à court et moyen terme le niveau d'activité physique des personnes âgées. Les professionnels de santé peuvent non seulement soutenir la motivation et le respect des programmes d'activité physique, mais aussi éviter les risques de surestimation et de blessure (voir chapitre 22). En Suisse, le projet «Paprica» (www.paprica.ch) de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne montre comment la promotion de l'activité physique peut être intégrée dans les soins médicaux de premier recours.

- **Recommandations d'activité physique claires, adaptées à la pratique et accessibles:** les recommandations en matière d'activité physique doivent être concrètes, pouvoir être intégrées facilement dans la vie de tous les jours et motiver les personnes âgées, en leur montrant la relation entre l'activité physique et la qualité de vie, ainsi que l'autonomie. Les recommandations tiennent compte des conditions individuelles et offrent un programme d'activités adapté et réaliste. Concernant les personnes sédentaires, il convient de souligner que les séquences d'activité de courte durée, moins intensives et réparties sur la journée, ont déjà un effet bénéfique sur la santé (voir chapitre 17.2).
- **Programmes et offres d'activité physique diversifiés:** compte tenu de la grande hétérogénéité des personnes âgées (voir chapitre 2), les offres dans le domaine de la promotion de l'activité physique doivent être conçues de façon variée et diversifiée – non seulement par rapport au niveau d'intensité, mais aussi du point de vue des contenus ou de la composition des participants et des moniteurs.
- **Combiner activité physique et rencontres – renforcer l'intégration sociale et le soutien:** la combinaison de l'activité physique et des possibilités de rencontre encourage la participation aux cours d'activité physique. L'activité physique réalisée en commun et dans la bonne humeur, la dynamique de groupe et la possibilité de discuter avant, pendant et après un entraînement, ont un effet aussi positif sur la motivation des participants que le soutien par la famille, les amis et les professionnels de santé [220]. La fondation bâloise Hopp-la (www.hopp-la.ch) démontre, au travers de ses projets, que l'activité physique et les rencontres peuvent également se faire dans un contexte intergénérationnel.
- **Des pairs comme moniteurs des programmes d'activité physique:** en plus de professionnels dûment formés, la supervision par des pairs est très prometteuse, car l'animation des programmes par des pairs (*peer-led*) est associée à un meilleur taux de participation et à un bénéfice supérieur en termes de satisfaction [220].
- **Accessibilité physique et financière des cours d'activité physique:** dans l'idéal, les cours d'activité physique ont lieu à proximité du domicile, sont facilement accessibles par les trans-

ports publics, sont accompagnés d'un service de transport ou offrent des possibilités de stationnement. Au vu des grandes disparités socioéconomiques, les coûts d'utilisation de ces cours doivent être le plus bas possible, afin de permettre également aux personnes plus démunies d'y accéder.

- **Interventions portant sur la psychologie du comportement et applications destinées à augmenter la motivation:** dans le programme des interventions de promotion de l'activité physique, il est recommandé d'intégrer des théories psychologiques du comportement (*Health Belief Model, Theory of Planned Behaviour, Transtheoretical Model*) [221] ainsi que l'utilisation de podomètres ou d'autres dispositifs techniques et applications qui fournissent un feed-back direct sur la progression et la réalisation des objectifs et contribuent à améliorer l'auto-efficacité. Des expériences positives ont été réalisées dans les Grisons avec l'application «Bisch fit?» et à Zurich avec le programme d'entraînement «Active Lifestyle», qui utilise des iPads pour entretenir la motivation.

17.6 L'essentiel en bref

- L'activité physique régulière est un facteur de protection essentiel de la santé et montre les résultats les plus stables en matière de santé et d'autonomie des personnes âgées.
- L'activité physique permet aux personnes âgées non seulement d'éviter ou de retarder l'apparition de troubles affectifs et cognitifs, mais exerce également une influence positive sur les affections chroniques préexistantes.
- Les personnes âgées souffrant de problèmes de santé ou de handicaps profitent elles aussi des bénéfices d'une activité physique, à condition qu'elle soit adaptée à leur profil personnel.
- Les recommandations actuelles en matière d'activité physique des personnes âgées sont les suivantes: au moins 2,5 heures par semaine d'activité physique d'intensité moyenne ou 1,25 heure de sport d'intensité élevée.
- Près d'une personne sur quatre (24 %) entre 65 et 74 ans et près d'une personne sur deux (45 %) à partir de 75 ans a une activité physique insuffisante.

- Il est recommandé de promouvoir deux formes d'activité physique complémentaires: l'activité physique quotidienne – à savoir la promotion de l'activité physique dans les tâches quotidiennes habituelles – et la participation à des programmes d'exercice physique spécifiques. Cela exige à la fois des changements au niveau des comportements individuels et des adaptations des conditions physiques.
- La promotion de l'activité physique repose principalement sur les éléments suivants: la présence d'infrastructures adaptées aux seniors et encourageant l'exercice physique, le recours à des théories de psychologie du comportement et applications informatiques destinées à renforcer la motivation, des recommandations claires et accessibles, l'intégration de professionnels de santé, la présence d'un soutien social et la combinaison de l'activité physique et des rencontres.

Exemple de bonne pratique de Suisse: cours de perfectionnement «Promotion de l'activité physique des personnes âgées»

Le cours pilote «Promotion de l'activité physique des personnes âgées» de Via a vu le jour à la demande de professionnels issus de la pratique et s'adresse à des moniteurs qualifiés, actifs dans le domaine de la promotion de l'activité physique des personnes âgées. Il s'agit d'une formation de multiplicateurs servant à garantir et à promouvoir la qualité des offres d'activité physique destinées aux personnes âgées. Le cours a été conçu en collaboration avec l'Université de Bâle et réalisé pour la première fois en 2013, sous la direction du Professeur Lukas Zahner. Le cours pilote a été évalué et, au vu de ses résultats positifs, transformé en cours de formation continue régulier, organisé à l'Université de Bâle, sur mandat du projet «Via». Dans le cadre d'une formation continue de quatre jours, des connaissances professionnelles sont dispensées au travers d'exposés et d'ateliers pratiques sur les modules thématiques suivants:

- promotion de l'activité physique des personnes âgées: modèles de bonnes pratiques du projet «Via»;

- changements et particularités médicales des personnes âgées et conséquences pour l'entraînement pratique;
- endurance et mobilité des personnes âgées;
- force, équilibre et chutes chez les personnes âgées.

Voir [222] et <https://advancedstudies.unibas.ch/studienangebot/kurs/bewegungsfoerderung-im-alter-19773>

Autres exemples pratiques: Pas de retraite pour ma santé (VD); La commune en mouvement (SG); réseau Bouger et se rencontrer (BE, SG, ZG); Hopp-la, les générations en mouvement (BS); offres d'activités physiques et sportives de Pro Senectute (CH); groupes de randonneurs seniors du CAS (CH); offres des associations de gymnastique pour les vétérans (CH).

18 Prévention des chutes des personnes âgées³⁴

Selon les données du projet «*Global Burden of Disease*», les chutes représentent la cinquième cause de la charge de morbidité en Suisse [65]. L'incidence des chutes est nettement plus élevée chez les seniors (voir chapitre 3.6). D'où l'importance de la prévention des chutes chez les personnes âgées, notamment dans l'optique de la santé fonctionnelle et de l'autonomie. Le chapitre suivant dresse un tableau des causes et des conséquences des chutes des personnes âgées et décrit les interventions permettant de réduire le risque de chute.

18.1 Pourquoi la prévention des chutes des personnes âgées apporte de réels bénéfices

L'importance de la prévention des chutes réside à la fois dans l'incidence élevée des chutes et dans le risque élevé de blessures qu'elles occasionnent. Les chutes des personnes âgées entraînent fréquemment des blessures graves, des complications durables pour la santé, voire la mort [83].

En Suisse, plus de 1380 personnes meurent chaque année des conséquences de chutes. 94 % des chutes entraînant la mort concernent des personnes de plus de 65 ans [83, 85]. En d'autres termes, près de 1300 seniors décèdent chaque année en Suisse suite à des accidents liés à des chutes. Chez les personnes âgées, ces accidents font pratiquement treize fois plus de victimes que les accidents de la route [85].

20 à 30 % des chutes entraînent des complications sévères nécessitant une prise en charge médicale. Environ 5 % des chutes provoquent des fractures, et les fractures du col du fémur, tant redoutées et souvent invalidantes, surviennent dans 1 à 2 % des chutes [125, 223, 224]. Les traumatismes crâniens ou cérébraux comptent également parmi les blessures typiques provoquées par les chutes chez les personnes âgées [224].

Par ailleurs, les victimes de chutes subissent fréquemment de fortes dégradations de leur santé fonctionnelle, de leur qualité de vie et de leur autonomie. Dans de nombreux cas, les chutes entraînent une réduction durable de la mobilité et des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne (voir chapitre 3.7), qui peuvent même nécessiter un placement en institution [224, 225]. Par peur de nouvelles chutes, les personnes âgées limitent souvent leurs activités physiques et sont ainsi entraînées involontairement dans une spirale vers le bas. La sédentarité provoque en effet une perte de la force musculaire et des troubles de l'équilibre, ce qui a pour effet d'augmenter le risque de chute [225]. Dans de nombreux cas, le rayon d'action réduit et la sédentarité conduisent en outre à l'isolement social, à la solitude ainsi qu'à des affections physiques et psychiques.

Les chutes induisent également des coûts économiques élevés. A l'heure actuelle, les chutes accidentelles de personnes de 65 ans et plus entraînent des coûts annuels de plus de 1,4 milliard de francs [82]. Par rapport aux coûts des chutes des enfants et des adultes, les chutes des seniors génèrent les coûts globaux les plus élevés. Ces coûts sont imputables d'une part au nombre important de cas, et d'autre part, aux coûts élevés par cas, qui augmentent avec l'âge en raison du risque de blessures [82, 226].

En résumé, on peut retenir que la prévention efficace des chutes chez les personnes âgées contribue dans une large mesure à éviter les incidences graves sur la santé ainsi que les décès, à maintenir la qualité de vie et l'autonomie et à limiter la hausse des coûts de santé. Chez les personnes âgées, les chutes sont de plus en plus fréquemment considérées comme un tableau clinique de fragilité et un signal d'alarme pour une dégradation de l'état général, une diminution des réserves fonctionnelles et un début de perte

³⁴ Le chapitre sur la prévention des chutes chez les personnes âgées s'appuie essentiellement sur l'étude de Gschwind et al. [230], qui a été rédigée sur mandat de Promotion Santé Suisse.

de l'autonomie [227]. La prévention des chutes, par l'entraînement de la force physique et un apport suffisant de protéines (voir ci-dessous), permet à la fois la prévention de la sarcopénie et de la fragilité [228, 229].

18.2 Causes de chute chez les personnes âgées

La forte incidence des chutes chez les personnes âgées s'explique par le fait que les facteurs de risque de chute sont associés à des changements liés à l'âge et qu'ils se multiplient généralement avec l'âge. Car «le risque de chute augmente avec l'importance d'un facteur de risque ou la survenue simultanée de différents facteurs de risque» [83].

D'une manière générale, les facteurs de risque de chute peuvent être classés en deux catégories, à savoir intrinsèques (inhérents à la personne) et extrinsèques (influencés par l'environnement, le cadre de vie) [83, 230]. Le tableau 7 fournit un aperçu des principaux facteurs de risque de chute.

En règle générale, les chutes sont des événements multifactoriels. Elles sont rarement le résultat d'une seule cause, mais la conjonction de plusieurs facteurs de risque qui interagissent [231]. En présence de déficits fonctionnels physiques, même les petits obstacles comme les tapis, les seuils de porte et les trottoirs peuvent faire trébucher et provoquer des chutes.

Les facteurs de risque intrinsèques semblent avoir la plus grande incidence sur la survenue des accidents, ces facteurs étant souvent seuls responsables d'une chute. En revanche, on dispose de peu de preuves quant à l'incidence des facteurs de risque extrinsèques sur les accidents. La prévention des facteurs extrinsèques de risque de chute est importante, notamment dans la mesure où ils «ont une influence sur la survenue ou non d'une chute dans la mesure où ils jouent un rôle d'amplificateur» [82]. La forme physique, c'est-à-dire la force musculaire et l'équilibre, constitue un facteur de protection particulièrement efficace contre les chutes des personnes âgées [83, 231].

La perte musculaire associée à l'âge (sarcopénie) est non seulement le principal facteur de risque de chute, mais augmente aussi, d'une manière générale, le risque d'handicap physique, de dégradation de la qualité de vie et de décès [232–234]. Selon la définition européenne, la sarcopénie désigne la perte progressive et généralisée de la masse et de la force musculaire squelettique [234]. La sarcopénie est étroitement liée à la fragilité (*frailty*) et influence toutes les principales caractéristiques de cette dernière, par exemple la baisse de la vitesse de marche, la perte de poids et l'atonie/épuisement [234, 235]. C'est pourquoi elle doit être systématiquement dépistée et traitée. Au cabinet médical, le test de mobilité «*Timed up and go*» par exemple est non seulement utilisé pour évaluer le risque de chute [236, 237], mais aussi le risque de sarcopénie [234] et de fragilité [228].

TABLEAU 7

Facteurs de risque de chute chez les personnes âgées. Sources: [83, 230]

Facteurs de risque intrinsèques

- Perte de la masse et de la force musculaire (sarcopénie)
- Troubles de la marche et de l'équilibre
- Troubles visuels et auditifs
- Troubles neurologiques et cognitifs (démence et délire)
- Troubles affectifs (peur des chutes, dépression)
- Brève perte de conscience, syncopes
- Faible indice glycémique, orthostase, troubles du rythme cardiaque, épilepsie
- Incontinence et mictions fréquentes
- Antécédents de chute
- Prise de certains médicaments et/ou prise simultanée de plusieurs médicaments

Facteurs de risque extrinsèques

- Risques liés à l'environnement et sources de faux pas (par exemple mauvaises conditions de lumière, revêtements de sol glissants, tapis flottants, seuils de porte, absence de dispositifs de sécurité dans la salle de bain et la cage d'escalier, de barrières dans les lieux publics et les transports publics)
- Chaussures et vêtements inappropriés
- Aides visuelles mal adaptées
- Accessoires de marche mal adaptés

18.3 Interventions de prévention des chutes

A l'instar des différents facteurs de risque, on distingue également deux approches dans la prévention des chutes des personnes âgées. La prévention comportementale tente d'influer positivement sur les facteurs de risque intrinsèques, ainsi que sur les habitudes et façons d'agir individuelles. Elle se donne pour objectif de développer la force physique comme principal facteur de protection. La prévention contextuelle, quant à elle, vise à réduire les facteurs de risque extrinsèques ou liés à l'environnement en optimisant l'infrastructure des espaces privés et publics [83]. Comme les chutes résultent fréquemment de la conjonction de facteurs intrinsèques et extrinsèques, la prévention comportementale et la prévention contextuelle doivent être planifiées et mises en œuvre de manière combinée.

Il est recommandé d'évaluer individuellement, dans le cadre d'un bilan, le risque de chute, les facteurs de risque primaires et les capacités physiques d'une personne âgée. A partir de là, il sera possible d'élaborer un programme adapté pour une personne exposée à un risque de chute, à la fois du point de vue de l'activité physique et de la réduction de sources de danger liées à l'environnement [83].

Les explications suivantes se concentrent sur la prévention spécifique des chutes, c'est-à-dire la prévention des chutes chez les groupes à risque et à haut risque, dont font partie les personnes pré-fragiles (*pre-frail*) et fragiles (*frail*), ainsi que les seniors ayant déjà fait une chute. Selon le point de vue actuel de la gériatrie, la prévention spécifique des chutes est possible également chez les personnes présentant des pathologies multiples et chez les personnes fragiles [237]. Elle se différencie de la prévention générale des chutes, qui est identique à la promotion de l'activité physique. Pour le groupe cible des seniors en bonne santé, ses recommandations et interventions générales en matière d'activité physique ont généralement un effet préventif suffisant sur la survenue des chutes (voir chapitre 17.2).

Nous présentons ci-après deux mesures individuelles centrales au niveau comportemental et contextuel, sans toutefois prétendre dresser une liste définitive et exhaustive des mesures possibles et importantes. L'accent est plutôt mis sur la promotion de la forme physique et sur l'environnement privé des personnes âgées, étant donné que la forme physique constitue le principal facteur

de protection contre les chutes des personnes âgées et que la moitié des chutes a lieu dans l'espace privé.

18.3.1 Entraînement physique

Les facteurs de risque intrinsèques, tels que la perte musculaire et les troubles de l'équilibre, peuvent être réduits sensiblement par un entraînement ciblé. Des études scientifiques montrent de façon probante qu'un entraînement physique permet de réduire de 30 à 50 % le taux de chutes chez les personnes âgées [1-4]. En cas de chute, les personnes ayant suivi un entraînement physique subissent moins souvent des blessures légères à graves que les personnes du même âge n'ayant suivi aucun entraînement de la musculature et de l'équilibre [124, 125]. L'entraînement physique, en particulier les exercices d'équilibre et de renforcement musculaire, est la seule intervention permettant de réduire à la fois le nombre de victimes de chutes et le nombre total de chutes [238].

Parmi les autres effets positifs démontrés dans différentes études, on note une amélioration générale de la capacité à marcher et de la mobilité autonome, une meilleure endurance, et par conséquent une fatigue moindre dans l'accomplissement des activités quotidiennes et, dans certains cas, un plus grand sentiment de sécurité et une moins grande peur des chutes [230].

Les connaissances scientifiques et pratiques actuelles et les résultats du bilan individuel (voir ci-dessus) permettent d'élaborer les recommandations suivantes pour la pratique:

- Les programmes d'entraînement devraient surtout être axés sur la force et l'équilibre et être complétés par des composantes de maintien de la mobilité et des fonctions (entraînement de la marche et des activités quotidiennes).
- Il est important de proposer un programme d'exercices très variés, afin d'entraîner différents aspects de la performance physique et de répondre aux préférences et aux exigences des participants.
- La combinaison d'offres collectives et d'exercices individuels a fait ses preuves.
- Les offres collectives doivent intégrer des composantes sociales.
- D'une manière générale, les exercices destinés à la prévention des chutes ne doivent pas dépasser une intensité moyenne.

- Les programmes d'intervention doivent exclusivement être dispensés par des moniteurs formés à cet effet.
- La fréquence devrait être de deux à trois interventions hebdomadaires sous supervision, complétées de deux unités d'exercices physiques individuels effectués à domicile.
- Les interventions sous supervision devraient durer au minimum 45 minutes et les unités individuelles (exercices à domicile) au moins 15 à 30 minutes.
- La période d'intervention devrait s'étendre au moins sur une année.
- Les exercices physiques doivent obligatoirement être accompagnés d'une alimentation équilibrée et adaptée aux personnes âgées (voir chapitre 20). De nouvelles lignes directrices sur le thème «Alimentation et activité physique des personnes âgées» soulignent notamment l'importance d'un apport adéquat de protéines lactosériques et de vitamine D qui, en raison de la perte musculaire associée, jouent un rôle déterminant dans le maintien et le développement des muscles [229, 239].

18.3.2 Adaptations apportées au logement

Les sources de faux pas, par exemple revêtements de sol glissants, tapis flottants ou seuils de porte, constituent d'importants facteurs de risque de chute liés à l'environnement ou extrinsèques. Contrairement à la perte musculaire et aux troubles de l'équilibre, l'incidence spécifique des sources de dangers sur les accidents dans le lieu d'habitation est cependant remise en question [240, 241]. Les facteurs de risque liés à l'environnement sont toutefois impliqués dans de nombreuses chutes [231], car en présence de facteurs de risque intrinsèques, il suffit d'obstacles et de sources de dangers mineurs pour faire trébucher ou glisser, et par conséquent provoquer une chute (voir ci-dessus).

En Suisse, près de 50% des chutes de personnes âgées ont lieu à leur domicile [85]. Diverses études confirment également que de nombreux logements privés de personnes âgées recèlent des sources de danger plus ou moins importantes risquant de provoquer des chutes [242, 243]. Ainsi par exemple, Carter et al. [242] ont constaté au moins une source de

danger dans 80% des logements de personnes de 70 ans et plus examinés, et 39% des logements comportaient même plus de cinq sources de danger. Une étude ultérieure de Carter et al. [244] a en outre révélé que chez les personnes âgées dont le logement comportait plus de cinq sources de danger, le risque de chute était multiplié par 2,8 par rapport à celles dont le logement comportait moins de cinq sources de danger.

Dans le cadre de visites à domicile de personnes pré-fragiles, il est possible de détecter ces facteurs de risque de chute à l'intérieur du logement et de proposer des mesures concrètes, en vue de leur suppression ou de leur réduction. Les modifications domestiques les plus fréquentes sont, par exemple, la suppression de paillassons et de tapis non fixés au sol, l'installation d'un tapis de bain antidérapant, la pose de bandes antidérapantes sur des escaliers, l'installation de poignées et de mains-courantes et l'amélioration des conditions de lumière³⁵.

La suppression des sources de danger dans le logement est particulièrement efficace pour les personnes dont la fragilité s'accroît et qui présentent des facteurs de risque intrinsèques et un risque accru de chute ou pour les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs chutes dans le passé [125, 238].

La qualification des personnes chargées de l'évaluation des sources de danger domestiques est déterminante pour l'efficacité des adaptations apportées au logement. Le recours à des ergothérapeutes a notamment fait ses preuves dans ce domaine [230].

18.4 Facteurs de réussite dans la mise en œuvre

Les explications ci-avant se concentrent sur deux des principaux facteurs susceptibles d'empêcher les chutes des personnes âgées, à savoir la forme physique et les adaptations apportées au logement. Pour la prévention des chutes dans la pratique, d'autres facteurs de risque et de protection doivent en outre être abordés respectivement renforcés par des mesures ciblées:

- Le choix de **chaussures adaptées**: il est recommandé aux personnes âgées de porter des chaussures à talons bas, semelle antidérapante, contreforts rigides et bonne fixation. Marcher pieds nus

³⁵ Voir la brochure «Autonome jusqu'à un âge avancé. Liste de contrôle pour l'habitat, entraînement et mobilité» du bpa.

ou en chaussettes n'est pas recommandé pour les personnes (pré-)fragiles [230].

- Les **accessoires de marche** tels que les cannes ou les déambulateurs sont des outils largement répandus, qui améliorent la mobilité des personnes présentant une fragilité croissante. Inadaptés ou mal utilisés, ils peuvent cependant produire un effet contraire et devenir un facteur de risque [245, 246]. De ce fait, la prescription d'accessoires de marche et leur adaptation aux capacités individuelles des personnes concernées sont du ressort d'un professionnel [230].
- L'adaptation du **traitement médical**, notamment la réduction du nombre de médicaments pris par une personne exposée à un risque de chute (multimédication) ainsi que l'exclusion de produits pharmaceutiques ayant un effet sur le système nerveux central ou l'arrêt progressif des antihypertenseurs et des médicaments ayant une influence sur le psychisme et la conscience [125, 237, 247]. Il appartient au médecin de famille d'apprécier si la réduction du risque de chute justifie l'arrêt d'un médicament.
- L'adaptation de **l'alimentation** fait également partie de la prévention des chutes, par exemple en remédiant à la malnutrition [237] ou en prescrivant des préparations à base de vitamine D [125]. L'ap-

port suffisant de protéines joue un rôle important dans le cadre des exercices d'entraînement de la force destinés à la prévention des chutes [229, 239].

- En cas de troubles de la vue, une **correction visuelle** peut contribuer à réduire le risque de chute [247, 248].
- Enfin, **l'information et la sensibilisation** aux situations potentiellement dangereuses ainsi que l'apprentissage de stratégies de gestion de ces situations peuvent réduire le risque de chute [125, 249].
- Etant donné que la cause de chute n'est pas exclusivement imputable à l'état de santé et au comportement d'une personne et que les facteurs de risque extrinsèques accroissent un risque de chute intrinsèque existant, il faut également des **mesures comportementales préventives** qui vont au-delà des sources de faux pas dans le logement privé et qui concernent la conception d'une infrastructure publique adaptée aux personnes âgées [83].

Il existe par conséquent différentes approches et mesures, qui peuvent être combinées avec succès dans la prévention des chutes. Dans la pratique, il a en effet été démontré que les programmes de pré-

Exemple de bonne pratique de Suisse: Café Balance

Autour du concept «Sociabilité et activité physique dans le quartier», le Café Balance offre depuis 2010 aux personnes âgées la possibilité de bouger et passer régulièrement des moments conviviaux et de réduire ainsi de manière ciblée le risque de chute. Le projet du Département de la santé de Bâle-Ville propose, dans dix points de rencontre dans les quartiers, des leçons hebdomadaires de rythmique selon la méthode Jaques-Dalcroze. Ces cours de prévention des chutes, qui associent la musique à la coordination, améliorent la sécurité de la marche et réduisent le risque de chute. Le café en commun proposé ensuite met l'accent sur la convivialité, et les participants peuvent échanger, rencontrer des amis et nouer de nouveaux contacts. Le projet associe deux des thèmes d'intervention les plus importants relatifs aux personnes âgées: la promotion de l'activité physique/ de la force physique et l'intégration sociale. Des

études démontrent que Café Balance peut améliorer la sécurité de la marche et réduire sensiblement la fréquence et le risque de chute [251].

Voir <http://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/programme/alter-gesundheit/cafe-balance.html> et <http://www.seniorenrhythmik.ch/>

Autres exemples pratiques: Projet pilote «Prévention des chutes à Sargans» (SG); «La sécurité au quotidien: prévention des chutes à domicile» de la Ligue suisse contre le rhumatisme (CH); Marcher avec assurance à tout âge, cours de prévention de physioswiss (CH); formation des experts et matériels d'information sur les chutes des personnes âgées du Bureau de prévention des accidents – bpa (CH); offres des centres gériatriques et cours de prévention des chutes (CH).

vention des chutes les plus efficaces sont ceux qui prennent en considération différents facteurs de risque et qui combinent des interventions appropriées [250]. En particulier lorsque plusieurs facteurs de risque ont été identifiés à l'occasion du bilan individuel, il est recommandé de mettre en œuvre un programme multifactoriel.

A côté d'un programme multifactoriel adapté individuellement et de la qualité des interventions individuelles, les facteurs de succès à prendre en compte dans le cadre de la promotion de l'activité physique des personnes âgées (voir chapitre 17.5) contribuent également à la prévention efficace des chutes des personnes âgées.

18.5 L'essentiel en bref

- Une personne sur quatre (25%) âgée de 65 ans et plus et vivant dans un ménage privé suisse fait une chute au moins une fois par an. Cette proportion atteint même 30% à partir de 80 ans. La fréquence des chutes est nettement plus élevée chez les personnes vivant en maison de retraite ou en établissement médico-social.
- Les chutes des personnes âgées entraînent fréquemment des blessures, des complications durables, une baisse de l'autonomie et une dépendance aux soins, et sont responsables de près de 1300 décès chaque année.
- En Suisse, les accidents dus à des chutes de personnes de 65 ans et plus induisent des coûts annuels de plus de 1,4 milliard de francs.
- Parmi les principales interventions de prévention des chutes figurent l'entraînement physique destiné à améliorer la force et l'équilibre ainsi que la réduction des sources de danger au domicile. L'entraînement physique permet de réduire le risque de chute de 30 à 50%.
- La collaboration interdisciplinaire avec et entre les professionnels de santé joue elle aussi un rôle important dans la prévention des chutes.

19 Promotion de la santé psychique axée sur l'intégration sociale³⁶

Grâce à des capacités élevées d'adaptation et d'auto-régulation (coping adaptatif), le bien-être psychique des personnes âgées ne diminue généralement pas, malgré une dégradation des capacités physiques et cognitives, et se stabilise même à un niveau élevé [71]. Cependant, 15 à 25% des personnes ayant atteint l'âge de la retraite en Suisse ont une probabilité de présenter au moins une maladie psychique (voir chapitre 3.4). Dans une première partie générale, les événements critiques de la vie et les ressources importantes sont identifiés. Les lignes directrices et

les mesures pour la promotion de la santé psychique des personnes âgées sont décrites. Dans une seconde partie, l'accent est mis sur la solitude, car les événements critiques dans la vie des personnes âgées conduisent fréquemment à l'isolement social et à la perte de ressources sociales. A partir des groupes de personnes particulièrement menacées et des répercussions de la solitude sur la santé, des interventions destinées à renforcer l'intégration sociale des personnes âgées sont étudiées.

INFOBOX: Définition de la santé psychique

Il y a près de soixante-dix ans déjà, l'Organisation mondiale de la santé a souligné dans sa Constitution que la dimension psychique faisait partie intégrante de la santé. Selon cette définition, la santé est indissociable de la santé psychique [252]. Au vu de la dégradation des ressources physiques et sociales, la santé psychique des personnes âgées revêt une importance toute particulière, car elle a un effet modérateur et permet de mieux gérer les dégradations et les pertes physiques et sociales. Selon le rapport «Santé psychique en Suisse» [185], la santé psychique peut être considérée comme un concept multidimensionnel, comprenant des aspects tels que le bien-être, l'optimisme, le sentiment que les choses ont un sens, les capacités relationnelles et la capacité à gérer son quotidien. En accord avec l'OMS [253], une per-

sonne est réputée en bonne santé psychique lorsqu'elle peut exploiter son potentiel intellectuel et émotionnel, faire face au stress normal de la vie et aux changements et apporter une contribution à la communauté. Une personne est également en bonne santé psychique lorsqu'elle a une estime de soi stable, que son identité est assez consolidée pour lui permettre d'assumer différents rôles au sein de la société et qu'elle a le sentiment d'être efficace et de contrôler ses actions (perception de l'auto-efficacité).

Par conséquent, la santé psychique n'est pas seulement l'absence de troubles mentaux, mais plutôt un équilibre réussi entre les ressources et les contraintes. Pour promouvoir la santé psychique, il convient donc de renforcer les ressources et de réduire les contraintes.

³⁶ Le chapitre consacré à la santé psychique et à l'intégration sociale des personnes âgées s'appuie essentiellement sur les études suivantes, qui ont été rédigées pour le compte de Promotion Santé Suisse: Dellenbach & Angst [256] et Schäffler et al. [175].

19.1 Pourquoi la promotion de la santé psychique des personnes âgées apporte de réels bénéfices

La santé psychique constitue une ressource centrale tout au long de la vie, qui a des répercussions positives à la fois sur l'individu et sur la société, même à un âge avancé [254]. Au niveau de l'individu, elle permet notamment:

- d'apprécier les privilèges de l'âge et de gérer les maladies physiques, les pertes et les autres événements critiques de la vie, qui sont typiques de l'âge et du vieillissement [71];
- une plus grande autonomie et indépendance, car les maladies psychiques accroissent l'impotence et la dépendance, en particulier chez les personnes âgées [76];
- de réduire les maladies physiques, car à un âge avancé, la santé physique et psychique sont très étroitement liées [77, 252];
- de laisser s'exprimer les questions existentielles de l'humanité au regard de la finitude de la vie [255].

Au niveau de la société, les dépenses de santé devraient pouvoir être considérablement réduites si l'on parvenait à empêcher la survenue des maladies psychiques ou à réduire leur ampleur. Tous groupes d'âge confondus, les maladies psychiques occasionnent d'importants coûts de santé directs, qui se montent actuellement entre 4 et 6,3 milliards de francs par an en Suisse [97]. Une personne autonome et en bonne santé psychique est en outre capable de mener plus longtemps une vie indépendante, ce qui réduit les coûts liés aux soins et au placement en établissement médico-social. Les personnes âgées en bonne santé psychique sont également en mesure de s'engager dans la vie sociale et d'apporter de nombreuses contributions.

19.2 Facteurs de risque et facteurs de protection de la santé psychique des personnes âgées

La santé psychique est le résultat d'interactions complexes et dynamiques entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux [256]. Les événements critiques de la vie revêtent une importance particulière pour la santé psychique.

Chaque étape de la vie comporte des événements critiques, c'est-à-dire des changements importants dans le cours de la vie, qui exigent des réactions d'adaptation exceptionnelles. Ces événements ont fréquemment des répercussions négatives sur la santé psychique des personnes, parce qu'ils modifient les rôles et les relations ainsi que la perception de soi et de son environnement et sont susceptibles de provoquer un déséquilibre émotionnel [257]. Pour les personnes âgées, les événements critiques de la vie sont marqués en particulier par la confrontation avec des pertes et comprennent en priorité les éléments suivants:

- maladie personnelle grave;
- limitations et handicaps fonctionnels, perte de l'autonomie et de la mobilité;
- soins prodigués à une personne atteinte d'une maladie ou d'un handicap;
- décès d'un membre de la famille, en particulier le conjoint;
- séparation ou divorce;
- diminution ou perte des réseaux sociaux et solitude non souhaitée;
- départ à la retraite, et par conséquent perte ou changement du rôle social et de l'identité;
- abandon non souhaité de son logement et admission en maison de retraite ou en établissement médico-social.

Pour pouvoir gérer les événements critiques de la vie – ainsi que d'autres facteurs de risque comme le développement de maladies psychiques (voir [256]) – et conserver ainsi la santé psychique, les personnes âgées ont besoin de ressources ou de facteurs de protection. Ces derniers peuvent être subdivisés en ressources internes et externes [256].

Les ressources internes se subdivisent en plusieurs grandes catégories:

- les caractéristiques touchant à la personnalité, par exemple une conception positive de la vie, un grand sentiment de cohérence et une haute estime de soi;
- les stratégies de gestion et les compétences, par exemple des attentes élevées vis-à-vis de l'auto-efficacité et une bonne capacité à communiquer;
- les facteurs physiques, par exemple une activité physique régulière et une alimentation équilibrée.

Les ressources externes se subdivisent dans les catégories suivantes:

- relations sociales sous la forme de personnes de confiance et d'un soutien social général;
- facteurs structurels comme l'accès à des services de conseil et des cours, les possibilités de bénévolat et d'activités valorisantes;
- facteurs sociaux comme la stabilité politique et économique, des assurances sociales suffisantes et des images positives de la vieillesse.

19.3 Interventions pour la promotion de la santé psychique des personnes âgées

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne, mais aussi le Canada, l'Angleterre et l'Ecosse, ont élaboré des lignes directrices et des principes pour la promotion de la santé psychique des personnes âgées. Il est renvoyé ici au projet européen «*healthPROelderly*» [258] et au programme canadien «*Older adults 55+*» [259]. Ces deux programmes reposent sur des approches actuelles fondées sur les preuves. Ces programmes, qui concordent dans une large mesure, formulent les lignes directrices et recommandations de base suivantes pour la promotion de la santé psychique des personnes âgées:

- Le point de départ des programmes est constitué par les **facteurs de protection et les facteurs de risque** de la santé psychique des personnes âgées, qui doivent être influencés positivement.
- L'accent doit être mis sur **l'autonomisation (empowerment) et la résilience** par le renforcement des ressources internes et externes et la mise à disposition d'informations relatives à la santé.
- Il faut rechercher des **interventions globales** qui tiennent compte des interactions (positives) entre la dimension psychique, physique et sociale de la santé et encouragent ces dernières. Ainsi par exemple, l'activité physique pratiquée en commun dans des groupes de randonnée favorise à la fois la santé physique, psychique et sociale.
- Il est recommandé de **mettre en place des systèmes de soutien étendus et coordonnés** – à la fois pour les personnes âgées elles-mêmes et pour les professionnels, les proches, les amis et les bénévoles qui soutiennent les personnes âgées et/ou établissent et entretiennent des relations de confiance avec ces dernières.
- **L'intégration active des personnes âgées** dans la planification et l'évaluation des interventions peut non seulement améliorer leur acceptation par le groupe cible, mais contribue également à la promotion de la santé psychique en permettant un engagement valorisant.

En accord avec ces lignes directrices, de nombreuses interventions tentent de renforcer les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque. La santé psychique étant influencée à la fois par les caractéristiques individuelles d'une personne et par les conditions extérieures, les stratégies et les programmes qui donnent les meilleurs résultats sont ceux qui, à côté des mentalités et des modes de vie, modifient également les conditions de vie des personnes âgées. Il est recommandé de combiner les interventions destinées à renforcer les ressources internes et externes des personnes âgées ou à combiner l'approche comportementale et contextuelle. Quelques interventions qui ont fait leurs preuves dans la pratique dans différents pays et qui interviennent au niveau individuel, collectif ainsi que dans le cadre de la réduction des barrières structurelles sont résumées ci-après³⁷ [259–263]:

- **Renforcement de l'individu (ressources internes):** renforcement de la résilience émotionnelle par des interventions qui développent de l'estime de soi, les stratégies de gestion et les compétences; promotion de l'auto-efficacité et d'un mode de vie sain, en particulier de l'activité physique.
- **Renforcement des structures communales (ressources externes):** renforcement de l'intégration sociale et de la participation communale; création de réseaux d'entraide et d'aide entre voisins; promotion d'un engagement social valorisant; possibilités d'activités physiques et créatives.
- **Réduction des barrières structurelles:** réduction des inégalités sociales par des initiatives visant à réduire la discrimination liée à l'âge ainsi que d'autres formes de discrimination, accès à la formation, aux prestations de services et de soutien, création d'un environnement et d'une in-

³⁷ Concernant la promotion de la santé psychique chez les personnes âgées, voir aussi le rapport de base «Santé psychique» de Promotion Santé Suisse (paru en 2016).

frastructures adaptés aux personnes âgées, permettant de vivre en sécurité et de façon autonome, conception et proposition de formes d'habitat favorables à la santé et adaptées à l'âge et aux besoins.

19.4 Axe prioritaire: intégration sociale des personnes âgées

19.4.1 Événements critiques de la vie des personnes âgées et solitude

Ces derniers temps, on s'efforce à juste titre de promouvoir une image positive et différenciée de la vieillesse, tenant compte également des ressources et des plaisirs au cours de la troisième et quatrième phase de la vie [16]. La représentation de la vieillesse axée sur les ressources est dans l'air du temps et peut contribuer à lutter contre la discrimination liée à l'âge ainsi qu'à la promotion de la santé psychique. Les événements critiques de la vie, qui sont typiques de l'âge (voir ci-avant), risquent cependant fréquemment de conduire à la solitude et à la perte des ressources sociales. Ainsi par exemple, le départ à la retraite, la perte du partenaire ou une mobilité réduite conduisent à la perte progressive (voire subite) des relations sociales, qui peut finalement se traduire par un repli à l'écart de la société.

Le réseau social et l'intégration sociale diminuent de manière significative avec l'âge, en particulier à partir de 75 ans. En fonction de l'âge, 17 à 25 % des personnes ayant atteint l'âge de la retraite déclarent ne bénéficier que d'un faible soutien social, 21 à 28 % n'ont aucune personne de confiance avec qui elles peuvent parler de leurs problèmes personnels, et 30 à 39 % ne participent jamais à des manifestations de groupes sociaux comme les associations ou les groupes culturels et religieux [55]. Malgré une intégration sociale en baisse, les personnes âgées ne se plaignent pas plus souvent d'un sentiment de solitude que les personnes plus jeunes, ce qui pourrait s'expliquer par des facultés d'adaptation élevées. Des études réalisées en Suisse montrent également que le sentiment de solitude des personnes âgées suite à un veuvage est moins répandu aujourd'hui que dans le passé [264]. Ce changement dans le temps est imputable notamment à des offres nouvelles et améliorées, qui sont proposées pour les personnes âgées par les aides sociales et les ONG. Près d'une personne sur trois (31,3 %) ayant atteint l'âge de la retraite déclare cependant se sentir par-

fois à très souvent seule [55]. Les femmes âgées souffrent plus fréquemment de solitude que les hommes du même âge, en particulier parce que les femmes d'un certain âge vivent plus souvent seules que les hommes.

19.4.2 Solitude et intégration sociale

La solitude va au-delà de l'esseulement. Elle ne résulte pas forcément de conditions objectives, car d'une part, on peut se sentir seul même entouré et d'autre part, les personnes qui sont et souhaitent souvent être seules ne sont pas forcément isolées. La recherche gérontologique fait par conséquent la distinction entre la solitude subjective, le plus souvent non voulue, et l'esseulement, décelable objectivement. Le terme de solitude, qui a le plus souvent une connotation négative dans notre société, correspond à une «souffrance subjective due à une altération des relations avec ses semblables» [Schwab 2005, cité dans 175]. Elle se traduit par un «sentiment désagréable d'abandon, d'absence ou de perte de contact» [265]. La solitude non souhaitée va de pair avec l'absence de relations de confiance et s'apparente au concept de l'isolement social. Elle décrit une absence objective de relations sociales ainsi que des possibilités insuffisantes d'intégration sociale [175]. La notion d'intégration sociale est utilisée ici par opposition à la solitude et «se réfère à l'intégration des personnes âgées dans les réseaux sociaux de familles et d'amis ainsi qu'à leur intégration au sein de la communauté dans laquelle elles vivent et dans la société dans son ensemble» [266].

19.4.3 La solitude et ses répercussions sur la santé

Suite à des événements critiques de la vie, certains groupes de personnes sont considérées comme particulièrement vulnérables et exposées sur le plan de leur santé psychique. Lors de la planification d'interventions de promotion de l'intégration sociale des personnes âgées, une attention particulière doit par conséquent être accordée aux groupes suivants:

- personnes subjectivement esseulées;
- veufs/veuves et personnes séparées/divorcées;
- personnes financièrement défavorisées;
- proches aidants;
- personnes dépendantes vivant à leur domicile;
- personnes infirmes, fragiles;
- déficients visuels et auditifs;
- jeunes retraités;
- personnes issues de la migration.

La santé psychique de ces groupes à risque est souvent menacée en raison de la solitude et d'une absence de ressources. Les ressources sociales jouent cependant un rôle central pour la gestion des contraintes et le maintien de la santé [267]. Car l'isolement des personnes âgées a également des répercussions sociales et sanitaires: les personnes âgées souffrant de solitude ont non seulement une espérance de vie moindre, mais souffrent plus fréquemment d'hypertension artérielle et de symptômes dépressifs, dorment moins bien, ont peu d'activité physique, sont soumises à un stress plus important et sont souvent atteintes de démence [175, 268]. Des chercheurs américains constatent même, dans le cadre d'une méta-analyse, que l'isolement social vécu à la fois objectivement et subjectivement est aussi néfaste pour la santé que le tabagisme ou le surpoids, en termes de morbidité et de mortalité [269]. Une approche centrale pour la promotion de la santé psychique des personnes âgées consiste dès lors à créer diverses incitations et possibilités d'intégration sociale pour les personnes vulnérables, afin de renforcer leurs ressources sociales. La solitude des personnes âgées n'est pas une fatalité. Même les personnes souffrant déjà d'une absence de relations de confiance peuvent lutter contre la solitude, grâce à des interventions appropriées et reconstruire leur réseau social en établissant de nouveaux contacts [270].

19.4.4 Interventions visant à promouvoir l'intégration sociale

Selon un dossier des Nations-Unies, la facilitation de l'intégration sociale est un élément important d'une stratégie globale de pleine intégration des personnes âgées. Le dossier des Nations-Unies «Intégration et participation des personnes âgées à la société» mentionne les éléments clés suivants pour la promotion de l'intégration sociale des personnes âgées [266]:

- reconnaître les contributions des personnes âgées;
- permettre l'exercice d'une activité bénévole au sein de la communauté;
- permettre les contacts avec la famille et les amis;
- proposer des activités en groupe;
- nouer des contacts avec des pairs bénévoles afin de faciliter la création de nouveaux contacts sociaux;
- proposer des services aux personnes habitant dans des zones reculées.

Les activités de groupe qui sollicitent activement les participants se sont avérées particulièrement efficaces contre l'isolement social et la solitude [271, 272]. Des interventions actives en groupe agissent à plusieurs niveaux. Elles améliorent de manière probante le bien-être psychique, la qualité de vie et la capacité cognitive, préviennent l'anxiété et la dépression et réduisent le recours aux services de santé ainsi que les coûts sanitaires [256, 273]. Des études réalisées par la ville de Zurich montrent en outre que chez les personnes atteintes de démence, les services de visite à domicile permettent de ralentir la perte progressive de l'autonomie [273]. La promotion de la mobilité physique sert également à la prévention de la solitude [274].

19.4.5 Accès aux personnes âgées

Les personnes concernées perçoivent souvent l'isolement comme un défaut et un signe d'incompétence et d'échec lors de l'établissement et de l'entretien de relations sociales [175]. D'où la difficulté parfois pour les personnes âgées isolées d'exprimer leur isolement et de demander de l'aide. Par conséquent, il est important de faire preuve de tact lors d'interventions et de mettre en avant les aspects positifs de l'intégration sociale, dans le cadre de la prévention contre l'isolement.

L'un des plus grands défis dans la promotion de la santé psychique chez les personnes âgées consiste à toucher le groupe à risque de personnes isolées ou menacées d'isolement [256]. Le tableau 8 décrit les groupes professionnels, institutions et particuliers pouvant servir de médiateurs pour atteindre des personnes âgées isolées et leur faire connaître les offres existantes.

Schäffler et al. [175] traitent de l'accès systématique aux personnes âgées isolées et recommandent les mesures suivantes:

- différenciation des groupes cibles eu égard à leur autonomie et à leur mobilité;
- optimisation d'offres sur site ou à domicile;
- mise en réseau et coordination localisées des fournisseurs et offres pertinents.

D'une manière générale, l'accès aux personnes âgées isolées ou menacées d'isolement doit être le plus aisé et le mieux adapté à la situation possible. D'autres aspects priment cependant dans la conception des canaux de contact, en fonction de la mobilité du groupe cible.

TABLEAU 8

Possibilités d'accès aux personnes âgées. Sources: [259, 262, 275], représentation interne

| | |
|--|---|
| Professionnels et secteurs d'activité en contact avec des groupes à risque | Médecins de famille, spécialistes (ORL, ophtalmologues ou neurologues, p. ex.), cliniques, opticiens, services de pompes funèbres ou distributeurs d'appareils auditifs |
| Services de soutien et spécialisés à domicile | Spitex, services de visite, de livraison de repas ou de transport, soins de beauté mobiles |
| Société civile et proches | Voisinage, associations et paroisses, famille, amis et bénévoles |
| Organismes officiels et institutions de prévoyance | Communes ou caisses de pension comme le service du contrôle des habitants, l'office des affaires sociales et les services d'intégration, qui proposent régulièrement des informations ou des indications sur les offres aux personnes ayant atteint l'âge de départ à la retraite et celles à la retraite |
| Centres d'information et représentants d'intérêts | Centres d'information, Case Manager, travail social, conseil de séparation, médiateurs, association Alzheimer, Pro Senectute |
| Employeurs de personnes dont le départ à la retraite est imminent ou récent | Employeurs des secteurs publics et privés et entreprises, associations professionnelles, syndicats |
| Médias | Journaux régionaux, stations de radio et chaînes de télévision, ainsi que sites Web et magazines s'adressant spécifiquement à ce groupe cible |

Il est possible d'atteindre les **personnes autonomes et indépendantes** via les offres suivantes:

- offres de formation et d'information, notamment dans les domaines des langues, de la décoration, de la créativité, des connaissances informatiques ou de la santé; des offres ponctuelles ou s'étalant sur plusieurs mois sont à cet égard envisageables;
- offres d'activités physiques telles que de la gymnastique, de l'aquagym, du yoga, des cours de Pilates, de la natation ainsi que des offres de randonnées ou de promenades en groupes;
- offres de mise en réseau, soit des offres qui ne communiquent dans un premier temps pas un contenu précis, mais qui favorisent l'échange et la mise en réseau sociale des participants; en font par exemple partie les points de rencontre, les associations, les tables de midi ou les groupes de discussion;
- ou encore les voyages organisés et les visites, les concours de lecture, etc.

Ces offres doivent permettre une participation active des personnes âgées tant dans la planification que dans la mise en œuvre de ces dernières. Il est préférable de ne pas miser sur des propositions «axées sur l'âge», mais de privilégier la diversité thématique d'offres correspondant à l'hétérogénéité des personnes âgées (cf. chapitre 2). Les notions décisives en

la matière sont la participation, la diversité et l'engagement volontaire. Même si ces offres s'adressent de prime abord aux personnes mobiles et autonomes, la combinaison avec un service de transport est à recommander, afin que les personnes ayant des difficultés à se déplacer puissent aussi y avoir accès.

Les **personnes ayant des difficultés à se déplacer et qui ne sont plus autonomes** sont souvent plus difficiles d'accès. En ce qui concerne ce groupe cible, ce sont surtout les services à domicile qui atteignent les personnes âgées à domicile et peuvent servir de point d'entrée. En font partie les offres d'information et de conseil à domicile, les soins aux malades, les services de repas à domicile, les services d'accompagnement et de visite, les services d'aide pour les proches aidants, les visites préventives à domicile ainsi que les services d'administration ou de transport.

Il convient d'une part de différencier les offres de livraison ayant une tâche de coordination et, d'autre part, des offres de livraison luttant directement contre l'isolement:

- Les collaborateurs de nombreux services à domicile comme Spitex ou les services de livraison de repas n'ont souvent pas le temps d'échanger quelques mots, voire de s'entretenir plus longuement avec la personne qu'ils visitent; lorsque des collaborateurs de services à domicile constatent une tendance à l'isolement ou des processus d'isolement chez des personnes âgées, ils peuvent ce-

pendant faire la promotion des organismes et des offres luttant précisément contre l'isolement. Il est donc important que les services à domicile perçoivent la communication comme une tâche à part entière. Ainsi, il est possible de proposer des offres adaptées au groupe à risque des seniors moins mobiles et dépendants.

- Il convient donc de promouvoir la mise en place et le développement de services luttant contre l'isolement. D'une manière générale, cette tâche peut revenir aux services de visite et de transport de bénévoles.

Outre l'optimisation des offres existantes, il convient de recommander la **mise en réseau locale de tous les fournisseurs** spécialisés dans les domaines de l'âge et de l'isolement dans une région, une commune ou un quartier donnés. En pratique, on constate un potentiel d'optimisation considérable en termes de coordination et de coopération de différents prestataires et organisations, notamment lorsqu'il s'agit de dépasser d'éventuels rapports de concurrence

sur le «marché de l'aide» par une collaboration axée sur des thèmes, des besoins et des clients. Les interventions doivent être intégrées dans les réseaux existants et proposées en collaboration avec les prestataires et organisations de renom (Spitex, Pro Senectute, médecins de famille et pharmacies). L'intégration des personnes âgées dans les réseaux sociaux est à recommander, notamment les églises, les associations de migrants ou les points de rencontre de seniors (voir chapitre 21).

19.5 L'essentiel en bref

- Avec l'âge, les ressources physiques et sociales des personnes âgées baissent. Le maintien de leur santé psychique est donc très important.
- La santé psychique des personnes âgées est généralement bonne et, à de nombreux égards, meilleure que celle observée à l'âge adulte moyen: la satisfaction à l'égard de leur vie personnelle, la vitalité et le bien-être atteignent

Exemple de bonne pratique de Suisse: SEBA – Selbstständig bleiben im Alter

Les cours SEBA, comme leur nom l'indique, visent à permettre de «rester autonome au 3^e âge». Ils offrent une combinaison d'exercices de mémoire et physiques. La fondation Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW – Fondation du logement pour personnes âgées de la ville de Zurich) a lancé ces cours en 2003 en coopération avec le département de la santé publique et de l'environnement de la ville de Zurich. Donnés par des professionnels reconnus, les cours visent les objectifs suivants:

- entretien des compétences cognitives et physiques, notamment de la mémoire et de la concentration ainsi que de la coordination et de la force;
- amélioration de l'intégration sociale de personnes âgées.

Les cours ont lieu une fois par semaine dans les locaux communs des différents établissements de la SAW et sont ouverts aux locataires de la SAW, mais aussi aux habitants du quartier de plus de 60 ans. La méthode de formation SEBA s'appuie sur les connaissances issues de l'étude SIMA d'Oswald

et al. [276], qui a permis de démontrer qu'une activité physique et des exercices de mémoire réguliers contribuent à la prévention de la dépendance chez les personnes âgées. L'évaluation des cours SEBA a aussi démontré qu'une participation régulière aux entraînements maintient l'autonomie et améliore la mémoire et le bien-être psychiques des participants, de leur propre constat [277, 278].

Voir: <http://www.wohnenab60.ch/seba>

Autres exemples pratiques: initiatives de seniors comme des groupes de théâtre, des jeux, des tables de midi et des excursions, proposés notamment par le Graue Panther (CH); InnovAge (CH); «va bene – besser leben zu Hause» (ZH); des après-midis de dialogue ouvert pour les veuves de la Fédération des femmes protestantes (ZH); universités pour les seniors (CH); Café Santé dans le cadre du programme «Zwäg ins Alter» (BE); services de visite et d'accompagnement de la CRS, Pro Senectute, Caritas, églises, associations d'utilité publique, etc. (CH)

généralement des niveaux élevés parmi les personnes âgées.

- Cependant, entre 15 et 25% des personnes ayant atteint l'âge de la retraite en Suisse ont une (forte) probabilité de présenter au moins une maladie psychique.
- Les maladies psychiques les plus courantes chez les personnes âgées sont les dépressions, les troubles anxieux, les pathologies de la démence, les troubles délirants, les troubles liés à une dépendance et les troubles du sommeil.
- Les événements critiques de la vie des personnes âgées ont des conséquences sur leur santé et leur situation sociale et sont souvent à l'origine d'un isolement.
- L'isolement des personnes âgées a des conséquences graves au niveau social et de la santé et est aussi nuisible que le tabac ou le surpoids en termes de morbidité et de mortalité.
- La promotion de l'intégration sociale et des ressources sociales revête par conséquent une importance particulière chez les personnes âgées.
- Les personnes âgées isolées ont des besoins particuliers du fait de leur autonomie et de leur mobilité; par conséquent, des offres et des interventions sur mesure doivent être élaborées pour ce groupe cible spécifique.
- En ce qui concerne l'accès aux personnes âgées isolées, un large éventail de personnes et institutions peuvent œuvrer comme des fédérateurs et des canaux de contact. Il s'agit notamment des médecins de famille ou des secteurs professionnels en contact avec des groupes à risque, des prestataires de services à domicile, des organismes officiels et des médias.

20 Promotion d'une alimentation équilibrée

Contrairement aux thèmes d'intervention que sont la promotion de l'activité physique, la prévention des chutes et la participation sociale, il n'existe encore aucune étude de fond sur le thème de l'alimentation chez les personnes âgées. C'est pourquoi Promotion Santé Suisse a récemment commandé deux rapports sur l'alimentation chez les personnes âgées³⁸. Sur la base de ces deux rapports, nous détaillerons ci-après les spécificités d'une alimentation équilibrée chez les personnes âgées, les facteurs de risque pouvant entraîner une alimentation déséquilibrée ou une dénutrition et les mesures permettant d'y remédier et de promouvoir une alimentation équilibrée chez les personnes âgées.

20.1 Pourquoi la promotion d'une alimentation équilibrée chez les personnes âgées a de réels bénéfices

La diminution de l'apport calorique et en nutriments peut entraîner des carences en nutriments, isolées ou multiples. Les conséquences d'une dénutrition vont d'une fonte musculaire et d'une prédisposition accrue aux infections aux troubles neurologiques, en passant par une faiblesse cardiaque. Une alimentation déséquilibrée peut augmenter le risque de développement de surpoids, de cancer, de diabète, d'hypertension artérielle ou de maladies cardiovasculaires [60].

Les causes aujourd'hui connues et débattues de la fonte musculaire liée à l'âge (sarcopénie) relèvent, outre des modifications biologiques liées à l'âge, des changements au niveau de l'alimentation et des activités physiques. L'importance d'une alimentation équilibrée dans le traitement et la prévention de la sarcopénie fait de plus en plus consensus et fait l'objet d'une recherche poussée [239].

Il semblerait que différents facteurs d'alimentation peuvent accroître ou réduire le risque d'un début d'Alzheimer. En font notamment partie les vitamines

B6, B12, C ou E, le folate ou les acides gras oméga 3 (acides gras polyinsaturés); il n'existe cependant aucune preuve incontestée permettant d'affirmer que l'alimentation protège efficacement contre Alzheimer. Des études prouvent par ailleurs qu'une alimentation méditerranéenne (alimentation riche en céréales, fruits, poissons et légumes) peut permettre de diminuer le risque de démence. En revanche, rares sont encore les preuves qu'une supplémentation en nutriments précis – qu'il s'agisse de micro- ou de macronutriments – puisse modifier l'évolution d'une démence (perte de compétences cognitives et fonctionnelles) [279].

Dans ce contexte, des interventions axées sur l'alimentation sont de plus en plus reconnues comme mesure importante pour permettre aux personnes âgées de vivre en bonne santé et de façon autonome le plus longtemps possible [280–282].

20.2 Recommandations et comportement nutritionnels chez les personnes âgées

Une alimentation équilibrée couvre aussi bien le besoin en nutriments que les besoins ressentis individuels des personnes d'un certain groupe cible. Une alimentation équilibrée adaptée aux personnes âgées englobe, d'un point de vue quantitatif et qualitatif, des plats et boissons consommés dans une atmosphère agréable, parfaitement composés et tenant compte des préférences personnelles. Les recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées en Suisse s'appuient sur les valeurs de référence DACH [283]. La Société Suisse de Nutrition [284] les résume comme présentées dans le tableau 9.

Selon les données de consommation résumées dans le sixième rapport sur la nutrition en Suisse [285], les personnes âgées présentent les carences en micronutriments suivantes: calcium, iode, magnésium, vitamine B6, folate, vitamine E, vitamine D.

³⁸ Il s'agit à cet égard des études de Brombach et al. [334] et de Buri [335].

TABLEAU 9

Recommandations nutritionnelles pour personnes âgées. Source: [284]

| | Quantité | Qualité |
|--|---|--|
| Energie globale | La valeur indicative est de 30 kcal par kg de poids corporel | Une densité énergétique moindre pour une même densité nutritive. |
| Boissons | La valeur indicative est de 30 ml par kg de poids corporel, ce qui correspond à 1–2 litres par jour | Des boissons non sucrées comme l'eau du robinet ou minérale ou des thés aux fruits ou aux plantes. Des boissons caféinées comme du café ou du thé noir peuvent contribuer à l'hydratation. Privilégier les eaux minérales riches en calcium. |
| Fruits et légumes | 5 portions par jour de différentes couleurs, dont 3 portions de légumes et 2 portions de fruits | Il est possible de remplacer chaque jour une portion par 2 dl de jus de fruits ou de légumes sans adjonction de sucres. |
| Produits céréaliers, pommes de terre ou légumes secs | 3 portions par jour | Concernant les produits céréaliers, privilégier les produits à base de farine complète. |
| Lait et produits laitiers | La valeur de référence est de 0,8–1,2 g de protéines par kg de poids corporel 3–4 portions de produits laitiers par jour | |
| Viande, poissons, œufs ou tofu | La valeur de référence est de 0,8–1,2 g de protéines par kg de poids corporel 1 portion par jour | Varié les sources de protéines. |
| Huiles et lipides | 2–3 cuillères à soupe par jour | Au moins la moitié sous forme d'huile de colza. |
| Noix, graines et noyaux | Une poignée chaque jour | Privilégier les versions non salées. |
| Boissons sucrées, salées et alcoolisées | Avec modération | |

C'est l'apport en vitamine D qui semble diverger le plus de la quantité recommandée [285]: au lieu des 20 µg nécessaires par jour, le taux ne s'élève qu'à 2,49 µg (apport en vitamine D exogène). Avec l'âge, la production de vitamine D de l'organisme dans la peau diminue (vitamine D produite de façon endogène). De plus, les personnes âgées restent moins souvent ou moins longtemps en plein air. La Commission fédérale de l'alimentation recommande donc aux hommes et aux femmes, à partir de 60 ans, une supplémentation en vitamine D à raison de 800 UI (20 µg) par jour.

Concernant les macronutriments, il convient de veiller plus particulièrement à un apport suffisant en protéines et en graisses de qualité (mot clé: acides gras oméga 3).

L'enquête suisse sur la santé publiée en 2012 révèle qu'en fonction du groupe d'aliments, 10–65% des 65–74 ans respectent les recommandations nutritionnelles (tableau 10). Avec l'âge, les comportements alimentaires divergent encore plus souvent des recommandations nutritionnelles [55].

TABLEAU 10

Quantité du groupe d'aliments consommé chez les 65–74 ans. Source: [55]

| Pourcentage des 65–74 ans | Quantité du groupe d'aliments consommé |
|---------------------------|---|
| 49,8% | Chaque jour 1,5–2 litres de boisson sans alcool |
| 20,8% | Chaque jour 5 portions et plus de fruits et légumes |
| 10,2% | Chaque jour 3 portions et plus de lait et produits laitiers |
| 58,6% | De la viande et de la charcuterie 3–5 jours par semaine |
| 64,8% | Du poisson 1–2 fois par semaine |

INFOBOX: menuCH.ch – enquête nationale de consommation

Il n'existe actuellement aucune donnée scientifique sur la qualité des aliments consommés et l'état nutritionnel de personnes âgées en bonne santé en Suisse. De février 2014 à février 2015, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) ont réalisé la première enquête nationale de consommation en Suisse, menu.ch. 2000 personnes âgées de 18 à 75 ans ont été interrogées dans dix centres d'études, dans le cadre d'entretiens personnels au sujet de leurs habitudes alimentaires et de boissons. L'enquête vise à comprendre l'état nutritionnel de la population suisse. Les premiers résultats de l'enquête sont attendus au printemps 2016.

20.3 Facteurs d'influence sur les comportements alimentaires des personnes âgées

Dans l'enquête suisse sur la santé menée en 2012, des personnes âgées de 65 à 74 ans ont mentionné les obstacles suivants à des comportements alimentaires sains: prédilection marquée pour la bonne chère (53,7%), cherté de la nourriture saine (41,1%), coût élevé en temps pour les achats et la préparation (25,7%), habitudes et contraintes du quotidien (23,1%), manque de volonté (15,9%).

Les changements physiologiques liés à l'âge, comme une diminution de la sensation d'appétit et de soif, des douleurs à la mastication, la chute des dents, une diminution de la salivation, des douleurs de déglutition et de mastication ainsi que des troubles de la digestion sont aussi des défis qui influent considérablement l'état nutritionnel. Un dentier mal adapté ou une mauvaise hygiène buccale peuvent avoir des conséquences douloureuses dans la cavité buccale et causer des problèmes de mastication. Les troubles de la mastication entraînent souvent un choix d'aliments restreint. Ces personnes évitent en particulier les aliments riches en nutriments, tels que les produits complets, les fruits, les légumes et la viande, puisqu'ils nécessitent une mastication importante. Ainsi, certains groupes d'aliments sont partiellement voire totalement supprimés, ce qui

peut entraîner un apport insuffisant en vitamines et minéraux [286].

D'autres facteurs de risque d'une alimentation irrégulière ou déséquilibrée peuvent être la perte de partenaires et d'amis, ainsi que la pauvreté et l'isolement social. Les interventions qui allient intégration sociale et alimentation équilibrée chez les personnes âgées, comme TAVOLATA ou les tables de midi d'associations de femmes et de paroisses, revêtent donc une importance particulière dans le cadre des interventions auprès de personnes âgées.

20.4 Interventions visant à la promotion d'une alimentation équilibrée

La détection précoce d'une dénutrition dans le cadre d'une visite médicale, la promotion de la qualité auprès des services de livraison de repas, ainsi que la sensibilisation du groupe cible lui-même font partie des principaux champs d'action dans le domaine de l'alimentation chez les personnes âgées.

20.4.1 Identification et détection précoce dans la pratique médicale

Aujourd'hui, l'état nutritionnel d'une personne âgée est consigné par défaut dans de nombreux hôpitaux via le *Nutrition Risk Screening NRS 2002* [287]. En moyenne, un cinquième voire un quart des patientes et patients admis dans un hôpital souffrent de dénutrition ou présentent un risque de dénutrition [285]. Une étude approfondie de l'hôpital cantonal de Winterthour a permis de démontrer que la prévalence d'une dénutrition est directement liée à l'âge [288]: alors que celle-ci est de 8% chez les moins de 45 ans, elle augmente avec l'âge et passe à 11% chez les 45–64 ans, 22% chez les 65–84 ans et 28% chez les plus de 85 ans.

Une dénutrition ne devrait pas être diagnostiquée une fois admis à l'hôpital, mais à temps, par le médecin de famille. D'une manière générale, trois questions suffisent au dépistage en cabinet médical [289]:

1. Avez-vous perdu du poids involontairement?
2. Si vous avez perdu du poids, combien en avez-vous perdu?
3. Avez-vous moins mangé parce que vous aviez moins d'appétit?

Une perte de poids involontaire peut plus particulièrement indiquer un risque de dénutrition et la né-

cessité d'effectuer une anamnèse alimentaire détaillée et d'une promotion d'une alimentation équilibrée [289].

20.4.2 Promotion de la qualité auprès des services de livraison et des fournisseurs de produits alimentaires

En font partie l'élaboration de standards de qualité et de directives pour les offres de services de livraison de repas au domicile de personnes âgées. De plus, les besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées doivent aussi être pris en compte dans les offres des tables de midi et des cantines, mais aussi par les grands distributeurs. Des études américaines ont démontré que l'état nutritionnel des groupes cibles s'améliore au travers de programmes prévoyant des réglementations et des directives légales [12]. En Suisse, le label «fourchette verte senior» distingue par exemple des institutions gériatriques dont les repas principaux et les collations respectent les recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées.

20.4.3 Sensibilisation du groupe cible

Les personnes âgées peuvent être informées de l'importance d'une alimentation équilibrée par le biais de reportages et d'articles dans les médias (TV, presse, Internet, etc.), dans le cadre de manifestations et via des multiplicateurs de la société civile comme Spitex, Pro Senectute et la CRS. Dans ce domaine, il est recommandé de proposer des conseils concrets et facilement réalisables, sous forme de brochures et de fiches.

20.5 Facteurs de réussite dans la mise en œuvre

Les interventions efficaces et durables visant à la promotion d'une alimentation équilibrée s'inscrivent dans les directives générales de promotion de la santé: les avantages, basés sur les évidences, sont clairement démontrés pour les milieux intéressés et le groupe cible; la participation et l'autonomisation des personnes âgées; différentes approches méthodiques visant à répondre à l'hétérogénéité du groupe

TABLEAU 11

Conseils pratiques pour intégrer les recommandations nutritionnelles au quotidien. Source: [289]

| | |
|---|---|
| Maîtrise du poids corporel | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir son poids • Mettre fin à une surcharge pondérale ou à une insuffisance pondérale trop importantes • Evoquer les fluctuations importantes de poids avec le médecin de famille |
| Apport en énergie adapté aux besoins | <ul style="list-style-type: none"> • Respecter une structure de repas régulière: trois repas principaux et des collations • Composition équilibrée des repas principaux: accompagnements de féculents (céréales, pommes de terre), accompagnement à base de protéines et légumes/salade • Entretenir les rituels tels que les pauses café de dix heures et du goûter (petits pains, fruit, yaourt, etc.) |
| Hydratation | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition une ration de boisson quotidienne avec des quantités définies pour toute la journée (1 litre de thé dans un thermos + ½ litre d'eau minérale) • Toujours avoir une bouteille (Pet) sur soi lors de déplacements • Instaurer des rituels d'hydratation, comme boire un verre d'eau avec un café, ou boire un verre d'eau au lever du lit |
| Absorption de protéines | <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des protéines en accompagnement de chaque repas principal <ul style="list-style-type: none"> – petit-déjeuner: fromage, œuf, yaourt, fromage blanc – repas de midi et repas du soir: viande, poissons, œuf, fromage, tofu, seitan ou tempeh • Lait et produits laitiers comme collations <ul style="list-style-type: none"> – p. ex. 2 dl de lait/boissons à base de lait, un yaourt nature/aux fruits, un séré aux fruits – trois portions de produits laitiers par jour garantissent un apport en calcium adapté aux besoins |
| Vitamine D | <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir régulièrement des aliments riches en vitamine D <ul style="list-style-type: none"> – poissons gras: saumon, thon, hareng, sardines – œufs, champignons, produits à base de farine complète – produits éventuellement enrichis en vitamine D (p. ex. des œufs, des produits laitiers) • Consommer des compléments à base de vitamine D |

cible et de son quotidien; ainsi que la coopération interdisciplinaire avec d'autres acteurs de la santé publique et spécifiques aux groupes cibles.

Le tableau 11 reprend quelques conseils de mise en œuvre spécifiques, notamment en ce qui concerne l'intégration et la mise en œuvre des recommandations nutritionnelles dans le quotidien des personnes âgées.

Exemple de bonne pratique de Suisse: TAVOLATA

Le projet «TAVOLATA» est un réseau de tables communautaires lancé par le Pour-cent culturel Migros en 2010. Il s'agit de tables communautaires locales basées sur l'auto-organisation où des personnes âgées se réunissent régulièrement, dans un cadre privé ou dans un local semi-public, pour cuisiner et manger ensemble. Le projet «TAVOLATA» permet de promouvoir la mise en réseau de personnes âgées, contribuant ainsi à renforcer le bien-être psychique et social ainsi qu'une alimentation saine. L'une des sept règles de base contraignantes de ces tables communautaires est: «Repas équilibrés et savoureux». Une nutritionniste diplômée propose des formations continues spécifiques sur le thème de l'alimentation chez les personnes âgées, afin que les repas cuisinés ensemble répondent aux recommandations nutritionnelles spécifiques à l'âge. En règle générale, une ou deux tables communautaires sont organisées chaque mois. Les groupes comprennent en général sept personnes âgées de 74 ans environ. Actuellement, 120 tables communautaires sont proposées dans 15 cantons.

Voir <https://www.tavolata.net/> et [290].

Autres exemples pratiques: entourAge (VD); Fourchette verte senior (CH); Bien manger à petit prix (CH); différentes tables de midi organisées par des paroisses et des associations de seniors (CH); différents services de livraison de repas de Pro Senectute, Home-Instead, Caritas ou l'Armée du Salut (CH)

20.6 L'essentiel en bref

- L'alimentation chez les personnes âgées doit être adaptée aux différents besoins énergétiques et aux carences liées à l'âge.
- En Suisse, les personnes âgées souffrent de carences en nutriments, et plus particulièrement ceux-ci: protéines, vitamine D, calcium, iode, magnésium, vitamine B6, folate, vitamine E.
- Les changements physiologiques liés à l'âge peuvent entraîner une diminution de la prise de nourriture, une sélection limitée d'aliments et une dénutrition. On citera entre autre une diminution de la sensation d'appétit et de soif, la chute de dents, un dentier mal adapté, des douleurs de déglutition et de mastication et des troubles de la digestion.
- La prévalence d'une dénutrition augmente avec l'âge. En Suisse, 20–25% des patients admis à l'hôpital sont dénutris ou présentent un risque de dénutrition.
- La détection précoce d'une dénutrition dans le cadre d'une visite médicale, la promotion de la qualité auprès des services de livraison de repas ainsi que la sensibilisation du groupe cible lui-même font partie des principaux champs d'action dans le domaine de l'alimentation chez les personnes âgées.
- La participation des personnes âgées est un facteur important pour la mise en place d'interventions nutritionnelles réussies.

5^e partie

Thèmes transversaux des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»

En lien avec le chapitre 14, cette partie du rapport détaille les bases scientifiques nécessaires à la mise en œuvre de tous les thèmes d'intervention. Ces thèmes transversaux sont souvent déterminants pour le choix du bon groupe cible, du bon accès et de la bonne approche adaptée au contexte. Il s'agit à cet

égard des thèmes portant sur la gestion de la diversité sociodémographique chez les personnes âgées et la promotion de l'égalité des chances en matière de santé, de la collaboration avec des professionnels de santé ainsi que de la conception de conseils, de manifestations et de cours en fonction de l'âge.

21 Diversité et égalité des chances en matière de santé chez les personnes âgées³⁹

Le principe de l'équité sociale et de l'égalité des chances est essentiel pour les sociétés démocratiques, telles que la Suisse. Ce principe concerne aussi le domaine de la santé. Le chapitre suivant aborde les questions d'inégalités en matière de santé; il esquisse plus particulièrement leur étendue et leur pertinence sociale en décrivant des groupes de personnes concernées et tire des conclusions pour la promotion de la santé chez les personnes âgées. Un aperçu des raisons actuelles des inégalités en matière de santé sert de point de départ pour illustrer les stratégies d'action pertinentes visant à la promotion de l'égalité des chances en matière de santé.

21.1 Inégalités en matière de santé comme défi pour la promotion de la santé

Au cours des dernières décennies, la santé de la population des pays développés s'est considérablement améliorée. Cela dit, tous les groupes de population n'en profitent pas de la même manière. La santé et les maladies sont ainsi souvent réparties de façon inégale au sein de la population [291]. On parle d'inégalité en matière de santé lorsque des groupes de population entiers, définissables d'un point de vue sociodémographique, sont touchés par une moins bonne santé [292].

L'état des connaissances actuelles sur les inégalités en matière de santé se résume comme suit [291]:

- Les inégalités en matière de santé font l'objet d'études dans tous les pays proposant des données.
- Au cours des dernières décennies, les inégalités en matière de santé ont tendance à s'accroître, surtout en termes de mortalité, alors que les inégalités en matière de morbidité sont restées plutôt stables.
- On retrouve des inégalités graves en matière de santé dans presque toutes les maladies et handicaps (exception: allergies et cancer du sein) et par conséquent aussi en matière d'espérance de vie en bonne santé.
- En règle générale, il existe une corrélation linéaire («gradient social» selon Marmot et Wilkinson): plus le statut social est bas, plus la mortalité précoce et la prévalence de maladie sont élevées.

Les inégalités en matière de santé se traduisent par le fait que certains groupes sociaux tombent plus souvent malades, souffrent plus souvent de problèmes de santé et meurent plus tôt que d'autres groupes. On constate des inégalités en matière de santé dès l'enfance et l'adolescence et jusque chez les personnes âgées. Les inégalités dans les premiers stades de la vie se poursuivent et s'aggravent généralement tout au long du processus de vieillissement [57, 90, 293].

Les inégalités en matière de santé sont non seulement liées aux différences de revenus, de patrimoines, d'éducation et de situation professionnelle. Les dimensions relatives à la diversité, comme le genre et le contexte migratoire (cf. chapitre 2) sont aussi des catégories sociales essentielles pouvant engendrer des désavantages et avoir des incidences négatives sur les chances et risques en matière de santé [294]. Les combinaisons de plusieurs dimensions relatives aux inégalités et à la diversité se

³⁹ Le chapitre portant sur la diversité et l'égalité des chances en matière de santé chez les personnes âgées s'appuie essentiellement sur l'étude de Soom Ammann et Salis Gross [49], rédigée pour le compte de Promotion Santé Suisse.

révèlent particulièrement puissantes: par exemple, la combinaison pauvreté, sexe féminin et isolement social entraîne une précarité accrue et des répercussions négatives sur la santé [295].

La prévention et la promotion de la santé ont aujourd'hui tendance à toucher plutôt des groupes d'un statut socioéconomique moyen et élevé [296–298]. Les offres de la promotion de la santé n'atteignent donc souvent pas les groupes sociaux à qui elles profiteraient le plus [298]. C'est pourquoi nous demandons d'orienter davantage les mesures favorables à la santé vers les groupes défavorisés, afin que leurs chances de pouvoir vivre et vieillir en bonne santé augmentent aussi [293, 299].

La promotion de la santé des personnes âgées doit intégrer l'égalité des chances et prendre en compte la diversité. Pour cela, elle se doit de a) reconnaître l'hétérogénéité des personnes âgées, b) tenir compte de leurs différentes ressources, contraintes et besoins ressentis et c) orienter ses actions vers l'objectif d'égalité des chances en matière de santé.

21.2 Corrélation entre inégalités sociales et santé

Alors que des études attestent clairement de la corrélation entre statut social et santé d'une personne, la nature de cette corrélation ne s'explique toujours pas de manière claire [291, 300]. D'une manière générale, on distingue trois groupes de facteurs expliquant les inégalités en matière de santé [291]:

- facteurs matériels et structurels, comme la situation financière, les revenus, les conditions de vie et de travail;
- facteurs liés au comportement, tel que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'alimentation;
- facteurs psychosociaux, comme les contraintes quotidiennes chroniques, des événements douloureux de la vie, mais aussi le soutien social ou les stratégies et compétences de gestion.

Suite à un meta-review, Richter et al. [291] arrivent à la conclusion que 50–100% des inégalités en matière de santé s'expliquent par des facteurs matériels, comportementaux et psychosociaux inégaux. Cependant, selon eux, ce sont plus particulièrement les différences matérielles et structurelles qui expliquent les inégalités en matière de santé ainsi

qu'une vulnérabilité accrue. Les facteurs matériels et structurels influencent la santé tant directement qu'indirectement, étant donné que des facteurs psychosociaux comme des contraintes quotidiennes, mais aussi des comportements relatifs à la santé sont grandement influencés par les conditions de vie.

21.3 Stratégies de promotion d'égalité des chances en matière de santé

Les enseignements de Richter et al. [291] portant sur l'émergence des inégalités en matière de santé sont autant de pistes pour la conception de stratégies visant à accroître l'égalité des chances en matière de santé. Forts de ces enseignements, nous proposons actuellement deux stratégies différentes et complémentaires [291, 294, 301, 302]:

- **Renforcer l'égalité des chances en matière de santé:** l'objectif de cette approche consiste à autonomiser et renforcer les ressources des groupes socialement défavorisés, afin d'accroître leurs chances de pouvoir vivre et vieillir en bonne santé. Les facteurs psychosociaux et comportementaux sont des thèmes centraux à cet égard. En font partie la diffusion de compétences en santé, la promotion d'un style de vie sain, le renforcement de réseaux sociaux et la possibilité de trouver un soutien adapté dans le cadre des soins médicaux.
- **Réduire les inégalités sociales et la précarité:** cette approche consiste à lutter contre les inégalités sociales et la précarité entraînant des inégalités en matière de santé (voir ci-dessus). Les facteurs matériels et structurels, soit l'amélioration des conditions de vie, sont des points prioritaires. En font partie l'amélioration des opportunités de formation pour les couches et groupes socialement défavorisés, la réduction des inégalités économiques et des autres inégalités structurelles au sein de la société et la capacité des structures de soins à intégrer la question des inégalités.

L'accent est mis ci-après sur le renforcement de l'égalité des chances en matière de santé, étant donné que la réduction des inégalités sociales et de la précarité va au-delà du champ d'action de la promotion de la santé et relève de la politique de formation, des affaires sociales et du marché du travail.

21.3.1 Renforcer l'égalité des chances en matière de santé

Partant du principe que les risques en matière de santé, mais aussi les ressources favorisant la santé sont répartis de façon inégale au sein de la population, une approche clé dans la promotion de la santé consiste à renforcer les groupes défavorisés et à accroître leur capacité d'action en matière de santé [160, 294, 300]. Les groupes concernés ne sont pas fatalement impuissants face aux inégalités sociales, puisqu'ils ont aussi à leur disposition des potentiels d'action et des ressources qu'ils peuvent activer [300]. Les champs d'action les plus importants sont à cet égard le renforcement de la compétence en matière de santé et l'accès à des relations sociales offrant un soutien. Outre le capital financier, l'éducation et les connaissances (capital culturel) et les relations sociales offrant un soutien (capital social) constituent des facteurs de protection importants en matière de santé.

La principale difficulté dans le cadre du renforcement de l'égalité des chances en matière de santé réside dans le fait que les acteurs ont en général des difficultés à atteindre les groupes socialement défavorisés. Une accessibilité limitée peut s'expliquer entre autres par des offres encore trop peu étoffées. Le terme d'«accessibilité» a à cet égard différentes significations [49]:

- Atteindre des groupes cibles signifie dans un premier temps établir un contact.
- Deuxièmement, la notion d'accessibilité signifie que les offres et interventions soient acceptées par le public cible, c'est-à-dire utilisées et mises en œuvre durablement et que les acquis soient aussi respectés (*compliance*).
- Troisièmement, l'accessibilité signifie qu'une intervention provoque non seulement un changement de perception, mais aussi un changement du comportement lié à la santé.

L'identification et l'accessibilité des groupes socialement défavorisés sont la condition pour une promotion réussie de l'égalité des chances en matière de santé. Voici donc ci-après des pistes permettant d'entrer en contact avec les groupes à risque difficilement accessibles, au sein de la population âgée. L'analyse de projets en Suisse et à l'étranger permet de distinguer trois approches éprouvées [49]: *les visites préventives à domicile, les activités de formation en groupes et le travail social communautaire.*

21.3.1.1 Visites préventives à domicile

Lors d'une visite préventive à domicile, un conseil général de santé ainsi qu'une évaluation multidimensionnelle des facteurs de protection et de risque internes (concernant l'individu) et externes (concernant le contexte physique et social) jouent un rôle prépondérant [303]. L'objectif est l'identification précoce des facteurs de risque et de maladies, ainsi que la possibilité d'initier des interventions d'adaptation du mode et des conditions de vie, sur mesure et ancrées dans le cadre de vie [304].

Le concept de la visite préventive à domicile suppose la mise en place d'un rapport de confiance entre les conseillers et les conseillés, de sorte que ces derniers se fient aux conseils et acceptent les recommandations. De plus, le travail d'information et de conseil de fond suppose non seulement des compétences spécialisées de la part des conseillers, mais aussi la capacité à se transposer dans des univers inconnus, à refléter ses propres influences de vie, à éviter des stéréotypes et à interagir selon le modèle centré sur le patient [305, 306]. Ces exigences strictes plaident d'une part en faveur du recours à des professionnels de santé hautement qualifiés et expérimentés et, d'autre part, en faveur de la coopération avec des professionnels en gériatrie, notamment lors de l'élaboration des contenus des conseils et recommandations [307].

D'une manière générale, les expériences pratiques de Suisse montrent que les visites préventives à domicile doivent être présentées comme une offre de conseil, d'information et de formation parmi d'autres. En complément d'offres de conseil dans les institutions et d'offres s'adressant à des groupes, les visites préventives à domicile devraient être proposées aux personnes ne pouvant être touchées via d'autres offres. Un déploiement à grande échelle des visites préventives à domicile ne semble pas en revanche judicieux.

21.3.1.2 Activités de formation en groupes

Les activités de formation en groupes servent à diffuser des informations, à l'échange de connaissances et d'expériences. Elles favorisent en outre le changement des comportements via une motivation, une fixation et un contrôle d'objectifs mutuels. Les contacts entre les participants favorisent donc la diffusion efficace d'informations crédibles [308, 309], mais aussi l'évolution des normes en matière de santé [310–312].

Ici, les offres pour des groupes cibles spécifiques s'adressent en particulier aux femmes et à une partie de la population migrante et se présentent sous forme d'offres de cours dans le secteur de la santé⁴⁰. Elles ont pour point commun d'être des offres s'adressant à des groupes, d'être proposées hors murs, de s'orienter vers l'univers concret des participants, de renforcer les ressources et de diffuser des informations via les contacts. Les besoins d'apprentissage des personnes âgées nécessitent des activités de formation à bas seuil, qui communiquent des formes d'apprentissage interactives et évoquent des thèmes et questions du quotidien [313]. Les thèmes fréquemment abordés concernent l'alimentation, l'activité physique, les examens préventifs chez les personnes âgées, la consommation de médicaments et les relations sociales. Pour qu'ils profitent d'un bon écho auprès du public cible, il est important que les contenus des manifestations soient participatifs et adaptés à l'état des connaissances, ainsi qu'aux conditions culturelles et locales respectives.

Cette forme de diffusion des connaissances semble non seulement faire ses preuves dans les activités de formation avec des groupes cibles défavorisés sur le plan socioéconomique, mais aussi auprès d'autres groupes cibles [313]. Du point de vue de l'animation du groupe, il semble judicieux d'opter pour des pairs de confiance, soit des personnes de la même tranche d'âge, d'un même groupe d'intérêts ou issues du même groupe linguistique ou ayant la même origine. Le *peer education* proposé par des proches des groupes cibles permet de transmettre des messages et des contenus particulièrement adaptés au groupe cible, soit ancrés dans la vie quotidienne [304].

Les activités de formation en groupes sont aussi un outil d'intégration sociale. Ainsi, le projet «Age et Migration – Conseils et offres pour les personnes migrantes de plus de 55 ans» de l'Entraide protestante suisse (EPER) allie diffusion d'information et entretien de relations sociales. Ce projet porte en premier lieu sur la formation de groupes, à savoir qu'il permet aussi de toucher des personnes qui ne sont habituellement pas sensibles à la promotion de la santé. Grâce à la promotion de la participation sociale, de tels projets contribuent dans le même temps à l'amélioration de la santé (psychique) des personnes âgées (voir chapitre 19).

21.3.1.3 Approches communautaires

Les approches communautaires visent au renforcement de l'engagement citoyen et à la promotion de l'intégration sociale et de la solidarité. Cette approche vise à inciter les personnes âgées à s'engager dans leur environnement direct et ainsi à le façonner et à l'améliorer. Une attention particulière est à cet égard portée à la mise en place d'un réseau allant au-delà de relations directes et appelant à la solidarité d'un groupe plus important, où l'on ne se connaît plus personnellement: elle vise plus particulièrement l'ensemble de la population dans un secteur géographique restreint, comme un lotissement, un quartier ou un village. Les activités communautaires peuvent par conséquent favoriser l'intégration, quels que soient le statut, le niveau de formation, le sexe et l'origine.

Grâce à l'approche communautaire, la promotion de la santé évolue à l'interface entre deux stratégies d'action fondamentales pour la lutte contre les inégalités en matière de santé: étant donné que les activités communautaires renforcent les ressources des personnes âgées et influent sur les conditions de vie, elles contribuent parallèlement à augmenter l'égalité des chances en matière de santé et à réduire les inégalités sociales.

En Suisse, Pro Senectute Vaud et la fondation Leenaards ont par exemple lancé ensemble un projet communautaire intitulé «Quartiers solidaires» qui encourage l'organisation autonome de personnes âgées au sein d'un quartier ou d'un village. Voici les principaux objectifs et résultats de projets communautaires tels que «Quartiers solidaires» [314]:

- Ils donnent du sens et créent des liens sociaux au sein d'un quartier.
- Ils s'appuient sur le potentiel de connaissances et d'expériences inexploité chez la population âgée.
- Ils soulagent les services sociaux et les proches du fait du soutien et de la solidarité mutuels entre les personnes âgées.
- Grâce à la prise en considération des autorités et la mise en réseau des offres et des responsables de la politique en matière de santé et des personnes âgées, ces projets peuvent agir comme des centres de coordination locaux et contribuer à des activités orientées vers les personnes âgées ainsi qu'à la promotion de la santé.

⁴⁰ Voir par exemple les cours collectifs sur la promotion de la santé pour migrants âgés proposés par la CRS ainsi que le projet «Femmes-Tische» proposé dans de nombreuses régions de Suisse.

Il faut toutefois relever que les personnes défavorisées socioéconomiquement du fait de difficultés rencontrées durant les premières phases de leur vie ont souvent peu de possibilités de s'engager dans des projets communautaires une fois à la retraite [315, 316]. Les instances de mise en relation jouent un rôle déterminant concernant la prise en considération de telles personnes (voir ci-dessous).

21.3.2 Réduire les inégalités sociales et la précarité

Les activités communautaires permettent d'aborder et d'améliorer des facteurs structurels et matériels, soit les conditions et circonstances de vie de personnes âgées. Une réduction effective des inégalités sociales et de la précarité suppose cependant des mesures plus vastes qui, comme cela a déjà été évoqué, vont au-delà du champ d'action de la promotion de la santé. Une démarche multisectorielle est à cet égard nécessaire, tout comme la planification de mesures qui relèvent plus particulièrement de la politique de formation, des affaires sociales et du marché du travail [291, 294, 302].

21.4 Facteurs de réussite dans la mise en œuvre

La réussite des trois démarches mentionnées ci-dessus est en grande partie fonction de l'engagement des acteurs de la promotion de la santé chez les personnes âgées et des « fédérateurs » ou personnes pouvant établir un lien avec des groupes socialement défavorisés. Une brève description de ces deux facteurs de réussite figure ci-après. Elle sera suivie de quelques recommandations et directives stratégiques pour une promotion de la santé chez les personnes âgées juste en matière d'inégalités et de diversité.

21.4.1 Acteurs et instances de mise en relation

21.4.1.1 Actrices et acteurs

Selon un sondage d'experts suisses, Spitex et Pro Senectute sont surtout perçues comme des fournisseurs d'interventions à grande échelle dans le domaine de la promotion de la santé chez les personnes âgées [49]. Ces deux organisations se penchent traditionnellement sur des questions relatives à la vieillesse et ont une expérience et des compétences riches dans le domaine de la promotion de la santé

chez les personnes âgées, notamment dans le secteur des visites à domicile à titre préventif. De plus, ces organisations spécialisées dans les offres s'adressant à des groupes de population défavorisés ont un rôle central. Outre Pro Senectute, l'on compte également des organisations telles que la Croix-Rouge suisse, Caritas et l'EPER.

En pratique, la mise en réseau et la coordination de prestataires et d'offres ainsi que l'échange systématique d'expériences renferment un potentiel considérable [49]. La mise en réseau devrait se faire au niveau local et intégrer tous les prestataires et organisations pertinentes engagés dans des activités avec des personnes âgées, la promotion de la santé et la politique. Le développement commun d'un projet ou d'une offre par différentes organisations et par conséquent le bénéfice mutuel en termes de synergies et de compétences spécifiques qu'elles en retirent permet de créer de la valeur ajoutée pour les clients mais aussi les prestataires. Il en va de même lorsque des organisations se recommandent mutuellement des clients en fonction des offres les mieux adaptées. Le défi consiste alors à ancrer la coopération au niveau institutionnel et à l'assurer sur le plan financier [49].

21.4.1.2 Instances de mise en relation

En ce qui concerne l'accès aux groupes difficilement accessibles, il convient plus particulièrement de mieux exploiter les « fédérateurs » pour réunir et ajuster au mieux groupes cibles et offres [49, 317]. Une démarche relationnelle est décisive pour toutes les stratégies proposées au chapitre 21.3.1. En pratique, les personnes et institutions de liaison, tant professionnelles qu'informelles, ont fait leurs preuves [49]:

- Les instances de mise en relation professionnelles sont des professionnels et des institutions spécialisées en contact quotidien avec des groupes de population socialement défavorisés. En font partie des institutions de l'Etat-providence, des ONG, des médecins de famille ou des prestataires mobiles comme la Spitex et les services de livraison de repas et de transport.
- Les fédérateurs informels ou issus de la société civile sont tout aussi importants. Ce sont des associations, des institutions religieuses et des organisations d'intérêts, mais aussi des personnes clés comme des multiplicateurs, des membres d'une famille, des voisins.

En pratique, il est crucial que des personnes de liaison aient un rapport de confiance avec le groupe cible et que les prestations d'instances de mise en relation formelles et informelles soient honorées, tant sur le plan matériel que symbolique [308].

21.4.2 Recommandations et directives stratégiques générales

L'étude de fond de Soom Ammann et Salis Gross [49] formule d'autres recommandations et directives de promotion d'égalité des chances en matière de santé chez les personnes âgées:

- **Initiation de mesures structurelles et matérielles:** la réduction durable des inégalités sociales suppose des changements de conditions de vie.
- **Combinaison de stratégies dans le but de renforcer l'égalité des chances en matière de santé:** les trois stratégies présentées se complètent et

peuvent facilement être associées à d'autres approches visant à renforcer l'égalité des chances en matière de santé. D'une manière générale, il est recommandé d'étoffer et d'assouplir l'offre de mesures favorables à la santé en Suisse.

- **Renforcement de la promotion relationnelle de la santé chez les personnes âgées:** en pratique, l'importance des réseaux sociaux et de l'approche relationnelle est remarquable. C'est pourquoi Christiakis et Fowler (2008, 2010) recommandent systématiquement, et pas uniquement pour les groupes difficilement accessibles, d'opter pour des interventions relationnelles réalisables à petite échelle et à orientation globale.
- **Privilégier une approche participative et une perspective axée sur les offres et non le groupe cible:** concevoir des mesures non seulement respectueuses de la demande mais aussi des besoins suppose de disposer de connaissances

Exemple de bonne pratique de Suisse: Quartiers solidaires

Le projet «Quartiers solidaires» est le fruit de l'initiative de Pro Senectute Canton de Vaud, avec le soutien de la fondation Leenaards. Le projet de développement basé sur les communes mise sur le développement d'une solidarité à petite échelle et vise à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et leur intégration dans le quartier. Dans le cadre de «Quartiers solidaires», des personnes âgées mettent sur pied des projets en fonction de leurs besoins et ressources pour agir sur leur environnement. Ces «quartiers solidaires» proposent aux personnes âgées des solutions concrètes à leurs besoins et attentes, notamment dans les domaines de l'urbanisme, de l'environnement ou d'activités sociales. Le projet vise les objectifs suivants:

- instauration de relations sociales et expériences communes;
- mise en place d'une communauté s'organisant elle-même;
- développement d'infrastructures pour seniors;
- meilleur accès aux informations pertinentes pour les personnes âgées.

Les efforts fournis en faveur d'un tel projet de quartier peuvent émaner de différents cercles, tels que la politique et les autorités, des institutions

locales et des associations ou encore des personnes. La création d'un «quartier solidaire» respecte les cinq étapes clés méthodiques: concertation, mise en place, création du projet, mise en œuvre et évaluation. Lors de la mise en œuvre du projet, il est essentiel que les personnes âgées soient acteurs du changement et influent de façon autonome sur leur environnement direct. Les personnes âgées sont respectivement soutenues par des animateurs socioculturels et experts en méthodologie intervenant sur place. Le projet «Quartiers solidaires» a été primé en 2008 par l'Office fédéral du développement territorial comme bonne pratique dans le domaine du développement durable et l'efficacité du projet a reçu un écho favorable en 2013 [318].

Voir <http://www.quartiers-solidaires.ch/>

Autres exemples pratiques: Femmes-Tische pour personnes âgées (CH); conseils de santé pour migrants CRS (ZH); offres autour de personnes âgées et de la migration de Caritas, la CRS et l'EPER (CH); Grossmütterrevolution (CH); Feiabendtreff 60+ du Forum Männergesundheit (BE); Altissimo Schweiz (ZH)

approfondies sur les milieux de vie et les attentes des groupes cibles visés. Ceci implique la prise en considération des membres des groupes cibles dans la planification et la mise en œuvre des projets. Ceci renforce également la responsabilité individuelle concernant le bien-être, but visé aussi par les priorités de politique sanitaire du Conseil fédéral [160].

- **Approche orientée vers le cadre de vie:** les problématiques spécifiques doivent être contextualisées, c'est-à-dire que des projets doivent être ancrés au niveau local, soit se limiter à un quartier précis, ou être spécifiques à un groupe cible, comme dans un local d'association, afin que les offres puissent être mises en œuvre dans des settings familiers et en adéquation avec le cadre de vie.
- **Promotion de l'engagement citoyen:** compte tenu de l'importance considérable des réseaux relationnels et des instances de mise en relation informels dans la promotion de la santé chez les personnes âgées, l'engagement citoyen doit être perçu par les professionnels comme un complément de plus en plus important aux conseils et offres s'adressant à des groupes.
- La promotion de la santé chez les personnes âgées doit prendre en compte l'hétérogénéité des personnes âgées, les différences de ressources de contraintes et de besoins et s'orienter vers la priorité à l'égalité des chances en matière de santé.
- On distingue deux stratégies de réduction des inégalités en matière de santé: le renforcement de l'égalité des chances en matière de santé et la réduction des inégalités sociales et de la précarité.
- Les visites préventives à domicile, les activités de formation en groupe et les approches communautaires sont des approches qui ont fait leurs preuves pour inclure des populations socialement défavorisées et/ou difficiles à atteindre.
- Les instances de mise en relation professionnelles et issues de la société civile adoptant une approche relationnelle jouent un rôle décisif dans l'accès aux personnes difficiles à atteindre.

21.5 L'essentiel en bref

- Bien que de nos jours, le nombre de personnes atteignant un âge avancé n'a jamais été aussi important (démocratisation de la vieillesse), la santé et les maladies sont toujours réparties de manière inégale auprès de la population âgée.
- Les inégalités en matière de santé s'expliquent par des différences au niveau de facteurs matériels et structurels. Les facteurs liés au comportement et psychosociaux expliquent également en grande partie ces inégalités.
- En plus du statut socioéconomique, d'autres facteurs, tels que le sexe, l'origine migratoire et le niveau d'intégration sociale sont liés à l'apparition d'inégalités en matière de santé.
- Bien qu'ils soient confrontés à des risques plus élevés, les groupes de couches sociales défavorisées souffrent d'un manque d'offres de prévention et promotion de la santé.

22 Collaboration avec des professionnels de santé⁴¹

La promotion globale de la santé des personnes âgées et la prévention des problèmes de santé supposent une coopération coordonnée de la promotion de la santé et du système de soins. Ainsi, médecins de famille, infirmiers, pharmaciens, professionnels en psycho-, physio- et ergothérapie, secrétaires médicales et assistants en santé sont des partenaires incontournables de la promotion de la santé chez les personnes âgées. Deux raisons plaident plus particulièrement en faveur d'une coopération intensive entre les deux systèmes:

- Les facteurs de risque physiologiques figurent parmi les causes principales de maladies et nécessitent une détection précoce systématique ainsi que des soins prodigués par des professionnels de santé.
- Les acteurs du système de soins ont souvent un accès privilégié aux personnes âgées. Ils peuvent donc transmettre des compétences en santé et inciter à la mise en œuvre de changements de comportement favorisant la santé.

Dans le cadre du projet «Via», Promotion Santé Suisse a collecté de nombreux enseignements et expériences pratiques, plus particulièrement en ce qui concerne la collaboration avec les médecins de famille. Voici ci-après un condensé des principaux défis et facteurs de réussite dans la collaboration avec la promotion de la santé et les médecins de famille. Ces enseignements et expériences sont aussi révélateurs en ce qui concerne la coopération avec d'autres professionnels de santé.

22.1 Contexte de la coopération avec le corps médical

La coopération avec le corps médical peut contribuer dans une large mesure au succès de la promotion de la santé chez les personnes âgées. Ceux-ci peuvent, durant la consultation médicale, reconnaître précocement les facteurs de risque médicaux, qui augmentent avec l'âge et qui revêtent une importance cruciale pour la santé (dépistage de la tension artérielle, du taux de lipides sanguins, du diabète, etc.). De par leurs vastes connaissances médicales et leurs relations de longue date avec leurs patients, les médecins jouissent également d'une excellente réputation auprès de la population âgée. Ils ont ainsi une influence considérable sur leur comportement. Il est prouvé scientifiquement que le corps médical peut motiver les patients⁴² à prendre davantage de responsabilité individuelle, en termes de changements de comportements sur le plan de la santé (notamment en cas d'habitudes alimentaires problématiques, de tabagisme, de comportements sédentaires) et atteindre des objectifs ciblés [319]. Grâce à ce rapport de confiance, ils peuvent motiver les personnes âgées à avoir recours à des offres de promotion de la santé ne relevant pas du système de soins. Les médecins ont aussi accès aux personnes âgées dites vulnérables, habituellement difficilement atteignables dans le cadre d'offres de promotion de la santé chez les personnes âgées.

Au niveau opérationnel, il s'avère souvent difficile de motiver les médecins à s'engager en faveur de la

⁴¹ Le chapitre consacré à la collaboration avec des professionnels de santé s'appuie pour l'essentiel sur l'étude de Zoller et al. [320], réalisée pour le compte de Promotion Santé Suisse.

⁴² Même s'il est souvent question de «clients» dans la promotion de la santé, comme dans l'étude de Zoller et al. [320] (l'objectif étant d'évoquer également des personnes en bonne santé), les médecins parlent plutôt de «patients».

promotion de la santé. Un rapport de l'Observatoire suisse de la santé [104] montre que les médecins de premier recours suisses mènent rarement des entretiens préventifs sur les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique ou de la santé psychique avec leurs patients âgés. En référence à l'étude de Zoller et al. [320] voici ci-après les barrières concrètes, mais aussi les solutions possibles pour une coopération fructueuse avec les médecins, dans le cadre de la promotion de la santé chez les personnes âgées. Des expériences pratiques et des enseignements, collectés jusqu'alors par Promotion Santé Suisse et d'autres acteurs œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé chez les personnes âgées ont été intégrés en complément. Quelques recommandations issues du projet «Coaching santé» du Collège de médecine de premier recours [319, 321] et du programme «EviPrev» [322] sont aussi prises en compte.

22.2 Les médecins de famille et la promotion de la santé des personnes âgées – leur perspective

Les attentes des acteurs de la promotion de la santé quant au possible rôle des médecins de premier recours sont souvent élevées et ne correspondent pas toujours aux attentes du corps médical lui-même. Les médecins voient leur rôle surtout dans la prévention médicale: dans le diagnostic de facteurs de risque physiologiques et le comportement délétère sur le plan de la santé, dans la détection précoce de maladies, dans l'évaluation ainsi que dans l'information, le conseil et la motivation. Ils peuvent conseiller leurs patients sur les options d'action visant à un changement de comportement, attirer leur attention sur des offres et prestations existantes et leur indiquer des offres de promotion de la santé chez les personnes âgées. Les médecins sont particulièrement attachés au fait que leurs recommandations soient indépendantes et s'appuient sur des preuves médicales. Le triage et l'information sur les offres existantes sont également des tâches que les médecins sont prêts à assumer. La plupart des médecins voient leur contribution primaire fortement restreinte par un setting de consultations chargé.

En pratique, il s'est révélé utile de définir le rôle du corps médical dans les projets de la promotion de la santé chez les personnes âgées, en concertation

avec celui-ci. Outre le conseil au cabinet médical, d'autres possibilités éprouvées existent:

- les auteurs d'articles spécialisés s'adressant aux médecins ainsi qu'à d'autres professionnels;
- le recours à des intervenants pour des exposés et des ateliers s'adressant au corps médical ou aux personnes âgées;
- l'adhésion à un groupe d'accompagnement spécialisé;
- la participation active du corps médical à des discussions politiques visant à la promotion de la santé.

22.3 Barrières et secteurs problématiques dans la collaboration

Zoller et al. [320] montrent qu'il existe parmi les médecins un spectre très hétérogène d'attitudes, de valeurs et de réalités pratiques. A l'occasion de *focus groups* organisés par Zoller et al., plusieurs médecins ont fait preuve d'un certain scepticisme à l'égard du concept de «promotion de la santé». Certains ont jugé (à tort) ce concept abstrait et peu pertinent pour la pratique médicale. Bon nombre de médecins ne veulent pas dicter la conduite de leurs patients et ne pas être perçus comme des «éducateurs de la nation». Ils se voient comme des prestataires de services à l'égard de leur donneur d'ordre, le patient. Bon nombre de médecins impliqués préfèrent que d'autres acteurs se préoccupent des intérêts de la promotion de la santé. Le Collège de médecine de premier recours décrit quant à lui la prévention, l'autonomisation de patients ainsi que la mise en relation entre des programmes de santé publique et les individus comme faisant «partie intégrante de la médecine de premier recours» [323].

Les principaux obstacles à la coopération avec des médecins de famille dans la promotion de la santé chez les personnes âgées peuvent se résumer comme suit:

- Manque de sensibilisation du corps médical aux aspects de promotion de la santé dû au manque de directives, de connaissances sur les recommandations actuelles ou encore une absence de communication au niveau de la formation et du perfectionnement des médecins.
- Manque de disponibilité: les problèmes de santé et les tâches médicales constituent généralement toujours les sujets principaux d'une consultation.

- Rémunération restrictive voire absence de rémunération des prestations préventives: souvent, le corps médical se sent limité par la législation et par les assurances et caisses-maladie dans leurs efforts de contribution à la promotion de la santé, étant donné qu'un investissement de temps considérable par patient entraîne des reproches de la part des assureurs.
- Un scepticisme général à l'égard des projets de promotion de la santé de la part de certains médecins: d'un côté, une partie des médecins impliqués dans les *focus groups* estimaient avoir déjà suffisamment fait la promotion de la santé et par conséquent ne pas avoir besoin de projets supplémentaires à cette fin. De l'autre côté, les médecins se voyaient aussi confrontés à des réticences de la part de patients. Souvent, les patients qui avaient précisément le plus besoin de ces offres, refusaient d'y avoir recours.
- Information insuffisante sur les projets prévus ou en cours: les informations envoyées par courrier se perdent souvent dans la montagne de courriers adressés aux cabinets médicaux. L'absence de canaux d'informations adaptés au corps médical a été critiquée.
- Une autre barrière est l'interface entre les médecins de premier recours et d'autres partenaires. L'importante dispersion et la faible flexibilité du système de santé entraînent des travaux supplémentaires fastidieux, chronophages ainsi qu'une perte d'informations.
- La promotion de la santé et la médecine de premier recours ont des approches professionnelles différentes: alors que les acteurs de la promotion de la santé regardent à travers le prisme de la population, les médecins de famille se concentrent sur leur travail sur l'individu.

22.4 Facteurs favorisant une coopération fructueuse

Les conditions suivantes facilitent un engagement des médecins en faveur de la promotion de la santé:

- intérêt personnel et motivation du médecin de famille pour cette thématique;
- avantage évident aussi bien pour le patient que pour le médecin;
- forte évidence pour l'intérêt que présentent ces interventions;

- gain de temps dans la consultation via délégation d'étapes de travail;
- rémunération adéquate de la prestation médicale;
- soutien accru et meilleur engagement en faveur de la promotion de la santé de la part des organes politiques et des assureurs-maladie.

Les médecins sont d'avis que les patients devraient être incités à s'engager activement en faveur d'une promotion de la santé non seulement par eux, mais aussi par des tiers. Les patients devraient de plus en plus percevoir leur santé comme un capital dans lequel il vaut la peine d'investir. Ils soulignent que la perception de la santé par la société en tant que capital personnel précieux devrait être renforcée par le biais d'une campagne de sensibilisation. Ce qui ne devrait par ailleurs pas être sous-estimé, serait l'impact du leadership sur les patients, notamment lorsque des médecins adoptent un style de vie favorisant la santé et agissent ainsi comme des modèles ou lorsqu'ils initient et dirigent des programmes de promotion de la santé.

En pratique, une rémunération adéquate de la prestation médicale s'est avérée être une condition préalable importante à une bonne collaboration avec les médecins indépendants. Cependant, l'avantage perçu de l'offre pour les personnes âgées constitue pour les médecins la plus forte motivation de participation à un programme de promotion de la santé. Il est donc important que l'avantage des interventions de la promotion de la santé et la prévention pour les personnes âgées soit présenté de façon plausible et étayée.

Le projet «Coaching santé» met aussi en avant l'importance d'un rapport de partenariat entre patient et médecin, dans lequel les patients obtiennent des informations adaptées à leurs besoins et sont habilités à décider eux-mêmes de ce qu'ils souhaitent changer (*informed decision making*). Le médecin passe ainsi d'un rôle classique d'«expert santé» à celui d'un coach qui considère son patient comme son égal et le soutient dans l'accession progressive des objectifs qu'il s'est fixés personnellement [319].

22.5 Thématiques pertinentes pour la promotion de la santé des personnes âgées au sein du cabinet médical

Comme évoqué précédemment, la collaboration avec les médecins de famille est cruciale du fait de

l'importance majeure que revêtent la prévention et les soins en matière de santé des personnes âgées. Selon les médecins interrogés, outre les discours de prévention, les thèmes ayant trait à l'alimentation, à l'activité physique, à la prévention des chutes et à la prévention des addictions (nicotine, alcool et médicaments) sont particulièrement indiqués pour la consultation en ce qui concerne la promotion de la santé chez les personnes âgées. Cependant, de leur avis, des thèmes comme l'entraînement cérébral, la santé psychique, la promotion de la détente et de la réduction du stress pourraient aussi être abordés. Les médecins sont toutefois d'avis que tous ces thèmes devraient s'appuyer sur des preuves solides. Des résultats d'études et des expériences tirées d'essais pilotes dans un environnement propre à la Suisse ont à cet égard une forte résonance.

Selon Neuner-Jehle et al. [319] il est essentiel de s'éloigner d'une consultation s'appuyant sur une approche thématique étroite et unidimensionnelle. Les patients doivent au contraire être sollicités en fonction de leurs besoins, afin qu'ils puissent être motivés efficacement. Idéalement, le patient soumet lui-même un thème à aborder. Il est en outre recommandé de proposer une vaste gamme de thèmes parmi lesquels les patients peuvent faire leur choix personnel. Le projet «Coaching santé» a développé à cette fin un instrument incluant les six principaux comportements à risque modifiables (alimentation, maîtrise du poids corporel, activité physique, tabagisme, consommation d'alcool et stress).

Une évaluation interne de six articles spécialisés sur les thèmes de la promotion de la santé chez les personnes âgées⁴³ a révélé que les thèmes «Supplémentation en vitamine D» et «Encouragement des activités physiques chez les personnes âgées» suscitent un intérêt particulièrement vif au sein du corps médical.

22.6 Facteurs de réussite dans la mise en œuvre

Il ressort des enseignements de Zoller, Badertscher et Rossi [320] et des expériences pratiques actuelles les recommandations d'implication des médecins de famille suivantes:

- **Instaurer dès le départ une collaboration systématique:** lorsque les médecins se voient attribuer un rôle important dans le cadre d'un projet, il est judicieux de prévoir dès le début une représentation médicale au sein de l'équipe de projet. La prise en considération précoce ne devrait cependant pas induire une implication chronophage et être dédommagée de manière appropriée côté projet. Idéalement, les représentants des médecins de famille sont approchés par l'intermédiaire d'une société de médecins.
- **Les approches «peer» sont prometteuses:** la sensibilisation du corps médical à des thèmes de promotion de la santé chez les personnes âgées ainsi que le transfert de savoir doivent émaner de leurs propres rangs. L'accès se fait via des organisations et des réseaux de médecins régionaux, mais aussi via des organes de publication professionnels spécifiques (comme le Swiss Medical Forum) et des manifestations (telles que des congrès et des perfectionnements).
- **Créer un lien avec les préoccupations majeures de la médecine de premier recours:** il faut des missions claires adaptées au corps médical. Il s'est avéré qu'il est plus simple d'aborder des médecins de famille sur des thèmes orientés vers la pratique et les patients que via des informations et des concepts théoriques de promotion de la santé. L'avantage concret pour les patients (santé, autonomie, qualité de vie, etc.) devrait constituer le pilier de l'argumentation.
- **Exploiter les ressources en temps des médecins de premier recours de façon optimale:** un projet nouvellement initié dans un cabinet entraîne une charge de travail supplémentaire. Les tâches à accomplir par les médecins devraient pouvoir être intégrées le plus possible dans les consultations quotidiennes et ne générer que peu d'efforts administratifs supplémentaires. Idéalement, les prestations devraient pouvoir être décomptées du système de rémunération normal.
- **Optimiser les coopérations et la répartition des tâches:** les médecins de premier recours travaillent avec de nombreux partenaires du système de santé non issus du secteur médical. Les entretiens avec le corps médical ont cependant révélé

⁴³ Les six articles spécialisés sur les thèmes de la promotion de la santé chez les personnes âgées sont: [135, 237, 273, 289, 336, 337].

que les médecins de famille peuvent et souhaitent interagir le moins possible avec des interfaces. C'est pourquoi il convient de définir précisément les rôles des médecins, MPA, autres prestataires et acteurs de la société civile dans le cadre d'un projet. Ceci permet de voir les tâches pouvant être prises en charge par d'autres acteurs.

- **Elaborer des informations en fonction du groupe cible:** les informations pour médecins de famille doivent être correctes, brèves et succinctes, bien compréhensibles et attrayantes (adaptées aux consultations). Les supports d'information pour le groupe cible à remettre dans le cabinet médical devraient être conçus en considération du corps médical et disponibles dans la salle d'attente ou à la réception (éventuellement aussi au téléchargement depuis le site Internet du cabinet médical). Les outils électroniques (www.info-senior.ch, p. ex.) s'avèrent utiles pour obtenir un aperçu des différentes offres.
- **Viser des solutions politiques:** l'objectif premier du travail politique en matière de santé reste une rémunération adaptée de prestations de pro-

motion de la santé et de prévention dans les soins médicaux. Seule une représentation des prestations de médecins et de professionnels hors domaine médical dans le système tarifaire permet d'intégrer durablement et systématiquement les attentes de la promotion de la santé chez les personnes âgées dans le quotidien en cabinet.

- **Les médecins de premier recours ont besoin des compétences requises:** les médecins de famille devraient être familiarisés avec les concepts et techniques de la communication de partenariat avec les patients et l'autonomisation de patients (*informed decision making, shared decision making, motivational interviewing, coaching, etc.*) pour promouvoir et renforcer la compétence en matière de santé et l'autogestion de leurs patients. Ceci suppose des formations et perfectionnements pertinents dans le cadre d'offres régulières. Les connaissances et compétences acquises devraient faire l'objet d'une formation et d'une mise à jour périodique dans le cadre de cercles de qualité [319].

Exemple de bonne pratique de Suisse: dialog-gesundheit

L'organisation dialog-gesundheit a vu le jour en 2008 sous la direction du médecin de famille Michael Deppler et de Susanna Haller et est l'émanation du projet «swissdoc/swissdoc.forum» de l'actuel Institut bernois de médecine de premier recours (BIHAM). dialog-gesundheit entend promouvoir des changements adaptés aux besoins, dans le cadre d'un dialogue inter- et transdisciplinaire, ainsi qu'une approche du système de santé orientée vers les ressources et centrée sur le patient. Les objectifs et champs d'action primaires de dialog-gesundheit sont les suivants:

- dialogue régulier entre la population, les médecins de famille et d'autres professionnels de santé ainsi que des prestataires de santé et des autorités sur des thèmes ayant trait à la santé et choisis personnellement;
- mise en lien et mise en réseau des questions et réponses de ce dialogue avec la politique, la science et l'économie;
- promotion de la compétence en matière de santé (*health literacy*) tant des individus que d'une unité plus vaste (famille, quartier, commune).

dialog-gesundheit publie des guides pratiques créés sur une base participative et entretient des partenariats avec de nombreuses organisations et personnes dans le domaine de la santé, afin de promouvoir la coordination, la mise en réseau et la recherche de nouvelles solutions dans le secteur de la santé. L'organisation est basée à Zollikofen (BE).

Voir <http://www.dialog-gesundheit.ch/>

Autres exemples pratiques: EviPrev (BE, VD); Girasole (TI); Paprica (VD); Coaching santé du Collège de médecine de premier recours (CH)

22.7 L'essentiel en bref

- Dans le cadre des consultations médicales, les facteurs de risque médicaux peuvent être identifiés de façon précoce, ce qui permet de mettre en œuvre les interventions de promotion de la santé correspondantes.
- Grâce à leurs connaissances et à la relation de longue date qu'ils entretiennent avec leurs patients, les médecins de famille ont une influence considérable sur leur comportement et peuvent les inciter à changer de comportement et à avoir recours à des offres promouvant la santé.
- Outre les discours de prévention, les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique, de la prévention des chutes et de la prévention des addictions sont particulièrement adaptés à une promotion de la santé en cabinet médical.
- Au niveau opérationnel, il s'avère souvent difficile de convaincre les médecins à s'engager en faveur de la promotion de la santé chez les personnes âgées.
- Parmi les principaux obstacles, on peut citer le manque de sensibilisation du corps médical aux aspects de promotion de la santé chez les personnes âgées, le manque de disponibilité, la rémunération insuffisante des prestations de prévention et les approches différentes au niveau de la pratique professionnelle entre la promotion de la santé et la médecine de famille.
- Les facteurs suivants favorisent la participation du corps médical: une utilité avérée de la promotion de la santé chez les personnes âgées, une rémunération adéquate des prestations médicales, un intérêt personnel pour la promotion de la santé chez les personnes âgées, une charge de travail moins conséquente et des informations et des formations continues adaptées aux groupes cibles pour le corps médical.

23 Conseils, manifestations et cours⁴⁴

Ce chapitre illustre les possibilités d'accompagnement et de promotion d'un bon apprentissage en matière de santé chez les personnes âgées. Partant des conditions générales préalables pour l'apprentissage des personnes âgées, différentes formes de communication sur la santé sont présentées, dont l'efficacité a été prouvée dans le cadre de la promotion de la santé chez les personnes âgées. La question de savoir dans quel cadre promouvoir au mieux l'intérêt et la résonance auprès des personnes âgées est cruciale. Ce thème transversal vise en particulier à améliorer la qualité de mesures de promotion de la santé et la prévention.

La conception systémique de la promotion de la santé chez les personnes âgées s'appuie sur la constatation que, jusqu'à un âge avancé, les personnes sont capables d'engranger et d'intégrer de nouvelles connaissances, pour les appliquer à un changement de comportement. Le domaine scientifique parle alors de concepts de «plasticité» ou encore du «modèle de compétence en matière de vieillissement»; ceux-ci indiquent que la capacité d'apprentissage est maintenue jusqu'à un âge avancé et que des changements de comportement sont possibles. C'est pourquoi les questions portant sur les possibilités pour les personnes âgées de renforcer et d'élargir leurs connaissances et compétences sont essentielles. La géragogie, en tant que spécialité de la pédagogie pour adultes, se penche sur ces questions. Les participants aux offres et les personnes qui demandent des conseils sont perçus comme des sujets agissants et animés de forces et faiblesses devant être confortés dans leurs aptitudes et ressources et leurs capacités à se prendre en charge. Les manifestations et les cours ainsi que le conseil individuel sont des formes d'offres mises en œuvre à ces fins dans la promotion de la santé chez les personnes âgées. Ce n'est que si ces offres satisfont à des exigences de

qualité précises et si elles sont intégrées dans une stratégie globale qu'elles peuvent déployer tout leur effet.

23.1 Conditions pour un apprentissage des personnes âgées pertinent en matière de santé

Les principes généraux de promotion de la santé et de prévention ainsi que de la gérontologie s'appliquent au développement des offres préventives favorisant la santé. Les offres doivent contribuer au renforcement des ressources sanitaires (principe de la salutogenèse) et habiliter les personnes âgées à se prendre en charge, pour adopter une action pertinente en matière de santé (empowerment ou autonomisation). La participation active du groupe cible au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation permet d'ajuster les offres en fonction des cadres de vie et des settings des personnes âgées. Il est essentiel que les offres soient orientées vers les besoins des différents groupes cibles pour atteindre aussi ceux qui sont encore inactifs ou qui ont besoin d'être conseillés.

Le soutien des personnes âgées dans l'apprentissage s'appuie sur le fait que le succès d'un apprentissage dépend essentiellement de la faculté d'apprentissage, de la motivation et de la méthodologie. Les conseillers, animateurs et responsables de cours et de manifestations peuvent plus particulièrement influencer sur les deux dernières dimensions, à savoir la motivation et la méthodologie. A cet égard, il est essentiel de se demander quelle est la forme d'apprentissage ou la méthode la plus appropriée pour atteindre les objectifs d'apprentissage fixés. Voici quelques aspects méthodico-didactiques essentiels pour un processus d'apprentissage réussi:

⁴⁴ Les approches et recommandations différentes s'appuient sur une étude de fond de Dellenbach et Angst [325], qui a été élaborée pour le compte de Promotion Santé Suisse. Les aides à la mise en œuvre et les check-lists sur les thèmes «Manifestations et cours» et «Conseil» (voir <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/downloads.html>) constituent une autre base du chapitre.

orientation vers les besoins, promotion de l'auto- et de la co-détermination, travail en partenariat, orientation vers l'individu, orientation vers le relationnel, promotion de la responsabilité, coaching et stimulation par l'exigence [324].

Voici les expériences pratiques pouvant faciliter l'apprentissage des personnes âgées [177]:

- le contenu d'apprentissage est lié à la situation de vie actuelle;
- ne pas traiter trop rapidement le contenu d'apprentissage, afin de ne pas susciter de pression temporelle ni de stress (laisser p. ex. les apprenants dicter le rythme d'apprentissage, prévoir suffisamment de pauses);
- proposer des astuces mnémotechniques;
- instaurer une ambiance d'apprentissage agréable et réduire les sources de distraction telles que le bruit;
- adapter les supports d'apprentissage de sorte à pouvoir compenser les déficits sensoriels (polices d'écriture plus grandes, bon éclairage, etc.);
- les personnes âgées améliorent leurs acquis par l'exercice; prévoir par conséquent un rythme de répétition plus intensif.

23.2 Formes d'offres de la promotion de la santé des personnes âgées

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention chez les personnes âgées, différentes stratégies issues de la communication sur la santé sont appliquées afin d'atteindre le plus grand nombre de cercles de personnes différents possible. Parmi les principales offres de formation figurent l'information, la formation et le conseil en matière de santé (voir tableau 12). La combinaison systématique des différentes formes d'offres accroît l'effet de la communication sur la santé. Elle permet, outre une information et une sensibilisation pures, d'influer aussi sur des normes et comportements pertinents en matière de santé. Le tableau 12 offre un aperçu des objectifs et possibilités de recours aux différentes formes d'offres et peut en pratique être utilisé pour illustrer les offres existantes dans une région donnée, vérifier l'absence de failles de prises en charge et les mettre en réseau.

L'**information** et la **formation en matière de santé** se font en général au niveau collectif (population, groupes, etc.) et sont souvent proposées par le biais de médias, de manifestations, d'ateliers, de cours et

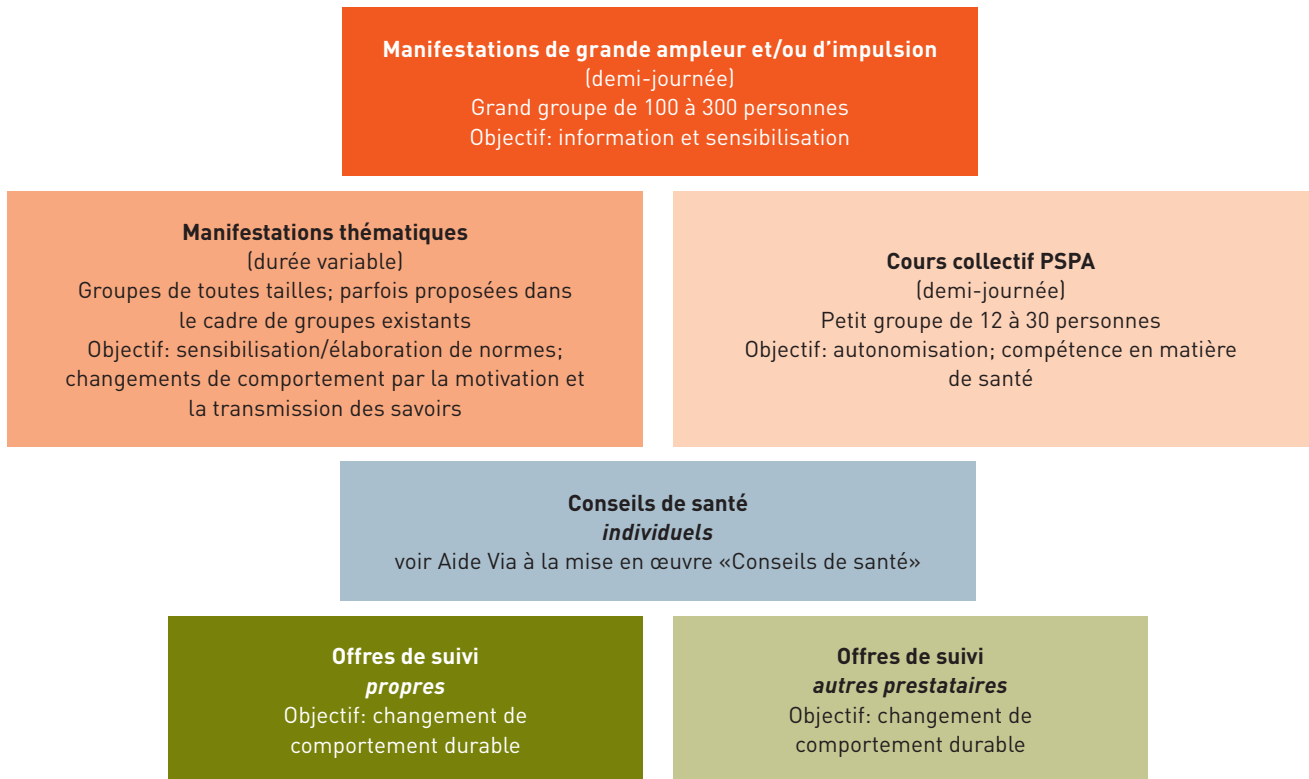
TABLEAU 12

Formes d'offres de la promotion de la santé des personnes âgées. Source: [325]

| | Général | Spécifique |
|------------|---|--|
| Collectif | <p>Informations sanitaires Transmission de savoir général en matière de santé à des groupes plus larges (100–300 personnes)</p> <p>Objectif: information et sensibilisation</p> <p>Exemples: grandes manifestations ou manifestations de lancement, information du public</p> | <p>Formation en matière de santé Incitation, accompagnement et formation de processus d'apprentissage et de changement en groupes (petits à grands groupes)</p> <p>Objectif: sensibilisation/élaboration de normes, changements de comportement par la motivation et la transmission de connaissances, élargissement de la compétence en matière de santé, empowerment/autonomisation</p> <p>Exemples: cours ou formations thématiques en groupes, offres de suivi pour un changement de comportement durable</p> |
| Individuel | <p>Conseil général en matière de santé Conseil général autour de problématiques de santé pour individus</p> <p>Objectif: approches de solutions individuelles, changement de comportement et empowerment/autonomisation inclus</p> <p>Exemples: conseil général en matière de santé dispensé par un point de contact ou conseil à domicile</p> | <p>Conseils spécifiques en matière de santé Conseil et accompagnement spécifiques en cas de problèmes précis pour individus</p> <p>Objectif: approches de solutions individuelles, changement de comportement et empowerment/autonomisation inclus</p> <p>Exemples: conseils spécifiques pour personnes âgées, notamment conseil social, psychologique, de démence, de logement, etc.</p> |

ILLUSTRATION 12

Gamme d'offres de la promotion de la santé des personnes âgées. Source: [177]



de formations. L'objectif d'une information en matière de santé consiste à diffuser des informations générales et variées sur des situations sanitaires. Elle peut ainsi renforcer l'idée que la santé et la qualité de vie des personnes âgées peuvent être maintenues et améliorées. La formation en matière de santé s'adresse quant à elle à des groupes confrontés à une problématique spécifique et vise à impulser des processus d'apprentissage et de changement et à renforcer les compétences en matière de gestion de la santé et de la maladie. Ces deux concepts de communication sur la santé permettent aussi de faire la distinction entre manifestations (où l'information est prépondérante) et cours (dédiés à la formation). A cet égard: toutes les offres doivent tenir compte des besoins spécifiques aux groupes cibles et être accessibles à toutes les personnes âgées, quelles que soient leurs contraintes ou difficultés éventuelles. Pour les groupes de personnes vulnérables ou difficilement accessibles, il convient de développer des offres supplémentaires orientées vers leurs besoins spécifiques. Des instances de mise en relation personnelles comme la famille, les personnes de référé-

rence et les réseaux sociaux peuvent jouer un rôle considérable (voir chapitre 21).

Les **conseils de santé** sont proposés au niveau individuel, en complément des offres destinées à de grands et petits groupes. Le secteur du conseil présente des similitudes avec les concepts et méthodes de travail psychologiques. L'objectif du conseil en matière de santé est de reprendre des thèmes axés sur l'individu et d'accompagner la recherche de solutions personnalisées et individuelles. Les conseils étant en général très exigeants, il convient de les mettre en place de façon sélective et uniquement au besoin.

Concrètement, la gamme d'offres recommandée prévoit des modules complémentaires au niveau de la mise en œuvre (voir illustration 12).

23.3 Manifestations et cours

Les manifestations et cours visent à susciter des processus d'apprentissage, à transmettre des connaissances et à instaurer de nouveaux comportements

afin d'activer des potentiels en matière de santé. Un élément clé du concept de manifestation et de cours recommandé consiste à promouvoir systématiquement la mise en réseau et la participation sociale dans les offres. Un travail de motivation efficace est aussi un facteur clé pour un changement de comportement durable. Les participants peuvent par exemple, dans le cadre d'événements, être encouragés à se fixer un ou deux objectifs d'action et de changement concrets. Ces événements doivent aussi leur permettre de bénéficier de suggestions et de contacts concernant des offres de suivi, notamment sur les conseils en matière de santé des personnes âgées ou sur des cours d'activité physique et de prévention des chutes.

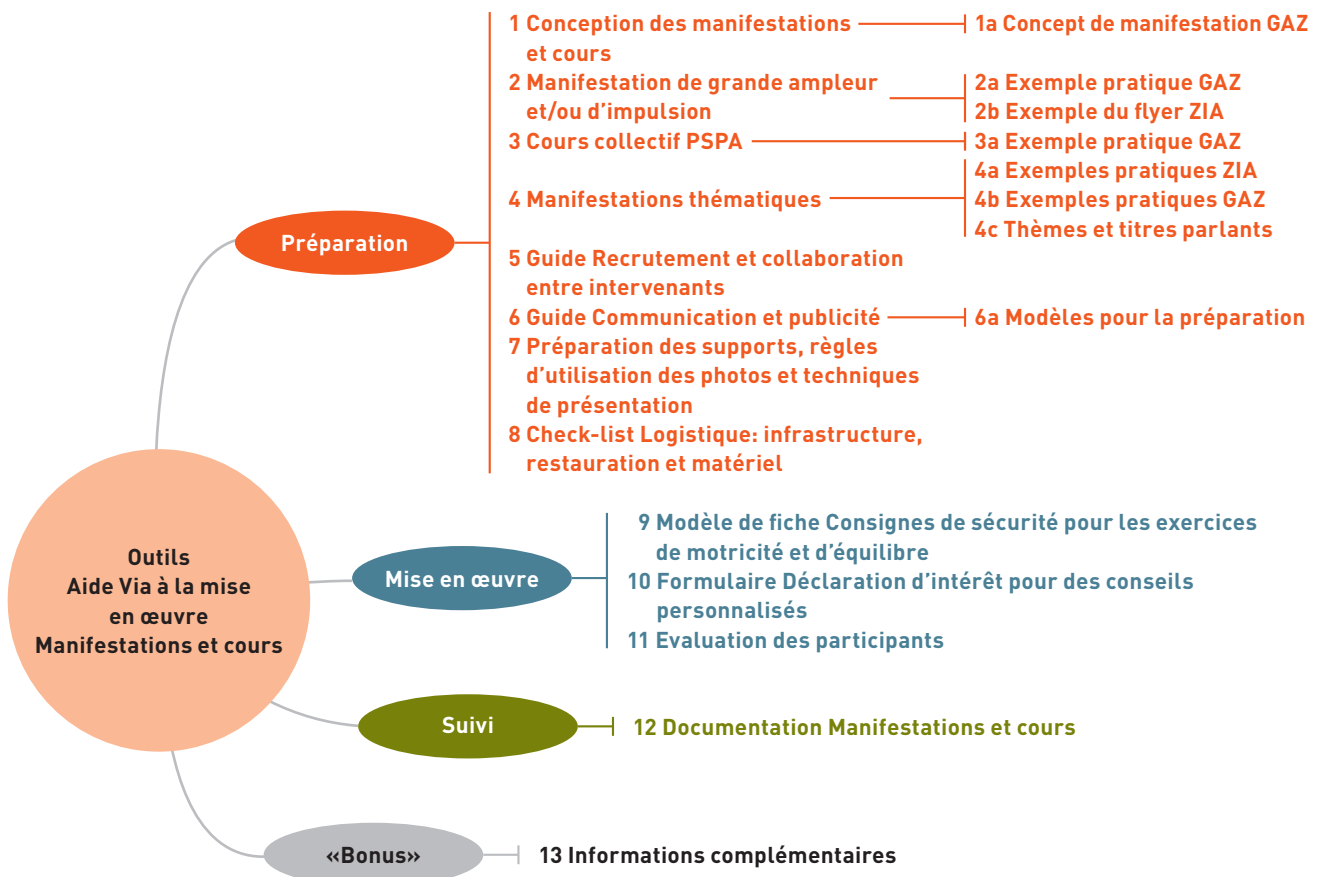
Chaque concept de manifestation et de cours devrait être conçu de façon coopérative et être développé comme élément d'une gamme d'offres plus vaste et complémentaire. Il est possible d'impliquer diffé-

rentes organisations partenaires (Spitex, Pro Senectute, médecins de famille, organisations de migrants, communes, communautés religieuses, réseaux de seniors, etc.), de les recommander comme prestataires d'offres de suivi et d'avoir recours à leurs services. Concernant l'assurance qualité des offres, il s'est avéré utile de solliciter systématiquement un retour des personnes ayant eu recours aux offres. Des modèles adaptés sont disponibles à cette fin (voir outil 11 Evaluation de participant dans l'illustration 13).

13 outils éprouvés pour le développement, la réalisation et l'évaluation de manifestations et cours sont proposés sur le site Internet de Promotion Santé Suisse⁴⁵. Tous les outils sont disponibles gratuitement au téléchargement. L'illustration 13 offre un aperçu des outils développés dans le cadre du projet «Via».

ILLUSTRATION 13

Aperçu des outils «Manifestations et cours». Source: [177]



⁴⁵ <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aelttere-menschen/downloads.html>

En pratique, les facteurs de réussite d'une manifestation et d'un cours sont les suivants:

- association de plusieurs thèmes dans un événement;
- coopération interdisciplinaire (pérennité accrue grâce à la constitution de réseaux autour des manifestations);
- concept méthodico-didactique axé sur les comportements;
- prise en considération de «personnes d'autorité» ou «ambassadeurs attirant la sympathie» (médecins, politiques, personnalités publiques connues, p. ex.).

De plus amples informations et recommandations pratiques sur le thème Manifestations et cours figurent dans la check-list «Manifestations et cours» [326] qui s'adresse aux professionnels en stratégie et conception ainsi que dans l'«Aide à la mise en œuvre – Conseils et outils pour les manifestations et les cours» de Kessler et Schmocker [177], qui s'adresse davantage aux professionnels opérationnels en contact direct avec le groupe cible.

23.4 Conseil en matière de santé

Contrairement aux manifestations et cours, qui s'adressent à des groupes plus importants, le conseil en matière de santé est proposé à titre individuel. Outre l'information et la motivation des personnes concernées, lors du conseil, l'accent est mis sur le renforcement de la compétence en matière de santé et sur l'autonomisation, ainsi que sur la mise en réseau des offres de suivi. Le travail relationnel individuel permet de considérer davantage les besoins spécifiques d'une personne. En outre, les proches peuvent également être pris en compte. Les thématiques principales du conseil sont définies en fonction des besoins des clients et peuvent se référer à un ou plusieurs domaines, tels que la santé psychique et physique, les activités et les loisirs, la mobilité, le logement ou les relations sociales. Le conseil est prodigué soit au domicile de la personne concernée, soit dans un lieu neutre au choix de la personne conseillée ou dans un centre de conseil. Un conseil peut aussi être donné par téléphone ou par voie électronique. Le lieu et la structure du conseil s'orientent vers les besoins des clients. Les conseils devraient, si possible, être gra-

tuits, afin que ces offres puissent aussi être accessibles à des personnes de faible statut socioéconomique. Le conseil est particulièrement utile pour les groupes cibles vulnérables et difficilement accessibles (voir chapitre 21).

Un conseil efficace suppose des conseillers compétents, qui disposent non seulement de l'expertise professionnelle requise, mais offrent aussi une expérience professionnelle et une grande compétence sociale. Les conseillers ne doivent pas travailler «isolés», mais se considérer comme des maillons d'un réseau de soins interdisciplinaires. Ils coopèrent avec les proches, les médecins traitants et d'autres professionnels et organisations. Concernant l'assurance qualité du conseil, le soutien d'experts (supervision, formation, examen de cas) et de pairs (interview, visites en tandem) est essentiel. De plus, un conseil de qualité est minutieusement documenté et répond aux directives de la protection des données. Dans la pratique du conseil de santé aux personnes âgées, il s'est avéré efficace de faire

Exemples de bonne pratique de Suisse

Conseils

- Conseils sociaux et concertations des organisations cantonales et régionales de Pro Senectute et Spitex
- Fachstelle für präventive Beratung im Alter de la ville de Zurich
- Conseils pour personnes âgées dans les secteurs ambulatoire et stationnaire de la fondation RaJoVita, la fondation pour la santé et les personnes âgées à Rapperswil-Jona
- Solutions sociomédicales individuelles (SiL) du centre de conseil gérontologique de la ville de Zurich

Manifestations et cours

- Pro Senectute Suisse et les offres de programmes telles que «Zwäg ins Alter» (ZIA) et «Gesund altern im Kanton Zug» (GAZ) de Pro Senectute canton de Berne et de Zoug
- Offres du Graue Panther, par exemple à Bâle-ville ou à Berne
- Offres spécifiques à l'âge de l'école-club Migros et des universités populaires

appel à des personnes ayant un ancrage professionnel dans le secteur de la santé (soins, p. ex.) et idéalement également des compétences en formation pour adultes ou en technique de coaching.

L'offre de conseil est directement diffusée par courrier ou par le biais d'une mise en relation avec des organisations partenaires (Pro Senectute consultation sociale), des médecins de famille ou d'autres personnes de confiance.

Promotion Santé Suisse publie sur son site⁴⁶ de nombreux outils pratiques, éprouvés et gratuits, pour le développement, la réalisation et l'évaluation de conseils. La figure 14 offre un aperçu des outils développés dans le cadre du projet «Via».

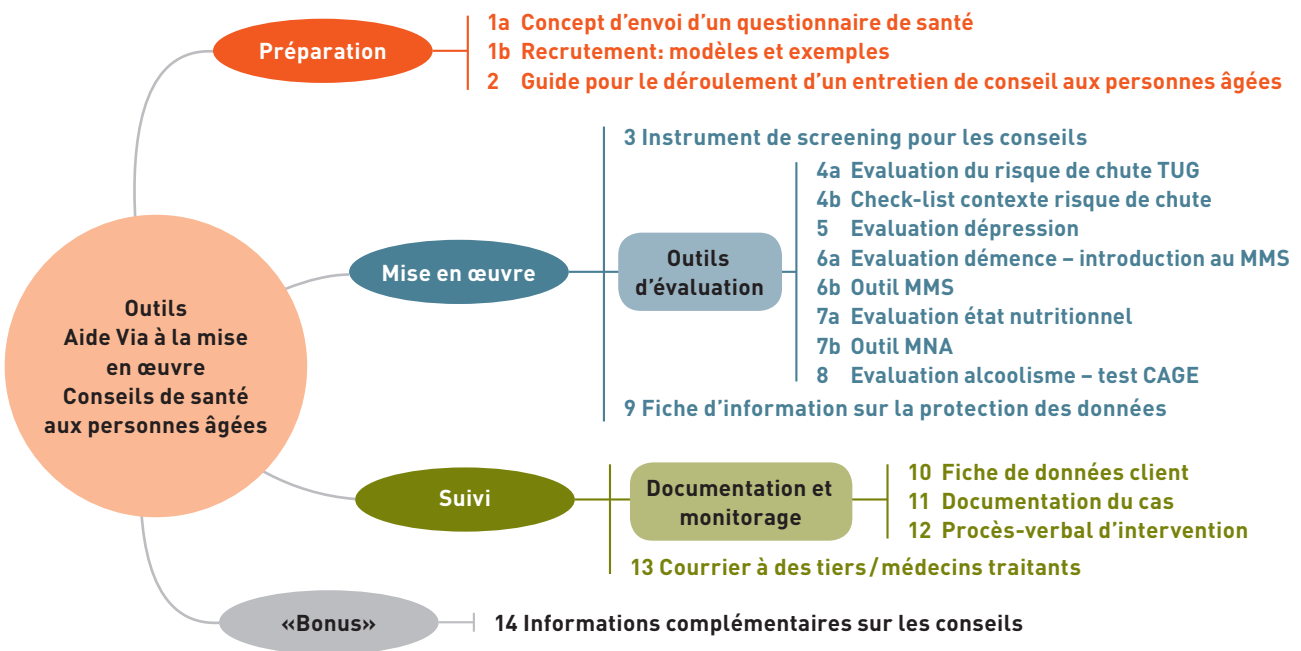
De plus amples informations et recommandations pratiques sur le thème des conseils de santé aux personnes âgées figurent dans la check-list «Conseil» [327] qui s'adresse aux spécialistes en stratégie et conception (gestion de projet), ainsi que dans l'«Aide à la mise en œuvre – Recommandations et outils pour les conseils de santé aux personnes âgées» de Kessler et Schmocker [176], qui s'adresse davantage aux professionnels opérationnels en contact direct avec le groupe cible.

23.5 L'essentiel en bref

- Jusqu'à un âge avancé, les individus sont capables d'acquérir et d'intégrer de nouvelles connaissances et de modifier leur comportement pour une meilleure santé.
- Concernant la promotion de la santé chez les personnes âgées, il est recommandé de recourir à des formes d'offres différentes et complémentaires. Selon les objectifs fixés, les offres doivent mettre l'accent sur des contenus généraux ou spécifiques de la promotion de la santé et s'adresser à des grands groupes (informations et formation en matière de santé) ou à des individus (conseil).
- La réussite, quels que soient les types d'offres, dépend principalement de l'implication et de la participation actives des personnes âgées, de l'orientation accordée aux milieux de vie et aux besoins du groupe cible, de la priorité accordée à la salutogenèse et à l'autonomisation, de la garantie d'égalité des chances et de la coordination et de la mise en réseau des différents prestataires et offres au niveau local.

ILLUSTRATION 14

Aperçu des outils «Conseils de santé aux personnes âgées». Source: [176]



⁴⁶ <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/downloads.html>

Recommandations pour la mise en place des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»

La promotion de la santé chez les personnes âgées est un thème encore relativement nouveau. L'apprentissage mutuel et la place accordée au développement et à l'innovation restent donc toujours très importants. A partir de la situation empirique en Suisse et des preuves scientifiques, en considération des situations et besoins constatés dans les cantons et sur la base d'enseignements existants émanant de pratiques internationale et nationale, Promotion Santé Suisse formule les recommandations suivantes pour la mise en place de programmes d'action cantonaux «Promotion de la santé des personnes âgées»:

1. **Le besoin en matière de promotion de la santé des personnes âgées est élevé:** l'évolution de la structure d'âge en Suisse et les besoins des cantons face au nombre de personnes âgées en forte croissance plaident en faveur d'une plus forte promotion de la santé chez les personnes âgées.
2. **La promotion de la santé des personnes âgées a de réels bénéfices:** l'impact du vieillissement démographique sur les coûts de santé futurs dépendra fortement de la manière dont les gens vieillissent. L'amélioration de la santé et de l'autonomie des personnes âgées est susceptible de freiner fortement la croissance attendue des coûts dans un contexte de vieillissement démographique.
3. **En Suisse, le potentiel de coordination dans le domaine de la promotion de la santé des personnes âgées est important:** dans la plupart des cantons, il existe des activités d'intensité variable en matière de promotion de la santé des personnes âgées. En même temps, il subsiste encore un grand potentiel d'amélioration dans les domaines de la coordination nationale, de la systématisation et de l'évaluation de la promotion de la santé des personnes âgées. Cette dernière devrait en outre favoriser le soutien spécialisé aux responsables de projets cantonaux et augmenter leur empowerment.
4. **La promotion de la santé et la prévention des personnes âgées se complètent:** les deux approches ont pour objectif d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé, de différer la survenue de la dépendance et de préserver l'autonomie et la qualité de vie, jusqu'à un âge avancé. Pour atteindre ces objectifs, il s'agit de développer et de mettre à disposition les mesures et les offres correspondantes, adaptées aux personnes âgées, aussi bien pour la promotion de la santé que pour la prévention primaire, secondaire et la réhabilitation.
5. **Les maladies non transmissibles sont le principal défi en matière de santé des personnes âgées:** les maladies cardiovasculaires, les cancers, les pathologies de la démence, les maladies des voies respiratoires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques, mais aussi les maladies psychiques, les chutes et les troubles des facultés visuelles, auditives, tactiles et de mobilité sont responsables de la majeure partie de la charge de morbidité chez les personnes âgées.
6. **Thèmes d'intervention prioritaires des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»:** parmi les principaux thèmes d'intervention chez les personnes âgées, on compte la promotion de l'activité physique et la prévention des chutes, la promotion d'une alimentation équilibrée et la prévention de la dénutrition, la promotion de la santé psychique (notamment le renforcement des ressources sociales) ainsi que la prévention en matière de consommation de tabac, de médicaments et d'alcool. Promotion Santé Suisse concentre son action sur les thèmes de la promotion de l'activité physique, de la prévention des chutes, de l'alimentation saine et de la santé psychique (intégration sociale), et s'inscrit ainsi dans la stratégie à long terme de la fondation ainsi que dans la stratégie MNT. Ces thèmes d'inter-

vention indiqués contribuent considérablement à la promotion de la santé ou à la prévention des principales maladies non transmissibles.

- 7. Les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» visent en premier lieu à renforcer les ressources et facteurs de protection de base et à réduire les facteurs de risque:** la promotion de la santé des personnes âgées doit s'employer non pas à éviter certaines maladies spécifiques, mais à renforcer les facteurs de protection et les ressources de base pertinents, conformément à l'objectif général de promotion de la santé.
- 8. Groupes cibles des PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»:** le groupe cible principal sont les personnes âgées vivant chez elles et bénéficiant éventuellement de soins et d'une assistance en ambulatoire. Les proches aidants constituent un groupe à risque important pour lequel des mesures doivent également être élaborées, notamment dans le domaine de la santé psychique et de l'intégration sociale.
- 9. Les conditions et les comportements doivent être favorables à la santé:** la promotion de la santé des personnes âgées s'emploie à modifier de manière positive les comportements et le contexte. Elle a donc recours à une vaste gamme d'approches, incluant des mesures structurelles et la sensibilisation du groupe cible et de la société dans son ensemble, ainsi que le conseil individuel et des contributions spécifiques apportées aux processus de changement.
- 10. Niveaux recommandés pour un PAC «Promotion de la santé des personnes âgées»:** la promotion de la santé sera d'autant plus efficace si elle combine des mesures dans les domaines «interventions», «policy», «mise en réseau» et «information du public».
- 11. L'égalité des chances en matière de santé est un principe directeur de la promotion de la santé des personnes âgées:** il est nécessaire de tendre vers une promotion de la santé chez les personnes âgées a) qui tient compte de l'hétérogénéité caractérisant les personnes âgées, b) qui prend en compte leurs différentes ressources, contraintes et besoins et c) qui se fixe pour objectif de permettre à toutes les personnes de vieillir en bonne santé, avec une qualité de vie et une autonomie élevées.
- 12. Les personnes âgées sont intégrées de manière active:** un des champs d'action centraux consiste à prendre en compte les personnes âgées et à créer des conditions autorisant une implication active de ces dernières dans la promotion de leur santé. La participation du groupe cible peut même renforcer la crédibilité et l'acceptation des mesures et encourage la responsabilité individuelle concernant son propre bien-être.
- 13. La coopération et la coordination de la prise en charge de base doivent être renforcées:** en particulier, les médecins de famille, mais aussi les professionnels tels que les physiothérapeutes, les pharmaciens ou les professionnels des services d'aide et de soins à domicile et de prestations spécifiques à l'âge sont des partenaires incontournables dans la promotion de la santé chez les personnes âgées. Il est nécessaire de coordonner la promotion de la santé et la prévention, de clarifier les interfaces et d'exploiter les synergies.
- 14. La collaboration multiprofessionnelle doit être optimisée à tous les niveaux de l'Etat:** les différentes fonctions, compétences et responsabilités des acteurs concernés à tous les niveaux de l'Etat doivent être vérifiées et optimisées (notamment les administrations, les ONG, les églises et les groupes de seniors).
- 15. Les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» allient une orientation de principe commune et uniforme à une structure flexible:** les situations et les circonstances diffèrent beaucoup d'un canton à l'autre. Les PAC «Promotion de la santé des personnes âgées» doivent pouvoir intégrer avec souplesse les besoins et les possibilités des cantons, tout en s'articulant sur une base uniforme reposant sur des preuves.
- 16. Au niveau politique, il est nécessaire de renforcer la collaboration intersectorielle:** le champ politique est appelé à jeter les bases favorisant la santé, au niveau de la société. Une approche multisectorielle s'impose, car différents secteurs de la société peuvent exercer une influence positive sur les déterminants structurels de la santé. La promotion de la santé ne peut réduire à elle seule les inégalités sociales et la précarité. Ceci nécessitera la mobilisation du champ politique en matière de formation, de questions sociales, d'aménagement du territoire et de marché du travail.

Glossaire

Le glossaire a été établi par les personnes suivantes:

- Dr des. Günter Ackermann, *Promotion Santé Suisse*;
- Prof. Martin Hafen, *Haute école de Lucerne*;
- Johann Krempels, *Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz*;
- Jvo Schneider, *Promotion Santé Suisse*;
- Quinta Schneiter, *Promotion Santé Suisse*;
- Dr Ralph Marc Steinmann, *Promotion Santé Suisse*;
- Dominik Weber, *Promotion Santé Suisse*.

Autonomie

Dans le domaine de la promotion de la santé, l'autonomie désigne l'autodétermination, l'autonomie et la liberté de décision concernant l'aménagement des → conditions de vie pertinentes en matière de santé et du → style de vie pertinent en matière de santé.

Approche comportementale et relationnelle

L'approche comportementale s'oriente vers l'individu et doit influencer des compétences et des attitudes pertinentes pour la santé ainsi que le style de vie d'individus et de groupe en matière de santé (information sur un comportement alimentaire sain). L'approche relationnelle, quant à elle, vise à encourager indirectement la santé de personnes et à éviter des maladies par le changement de conditions environnementales écologiques, sociales, culturelles, économiques et infrastructurelles notamment (réglementations légales, mesures infrastructurelles ou le changement de structures sociales). En règle générale, un projet ne peut pas être exclusivement attribué à une approche comportementale ou contextuelle, il exploite bien plus le potentiel des deux approches et les synergies entre les niveaux d'action Individu et Groupes (approche plutôt comportementale) et les niveaux Organisation, Univers de vie et Politique/société (approche plutôt relationnelle).
Source: *Promotion Santé Suisse*, www.quint-essenz.ch

Approche communautaire

L'approche communautaire est un principe de travail participatif, qui, via la collaboration de la population et la prise en considération ciblée d'institutions, d'organisations et d'autres acteurs contribue à → améliorer les conditions de vie de personnes ainsi que la cohésion sociale et l'assurance de prestations sociales. Dans ce contexte, les activités communautaires s'orientent vers les besoins et les intérêts de cercles de personnes spécifiques et souvent socialement défavorisés. Elles les soutiennent et les aident à résoudre leurs problèmes de façon autonome, via la prise en considération d'autres acteurs et ainsi à améliorer leur position au sein de la société (→ empowerment ou autonomisation).

Sources: d'après le ministère autrichien de l'Environnement, en ligne sur <http://www.partizipation.at/gemeinwesenarbeit.html>; Glossaire «Zwäg ins Alter», stratégie 2014–2018, *Pro Senectute*; Bischof et al. (2008): *Prise de position activités communautaires*, en ligne sur <http://www.gwa-netz.ch>

Approche fondée sur les preuves

La promotion de la santé basée sur des preuves correspond à une utilisation consciencieuse, raisonnable et systématique des meilleurs enseignements théoriques et empiriques actuels possibles et des connaissances pratiques, ainsi que des connaissances des groupes cibles pour la planification, l'implémentation, l'évaluation, la diffusion et le développement d'interventions axés sur les settings et les individus. La génération de nouvelles connaissances pour la promotion de la santé basée sur les preuves s'opère au niveau de la recherche et de la pratique.
Source: d'après le groupe d'expertes et experts «Kölner Klausurwoche» (2014): *Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen*. Cologne.

Baby-boomer

Un baby-boomer est une personne née durant les années d'après-guerre, durant lesquelles la natalité a connu une très forte hausse. En Suisse, on distingue deux générations de baby-boomers: une première entre 1943 et 1950 (les baby-boomers de la guerre et de l'après-guerre) et une seconde entre 1957 et 1966 (les baby-boomers de la période de prospérité économique).

Source: Perrig-Chiello, Pasqualina et François Höpflinger 2009: *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zurich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Besoin

Manque en matière de santé généralement démontré scientifiquement, de motivation professionnelle et/ou politique dans certains → settings ou groupes de population (perspective externe).

Source: d'après Promotion Santé Suisse, www.quintessenz.ch

Besoin ressenti

Contrairement au besoin objectif, le besoin ressenti est un manque en matière de santé ressenti subjectivement par des membres de certains → settings ou groupes de population (perspective interne).

Source: d'après Promotion Santé Suisse, www.quintessenz.ch

Compétence en matière de santé

La compétence en matière de santé (health literacy) désigne la capacité de chacun à prendre des décisions dans le cadre de la vie quotidienne, qui ont un impact positif sur la santé – à la maison, sur le lieu de travail, dans le système de santé et dans la société en général. La compétence en matière de santé renforce la liberté d'aménagement et de décision dans les questions de santé et améliore la capacité à trouver et à comprendre des informations pertinentes en matière de santé et à les transformer en action.

Source: Ilona Kickbusch: *Gesundheitskompetenz*, dans: *Public Health Newsletter* 3/2006, 10.

Conditions de vie

La notion de conditions de vie désigne l'environnement quotidien des personnes, où elles vivent, jouent, passent leur temps libre ou encore travaillent. Ces conditions de vie englobent les circonstances sociales et économiques ainsi que l'environnement physique; globalement, les individus ne peuvent influencer directement sur celles-ci.

Source: d'après OMS 1998: *Glossaire promotion de la santé*.

Détection précoce/intervention précoce

La détection précoce est une forme de diagnostic qui s'emploie à détecter au plus tôt les symptômes de maladies en cours d'apparition. La détection précoce peut s'adresser à des groupes cibles ayant un risque accru de maladie ou à l'ensemble de la population, elle peut être implémentée dans un programme sous forme organisée (screening) ou dans le cadre des soins de santé normaux (case finding, screening opportuniste). Les interventions précoces peuvent être appliquées individuellement, mais aussi en → settings.

Source: OFSP et CDS (éd.) 2015: *Glossaire. Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles*.

Déterminants de santé (facteurs d'influence)

Sont désignés sous le terme de déterminants de santé des facteurs documentés scientifiquement qui influencent la santé (d'individus, de groupes et de la population). Le terme «déterminants» est flou dans ce contexte, étant donné que la santé peut certes être influencée, mais pas déterminée par ces facteurs dans le sens de «preuve». Le terme de facteurs d'influence est le terme générique pour les → facteurs de risque et → facteurs de protection qui influent sur la santé. Ils se subdivisent en facteurs physiques, psychiques, sociaux et physico-matériels. Ces facteurs sont interdépendants.

Source: d'après Promotion Santé Suisse, www.quintessenz.ch; OFSP et CDS (éd.) 2015: *Glossaire. Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles*; OMS 1998: *Glossaire promotion de la santé*.

Diversité

La diversité désigne l'hétérogénéité sociale, soit les différences personnelles entre des personnes, survenant et existant notamment du fait de l'origine, du sexe, de la langue, de l'âge, de → modes de vie, de l'orientation sexuelle, de systèmes de valeurs et du statut socioéconomique. La diversité est par conséquent un élément constitutif des sociétés modernes. La notion de diversité est la reconnaissance non liée à un jugement de valeur et la prise en compte fondamentale de la diversité sociale. Par conséquent, → l'égalité des chances est un principe directeur de gestion de la diversité.

Sources: d'après Peter Saladin (éd.) 2009: *Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé. Office fédéral de la santé publique Berne; Glossaire «Zwäg ins Alter», stratégie 2014–2018, Pro Senectute.*

Durabilité d'interventions

Constance des effets d'interventions visés au-delà de leur durée d'intervention.

Source: *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Effectivité/Efficacité

Adéquation d'une mesure prise par rapport à l'effet visé.

Source: *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Efficience

Rapport entre un résultat et les moyens utilisés pour y parvenir (rendement).

Source: *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Egalité des chances en matière de santé

L'égalité des chances en matière de santé n'implique pas l'égalité sur le plan de la → santé, mais désigne la répartition juste et non discriminatoire de possibilités de préservation et d'amélioration de la santé, indépendamment du sexe, de l'âge, du contexte migratoire, de l'orientation sexuelle ou du statut socioéconomique. Différents comportements, exigences et valeurs sont à cet égard reconnus et pris en compte à parts égales.

Source: d'après *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch; Jahn, Ingeborg 2003: Gender-Glossar. Réalisé pour le compte de Promotion Santé Suisse; OMS 1998: Glossaire promotion de la santé.*

Empowerment

Processus d'habilitation et d'apprentissage soutenu par des professionnels permettant à des individus et à des groupes d'accéder à de nouvelles marges de manœuvre et de renforcer leur autonomie en termes de santé; ceci inclut plus particulièrement un meilleur contrôle des décisions et actions ainsi que des possibilités élargies de détermination de leurs → conditions de vie et des → déterminants de santé. L'autonomisation (empowerment) est un élément central de la → promotion de la santé.

Source: d'après *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Engagement dans la société civile

Désigne l'action volontaire, auto-organisée et à but non lucratif de citoyens et organisations n'émanant pas de l'action de l'Etat, économique ou familiale. La société civile englobe la totalité de l'engagement social de citoyens et organisations et peut prendre de nombreuses formes, par exemple des activistes individuels, des aides du voisinage, des mouvements sociaux, des associations, mais aussi des activités au sein et par des institutions d'intérêt général (fondations, p.ex.), des églises et des organisations non gouvernementales (ONG). La société civile inclut ainsi le secteur d'une société à l'interface entre l'Etat, l'économie et la famille.

Sources: d'après l'Agence fédérale allemande pour l'éducation politique (*Bundeszentrale für politische Bildung*), www.bpb.de; ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (*Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*), www.bmz.de

Evaluation

La collecte, l'analyse et l'évaluation systématiques d'informations non disponibles dans le travail de routine concernant différents aspects d'une mesure, d'un projet, d'une intervention ou d'un programme en considération de différentes perspectives et l'application ciblée de méthodes de recherche et de théories (socio)scientifiques.

Source: d'après *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Facteurs de protection

Facteurs physiques, psychiques, sociaux ou psychico-matériels restreignant l'influence de facteurs de risque en tant que facteurs d'influence favorisant la santé, rendant ainsi peu probable l'apparition d'une maladie (alimentation saine, activité physique, repos suffisant, réseau social apportant un support).

Source: d'après la CDS et l'OFSP (éd.) 2015: Glossaire. Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles.

Facteurs de risque

Facteurs physiques, psychiques, sociaux ou psychico-matériels accroissant la probabilité de l'apparition d'une maladie, d'une blessure ou d'un mauvais état de santé (prédisposition génétique à une maladie, tabagisme, isolation sociale ou bruit).

Fragilité (*frailty*)

La fragilité est un syndrome clinique caractérisée par l'apparition de trois ou plus des symptômes suivants: perte de poids involontaire (env. 5 kg en un an), sensation d'épuisement subjective, faiblesse corporelle objective (force de préhension), vitesse de marche ralentie et activité physique diminuée.

Source: Linda P. Fried et al., 2001: «Frailty in older adults. Evidence for a phenotype». <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146>

Genre

Ce mot dérivé de l'anglais désigne, contrairement au mot sexe, non pas le sexe biologique, mais les aspects sociaux de l'appartenance à un sexe, soit l'art et la manière de définir le sexe dans des systèmes sociaux. Ces aspects influencent par exemple le positionnement social d'une personne, les relations entre les sexes et enfin aussi la santé personnelle.

Source: d'après Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch

Gestion des impacts

La gestion des impacts symbolise l'utilisation systématique de connaissances disponibles pour la planification de mesures efficaces, pour le contrôle de mécanismes d'efficacité et l'évaluation d'effet (évaluation/monitoring) ainsi que pour l'exploitation des résultats pour la pratique future (valorisation).

Source: Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch

Incidence

Nombre de nouveaux cas d'une maladie précise auprès d'une population précise sur une période précise. L'incidence est souvent exprimée en taux par 100 000 habitants par an.

Source: Obsan 2015: La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Cahier de l'Observatoire suisse de santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag.

Intervention

(interventions universelles et sélectives)

Les interventions dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé sont des modifications objectivement fondées, conçues de façon systématique et participative, des styles et cadres de vie des personnes, en vue de promouvoir la santé et de prévenir les maladies. Les interventions universelles s'adressent à tous les membres d'un groupe cible, les interventions sélectives s'adressent à un groupe à risque clairement défini, soit à un groupe pour qui les facteurs de risque pertinents pour la santé sont plus importants qu'auprès de la population moyenne.

Sources: d'après Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch; l'OFSP et la CDS (éd.) 2015: Glossaire. Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles.

Maladie chronique

Une maladie est réputée chronique lorsqu'elle a une durée plus importante, et qu'elle dure, selon la maladie, de plus de quatre semaines à plus d'un an. Une maladie chronique peut évoluer de façon continue, mais aussi par paliers. Une partie des maladies chroniques est totalement guérissable, il est possible d'influer sur l'évolution de bon nombre de ces maladies. Voir aussi → maladies non transmissibles.

Source: Obsan 2015: La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Cahier de l'Observatoire suisse de santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag.

Maladies non transmissibles

Maladies non causées par des infections et souvent chroniques (*non communicable diseases, NCD*). Voir aussi → maladie chronique.

Source: Obsan 2015: La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Cahier de l'Observatoire suisse de santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag.

Mesure

Les mesures sont des activités concrètes découlant de stratégies, avec des échéances et des responsabilités précises servant à atteindre des → buts d'interventions.

Source: *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Migration

Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes au-delà de frontières administratives, politiques et géographiques, dans le but de s'installer définitivement ou temporairement en un autre lieu que le lieu d'origine. Dans le contexte de la promotion de la santé, implique la prise en compte adéquate de l'aspect migratoire, de défis sanitaires particuliers et de besoins ressentis de migrants et la promotion de → l'égalité des chances en matière de santé.

Sources: *d'après International Organization for Migration IOM (2003). Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2; Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Mise en réseau

Action au-delà des domaines, des disciplines, des échelons hiérarchiques, des organisations et des projets aux fins d'échange, de communication, de coordination et de collaboration.

Source: *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Modèle d'impact

Un modèle d'efficacité est une représentation (graphique) de liens de causalité supposés entre des mesures et des objectifs d'un programme ou d'un projet.

Source: *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Monitoring

Récolte systématique de données, continue ou périodique, aux fins d'observation d'évolutions sociétales (santé de la population ou conditions pertinentes pour la santé, p.ex.) ou de surveillance de processus et résultats d'interventions. Souvent, le monitoring et → l'évaluation sont associés dans le cadre de la gestion des impacts.

Source: *Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch*

Morbidité

La morbidité désigne la fréquence d'une maladie au sein de la population ou de groupes de population sur une période définie. Elle est décrite par des indicateurs de morbidité tels que → l'incidence et la → prévalence.

Sources: *Klemperer (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe; Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (260^e édition).*

Niveaux d'action

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé distingue les cinq niveaux d'action suivants: individu, groupe, organisation, environnement/réseaux, société/politique.

Source: *OMS 1986: Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.*

Participation

La participation consiste en l'implication active des personnes dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de projets, programmes et → interventions de la → promotion de la santé touchant leurs conditions et → styles de vie. Plus le pouvoir décisionnel des personnes et des groupes est important, plus le taux de participation est élevé. La participation signifie donc non seulement informer ou consulter, mais aussi codécider et collaborer, jusqu'à l'autodétermination et l'organisation autonome.

Sources: *d'après Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch; Wright, Michael T., de Unger, Hella & Block, Martina (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Michael T. Wright (éd.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (p. 35–52). Berne: Hans Huber Verlag.*

Personnes actives, pré-fragiles et fragiles

En matière de santé, les personnes âgées sont réparties en trois groupes principaux:

- les personnes pleines de vie, actives, qui se sentent en bonne santé et conservent leur autonomie, qui souffrent tout au plus d'une maladie chronique. Il s'agit à cet égard essentiellement de «jeunes vieux», notamment de jeunes retraités âgés entre 65 et 75 ans

- les personnes pré-fragiles qui se distinguent par leur vitalité moindre et une fragilité accrue face aux maladies (→ vulnérabilité). Ce groupe souffre généralement de deux ou plusieurs maladies chroniques et présente les premiers signes de limitations dans le cadre d'activités quotidiennes ou de → santé fonctionnelle. En règle générale, il s'agit de personnes âgées de 70 à 85 ans, même si de plus en plus de personnes de plus de 90 ans tombent dans cette catégorie
- les personnes fragiles (→ fragilité) qui ne peuvent plus exécuter d'elles-mêmes des gestes du quotidien en raison de limitations fonctionnelles physiques ou psychiques. Ce groupe compte essentiellement des personnes de plus de 85 ans et essentiellement des femmes

Sources: d'après Kessler et al. (2009): *Promotion de la santé chez les personnes âgées. Synthèse des entretiens avec des experts en Suisse et d'une recherche de littérature basée sur ces entretiens*. En ligne sur <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>; Seematter-Bagnoud et al. (2011): *Promotion de l'activité physique. Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées»*. En ligne sur www.gesundheitsfoerderung.ch

Phases de vie des personnes âgées

La durée de vie s'est allongée et a évolué. Dans les débats scientifiques et publics, on fait donc de plus en plus la distinction entre un «troisième» et un «quatrième âge». On part à cet égard du principe que les jeunes personnes âgées (troisième âge) sont en grande partie autonomes et ne souffrent d'aucun handicap, alors que les personnes très âgées (quatrième âge) souffrent de restrictions corporelles liées à l'âge les contraignant à adapter leur vie quotidienne et à dépendre de soins (notamment du fait de multimorbidité). Les grandes différences inter-individuelles entre les personnes vieillissant compliquent la définition chronologique de ces deux phases. Pour des raisons pragmatiques, le troisième âge concerne les 65–79 ans et le quatrième âge débute à 80 ans.

Sources: d'après le glossaire «Zwäg ins Alter», stratégie 2014–2018, *Pro Senectute*; Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (éd.) 2003: *Das Public Health Buch*. Munich: Urban und Fischer.

Policy

Par policy (au pluriel «policies»), on entend la dimension du contenu de la politique. La question centrale est de savoir comment et avec quels instruments les problèmes sociétaux sont abordés et quels sont les effets ainsi produits. Le terme décrit les stratégies et → mesures prises par des décideurs d'un secteur politique (santé, éducation). La policy poursuit donc un objectif de démarche globale et coordonnée dans une thématique sociale.

Source: *Promotion Santé Suisse (2015): Papier d'approfondissement Policy et Ancrage. L'exemple des programmes d'action cantonaux «Poids corporel sain»*.

Pratique exemplaire (bonne pratique)

Les décisions et actions de pratique exemplaire tiennent systématiquement compte des valeurs et principes de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, elles s'appuient sur les connaissances scientifiques actuelles, sur le savoir et les expériences d'experts, tiennent compte des facteurs contextuels déterminants et atteignent les effets positifs escomptés tout en évitant les effets négatifs. Source: *Concept de pratique exemplaire de Promotion Santé Suisse*.

Prévalence

Fréquence de tous les cas d'une maladie donnée au sein d'une population à un moment donné.

Source: *Obsan 2015: La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Cahier de l'Observatoire suisse de santé 2015*. Berne: Hogrefe Verlag.

Prévention

La prévention concerne toutes les mesures que prend une personne pour empêcher, atténuer la probabilité ou retarder un problème de santé ou une évolution indésirable.

Source: *Direction de la santé et de l'assistance sociale du Canton de Berne (2011): Rapport sur la politique à l'égard des personnes âgées dans le canton de Berne*.

Prise en charge de base

La prise en charge médicale de base ou médecine de premier recours désigne les soins ambulatoires de la population par des médecins de premier recours ainsi que d'autres professionnels de santé, tels que des infirmiers, psychologues, pharmaciens, physio- et ergothérapeutes, diététiciens et des professions d'assistantat, notamment des assistants médicaux en cabinet ou des employés spécialisés dans la santé. Le terme est en pleine mutation et inclut un nombre croissant de médecins de premier recours et leurs prestations.

Source: d'après la CDS et l'OFSP 2012: «Nouveaux modèles de soins médicaux de premier recours». Rapport du groupe de travail «nouveaux modèles de soins médicaux de premier recours» de la CDS et de l'OFSP. Berne.

Promotion de la santé

Aptitude (→ empowerment, autonomisation) d'individus et de systèmes sociaux/univers de vie (famille, groupes et organisations telles que les autorités, les entreprises, les partis) à préserver et améliorer les conditions de → santé. La promotion de la santé renforce les ressources internes et externes (→ facteurs de protection) et diminue les contraintes (→ facteurs de risque). La → compétence en matière de santé est un aspect important des ressources internes et le soutien social représente un aspect important des ressources externes. La promotion de la santé se positionne à différents → niveaux d'action.

Source: d'après Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch

Public Health

Le Public Health (santé publique) est un concept politique visant, via la → promotion de la santé, la → prévention des maladies et d'autres → interventions liées à la santé et organisées par la société, à l'amélioration de la → santé, à l'allongement de la vie et à l'augmentation de la qualité de vie de populations entières et de leurs sous-groupes.

Source: OMS 1998: Glossaire promotion de la santé.

Qualité de vie

La notion de qualité de vie désigne le bien-être général de personnes au sein d'une société. La qualité de vie se mesure à l'aune des conditions de vie objectives ainsi que des perceptions subjectives. Les composants importants de la qualité de vie sont, entre autres, les conditions de vie matérielles, la santé, les activités de loisirs et les relations sociales, l'emploi et la formation, l'environnement naturel ainsi que le bien-être subjectif.

Sources: d'après Eurostat (2015): *Quality of life. Facts and views. Luxembourg: Publications Office of the European Union*; Eurofound (2012): *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union*; Noll, H.-H. (2013): *Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. En ligne sur <http://www.leitbegriffe.bzga.de>*

Santé

La santé (et la maladie) découle du lien dynamique entre ressources et contraintes internes et externes. Les ressources et contraintes internes résident dans la personne même, les ressources externes sont conditionnées par leur environnement. Les ressources et les contraintes peuvent s'exprimer au niveau corporel, psychique, social et physico-matériel. La santé s'impose lorsque les ressources et les contraintes sont en harmonie et quand les ressources l'emportent dans l'ensemble sur les contraintes.

Santé fonctionnelle

Selon le concept de la santé fonctionnelle, une personne est considérée saine sur le plan fonctionnel lorsqu'elle participe à des domaines de l'existence les plus normalisés possible, de la manière la plus compétente possible, avec un corps le plus sain possible. Chez les personnes âgées, cela suppose plus particulièrement la gestion du quotidien de façon autonome et sans handicap.

Source: d'après INSOS 2009: *le concept de la santé fonctionnelle. En ligne sur www.insos.ch*

Setting

Système social et spatial délimité, où une personne vit, apprend ou travaille (commune, voisinage, association, foyer, colocation, entreprise, école, famille).

Source: Promotion Santé Suisse, www.quint-essenz.ch

Soins intégrés coordonnés

Les soins intégrés désignent l'approche de soins concernant tous les groupes de secteurs et de profession et axés sur l'individu, où la → mise en réseau, la coordination et la collaboration occupent une place importante avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins préventifs et curatifs.

Source: d'après la CDS et l'OFSP 2012: «Nouveaux modèles de soins médicaux de premier recours». Rapport du groupe de travail «nouveaux modèles de soins médicaux de premier recours» de la CDS et de l'OFSP. Berne.

Style de vie pertinent pour la santé

Le style de vie est le mode de vie basé sur des modèles de comportements identifiables, déterminés par l'interaction de caractéristiques de personnalités de chacun, des relations sociales et socioéconomiques ainsi que les conditions de vie écologiques.

Source: OMS 1998: Glossaire promotion de la santé.

Vulnérabilité et groupes cibles vulnérables

La vulnérabilité sanitaire désigne une fragilité accrue face à des maladies, des handicaps, des blessures ou un décès prématuré suite à une accumulation de → facteurs de risque et un déficit de → facteurs de protection.

Les groupes vulnérables sont des groupes individuels de la population présentant une probabilité accrue de contracter une maladie, de souffrir d'un handicap ou encore de décéder, que ce soit du fait de caractéristiques personnelles (sexe, âge, contexte migratoire ou orientation sexuelle) ou du statut social (éducation, profession, statut professionnel, revenu et fortune). Pour ces groupes, une accumulation des → facteurs de risque et un déficit des → facteurs de protection est à noter, de sorte que les ressources s'avèrent, selon la situation ou durablement, insuffisantes pour pouvoir surmonter des contraintes sanitaires et sociales.

Sources: d'après le Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Expertise 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag – imprimé 16/6339 du 07.09.2007; Glossaire pour groupes de travail, stratégie NCD.

Liste des sources

1. Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomised controlled trial. *Age and Ageing, 32*(4), 407–414.
2. Skelton, D., Dinan, S., Campbell, M., & Rutherford, O. (2005). Tailored group exercise (Falls Management Exercise – FaME) reduces falls in community-dwelling older frequent fallers (an RCT). *Age and Ageing, 34*(6), 636–639.
3. Weerdesteyn, V., Rijken, H., Geurts, A. C. H., Smits-Engelsman, B. C. M., Mulder, T., & Duysens, J. (2006). A five-week exercise program can reduce falls and improve obstacle avoidance in the elderly. *Gerontology, 52*(3), 131–41.
4. Wolf, S. L., Barnhart, H. X., Kutner, N. G., McNeely, E., Coogler, C., & Xu, T. (1996). Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. *Journal of the American Geriatrics Society, 44*(5), 489–497.
5. Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A., & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing research reviews, 12*(1), 329–38.
6. Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC public health, 14*(1), 510.
7. Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Ageing & Mental Health, 19*(12), 1043–1055.
8. Peels, D. A., Hoogenveen, R. R., Feenstra, T. L., Golsteijn, R. H., Bolman, C., Mudde, A. N., ... Lechner, L. (2014). Long-term health outcomes and cost-effectiveness of a computer-tailored physical activity intervention among people aged over fifty: modelling the results of a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 14*(1), 1099.
9. Patel, A., Keogh, J. W. L., Kolt, G. S., & Schofield, G. M. (2013). The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Ageing & Mental Health, 17*(6), 766–72.
10. Coulton, S., Clift, S., Skingley, A., & Rodriguez, J. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 250–255*.
11. Pitkälä, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R. S. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 64A*(7), 792–800.
12. Bandayrel, K., & Wong, S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *Journal of nutrition education and behavior, 43*(4), 251–62.
13. Schweizerischer Bundesrat. (2012). Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen. In *Legislaturfinanzplan 2013-2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011-2015*. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
14. Vuilleumier, M., Pellegrini, S., & Jeanrenaud, C. (2007). *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

15. United Nations. (2013). *World Population Ageing 2013*. New York: United Nations.
16. Gross, P. (2013). *Wir werden älter. Vielen Dank. Aber wozu?* (2nd ed.). Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.
17. Gawande, A. (2014). *Being mortal: Medicine and what matters in the end*. New York: Metropolitan Books.
18. Roszak, T. (1998). *America the wise: The longevity revolution and the true wealth of nations*. New York: Houghton Mifflin.
19. BFS (2008). *Demografische Alterung und soziale Sicherheit. Demos*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
20. Schmid Botkine, C., & Borrat-Besson, C. (2014). Demografische Alterung und Altersvorsorge: Das Beispiel der Schweiz. In A. Amann & F. Kolland (Eds.), *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie* (pp. 51–70). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
21. BFS (2015). Zusammengefasste Geburtenziffer und Generationenerhalt, 1876–2014. Retrieved October 21, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/05.html>
22. BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045. *BFS Aktuell*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
23. Harper, S. (2014). Introduction: Conceptualising Social Policy for the Twenty-first-century Demography. In S. Harper & K. Hamblin (Eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy* (pp. 1–12). Cheltenham: Edward Elgar.
24. BFS (2015). Todesfälle nach Monat und Sterblichkeit seit 1803. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0102020204_111*. Retrieved October 21, 2015, from <https://www.pxweb.bfs.admin.ch/>
25. BFS (2015). Altersmasszahlen der ständigen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeitskategorie und Geschlecht, 1999–2014. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_staatsangehoerigkeit.html
26. BFS (2015). Zusammengefasste Geburtenziffer nach Staatsangehörigkeit der Mutter, 1971–2014. Retrieved October 21, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/05.html>
27. BFS (2015). Lebendgeburten nach Monat und Fruchtbarkeit seit 1803. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0102020204_111*. Retrieved October 21, 2015, from <https://www.pxweb.bfs.admin.ch>
28. BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz ab 2015, Ziffern und Indikatoren nach Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und gemäss einem Szenario oder einer Variante. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0104000000_103*. Retrieved October 21, 2015, from <https://www.pxweb.bfs.admin.ch/>
29. BFS (2015). Lebenserwartung. Retrieved October 21, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>
30. BFS (2015). Durchschnittsalter der ständigen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeitskategorie, Geschlecht und Kanton, 2010–2014. Retrieved October 21, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>
31. BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz ab 2015, Bevölkerungswachstum und Bevölkerungsindikatoren gemäss einem Szenario oder einer Variante. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0104000000_104*. Retrieved October 21, 2015, from <https://www.pxweb.bfs.admin.ch>
32. BFS (2015). Bevölkerung nach Alter. Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, am Jahresende 2014. Retrieved October 21, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>
33. BFS (2015). Geschlechts- und Altersstruktur. Ständige Wohnbevölkerung nach Alter gemäss dem Referenzszenario A-00-2015. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/ind_erw.html
34. BFS (2015). Indikatoren der Bevölkerungsstruktur, 1970–2014. Retrieved October 21, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>
35. Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2009). *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
36. Höpflinger, F. (2013). Das vierte Lebensalter – gesellschaftliche und individuelle Dimensionen. In T. Meireis (Ed.), *Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter* (pp. 39–55). Zürich: TVZ.

37. Borkel, A., Von Dungen, B., Goldapp, C., Haak, G., Schlüter, A., & Voigt, U. (2014). *In Zukunft alt? Gesund Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Deutscher Volkshochschul-Verband.
38. Höpflinger, F., & Van Wezemaal, J. (Eds.). (2014). *Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Age Report III*. Zürich und Genf: Seismo Verlag.
39. BFS (2015). Personen in Heimen. Retrieved October 22, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/01.html>
40. Pilgram, A., & Seifert, K. (2009). *Leben mit wenig Spielraum: Altersarmut in der Schweiz*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
41. Höpflinger, F. (2015). Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute. Online unter <http://www.hoepflinger.com> (Zugriff am 22.10.2015).
42. BFS (2015). Bildungsstand der Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht, 1999–2014. Retrieved October 22, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/17/blank/01.indicator.406101.4016.html>
43. BFS (2015). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht, am Jahresende 2014. Retrieved November 4, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html
44. BFS (2015). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010–2014. Retrieved October 22, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/frauen_und_maenner.html
45. BFS (2015). Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach institutionellen Gliederungen, Geschlecht, Zivilstand und Altersklasse. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0102010000_103*. Retrieved October 22, 2015, from <https://www.pxweb.bfs.admin.ch/>
46. BFS (2015). Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach institutionellen Gliederungen, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Geburtsort und Altersklasse. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0103010000_201*. Retrieved October 22, 2015, from <https://www.pxweb.bfs.admin.ch/>
47. Krell, C. (2014). *Alter und Altern bei Homosexuellen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
48. Richter, M., & Hurrelmann, K. (Eds.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
49. Soom Ammann, E., & Salis Gross, C. (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.» Bern: Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
50. Perrig-Chiello, P., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Stähelin, H. B., & Perrig, W. J. (2009). Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing*, 6, 27–37.
51. Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M., & Prina, M. (2014). *World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An Analysis of Protective and Modifiable Factors*. London.
52. Brandt, M., Deindl, C., & Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: The role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Social Science and Medicine*, 74(9), 1418–1425.
53. Schachtschabel, D. O. (2004). Humanbiologie des Alterns. In A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (pp. 167–181). Bern: Verlag Hans Huber.
54. WHO (2015). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization.
55. BFS (2015). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/index.html>
56. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2008). Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte. Online unter <http://www.bvpraevention.de> (Zugriff 22.10.2015).
57. Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4th ed., pp. 89–99). Bern: Verlag Hans Huber.

58. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, *343*, d4163.
59. Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world – what do we know? *The Lancet*, *385*(9967), 484–486.
60. BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS – Bundesamt für Statistik.
61. Obsan (Ed.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Bern: Hogrefe Verlag.
62. BFS (2015). Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, 2012. Retrieved October 22, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/01.html>
63. Moreau-Gruet, F. (2014). Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz». Aktualisierung 2014. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
64. BFS (2015). Dauerhaftes Gesundheitsproblem nach Alter, Geschlecht, Sprachgebiet, Bildungsniveau, 2012. Retrieved October 22, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/01.html>
65. Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – European Union and European Free Trade Association Regional Edition*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation.
66. BFS (2015). Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>
67. BFS (2015). Diagnosen und Behandlungen. Hospitalisierungen: häufigste Diagnosegruppen nach Alter 2013. Retrieved November 4, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/key/diagnosen.html>
68. Bridevaux, P. O., Probst-Hensch, N. M., Schindler, C., Curjurić, I., Felber Dietrich, D., Braendli, O., ... Russi, E. W. (2010). Prevalence of airflow obstruction in smokers and never-smokers in Switzerland. *European Respiratory Journal*, *36*(6), 1259–1269.
69. Bridevaux, P. O. (2011). Prevalence, risk factors and outcome of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Genève: Université de Genève.
70. Ecoplan (2013). *Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage*. Bern.
71. Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, P. Perrig-Chiello, P. Rusterholz, C. von Zimmermann, A. Wagner, & S. Zwahlen (Eds.), *Glück. Berner Universitätsschriften 56* (pp. 241–255). Bern: Haupt Verlag.
72. Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O., & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich. Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)*.
73. Schuler, D., & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: Die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, *1*, 6–8.
74. Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
75. Myers, J. E. (2006). Gerontology: Mental health and aging. In W. J. Weikel & A. J. Palmo (Eds.), *Foundations of mental health counseling*. Springfield: Charles C. Thomas.
76. Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, *93*(39), 1–3.
77. Stoppe, G. (2015). Prävention psychischer Störungen im Alter. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Eds.), *Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen* (pp. 107–119). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
78. Weyerer, S., & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

79. Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2015). *Suchtmonitoring Schweiz – Vertiefende Analysen zur Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln sowie Psychostimulanzien im Jahr 2014*. Lausanne: W. Kohlhammer GmbH.
80. Notari, L., & Jordan, M. D. (2012). *La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Lausanne.
81. Moreau-Gruet, F. (2013). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. *Obsan Bulletin*, 4, 1–8.
82. Michel, F. I., & Bochud, Y. (2012). *Haus und Freizeit. Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse*. Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.
83. Gschwind, Y. J., & Pfenninger, B. (2013). *Training zur Sturzprävention. Manual für Kraft- und Gleichgewichtstraining zur Sturzprävention im Alter*. Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.
84. BFS (2015). Gehvermögen und Stürze. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/05.html>
85. bfu (2015). *Status 2015: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz. Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit*. Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.
86. Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, health & medicine*, 11(4), 470–482.
87. BFS (2014). *Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. BFS Aktuell*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
88. BFS (2015). Einschränkungen. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/04.html>
89. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
90. Von dem Knesebeck, O., & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 253–265). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
91. BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
92. BAG (2007). *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
93. BAG (2012). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
94. BFS (2015). Kosten des Gesundheitswesens 2013. Retrieved November 5, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html>
95. BFS (2015). Kosten des Gesundheitswesens seit 1960. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnplID=2014-095
96. BFS (2015). Kosten, Finanzierung. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05.html>
97. Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., ... Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie/ZHAW.
98. BFS (2015). Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht, absolut und je Einwohner, 1997–2013. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/05.html>
99. Breyer, F., Lorenz, N., & Niebel, T. (2015). Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect? *The European journal of health economics*, 16(1), 95–112.
100. Breyer, F., Costa-Font, J., & Felder, S. (2010). Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 674–690.
101. Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: A red herring? *Health Economics*, 8(6), 485–496.

102. BFS (2011). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2008 und jüngste Entwicklung. *BFS Aktuell*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
103. Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine*, 126, 154–163.
104. Camenzind, P., & Petrini, L. (2014). *Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Obsan Dossier 43*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
105. Aaron, H. J. (2009). *What drives health care spending? Can we know whether population aging is a «red herring»?* Chestnut Hill: Center for Retirement Research at Boston College. Retrieved from http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2009/10/wp_2009_18-508.pdf
106. Dormont, B. (2009). *Les dépenses de santé. Une augmentation salubre?* Paris: Editions Rue d'Ulm.
107. Felder, S. (2013). The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure. *CESifo DICE Report*, 1, 3–6.
108. Koopmanschap, M., De Meijer, C., Wouterse, B., & Polder, J. (2010). *Determinants of Health Care Expenditure in an Aging Society*. Tilburg: Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement, Tilburg University.
109. Westerhout, E. (2014). Population ageing and health care expenditure growth. In S. Harper & K. Hamblin (Eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy* (pp. 178–190). Cheltenham: Edward Elgar.
110. Bjørner, T. B., & Arnberg, S. (2012). Terminal costs, improved life expectancy and future public health expenditure. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(2), 129–143.
111. Colombier, C. (2012). *Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der EFV Nr. 19*. Bern: Eidgenössische Finanzverwaltung EFV.
112. Karlsson, M., & Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *The European Journal of Health Economics*, 15(5), 533–551.
113. Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. (Obsan, Ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
114. BFS (2015). Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern, 1995–2013. Retrieved December 4, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.html>
115. Felder, S., Meyer, S., & Bieri, D. (2015). *Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren. Schlussbericht zuhanden der Association Spitex privée Suisse (ASPS)*. Online unter http://www.spitexprivee.ch/images/docs/02_news/2015/150821_Schlussbericht_ASPS.pdf (Zugriff 22.10.2015).
116. Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *The Lancet*, 385(9967), 563–575.
117. Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.
118. WHO, & National Institute of Aging. (2011). *Global Health and Aging*. Online unter http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/ (Zugriff am 24.10.2015).
119. Freedman, V. A., Spillman, B. C., Andreski, P. M., Cornman, J. C., Crimmins, E. M., Kramarow, E., ... Waidmann, T. A. (2013). Trends in Late-Life Activity Limitations in the United States: An Update From Five National Surveys. *Demography*, 50(2), 661–671.
120. OECD, & WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. OECD Publishing.
121. Swedish National Institute of Public Health (Ed.). (2007). *Healthy Ageing. A Challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
122. Wiesli, R., & Simos, J. (2010). *Gesundheit fördern, Krankheiten und Unfälle verhüten. Ein Argumentarium*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

123. Kessler, D., Bonsack, S., Seematter, L., & Biedermann, A. (2009). *Gesundheitsförderung im Alter. Synthese von Interviews mit ExpertInnen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse*. Online unter <http://www.gesundheitsfoerderung.ch> [Zugriff: September 2015].
124. El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.-A., & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, *347*(f6234), 1–13.
125. Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*, *9*, CD007146.
126. BFS (2013). Spezialauswertung für Gesundheitsförderung Schweiz zu den Behandlungskosten von Oberschenkelhalsfrakturen in Schweizer Spitälern im Jahr 2011.
127. Wijsman, C. A., Westendorp, R. G., Verhagen, E. A., Catt, M., Slagboom, P. E., de Craen, A. J., ... Mooijjaart, S. P. (2013). Effects of a Web-Based Intervention on Physical Activity and Metabolism in Older Adults: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(11), e233.
128. Bherer, L., Erickson, K. I., & Liu-Ambrose, T. (2013). A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *J Aging Res*, *2013*, 657508.
129. Burzynska, A. Z., Wong, C. N., Voss, M. W., Cooke, G. E., Gothe, N. P., Fanning, J., ... Kramer, A. F. (2015). Physical Activity Is Linked to Greater Moment-To-Moment Variability in Spontaneous Brain Activity in Older Adults. *Plos One*, *10*(8), e0134819.
130. Kamegaya, T., Araki, Y., Kigure, H., & Yamaguchi, H. (2014). Twelve-week physical and leisure activity programme improved cognitive function in community-dwelling elderly subjects: a randomized controlled trial. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, *14*(1), 47–54.
131. Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G. H. M., Berckel, B. N. van, Scheltens, P., Scherder, E. J., ... Ossenkuppele, R. (2015). The Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Patients with Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Ageing research reviews*, *25*, 13–23. doi:10.1016/j.arr.2015.11.005
132. Tanigawa, T., Takechi, H., Arai, H., Yamada, M., Nishiguchi, S., & Aoyama, T. (2014). Effect of physical activity on memory function in older adults with mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatrics & gerontology international*, *14*(4), 758–62.
133. Beavers, K. M., Beavers, D. P., Nesbit, B. A., Ambrosius, W. T., Marsh, A. P., Nicklas, B. J., & Rejeski, W. J. (2014). Effect of an 18-month physical activity and weight loss intervention on body composition in overweight and obese older adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *22*(2), 325–31.
134. Stehr, M. D., & von Lengerke, T. (2012). Preventing weight gain through exercise and physical activity in the elderly: a systematic review. *Maturitas*, *72*(1), 13–22.
135. Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C., & Seematter-Bagnoud, L. (2014). Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät! *Swiss Medical Forum*, *14*(45), 836–841.
136. Chou, C.-H., Hwang, C.-L., & Wu, Y.-T. (2012). Effect of Exercise on Physical Function, Daily Living Activities, and Quality of Life in the Frail Older Adults: A Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *93*(2), 237–244.
137. Cochrane, T., Munro, J., Davey, R., & Nicholl, J. (1998). Exercise, Physical Function and Health Perceptions of Older People. *Physiotherapy*, *84*(12), 598–602.
138. De Vries, N. M., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., Staal, J. B., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing research reviews*, *11*(1), 136–49.
139. Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., ... Williamson, J. D. (2014). Effect of Structured Physical Activity on Prevention of Major Mobility Disability in Older Adults. *JAMA*, *311*(23), 2387–2396.

140. BFS (2015). Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen kostet 8700 Franken pro Monat. Medienmitteilung. Online unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2015-479 (Zugriff am 25.11.2015).
141. Haslam, C., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2014). «The we's have it»: Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine*, 120, 57–66.
142. Oppikofer, S., Albrecht, K., & Martin, M. (2010). Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(5), 310–316.
143. Vrdoljak, D., Marković, B. B., Puljak, L., Lalić, D. I., Kranjčević, K., & Vučak, J. (2014). Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: a randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 160–9.
144. Mních, E., Hofreuter-Gätgens, K., Salomon, T., Swart, E., & Von dem Knesebeck, O. (2013). Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmassnahme für ältere Menschen. *Das Gesundheitswesen*, 75(2), e5–e10.
145. Koren-Hakim, T., Weiss, A., HersHKovitz, A., Otrateni, I., Grosman, B., Frishman, S., ... Beloosesky, Y. (2012). The relationship between nutritional status of hip fracture operated elderly patients and their functioning, comorbidity and outcome. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 31(6), 917–21.
146. Mortazavi, S. S., Shati, M., Ardebili, H. E., Mohammad, K., Beni, R. D., & Keshteli, A. H. (2013). Comparing the Effects of Group and Home-based Physical Activity on Mental Health in the Elderly. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(11), 1282–9.
147. Linde, K., & Alfermann, D. (2014). Single versus combined cognitive and physical activity effects on fluid cognitive abilities of healthy older adults: a 4-month randomized controlled trial with follow-up. *Journal of aging and physical activity*, 22(3), 302–13.
148. Rahe, J., & Kalbe, E. (2015). Effekte kombinierten kognitiven und physischen Trainings auf die Kognition gesunder älterer Menschen: ein Literaturüberblick. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83(1), 18–29.
149. Theill, N., Schumacher, V., Adelsberger, R., Martin, M., & Jäncke, L. (2013). Effects of simultaneously performed cognitive and physical training in older adults. *BMC Neuroscience*, 14(103).
150. Parker, D., Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare*, 6(2), 137–72.
151. Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K., Eklund, K., Zidén, L., & Dahlin-Ivanoff, S. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(3), 376–83.
152. WHO (1998). Resolution of the Executive Board of the WHO on Health Promotion. *Health Promotion International*, 13(3), 266–271.
153. WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Online unter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Zugriff im November 2015).
154. WHO Europe (2015). Healthy ageing. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/healthy-ageing>
155. EuroHealthNet Healthy Ageing (2015). European Policies and Initiatives. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.healthyeageing.eu/european-policies-and-initiatives>
156. European Commission (2015). European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Retrieved October 24, 2015, from <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/index/aboutus>
157. BZgA (2015). Gesundheit älterer Menschen. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.bzga.de/themenswerpunkte/gesundheitsaelterer/menschen/>
158. Bundesministerium für Gesundheit (2015). IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Retrieved October 24, 2015, from <https://www.in-form.de/profiportal/profilportal/start.html>

159. INPES. (2015). Vieillir en bonne santé. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/bien-vieillir/index.asp>
160. EDI (2013). Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. *Bundesamt für Gesundheit, Bern*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
161. BLV (n.d.). Schweizer Ernährungsstrategie. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05055/index.html?lang=de>
162. BFS (2015). Institutionelle Gliederungen der Schweiz. Die Gemeinden. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/11/geo/institutionelle_gliederungen/01b.html
163. bfu (2015). Kurzporträt: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung. Retrieved October 20, 2015, from <http://www.bfu.ch/de/die-bfu/ueber-uns/kurzportrait>
164. EVS (2015). Was wir Ihnen bieten. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=12>
165. physioswiss (2015). Der Berufsverband physioswiss. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.physioswiss.ch/swiss/verband/berufsverband.htm>
166. Pro Senectute (2015). Pro Senectute – wir sind die Organisation für das Alter. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.prosenectute.ch/de/ueber-uns.html>
167. Rheumaliga Schweiz (2015). Aufbau der Rheumaliga Schweiz. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.rheumaliga.ch/Struktur>
168. Schweizerische Herzstiftung (2015). Aufgaben und Aktivitäten. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.swissheart.ch/index.php?id=36>
169. Spitex Verband Schweiz (2015). Das Angebot der Spitex. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.spitex.ch/NPO-Spitex/Dienstleistungen/PPG2z/>
170. Steinmann, R. M., Biedermann, A., & Ackermann, G. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter: Umsetzungskonzept 2014–2016*. Unveröffentlichter Bericht.
171. Broesskamp-Stone, U., & Ackermann, G. (2007). *Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention. Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
172. Biedermann, A., Gieger, M., Gurtner, R., Schmocker, H., Steinmann, R. M., Ackermann, G., & Pfenninger, B. (2012). *Kommunale Programme der Gesundheitsförderung im Alter. Ein Orientierungsleitfaden zu Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter (Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 1)*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
173. Küenzi, K., & Egger, T. (2012). *Evaluation Pilotprojekte Via – Zwischenbericht. Qualitätsentwicklung zu Bewegungsförderung und Sturzprophylaxe in vier Gemeinden in den Kantonen Bern und Zug*. Bern: Büro BASS.
174. Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Gesundheitsförderung im Alter – Handeln lohnt sich!* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
175. Schäffler, H., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter*. Bern.
176. Kessler, C., & Schmocker, H. (2014). *Umsetzungshilfe – Tipps und Tools für die Gesundheitsberatung im Alter. Arbeitspapier 15*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
177. Kessler, C., & Schmocker, H. (2014). *Umsetzungshilfe – Tipps und Tools für Veranstaltungen und Kurse. Arbeitspapier 16*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
178. Salis Gross, C. (2013). *Soziale Vernetzung in Kursen. Sammlung von Good-Practice-Beispielen*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
179. Oetterli, M., Laubereau, B., & Balthasar, A. (2012). *Kantonale Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter*. Luzern: INTERFACE.
180. Feller-Länzlinger, R., La Mantia, A., Küenzi, K., & Egger, T. (2014). *Gesundheitsförderung Schweiz Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Evaluation 2011–2013*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

181. Wight, N., Laubereau, B., & Feller-Länzlinger, R. (2015). *Evaluation Via 2015. Erkenntnisse und Empfehlungen im Hinblick auf den Aufbau eines kantonalen Aktionsprogramms Gesundheitsförderung im Alter*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
182. Ackermann, G. (2015). *Qualitäts-Check Projekt Via 2015*. Unveröffentlichter Bericht.
183. WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Genf: World Health Organization.
184. Böhm, K., Tesch-Römer, C., & Ziese, T. (Eds.). (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
185. Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
186. BAG, & GDK (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014–2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
187. Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The Projected Impact of Risk Factor Reduction on Alzheimer's Disease Prevalence. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819–828.
188. Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia*, 11(6), 1–9.
189. WHO (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. Geneva: World Health Organization.
190. Busch, M. (2011). Demenzerkrankungen: Epidemiologie und Bedeutung vaskulärer Risikofaktoren. *CardioVasc*, 11(5), 32–38.
191. Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255–2263.
192. Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). Pflgende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. Online unter <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (Zugriff 22.11.2015).
193. Gesundheitsförderung Schweiz (2006). *Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
194. Besimo, C. E. (2013). Mundgesundheit und Malnutrition im Alter. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin*, 4, 20–25.
195. Fässler, S., Laubereau, B., Beeler, N., & Balthasar, A. (2015). *Wirkung der kantonalen Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht. Synthese der Selbstevaluationen*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
196. Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp-Stone, U., & Ackermann, G. (2004). Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 27(3), 67–72.
197. Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., & Cloetta, B. (2008). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 23(1), 86–97.
198. Spencer, B., & Ruckstuhl, B. (2010). *Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées. Développement des théories d'action des interventions / Best practice Gesundheitsförderung im Alter (BPGF). Entwicklung von Wirkungsmodellen*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
199. BASPO, BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, & bfu (2013). *Gesundheitswirksame Bewegung: Grundlagendokument*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
200. Seematter-Bagnoud, L., Bize, R., & Mettler, D. (2011). *Promotion de l'activité physique. Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées»*. Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).

201. Stamm, H., Gebert, A., Wiegand, D., & Lamprecht, M. (2013). *Die Förderung gesundheitswirksamer Bewegung und der Kampf gegen die Inaktivität. Situationsanalyse und Definition der Rolle des Bundesamtes für Gesundheit*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
202. Geuter, G., & Holleederer, A. (2011). Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Ed.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA Fokus 12* (pp. 47–50). Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW).
203. Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F.-C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., ... Pahor, M. (2015). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons – results from the LIFE-P study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 70(2), 216–22.
204. Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., & Ziese, T. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. (Robert Koch-Institut, Ed.) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26*. Berlin: Robert Koch-Institut.
205. Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M., & Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Schlussbericht*. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie / ZHAW.
206. American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko, W., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., ... Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510–1530.
207. Kruse, A. (2006). Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung*, 3(2), 1–25.
208. WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization.
209. Hamer, M., Lavoie, K. L., & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 239–243.
210. Götschi, T., Kahlmeier, S., Martin-Diener, E., Martin, B., Bize, R., Simonson, T., ... Diebold, M. (2015). *Aktive Mobilität und Gesundheit. Hintergrundbericht für den nationalen Gesundheitsbericht 2015*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
211. Lamprecht, M., & Stamm, H. (2015). *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Laufend aktualisierte Indikatoren. Stand März 2015*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
212. Bize, R. (2009). *Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Manuel de référence à l'intention des médecins*. Lausanne: Polyclinique Médicale Universitaire, Office Fédéral du Sport, Collège de Médecine de Premier Recours, Ligue Vaudoise contre les maladies cardiovasculaires.
213. Meyer, K., Rezny, L., Breuer, C., Lamprecht, M., & Stamm, H. (2005). Physical activity of adults aged 50 years and older in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50(4), 218–229.
214. Stewart, A. L., Verboncoeur, C. J., McLellan, B. Y., Gillis, D. E., Rush, S., Mills, K. M., ... Bortz, W. M. (2001). Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(8), M465–M470.
215. Koizumi, D., Rogers, N., Rogers, M. E., Islam, M. M., Kusunoki, M., & Takeshima, N. (2009). Efficacy of an accelerometer-guided physical activity intervention in community-dwelling older women. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(4), 467–74.
216. Opdenackera, J., Boen, F., Coorevits, N., & Delecluse, C. (2008). Effectiveness of a lifestyle intervention and a structured exercise intervention in older adults. *Preventive Medicine*, 46(6), 518–524.
217. Suomi, R., & Collier, D. (2003). Effects of arthritis exercise programs on functional fitness and perceived activities of daily living measures in older adults with arthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(11), 1589–1594.
218. Globales Komitee für Bewegung. (2010). Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln. Online unter https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/gesundheitschuetzen/praevention/bewegungsforderung/leitfaden60/S_51_3.pdf [Zugriff am 24.10.2015].
219. Bucksch, J., & Schneider, S. (Eds.). (2014). *Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Bern: Verlag Hans Huber.

220. Dorgo, S., Robinson, K. M., & Bader, J. (2009). The effectiveness of a peer-mentored older adult fitness program on perceived physical, mental, and social function. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 116–122.
221. Stark, A., & Fuchs, R. (2011). Verhaltensänderungsmodelle und ihre Implikationen für die Bewegungsförderung. In LIGA.NRW (Ed.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA Fokus 12* (pp. 27–31). Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW).
222. Zahner, L., & Bopp, M. (2014). *Schlussbericht: Via Pilotkurs «Bewegungsförderung im Alter»*. Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
223. Kannus, P., Parkkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Järvinen, M., & Vuori, I. (1999). Fall-Induced Injuries and Deaths Among Older Adults. *JAMA*, 281(20), 1895–1899.
224. Korhonen, N. (2014). *Fall-Induced Injuries and Deaths Among Older Finns Between 1970 and 2012*. Tampere: University of Tampere.
225. Soriano, T. A., Decherrie, L. V., & Thomas, D. C. (2007). Falls in the community-dwelling older adult: A review for primary-care providers. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 545–553.
226. Hartholt, K. A., Polinder, S., Van der Cammen, T. J. M., Panneman, M. J. M., Van der Velde, N., Van Lieshout, E. M. M., ... Van Beeck, E. F. (2012). Costs of falls in an ageing population: A nationwide study from the Netherlands (2007–2009). *Injury*, 43(7), 1199–203.
227. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762.
228. Cruz-Jentoft, A. J., Landi, F., Schneider, S. M., Zúñiga, C., Arai, H., Boirie, Y., ... Cederholm, T. (2014). Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: A systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). *Age and Ageing*, 43(6), 748–759.
229. Deutz, N. E. P., Bauer, J. M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bony-Westphal, A., ... Calder, P. C. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical Nutrition*, 33(6), 929–936.
230. Gschwind, Y. J., Wolf, I., Bridenbaugh, S. A., & Kressig, R. W. (2011). *Sturzprävention. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. Bern: Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
231. Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35 Suppl 2, ii37–ii41.
232. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. (2001). Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 664–672.
233. Landi, F., Liperoti, R., Russo, A., Giovannini, S., Tosato, M., Capoluongo, E., ... Onder, G. (2012). Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: Results from the iSIRENTE study. *Clinical Nutrition*, 31(5), 652–658.
234. Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., ... Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, 39(4), 412–423.
235. Buess, D., & Kressig, R. W. (2013). Sarkopenie: Definition, Diagnostik und Therapie. *Praxis*, 102(19), 1167–70.
236. Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical therapy*, 80(9), 896–903.
237. Münzer, T., & Gnädinger, M. (2014). Erfassung des Sturzrisikos und Sturzprävention in der Hausarztpraxis. *Swiss Medical Forum*, 14(46), 857–861.
238. Karlsson, M. K., Vonschewelov, T., Karlsson, C., Cöster, M., & Rosengen, B. E. (2013). Prevention of falls in the elderly: a review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(5), 442–54.
239. Kressig, R. W. (2015). Training und richtige Ernährung bei Sarkopenie. *der informierte arzt*, 3, 48–50.

240. WHO (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: WHO – World Health Organization.
241. Lord, S. R., Menz, H. B., & Sherrington, C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Ageing*, 35 Suppl 2, ii55–ii59.
242. Carter, S. E., Campbell, E. M., Sanson-Fisher, R. W., Redman, S., & Gillespie, W. J. (1997). Environmental hazards in the homes of older people. *Age and Ageing*, 26, 195–202.
243. Stevens, M., Holman, C. D. A. J., & Bennett, N. (2001). Preventing Falls in Older People: Impact of an Intervention to Reduce Environmental Hazards in the Home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1442–1447.
244. Carter, S. E., Campbell, E. M., Sanson-Fisher, R. W., & Gillespie, W. J. (2000). Accidents in older people living at home: a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(6), 633–636.
245. Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 141–158.
246. Negri, E., Bravi, F., Deandrea, S., Foschi, R., & Lucenteforte, E. (2009). *Feasibility of large scale interventions for preventing falls among older people in the European Union*. Milano: Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri», Department of Epidemiology.
247. American Geriatrics Society. (2010). *AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of falls in Older Persons*. New York: The American Geriatrics Society.
248. Lord, S. R., & Dayhew, J. (2001). Visual risk factors for falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 508–515.
249. Yamada, M., Tanaka, B., Nagai, K., Aoyama, T., & Ichihashi, N. (2010). Trail-walking exercise and fall risk factors in community-dwelling older adults: Preliminary results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1946–1951.
250. Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttorp, M. J., ... Shekelle, P. G. (2004). Primary care. *BMJ*, 328(March), 1–7.
251. Trombetti, A., Hars, M., Herrmann, F. R., Kressig, R. W., Ferrari, S., & Rizzoli, R. (2011). Effect of music-based multitask training on gait, balance, and fall risk in elderly people: a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 171(6), 525–533.
252. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–77.
253. WHO (2001). *The World health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
254. McCulloch, A. (2009). Old age and mental health in the context of the life span: What are the key issues in the 21st century. In T. Williamson (Ed.), *Older people's mental health today: A Handbook* (pp. 9–18). Brighton: OLM-Pavilion/Mental Health Foundation.
255. Steinmann, R. M. (2015). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit: eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention* (3rd ed.). Berlin: LIT.
256. Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
257. Perrig-Chiello, P. (2014). Das Leben ist kein ruhiger Fluss. *Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich*, 35, 1–3.
258. Resch, K., Strümpel, C., Wild, M., Hackl, C., & Lang, G. (Eds.). (2010). *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen*. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.
259. Centre for Addiction and Mental Health (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
260. Age Concern (2007). *Improving Services and Support for Older People with Mental Health Problems*. London: Age Concern.
261. Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M., & Ward, G. (2007). *Mental health improvement: evidence based message to promote mental wellbeing*. Edinburgh: NHS Health Scotland.

262. Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds.). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
263. ProMenPol (2009). A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: Older Peoples Residences. Retrieved from <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit>
264. Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., & Carr, D. (2015). Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 1–9. doi:10.1093/geronb/gbv004
265. Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
266. UNECE (2010). *Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft. UNECE Kurzdossier zum Thema Altern Nr. 4*. Online unter http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2010/Policy-Briefs/4-Policybrief_Participation_Ger.pdf (Zugriff 22.11.2015).
267. Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Obsan Dossier 27. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
268. Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249.
269. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.
270. Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A Longitudinal Analysis of Loneliness Among Older People in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146, 313–331.
271. Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(01), 41–67.
272. Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1).
273. Wettstein, A., Dytar, D., & Kälin, M. (2014). Gesundheitsrisiko Vereinsamung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(47), 877–880.
274. Schäffler, H. (2014). Das Gesundheitsrisiko Einsamkeit im Alter. *NOVAcura*, 9(14), 43–45.
275. Kuhlmann, A., & Koch, K. (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune*. Dortmund: Bundesministerium für Gesundheit.
276. Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R., & Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil XVII:100. Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 15, 13–31.
277. Gygax, D. (2004). Eine Evaluation der Effekte von Empowerment betagter Personen auf deren soziales Netzwerk, die soziale Unterstützung und Einsamkeit, wie auch der Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Trainingsangebot. Unveröffentlichte Forschungsarbeit am Psychologischen Institut der Universität Zürich.
278. Zwimpfer, A. (2004). *Selbständig bleiben im Alter (SEBA)*. Evaluation einer Intervention in Zürcher Alterssiedlungen. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.
279. Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M., & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia. A review of available research*. London: Alzheimer's Disease International.
280. Jones, J., Duffy, M., Coull, Y., & Wilkinson, H. (2009). *Older People Living in the Community – Nutritional Needs, Barriers and Interventions: a Literature Review*. Online unter <http://www.gov.scot/resource/doc/294929/0091270.pdf> (Zugriff im November 2015).
281. O'Dwyer, C., & Timonen, V. (2009). *The Role and Future Development of the Meals-on-Wheels Service for Older People in Ireland*. Dublin: National Council on Ageing and Older People.
282. Volkert, D. (Ed.). (2015). *Ernährung im Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt*. Berlin, Boston: De Gruyter.

283. SGE (2015). DACH-Referenzwerte. Retrieved October 22, 2015, from <http://www.sge-ssn.ch/grundlagen/lebensmittel-und-naehrstoffe/naehrstoffempfehlungen/dachreferenzwerte/>
284. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (2011). *Ernährung für ältere Erwachsene*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.
285. Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A., ... Stoffel-Kurt, N. (2012). *Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
286. Hellwege, K.-D. (2003). *Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe. Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie* (6th ed.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
287. Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 22(4), 415–21.
288. Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., & Ballmer, P. E. (2011). Mangelernährung – Unterernährung. *Swiss Medical Forum*, 11(44), 782–786.
289. Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., & Ballmer, P. E. (2014). Mangelernährung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(49), 932–936.
290. Gartmann, L., & Umbach-Daniel, A. (2015). *Act for Age – Evaluation und Gestaltung von Tischgemeinschaften für ältere Menschen als nachhaltiges soziales Netzwerk*. Rüslikon: rüter sococo.
291. Richter, M., Ackermann, S., & Moor, I. (2011). *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review* (Vol. 49). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
292. BAG (2015). *Faktenblatt «Erarbeitung von strategischen Grundlagen für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten»*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
293. Homfeldt, H. G. (2005). Gesund Altern – Aufgaben Sozialer Arbeit. In C. Schweppe (Ed.), *Alter und soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder* (pp. 87–108). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
294. Stamm, H., & Lamprecht, M. (2009). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
295. Streich, W. (2009). Vulnerable Gruppen: «Verwundbarkeit» als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 301–307). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
296. AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (2015). *Risikofaktoren, Nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien. Grundlagenbericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
297. Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 315–320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
298. Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H., & Janssen, H. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(59), 29.e1–29.e3.
299. BZgA (2011). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
300. Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74, 236–44.
301. AG NCD-Strategie Teilprojekt 2 (2015). *Prävention in der Gesundheitsversorgung: Der Mensch im Zentrum. Grundlagenbericht erstellt durch die Arbeitsgruppe Teilprojekt 2 als Basis für die Erarbeitung der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
302. Bachmann, N., & Neuhaus, M. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
303. Schmocker, H., Oggier, W., & Stuck, A. (Eds.). (2000). *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht*. Muri: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

304. Hackl, C. (2007). Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache. Diplomarbeit. Krems: IMC Fachhochschule Krems.
305. Domenig, D. (Ed.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2nd ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
306. Domenig, D., & Cattacin, S. (2015). *Gerechte Gesundheit. Grundlagen – Analysen – Management*. Bern: Hogrefe Verlag.
307. Stuck, A. E., Moser, A., Morf, U., Wirz, U., Wyser, J., Gillmann, G., ... Egger, M. (2015). Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial. *PLoS medicine*, 12(10), e1001889.
308. Moret, J., & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
309. Salis Gross, C. (2010). Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. *Suchtmagazin*, 1, 18–21.
310. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *The New England Journal of Medicine*, 357(4), 370–379.
311. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *The New England Journal of Medicine*, 358(21), 2249–2258.
312. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2010). *Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist*. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag.
313. Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 99–109). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
314. Pro Senectute Waadt, & Leenaards Stiftung (2008). Quartiers solidaires: Besser zusammenleben. Lausanne: Online unter <http://www.pro-senectute.ch/ueber-uns/leistungsbereiche-von-pro-senectute/gemeinwesenarbeit.html> (Zugriff: Oktober 2015).
315. Demirci, S., & Grieger, D. (2009). Interkulturelle Soziale Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten. In C. Zippel & S. Kraus (Eds.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (pp. 218–232). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
316. Schröer, W., & Schweppe, C. (2010). Alte Menschen mit Migrationshintergrund. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 369–376). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
317. Salis Gross, C., Soom Ammann, E., & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*, (3&4), 26–29.
318. Ettl, R., & Rufin, R. (2013). *Evaluation de la Méthodologie Quartiers Solidaires VD*. Lausanne: social-design S.A.
319. Neuner-Jehle, S., Schmid, M., & Grüniger, U. (2013). The «Health Coaching» programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice*, 14(1), 100.
320. Zoller, M., Badertscher, N., & Ross, P. (2011). Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.» Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
321. Kollegium für Hausarztmedizin (2014). Gesundheitscoaching. Retrieved October 24, 2015, from <http://www.gesundheitscoaching-khm.ch>
322. Cornuz, J., Auer, R., Neuner-Jehle, S., Humair, J.-P., Jacot-Sadowski, I., Cardinaux, R., ... Rodondi, N. (2015). Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis. *Swiss Medical Forum*, 15(43), 974–980.
323. Cuénod, J., Klauser, P., & Sommer-Bühler, J. (2014). Das KHM als Präventions-Plattform: zum Bedarf an Massnahmen für die Prävention in der Hausarztmedizin. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(18), 686–687.
324. Kalbermatten, U. (2004). Bildung im Alter. In A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (pp. 110–124). Bern: Hans Huber.

325. Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). Beratung, Veranstaltungen und Kurse. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.» Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch [Zugriff: Oktober 2015].
326. Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Checkliste Veranstaltungen und Kurse. Via-Best Practice Gesundheitsförderung im Alter*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
327. Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Checkliste Beratung. Via-Best Practice Gesundheitsförderung im Alter*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
328. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2014). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 385(9963), 117–71.
329. BFS (2014). *Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2012. BFS Aktuell*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
330. Keller-Guglielmetti, E., & Walter, E. (2015). *Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
331. Biedermann, A., Ackermann, G., & Steinmann, R. M. (2014). *Via: ein interkantonales Projekt zur Gesundheitsförderung im Alter. Projektabschlussbericht 2010–2013. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 17*. Bern und Lausanne.
332. Körber-Stiftung (Ed.). (2012). *Alter neu erfinden. Ergebnisse der forsa-Umfrage «Altern in Deutschland»*. Hamburg: Körber-Stiftung.
333. Ackermann, G., Kirschner, M., Guggenbühl, L., Abel, B., Klohn, A., & Mattig, T. (2015). Measuring Success in Obesity Prevention: A Synthesis of Health Promotion Switzerland's Long-Term Monitoring and Evaluation Strategy. *Obesity facts*, 8(1), 17–29.
334. Brombach, C., Sych, J., Grütter, S., Ziesemer, K., Ogorsolka, M., & Baumer, B. (2015). *Wirkungsvolle Ernährungsinterventionen für ältere Menschen*. Unveröffentlichter Bericht.
335. Buri, B. (2015). *Ernährung im Alter. Aktueller Stand des Wissens und Vorschlag für die Zielgruppendefinition im Rahmen des Via-Projekts «Ernährung im Alter»*. Unveröffentlichter Bericht.
336. Ruhwinkel, B., & Wieser, M. (2014). Abhängige ältere Menschen beim Hausarzt. *Swiss Medical Forum*, 14(48), 905–908.
337. Bischoff-Ferrari, H. A., Rosemann, T., Grob, D., Theiler, R., & Simmen, H.-P. (2014). Vitamin-D-Supplementation in der Praxis. *Swiss Medical Forum*, 14(50), 949–953.

