

Weitere Exemplare können bestellt werden bei:

Prof. Dr. François Höpflinger, Programmleitung NFP 32 Alter, Soziologisches Institut der Universität Zürich, Rämistrasse 69, 8001 Zürich
Telefon 01-634 21 43, Telefax 01-634 49 89, E-Mail fhoeopf@soziologie.unizh.ch

Typografische Gestaltung: Ohmayer GmbH, Typografie Grafik Produktion, Zürich

Druck und Weiterverarbeitung: Vogt-Schild AG, Solothurn

Konfektion: Vereinigte Blindenwerkstätten, Bern



La santé des personnes âgées: données et discussions

Zur Gesundheit im Alter: Daten und Diskussionen

NFP/PNR 32

Nationales Forschungsprogramm/Programme national de recherche

Alter/Vieillesse/Anziani

Zürich/Genève 1997



Gesundheit der Betagten in der Schweiz
La santé des personnes âgées en Suisse

NFP/PNR 32

Alter/Vieillesse/Anziani

Gesundheit der Betagten in der Schweiz

La santé des personnes âgées en Suisse

Theodor Abelin

Valeria Beer

Brigitte Bisig

Felix Gurtner

Felix Gutzwiller

Patricia Mbumaston

Marianne Müller

Andreas E. Stuck

**Forschungsprojekt der Institute
für Sozial- und Präventivmedizin der Universitäten Bern und Zürich
im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes NFP 32 «Alter»**

(Projekt 4032-041059)

Gesundheit der Betagten in der Schweiz

Einleitung

Das Ziel der Forschungsstudie war es, für die Bevölkerung der Schweiz die gesundheitliche Situation im Alter und deren Einflussfaktoren festzustellen und daraus Schlüsse über den Bedarf gesundheitsfördernder, präventiver und sozialmedizinischer Massnahmen zu ziehen. Dazu wurden die Daten des Mikrozensus «Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93» für die über 64jährige Bevölkerung gezielt ausgewertet. Die vorliegende Auswertung bezieht sich auf 2672 Personen im Alter von 65 Jahren und älter, die in einem Privathaushalt leben (d. h. die in Alters- und Pflegeheimen wohnenden Betagten sind hier nicht berücksichtigt).

Die Forschungsstudie erfolgte im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes (NFP 32) «Alter», und sie wurde in Zusammenarbeit der beiden Institute für Sozial- und Präventivmedizin der Universitäten Zürich (Prof. Felix Gutzwiller) und Bern (Prof. Theodor Abelin) durchgeführt. Hauptautor/innen des Forschungsberichts sind Dr. Felix Gurtner (Bern) und Dr. Valeria Beer (Zürich). Das Auswertungskonzept stammt von Dr. Brigitte Bisig.

Subjektive Gesundheit und psychisches Wohlbefinden

Von den zu Hause lebenden Rentner und Rentnerinnen im Alter von 65 bis 79 Jahren geben 72% ihren Gesundheitszustand als «gut» bzw. «sehr gut» an. Selbst bei den Hochbetagten (85 Jahre und älter) sind es noch 62%.¹ Betagte Männer schätzen ihre Gesundheit subjektiv besser ein als Frauen. Dasselbe gilt auch für das psychische Wohlbefinden. Mit steigendem Alter fühlen sich Betagte immer stärker durch Verkehrslärm und Verkehrsabgase belästigt.

Am schlechtesten bezeichneten ihren Gesundheitszustand die Betagten aus der italienischen Schweiz und diejenigen mit der geringsten Ausbildung. Die betagte Landbevölkerung fühlt sich zwar gesünder, psychisch aber etwas schlechter als die Stadtbevölkerung. Alleinlebende betagte Männer (nicht aber Frauen) fühlen sich generell psychisch schlechter als nicht allein lebende Männer.

Physischer Gesundheitszustand und gesundheitliche Einschränkungen

Körperliche Beschwerden sind bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern, und sie nehmen mit Ausnahme von Kopfschmerzen mit dem Alter generell zu. Betagte mit höherer Ausbildung leiden allerdings weniger unter körperlichen Beschwerden. Die häufigsten körperlichen Beschwerden bei Betagten beider Geschlechter sind Gelenkprobleme, Rückenschmerzen und Schlafstörungen (überwiegend bei Frauen).

1 Nach WHO-Definition gilt als betagt, wer 65 und mehr Jahre alt ist und als hochbetagt, wer 85 und mehr Jahre zählt.

Die Anzahl Tage mit gesundheitlichen Einschränkungen, wie eingeschränkte Leistungen, Arbeitsunfähigkeit und Bettlägrigkeit nehmen mit dem Alter deutlich zu, wobei die Werte der Männer leicht höher liegen als diejenigen der Frauen. Mit dem Alter nimmt gleichzeitig die Dauer der Einschränkungen zu.

Gesundheitsverhalten

Insgesamt sind die Frauen gesundheitsbewusster als die Männer. Dies gilt sowohl für die jüngere Bevölkerung als auch für die Betagten. Verglichen mit der jüngeren Bevölkerung im Alter 15–64 Jahren achten die Betagten vermehrt auf ihre Ernährung, insbesondere auf die Vermeidung von Fett und Salz. Sie rauchen weniger, trinken aber etwas mehr Alkohol. Ihre körperliche Aktivitäten sind geringer, ihr Körpergewicht und der Medikamentenkonsum hingegen sind höher.

Betrachtet man das Gesundheitsverhalten nach Alter, so stellt man fest, dass mit steigendem Alter die Frauen weniger rauchen und bei den Hochbetagten Übergewichtige seltener werden. Während bei den 65–79jährigen Menschen Herz- bzw. Blutdruckmedikamente an erster Stelle stehen, werden diese Medikamente bei den Hochbetagten durch Schlaf- und Schmerzmittel abgelöst.

Mit steigender Ausbildung nimmt bei den Männern ein besseres Ernährungsbewusstsein zu. Vermehrte körperliche Aktivitäten sind bei beiden Geschlechtern mit höherer Bildung zu beobachten. Das Rauchen sinkt bei den Männern mit steigender Bildung, bei den Frauen dagegen trifft das Gegenteil zu.

Was die verschiedenen Landesregionen betrifft, so sind die Frauen aus der italienischen Schweiz besonders ernährungsbewusst und leiden am wenigsten unter Übergewicht. Sie rauchen aber mehr als Französisch- oder Deutschschweizerinnen. Die Betagten aus der französischen und italienischen Schweiz konsumieren zudem mehr Alkohol als die Deutschschweizer/innen. Von den Betagten aus der französischen Schweiz werden auch am meisten Herz-, Blutdruck-, Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert.

Behinderungen von Betagten

Das Hör- und Sehvermögen verringert sich bei vielen Menschen mit steigendem Alter. Rund 6% der Betagten bereitet es grosse Schwierigkeiten, ein Buch oder eine Zeitung zu lesen. Vor allem die hochbetagten Frauen zeigen Mühe mit Lesen. Knapp 4% der Betagten haben – mit Hörgerät sofern vorhanden – erhebliche Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen. Männer sind etwas öfters hörbehindert als Frauen, insbesondere aber nimmt die Hörbehinderung mit dem Alter zu (12% bei den 85jährigen und älteren).

Gleichzeitig zeigt sich, dass in der Westschweiz wesentlich weniger Betagte mit Hörbehinderung ein Hörgerät verwenden. Auch Männer ohne Berufsausbildung leben überdurchschnittlich häufig mit einer nicht kompensierten Höreinschränkung. Offensichtlich spielen soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle, ob jemand bei gegebener Hörbehinderung ein Hörgerät verwendet.

Knapp 10% der zu Hause lebenden Betagten sind nicht in der Lage, 200 Meter zu gehen ohne anzuhalten. Bei den 85jährigen und älteren Personen sind es sogar 30%. Eine weitere häufige Behinderung im Alter sind Schwindelgefühle, von dem gut 20% der Betagten betroffen sind. Unter Schwindelgefühlen leiden Frauen häufiger als Männer. Bei vielen Betagten schränkt Schwindel den Alltag ein oder führt zu Stürzen. Von praktischer Wichtigkeit ist, dass Betagte, die täglich ärztlich verordnete Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente konsumieren, rund 1.4 mal häufiger an Schwindel leiden und 1.6 mal häufiger von negativen Konsequenzen (Einschränkung der Mobilität, Stürze) berichten.

Insgesamt sind gemäss Gesundheitsbefragung in der Schweiz rund 7.7% der Betagten in Privathaushaltungen in körperlicher und/oder kommunikativer Hinsicht abhängig von der Hilfe anderer Menschen, indem sie auf Hilfe in drei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (selbständig aufstehen, sich ankleiden und essen können) angewiesen sind oder aus gesundheitlichen Gründen kein Interview bestreiten konnten. Die Hochrechnung ergibt für die Schweiz eine Schätzung von rund 70 000 erheblich behinderten Betagten (Vertrauensintervall: 58 000–82 000). Aufgrund der Volkszählung lebten 1990 in der Schweiz knapp 75 000 Betagte in Institutionen (Krankenanstalten, Heilstätten und Heime der Wohlfahrtspflege). Das bedeutet, dass auf eine Person in einem Heim eine weitere ältere Person kommt, die in erheblichem Masse behindert ist, aber dennoch in einem privaten Haushalt lebt.

Soziale und regionale Unterschiede der Gesundheit im Alter

Geschlechtsspezifische Einflüsse

Die Studie bestätigt, dass sich die gesundheitliche Situation im Alter je nach Geschlecht unterscheidet. Frauen weisen im Alter einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand auf als Männer. Im Einklang damit nehmen sie mehr ärztliche Konsultationen in Anspruch, und ihr Medikamentenkonsum übersteigt denjenigen der Männer sowohl bei den ärztlich verordneten als bei den nicht verschriebenen Medikamenten. Schlaf- und Beruhigungsmittel werden doppelt so häufig eingenommen, aber auch der Konsum von Schmerz- und Rheumamitteln, Blutdruck- und Herzmitteln sowie Vitaminen und Stärkungsmitteln ist bei Frauen gegenüber Männern signifikant erhöht. Auf der anderen Seite weisen die Indikatoren Übergewicht, Alkohol- und Tabakkonsum auf ein günstigeres präventives Gesundheitsverhalten bei Frauen hin. Sowohl die subjektive Empfindung einer eingeschränkten Gesundheit als

auch der gesundheitsbezogene Lebensstil bringen eine stärkere Gesundheitsorientierung bei Frauen zum Ausdruck, was mit einer geringeren Häufigkeit schwerer Krankheiten verbunden ist.

Auf der anderen Seite bestehen bei in Privatwohnungen lebenden Frauen über 65 Jahren zweimal häufiger als bei Männern unerfüllte Hilfsbedürfnisse. Dies deutet darauf hin, dass im pflegerischen Bereich Frauen die Hilfebedürfnisse von Männern vollständiger erfüllen als umgekehrt. Zudem leben mehr Frauen als Männer im Alter allein und verwitwet, wodurch ihr Unterstützungsnetz nicht mehr zu genügen vermag.

Die Ausbildung – ein Mass des sozio-ökonomischen Status

Sowohl die subjektiv wahrgenommene Gesundheit als auch das Vorhandensein spezifischer körperlicher Beschwerden sind bei geringem Ausbildungshintergrund häufiger, wobei Personen, die nicht mehr als die minimale Schulpflicht erfüllt haben, gegenüber Personen mit höherer Bildung ein um 50% erhöhtes Risiko aufweisen. Ähnlich hohe Unterschiede zeigen sich für Fettsucht. In bezug auf das Gesundheitsverhalten zwischen den Ausbildungsgruppen sind die Unterschiede noch ausgeprägter. So weist die niedrigste Ausbildungsklasse gegenüber der höchsten bei der Vernachlässigung der Ernährung und mangelnder körperlicher Aktivitäten ein mehr als doppelt so hohes Risiko auf. Hingegen variiert der Alkoholkonsum nicht signifikant nach Ausbildung. Die Analyse der Behinderungen zeigt, dass bei den Menschen mit der geringsten Ausbildung, Behinderungen (Hör- und Sehbehinderungen, Unfähigkeit zu Interview, Abhängigkeit von Hilfe) signifikant häufiger sind als bei Personen mit guter Ausbildung. Schliesslich zeigt die Analyse der sozialen Beziehungen für die unteren Ausbildungsgruppen eine stärkere soziale Isolation.

Für einen allen offenen Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz spricht, dass die Einnahme von Medikamenten zur Behandlung von Blutdruck- und Herzkrankheiten sowie von Schmerz- und Rheumamittel sich nicht signifikant nach Ausbildungsklassen unterscheidet. Dagegen ist der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmittel – bei denen in der Schweiz von einem Überkonsum ausgegangen werden muss – in den unteren Ausbildungsklassen deutlich erhöht.

Die in allen Ausbildungsgruppen etwa gleiche Häufigkeit von ärztlichen Konsultationen bei Krankheit, Unfall und Beschwerden bezeugt ebenfalls, dass in der Schweiz in ernsthaften Situationen der Zugang zur ärztlichen Versorgung allen Sozialschichten offen steht. Allerdings nehmen Menschen der unteren Ausbildungsklasse seltener präventiv-medizinische Untersuchungen in Anspruch.

Gesamthaft gesehen ist die Lage der älteren Menschen mit geringer Ausbildung – die im allgemeinen den unteren Sozialschichten angehören – bedeutend erschwert. Sie tun weniger für ihre Gesundheit, und sie weisen häufiger Beschwerden und Behinderungen auf, nehmen aber zumindest im ambulanten Bereich nicht entsprechend mehr Dienstlei-

stungen in Anspruch. Zudem sind sie sozial häufiger isoliert, so dass es nicht verwundert, dass Angehörige der sozialen Unterschicht häufiger in Heimen leben.

Stadt-Land-Unterschiede

Als erstes wird deutlich, dass der Gesundheitszustand älterer Menschen im Sinne der wahrgenommenen Gesundheit, des psychischen Wohlbefindens und des Vorliegens spezifischer körperlicher Beschwerden zwischen Stadt und Land kaum klare Unterschiede zeigt. Dies entspricht dem Befund, dass das Gesundheitsverhalten je nach Kriterium teils in der Stadt, teils auf dem Land günstiger bzw. ungünstiger ist: auf dem Land wird weniger auf die Ernährung geachtet, und Übergewicht ist entsprechend häufiger, wogegen in der Stadt signifikant mehr geraucht wird. In der Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen und von Spitalaufenthalten zeigen sich keine signifikanten Stadt-Land-Unterschiede, doch finden offensichtlich auf dem Land bedeutend weniger präventivmedizinische Untersuchungen statt als in der Stadt. Schlaf- und Beruhigungsmittel werden in der Stadt häufiger konsumiert.

Sprachregionen

Bereits im Grad des Wohlbefindens unterscheiden sich ältere Menschen zwischen den Sprachregionen. Die wahrgenommene Gesundheit ist in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz schlechter als in der Deutschschweiz. Dasselbe gilt für das psychische Wohlbefinden im italienischen Sprachgebiet, während körperliche Beschwerden in der Romandie signifikant häufiger angegeben werden.

Im Bereich des Gesundheitsverhaltens steht die bekannte und hier bestätigte Tatsache im Vordergrund, dass in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz drei bis fünfmal mehr ältere Menschen angeben, regelmässig alkoholische Getränke zu konsumieren. Inbezug auf Tabakkonsum, regelmässige körperliche Aktivitäten und Übergewicht unterscheiden sich die Betagten der drei Regionen jedoch nicht.

Während sich der Konsum von Schmerz- und Rheumamitteln, sowie Blutdruck- und Herzkreislaufmitteln zwischen den Landesregionen nicht unterscheidet, findet sich sowohl in der Romandie als auch im Tessin ein auffälliger und hochsignifikanter Mehrkonsum von (meist ärztlich verschriebenen) Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Auch im Bereich der Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen weist namentlich die französischsprachige Schweiz einige Besonderheiten auf: Sowohl Arztkonsultationen wegen Krankheit, Unfall und Beschwerden als auch Spitalaufenthalte sind bei den Betagten im Vergleich zur Deutschschweiz signifikant häufiger, was angesichts der häufigeren körperlichen Beschwerden auf eine bedarfsgerechte Versorgung hindeutet. In der französischsprachigen Schweiz sind zudem präventivmedizinische Untersuchungen in der Arztpraxis deutlicher (wogegen man in der Deutschschweiz eher im Alltag auf die Gesundheit achtet).

Planungsrelevante Ergebnisse: Das Ausmass des Hilfebedarfs und ungedeckte Bedürfnisse

Beschwerden, Verhaltensweisen und Einflüsse, die bei Betagten Probleme verursachen

40% bis über 50% der Betagten klagen über Gelenkschmerzen, ein Gesundheitsproblem, das vermehrte Aufmerksamkeit verdient. An nächster Stelle folgen Rückenschmerzen bei über 15% der Frauen und 10% der Männer über 65 Jahren.

Von Schlafstörungen sind rund 17% der betagten Frauen und 8% der betagten Männer betroffen. Ihre Häufigkeit steigt mit dem Alter an und erreicht bei Männern und Frauen über 85 Jahren 20%.

12% der Frauen und 6% der Männer von 65–74 Jahren berichten über Unfälle, die sie in den vorangegangenen 12 Monaten im Haus und Garten erlitten haben. Somit sind solche Unfälle häufiger als im Verkehr, beim Sport oder bei der Arbeit.

10% der betagten Frauen und 3% der betagten Männer haben wegen Schwindel Einschränkungen oder Stürze erlitten (was auch auf den häufigen Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln zurückzuführen ist).

Mit steigendem Alter nehmen Belästigungen durch den Strassenverkehr stark zu, wobei sowohl bei den betagten Männern als auch bei den Frauen Verkehrslärm mit 40% und Verkehrsabgase mit über 20% häufiger genannt werden als in anderen Altersstufen und häufiger als alle anderen Belästigungen.

Ungedeckte Bedürfnisse

Unter den Deutschschweizer Betagten, bei denen diese Frage untersucht werden konnte, ist bei 1.7% der Männer und 4.8% der Frauen ein ungedeckter Hilfebedarf vorhanden. Bezogen auf diejenigen, die Hilfe benötigen, waren es eine auf vier Frauen (25.9%) und einer auf acht Männer (12.6%). Das Risiko eines ungedeckten Hilfebedarfs steigt mit dem Alter an. Es ist zudem höher bei Personen, die ohne Partner/in leben, und bei Betagten mit mittlerer oder geringer Ausbildung. Insgesamt ergeben sich hochgerechnet auf die ganze Schweiz über 30 000 ältere Menschen mit einem ungedeckten Hilfebedarf, von denen über 10 000 65–74jährig, 16 000 75–84jährig und über 5 000 85jährig oder älter sind. Der grösste Teil des ungedeckten Bedarfs betrifft Haushaltshilfen, die durch das aktuelle Sozial- und Krankenversicherungssystem nicht vergütet werden.

Genügend und ungenügend genutzte Möglichkeiten

Ein positiver Befund der Studie ist, dass bei fast allen Schweizern und Schweizerinnen von mehr als 65 Jahren (99.6%) schon mindestens einmal der Blutdruck gemessen worden ist, und bei über 80% wurde er in den letzten 12 Monaten erfasst. Damit wird die schweizerische Bevölkerung durch diese für die Herz-Kreislaufprävention wichtige Massnahme gut erreicht.

Allerdings zeigen andere Studien – insbesondere das Berner EIGER-Projekt – dass nur bei einem Teil der älteren Menschen, bei denen ein erhöhter Blutdruck festgestellt wurde, dieser auch wirksam behandelt wird. Für eine optimale Vorbeugung von Hirnschlägen und anderen Folgen eines erhöhten Blutdrucks sollte deshalb die Behandlung der Hypertonie, nicht zuletzt auch durch Massnahmen zur Gewichtskontrolle, wirksamer gestaltet werden.

Zudem wurde bei 36.5% der betagten Frauen noch nie ein Gebärmutterhals-Abstrich durchgeführt. Bei Frauen mit geringerer Ausbildung sind dies sogar 42%.

Ungenützt bleiben oft auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Hörqualität. So verfügen ungefähr ein Viertel der älteren Männer und Frauen, die eine Hörbehinderung aufweisen, über kein Hörgerät (obwohl die Benützung von Hörgeräten signifikant zur Lebensqualität Hörbehinderter beiträgt). Von praktischer Bedeutung ist, dass in der Romandie der Anteil der hörbehinderten Betagten, die über kein Hörgerät verfügen, dreimal höher ist als in deutschsprachigen Schweiz.

Auf der anderen Seite lassen sich bei älteren Menschen auch Probleme einer Überversorgung beobachten. So werden in der Schweiz bei Betagten und dort speziell bei Frauen übermässig viele Schlaf- und Beruhigungsmittel verschrieben. Problematisch ist, dass das Vorkommen von Schwindel und dessen gefährlichen Folgen (Stürze) bei Konsumenten von Schlaf- und Beruhigungsmittel um 60% höher ist als bei Nichtkonsumenten. Eine wichtige Massnahme wurde kürzlich bereits getroffen, indem seit dem 1. Juli 1996 unter dem teilrevidierten Betäubungsgesetz die Benzodiazepine unter verschärfter Rezeptpflicht stehen. Ein weiterer Ansatz könnte darin bestehen, über die Weiter- und Fortbildung aller Ärzte (nicht nur der Hausärzte, sondern auch der Spital- und Spezialärzte) die Verschreibungspraxis zu ändern.

Prävention im Alter: Nützliches und Überflüssiges

Mit der Aufnahme von Art. 26 des neuen Krankenversicherungsgesetzes ist die Honorierung präventiver Leistungen in der ärztlichen Praxis oder durch andere geeignete Berufe eingeführt worden. Dabei muss man sich im Klaren sein, dass Prävention im Alter zwar Vieles mit der Prävention in früheren Lebensjahren gemeinsam hat, dass aber gewisse Massnahmen der Prävention im höheren Alter nicht mehr angezeigt sind, während andere, betagtenspezifische Massnahmen in den Vordergrund rücken:

a) *betagtenspezifische Prävention: das präventive geriatrische Assessment:* Zur Zeit werden in der Schweiz keine betagtenspezifischen Präventivmassnahmen generell durchgeführt. Konkrete Möglichkeiten für eine betagtenspezifische Prävention liegen jedoch vor, vor allem in der Früherkennung von alterstypischen Beschwerden, Behinderungen und ungünstigen Lebensumständen und in deren situationsgerechten Korrektur. Die vorliegende Studie zeigt, dass Situationen, in

denen eine solche präventiv einsetzende Hilfe nützlich sein kann, weit verbreitet sind.

b) empfohlene präventivmedizinische Leistungen: Verschiedene auch in anderen Alters- oder Risikogruppen durchgeführte Präventivmassnahmen sollten im Alter weitergeführt werden. Dazu gehören die Erfassung und Behandlung von erhöhtem Blutdruck, Brustuntersuchungen (die Mammographie jedoch nur im Alter von 50 bis 70 Jahren), die Grippeimpfung, die Beratung in bezug auf Ernährung, Raucherentwöhnung, Alkohol und Medikamente. Aus der Studie ergibt sich, dass die präventivmedizinische Betreuung der älteren Bevölkerung der Schweiz noch deutlich verbessert werden kann.

c) falsch angebrachte präventive Leistungen: Wie unsystematisch die präventivmedizinische Betreuung in der Schweiz ist, zeigt sich nicht allein in einer ungenügenden Durchführung empfohlener Massnahmen, sondern auch in der häufigen Durchführung von Massnahmen, deren Wirksamkeit nicht erwiesen ist und die, zumindest im Alter, nicht empfohlen werden.

Dazu gehört die Cholesterinmessung, die nur zur Abklärung besonderer Risikosituationen sinnvoll erscheint. Trotzdem zeigt die Untersuchung, dass bei über 85% der über 65jährigen Personen bereits mindestens einmal eine Cholesterinmessung vorgenommen wurde, und dass diese sogar im hohen Alter weiterhin erfolgen. Auch Prostata-Untersuchungen als «Screening»-Untersuchung werden bei älteren Männern nicht empfohlen, doch berichten 30–33% der 65–84jährigen Männer über innert der vergangenen 12 Monate durchgeführte Prostata-Untersuchungen. Schliesslich berichten in der Romandie fast 15% der über 65jährigen Frauen, dass bei ihnen innert 12 Monaten eine Mammographie durchgeführt worden sei. Auch hier scheint es sich grossenteils um Screeninguntersuchungen bei fehlenden Verdachtsmomenten zu handeln, was in diesem Alter nicht den Empfehlungen entspricht.

Die vorliegende Untersuchung dokumentiert eine Reihe von Problemen, insbesondere in der Betreuung der Betagten durch die verschiedenen Berufsgruppen, und begründet konkrete Hinweise für eine aufgabengerechtere Aus-, Weiter- und Fortbildung.

La santé des personnes âgées en Suisse

Introduction

Le but de cette étude est de faire le point sur l'état de la santé de la population vieillissante en Suisse. Les résultats de l'étude visent à déterminer les facteurs influant sur la santé des personnes âgées pour élaborer les mesures nécessaires à son amélioration et développer des mesures préventives et médico-sociales. Pour ce faire, les données relatives aux personnes de 65 ans et plus ont été relevées et étudiées à partir d'un recensement intitulé «Enquête suisse sur la santé 1992/1993». L'analyse s'appuie sur un échantillon de 2672 personnes de 65 ans et plus qui vivent dans un ménage privé (ne sont pas prises en compte les personnes vivant dans des institutions ou en pension pour personnes âgées).

Cette recherche s'inscrit dans le cadre du Programme national de recherche (PNR 32) intitulé «Vieillesse» qui a été réalisé grâce à la collaboration des deux instituts de médecine sociale et préventive des Universités de Zurich (Prof. Felix Gutzwiller) et de Berne (Prof. Theodor Abelin). Les principaux auteurs de ce rapport sont le Dr. Felix Gurtner (Berne) et le Dr. Valeria Beer (Zurich). Le concept d'analyse a été élaboré par le Dr. Brigitte Bisig.

Santé subjective et bien-être psychique

72% des retraités et retraitées de 65 à 79 ans vivant dans un ménage privé se déclarent être en «bonne» ou «très bonne» santé. Même chez les très âgés (85 ans et plus) ils sont encore 62% à partager ce sentiment. Cependant, les hommes âgés disent se sentir en meilleure santé que les femmes et il en va de même pour le bien-être psychique. On remarque que plus les personnes avancent dans l'âge et plus elles se plaignent du bruit et de la pollution due à la circulation.

Les personnes âgées vivant en Suisse italienne et celles ayant un faible niveau d'instruction se disent être en moins bonne santé. La population issue des milieux ruraux se sent certes en meilleure santé, mais son état psychique est un peu moins bon que celui de la population urbaine. Les hommes âgés (au contraire des femmes) qui vivent seuls se sentent généralement moins bien psychiquement.

Etat de santé psychique et handicaps

Les maux qui touchent les personnes âgées aujourd'hui sont beaucoup plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Mis à part les maux de tête, ils ont tendance à s'aggraver avec l'âge. Les personnes âgées qui ont un niveau d'instruction élevé souffrent moins de douleurs physiques. Les problèmes qui touchent les personnes des deux sexes sont surtout des problèmes articulaires, de dos et les troubles du sommeil (auxquels les femmes sont plus exposées que les hommes).

Le nombre de jours pendant lesquels les personnes âgées ont des problèmes de santé (diminution de la forme physique, incapacité de travail et alitement) augmente de façon significative avec l'âge, les valeurs des hommes dépassant de peu celles des femmes.

Comportement face à la santé

Dans l'ensemble, les femmes se préoccupent plus de leur santé que les hommes. Cela vaut également pour la population plus jeune (15 à 64 ans). Lorsqu'on les compare, on constate que la population vieillissante fait de plus en plus attention à l'alimentation et évite particulièrement les lipides, le sel et fume moins. Cependant, elle consacre moins de temps à l'activité physiques, boit plus d'alcool, consomme plus de médicaments et a plus de problèmes de poids.

Chez les femmes, la comparaison des comportements par classes d'âge montre que le nombre de fumeuses et d'obèses diminue chez les personnes très âgées. Alors que chez les personnes de 65 à 79 ans, les médicaments pour traiter les troubles cardio-vasculaires et l'hypertension arrivent à la première place; ils sont dépassés par les somnifères et les analgésiques chez les très âgés.

Plus les hommes ont un niveau d'instruction élevé, plus ils font attention à leur alimentation. L'activité physique augmente chez les deux sexes proportionnellement au niveau d'instruction. Chez les hommes le tabagisme diminue à mesure que le niveau d'instruction s'élève; chez les femmes, on constate le contraire.

En ce qui concerne les différentes régions suisses, les femmes vivant dans la partie italienne prennent particulièrement soin de leur alimentation et souffrent moins de problèmes de poids. Cependant, elles fument plus que les femmes des autres régions linguistiques (Suisse romande et Suisse alémanique). Les personnes âgées de la Suisse romande et italienne consomment plus d'alcool que les Suisses allemands. Ce sont également les Suisses romands qui consomment le plus de somnifères, de tranquillisants et de médicaments traitant les problèmes cardio-vasculaires et l'hypertension.

Infirmités qui touchent les personnes âgées

Avec l'âge, la plupart des personnes âgées ont des problèmes auditifs et visuels. Environ 6% d'entre elles a beaucoup de mal à lire un livre ou un journal (surtout les femmes très âgées). Un peu moins de 4% de la population âgée a beaucoup de peine à suivre une conversation – même avec une prothèse auditive. Les hommes sont plus souvent malentendants que les femmes, et la capacité auditive semble diminuer avec l'âge (12% des personnes de 85 ans et au-delà).

En même temps, on constate qu'en Suisse romande, l'utilisation de prothèses auditives est beaucoup plus rare chez les personnes malentendantes. Par ailleurs, les hommes sans formation professionnelle vivent plus fréquemment que la moyenne avec des problèmes auditifs sans être appareillés. Manifestement, l'utilisation de ces appareils dépend de facteurs socioculturels.

Un peu moins de 10% des personnes âgées – et même 30% des personnes de 85 ans et plus – vivant à leur propre domicile ne sont pas en mesure de marcher 200 mètres sans s'arrêter. Une autre infirmité répandue est la sensation de vertiges qui touche au moins 20% des personnes âgées. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Ces vertiges posent des problèmes dans la vie quotidienne d'un grand nombre de personnes et entraînent parfois des chutes. Il est important de noter que les personnes qui consomment quotidiennement des somnifères ou des tranquillisants sous prescription ont 1.4 fois plus de sensations de vertige et souffrent 1.6 fois plus fréquemment de leurs conséquences (handicaps, chutes). L'enquête sur la santé a montré qu'en Suisse, environ 7.7% des personnes âgées qui vit dans un ménage privé dépend d'une aide extérieure pour pallier ses problèmes de santé et/ou de communication. Les personnes qui ont pu répondre à l'enquête dépendent d'une telle aide dans les trois principales activités de leur vie quotidienne (les autres ne pouvaient pour des raisons de santé répondre aux questions posées). On estime le nombre de personnes âgées gravement handicapées en Suisse à 70 000 (intervalle de confiance: 58 000–82 000). D'après le recensement de 1990, à peine 75 000 personnes âgées en Suisse vivaient en institution (établissement hospitalier, home d'assistance). Cela signifie que pour chaque personne qui vit en institution, une autre est gravement handicapée et vit toutefois dans un ménage privé.

La santé des personnes âgées: différences sociales et régionales

Les différences selon le sexe

L'étude confirme que l'état de santé des personnes âgées varie selon le sexe. Les femmes à un âge avancé estiment leur état de santé moins bon que les hommes. Elles vont donc plus souvent consulter un médecin, et leur consommation de médicaments, qu'ils soient prescrits ou pas, dépasse celle des hommes: la consommation de somnifères et de tranquillisants est deux fois plus élevée chez les femmes et celle d'analgésiques, de médicaments traitant les rhumatismes, l'hypertension et les problèmes cardio-vasculaires ainsi que la consommation de vitamines et fortifiants est bien au-dessus de celle des hommes. En revanche, pour les facteurs d'obésité, de consommation d'alcool et de tabagisme les femmes ont tendance à faire plus attention. Deux raisons les incitent à prendre soin de leur santé: le sentiment d'avoir une santé déficiente d'une part, et une propension à une vie saine d'autre part. Ainsi, on constate que les femmes sont moins exposées aux maladies graves.

Cependant, les femmes de 65 ans et plus vivant dans un ménage privé ont des situations deux fois moins favorables que les hommes: d'abord elles sont plus en mesure de les aider en cas de besoin; ensuite elles vivent plus fréquemment seules, par exemple après le décès de leur conjoint, ainsi le réseau d'assistance devient insuffisant.

Le niveau d'instruction scolaire – une mesure du statut socio-économique

Plus le niveau d'instruction d'une personne est faible, plus la subjectivité de son propre état de santé et la présence de maux spécifiques augmente. Ainsi, le risque augmente de 50% pour les personnes qui ont quitté l'école dès la fin de scolarité obligatoire par rapport à celles qui ont un niveau d'instruction élevé. Les différences concernant l'obésité sont similaires, mais celles relatives au comportement face à la santé sont encore plus marquées entre les groupes de niveau d'instruction différent: le groupe de niveau le plus bas a deux fois plus de risques d'avoir des problèmes de poids en raison d'une alimentation négligée et d'un manque d'activité physique. Cependant, la consommation d'alcool ne varie guère selon le niveau d'instruction.

L'analyse des handicaps montre que les personnes avec le niveau d'instruction le plus faible sont plus fréquemment touchées par des handicaps (problèmes auditifs, problèmes de vue, incapacité de faire une interview, dépendance de l'autre). Enfin, l'analyse des relations sociales révèle que les personnes de faible niveau d'instruction vivent plus souvent dans un isolement social.

On constate en revanche qu'en Suisse, l'accès aux soins médicaux reste ouvert à tous; en effet, la prise de médicaments traitant l'hypertension et les problèmes cardio-vasculaires, ainsi que la consommation d'analgésiques et d'antirhumatismaux ne varie pas significativement entre les différents niveaux d'instruction. Mais la consommation de somnifères et de tranquillisants – et on peut parler de surconsommation en Suisse – augmente fortement chez les personnes d'un niveau d'instruction plus faible.

Une autre preuve qu'en Suisse, les soins médicaux sont accessibles à tous en cas de maladie, d'accident ou de douleurs, est le fait que tout le monde, et quel que soit son niveau d'instruction, consulte de la même façon un médecin. Il est vrai que les personnes ayant un faible niveau d'instruction recourent moins souvent à des examens médicaux de prévention.

Dans l'ensemble, la situation des personnes âgées avec un niveau d'instruction faible, généralement issues des classes sociales modestes, est considérablement plus difficile. Elles se soucient moins de leur santé et souffrent plus fréquemment de douleurs et d'infirmités, sans pour autant avoir plus souvent recours aux prestations médicales, du moins pour des traitements ambulatoires. D'autre part, cette catégorie sociale est plus isolée et personne ne s'étonnera qu'elle vit plus fréquemment en institution.

Ville – campagne: les différences

On remarque tout d'abord qu'il n'y a pas de différences nettes entre l'état de santé des personnes âgées, c'est-à-dire le bien-être psychique et l'existence de maux spécifiques, selon qu'elles vivent en ville ou à la campagne. D'une manière générale, le comportement de l'individu face à la santé varie selon le critère choisi: les personnes vivant à la campagne font moins attention à leur alimentation, c'est pourquoi un plus grand nombre a des problèmes de poids, alors qu'en ville, les gens fument plus.

Par contre, si on considère les consultations chez un médecin ou les séjours en établissement hospitalier, aucune différence significative entre la ville et la campagne n'apparaît. Cependant, on observe qu'à la campagne, il y a manifestement moins d'examens médicaux de prévention qu'en ville. Mais c'est en ville que la consommation de somnifères et de tranquillisants est la plus grande.

Régions linguistiques

Le degré de bien-être de la population vieillissante varie selon les régions linguistiques. En effet, la notion de santé est moins bien perçue en Suisse romande et italienne qu'en Suisse alémanique. Il en va de même du bien-être psychique en Suisse italienne, mais c'est en Suisse romande que les personnes âgées disent souffrir le plus de diverses douleurs physiques.

En ce qui concerne le comportement par rapport à la santé, rien n'est démenti: en Suisse romande et italienne, il y a 3 à 4 fois plus de personnes âgées qui disent consommer régulièrement des boissons alcoolisées qu'en Suisse allemande. Cependant, en ce qui concerne le tabagisme, la pratique régulière d'une activité physique et les problèmes de poids, la population âgée ne se distingue dans aucune des trois régions linguistiques.

Alors que la consommation de médicaments traitant les douleurs, les rhumatismes, l'hypertension et les troubles cardio-vasculaires est la même, on constate aussi bien en Romandie qu'au Tessin une augmentation spectaculaire et significative de la consommation de somnifères et de tranquillisants (souvent sous prescription d'un médecin).

En ce qui concerne le recours aux services médicaux, la Suisse romande a également quelques particularités (comparé à la Suisse alémanique): les consultations médicales pour maladies, accidents, douleurs ou les séjours en établissement hospitalier sont plus courants chez les personnes âgées étant donné la plus grande fréquence de signes douloureux, ce qui montre qu'il existe des soins adaptés aux besoins. De plus, les Suisses romands vont plus souvent consulter un médecin pour des examens de prévention, alors que les Suisses allemands font plus attention à leur santé dans la vie quotidienne.

Résultats relevant de la planification: importance des besoins en soins, la prise en charge et les besoins non remboursés

Maux, comportements et autres facteurs qui causent des problèmes aux personnes âgées

40% à 50% de la population âgée se plaint de douleurs articulaires, problème qui nécessite plus d'attention. Les problèmes de dos arrivent à la seconde place et touchent au moins 15% des femmes âgées et 10% des personnes âgées des deux sexes de 65 ans et plus.

Environ 17% des femmes et 8% des hommes âgés souffrent de troubles du sommeil. Les proportions augmentent avec l'âge et atteignent 20% de la population âgée de 85 ans et au-delà.

12% des femmes et 6% des hommes entre 65 et 74 ans disent avoir eu un accident (au moins) à leur domicile ou dans leur jardin au cours des 12 derniers mois. Cela représente des pourcentages plus élevés que ceux causés par les accidents de la route, par la pratique d'un sport ou au travail.

Les vertiges ont entraîné chez 10% des femmes âgées et chez 3% des hommes âgés des handicaps ou des chutes. Ces chiffres sont très fortement liés à la grande consommation de somnifères et de tranquillisants.

Avec l'âge, aussi bien les hommes que les femmes se sentent de plus en plus gênés par la circulation routière, et notamment par le bruit (pour environ 20%) et par la pollution due aux gaz d'échappement (pour environ 40% par rapport aux autres classes d'âge).

Besoins non remboursés

Parmi les personnes âgées suisses allemandes à qui cette question a pu être posée, 1.7% des hommes et 4.8% des femmes ont un besoin en aide qui n'est pas remboursé; cela équivaut à une femme sur quatre (25.9%) et un homme sur huit (12.6%) qui aurait besoin d'une aide supplémentaire. La proportion des personnes touchées augmente avec l'âge et est plus élevée chez celles qui vivent sans partenaire et celles qui ont un faible ou très faible niveau d'instruction. Rapporté à l'ensemble de la population suisse, cela correspond à quelque 30 000 personnes âgées qui ont une aide insuffisante, parmi lesquelles 10 000 âgées de 65 à 74 ans, 16 000 entre 75 et 84 ans et plus de 5 000 personnes de 85 ans et plus. La grande majorité des besoins concerne les aides à domicile qui ne sont pas remboursées par le système actuel des assurances sociales et des assurances maladie.

Utilisation suffisante ou insuffisante des possibilités

Il est important de noter ces résultats encourageants de l'étude: chez 99.6% des Suisses et Suissesses de plus de 65 ans, la tension artérielle a été mesurée au moins une fois au cours de leur existence, le dernier relevé datant dans 80% des cas de moins de 12 mois. Cela prouve que les importantes mesures prises en vue de prévenir les troubles cardio-vasculaires ont bien été perçues par la population concernée.

D'autres études montrent cependant – et particulièrement le projet bernois EIGER – que seule une partie de la population concernée a suivi un traitement efficace. Pour prévenir de façon optimale une attaque cérébrale ou d'autres conséquences dues à l'hypertension, des mesures plus efficaces devraient être prises pour le traitement de l'hypertonie, telles que des mesures de contrôle du poids.

Contrairement à la prise de tension, 36.5% des femmes âgées n'ont jamais eu de prélèvement du col de l'utérus et elles sont même 42% dans ce cas parmi les femmes qui ont un faible niveau d'instruction.

A relever encore que les moyens mis en place pour permettre d'améliorer la capacité auditive sont souvent encore insuffisants. Environ un quart des malentendants âgés (hommes et femmes) ne disposent pas de prothèse auditive (alors que l'utilisation d'une prothèse contribue sans aucun doute à l'amélioration de la qualité de vie). D'un point de vue pratique, il est à noter qu'en Suisse romande, la proportion des malentendants âgés sans prothèse est trois fois plus élevée qu'en Suisse alémanique.

D'un autre côté, des problèmes peuvent survenir quand il y a un surplus de médicaments. En effet, on constate que beaucoup trop de somnifères et de tranquillisants sont prescrits aux personnes âgées en Suisse, et notamment aux femmes. Or l'existence de vertiges et les conséquences dangereuses qui peuvent apparaître (des chutes par exemple) chez les consommateurs de ces produits sont 60% plus fréquents que chez les autres. Pour remédier à ce problème, une mesure importante a été prise récemment: la Loi fédérale sur les stupéfiants, partiellement révisée depuis le 1er juillet 1996, a rendu plus stricte la délivrance de la benzodiazépine. D'autre part, une autre disposition pourrait changer les pratiques de délivrance des médicaments: ils pourraient suivre des formations complémentaires ou de perfectionnement, et ce non seulement les médecins généralistes, mais également les médecins exerçant dans les établissements hospitaliers ou les médecins spécialistes.

Prévention chez les personnes âgées: nécessaire ou superflue?

Avec l'adoption de l'art. 26 de la nouvelle loi sur les assurances maladie, on a introduit les remboursements des soins préventifs dans les cabinets de consultation ou dans les autres professions appropriées. Il est à noter que la prévention chez les personnes âgées est certes liée à la prévention tout au long de la vie d'une personne, mais que certaines mesures de prévention ne sont plus nécessaires à un âge avancé, alors que d'autres mesures spécifiques aux personnes âgées sont préconisées.

a) *La prévention spécifique aux personnes âgées: les mesures préventives gériatriques:* Actuellement il n'y a pas en Suisse de mesures de prévention destinées plus particulièrement aux personnes âgées. Pourtant, il y aurait des possibilités à introduire des mesures pour détecter les douleurs, les troubles et autres problèmes qui touchent avant tout la population âgée

et à les soigner si possible. Cette recherche montre que le besoin d'introduire une telle aide existe à travers le pays.

b) Les prestations médico-social destinées à la prévention: Les différentes mesures de prévention introduites pour les autres classes d'âge et groupes à risque devraient être maintenues pour les personnes âgées. Il faudrait par exemple développer le contrôle et le traitement de l'hypertension, les examens des seins (les mammographies pour les femmes entre 50 et 70 ans seulement), le vaccin contre la grippe, les conseils d'hygiène concernant la nutrition, le tabagisme, la consommation d'alcool et de médicaments. On peut donc conclure de cette recherche que le traitement de la population âgée peut être considérablement amélioré.

c) Les prestations médicales de prévention inutiles: Souvent, on applique des mesures sans que leur efficacité ait été prouvée ou qui ne sont plus conseillées pour les personnes âgées. Cela est prouvé par le fait qu'en Suisse, les soins médicaux de prévention ne sont pas mis en place systématiquement, comme le relevé du cholestérol qui ne semble pas être intéressant sauf s'il y a des risques. Pourtant l'étude montre que 85% des personnes au-dessus de 65 ans ont fait faire une analyse au moins une fois, et même parfois à un âge avancé. Les examens de la prostate ne semblent pas non plus utiles s'il n'y a pas de risque particulier, et pourtant 30 à 33% des hommes entre 65 et 84 ans disent avoir eu un examen au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, presque 15% des femmes âgées de 65 ans et plus en Romandie disent avoir eu une mammographie au cours des 12 derniers mois. Il s'agissait dans la plupart des cas d'examens généraux sans qu'il y ait de véritables risques, ce qui contredit les conseils.

L'étude qui vous est présentée ici illustre une série de problèmes, en particulier ceux qui surviennent lors des traitements médico-sociaux des personnes âgées. Elle prouve également par des exemples précis l'importance de la formation, notamment continue, et du perfectionnement des médecins.

Traduction de Fanny Weber

Vieillesse démographique et augmentation des dépenses de santé: erreur d'analyse?

Stefan Felder et Peter Zweifel

Institut für Empirische Wirtschaftsforschung

Blümlisalpstrasse 10, CH-8006 Zürich

Telefon: +41-1-257 37 19/20, Telefax: +41-1-364 03 66, E-Mail: sfelder@iew.unizh.ch

Au cours des trente dernières années, la Suisse, tout comme les autres pays industrialisés, a été marquée par une évolution importante de sa pyramide des âges. La proportion des personnes âgées (et particulièrement celle des personnes de 80 ans et plus) par rapport à l'ensemble de la population, a été en constante augmentation – une tendance qui va encore s'accroître au cours des prochaines décennies. L'OCDE prévoit des changements fondamentaux dus au vieillissement de la population dans les domaines social, politique et économique des pays industrialisés, ce qui entraînerait des conséquences particulièrement graves pour la situation de la santé publique. En outre, le processus de vieillissement démographique serait la cause d'une croissance disproportionnée des dépenses de santé au cours de ces trois dernières décennies.¹ Cet avis est partagé par tous, experts ou non, en Suisse²: s'appuyant sur le fait que les dépenses liées à la santé augmentent fortement avec l'âge, ils pensent qu'avec une espérance de vie toujours plus longue, les dépenses de santé augmenteront durablement. Grâce aux études que nous avons menées à partir de données de caisses maladie, nous aimerions transmettre un message différent, à savoir que les dépenses de santé d'un pays ne dépendent pas de sa pyramide des âges.

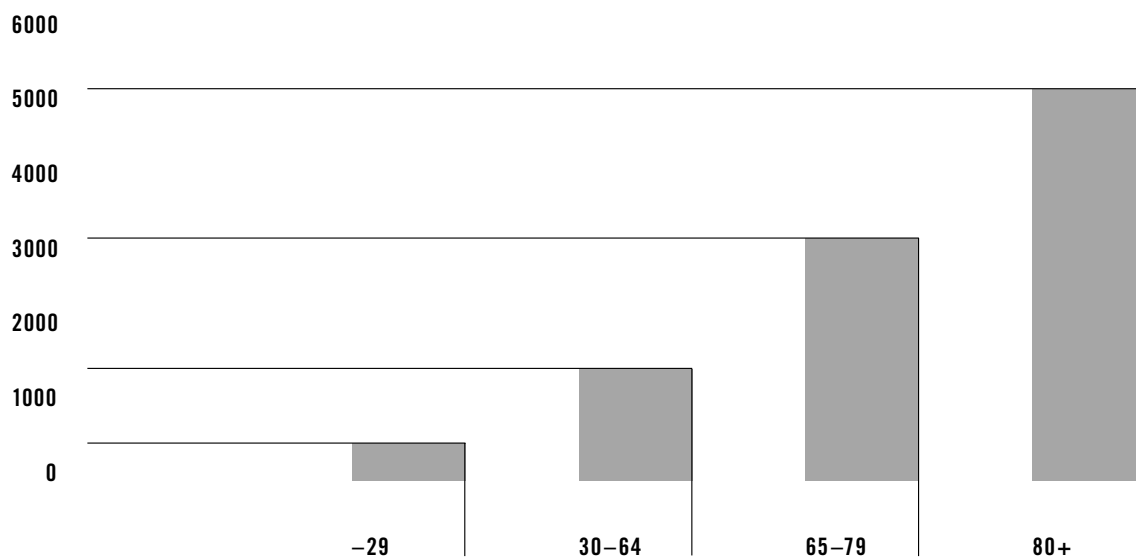
Rapport entre les coûts médico-pharmaceutiques et l'âge d'un individu

On voit aujourd'hui fréquemment des graphiques montrant que les coûts médico-pharmaceutiques augmentent de façon disproportionnée à partir de 60 ans et plus. Les frais occasionnés par ces classes d'âge forment entre autres les fonds pour la compensation des risques entre caisses maladie dont les assuré(e)s sont de classes d'âge différentes. Cette compensation est devenue nécessaire depuis que la Loi sur l'assurance maladie interdit la fixation des primes de l'assurance de base selon l'âge. Ainsi, les coûts médico-pharmaceutiques d'une grande assurance suisse s'élevaient à environ Fr. 600.– en 1993 pour une personne de moins de 30 ans contre Fr. 5 000.– en moyenne pour une personne de plus de 80 ans.

voir graphique no. 1 page 21

- 1 Organization for Economic Co-operation and Development (1988), *Aging Population: The Social Policy Implications*, Paris, 1988; et *Health Care Systems in Transition*, OECD Social Policy Studies, 7, Paris, 1990.
- 2 Flüglistaler, P.: *Hilfe! Die Schweiz schrumpft. Die demographische Entwicklung in der Schweiz und ihre Folgen*, Zürich, Orell Füssli, 1994.

Graphique no. 1 **Coûts médico-pharmaceutiques par personne et par classe d'âge, 1993**



Source: données de la caisse maladie Helvetia 1994 (information interne)

Etant donné que la proportion des personnes âgées, mais surtout des très âgées, est en constante augmentation par rapport à l'ensemble de la population, les coûts médico-pharmaceutiques devraient également s'accroître. Cet accroissement est dû d'une part à la baisse du taux de naissance, d'autre part, et surtout, à l'augmentation de l'espérance de vie. Si cette prétendue relation de cause à effet était justifiée, quel serait alors le montant des dépenses de santé si l'on prenait en considération le vieillissement de la population? D'après le scénario de référence «Intégration», extrait des pronostics démographiques entre 1995 et 2040 publiés par l'Office fédéral de la statistique en 1992, la proportion des 65–79 ans par rapport à la population totale augmenterait de 53% jusqu'en 2040, et celle des personnes de plus de 80 ans même de 89%. Cependant, les données montrent que les coûts médico-pharmaceutiques par habitant progresseraient de Fr. 1 500.– en 1995 à Fr. 1 800.– par personne en l'an 2040, ce qui représente une augmentation de seulement 0.4% par an.

Or la charge imputable aux frais de santé des personnes âgées et très âgées (80 ans et plus) s'accroît considérablement: on estime à Fr. 400.– les dépenses par habitant de plus de 80 ans en 2040 contre Fr. 210.– en 1995. Toutefois, ces coûts supplémentaires ne produisent que peu d'effet sur l'évolution des dépenses de santé, étant donné que la proportion des personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population reste relativement faible. Comparé au renchérissement général dans le domaine de la santé, qui se situe à 2% en dessus du taux d'inflation, la part de responsabilité du vieillissement démographique dans l'augmentation des dépenses, s'il y en a une, serait minime.

Explosion des dépenses de santé au cours de la dernière année de vie d'un individu

Si l'on observe les coûts occasionnés par chaque assuré au cours de sa vie, on arrive au résultat suivant: plus l'individu approche de la fin de sa vie, plus les dépenses des soins médicaux augmentent rapidement, sans pour autant que l'âge ne soit déterminant. Ce fait a été vérifié à l'aide des données de membres décédés assurés chez deux grandes caisses maladie. Il en résulte qu'en tenant compte de l'imminence du décès, l'âge seul n'explique pas le montant des dépenses de santé. En revanche, le sexe (les dépenses sont plus élevées pour les femmes) et le fait qu'une personne a ou non une assurance complémentaire (augmentation des dépenses d'environ 30 pour cent le cas échéant) sont des facteurs déterminants.

Ceci nous amène à considérer la relation de cause à effet, que nous avons évoquée ci-dessus, entre l'âge et les dépenses de santé parce que les dépenses occasionnées pendant les dernières années de vie d'un individu sont extrêmement élevées. Il est rare qu'une personne en dessous de 30 ans ou âgée de 60 ans

décède an ou deux ans plus tard. Par contre, une fois l'âge de 80 ans atteint, il y a de plus fortes probabilités que la personne décède. La moyenne des frais médicaux occasionnés à un âge élevé augmente donc en fonction du plus grand risque et des coûts élevés au cours des dernières années de vie.

Cette explication nous amène cependant à des pronostics tout à fait différents. Il se pourrait que d'ici l'an 2040, ce soient les personnes de 90 ans (au lieu des 80 ans aujourd'hui) qui se trouveront en fin de vie. Les coûts dûs à l'imminence de la mort seront donc occasionnés plus tard, ce qui explique pourquoi il n'y aura pas d'augmentation subite des coûts. Ainsi, la pyramide des âges ne peut être tenue responsable de l'explosion des dépenses de santé.

Cette montée en flèche des dépenses serait essentiellement imputable aux progrès techniques de la médecine, sans perdre de vue les frais occasionnés par les traitements des personnes en fin de vie. Si en 1982, les dépenses se situaient encore à Fr. 9 150.–, ils ont grimpé à Fr. 15 000.– en 1992. Rapporté à l'ensemble de la population, les dépenses consacrées aux soins des personnes dans leur dernière année de vie se situent entre 10% et 15% des dépenses totales de la santé publique, la majeure partie ayant été occasionnée au cours du dernier trimestre de vie.

Rapport entre le degré des soins et la durée restante de vie

L'argument selon lequel l'âge n'aurait que peu d'influence sur les dépenses de santé est si fortement en contradiction avec l'opinion générale qu'il est vivement critiqué. Certains considèrent qu'il ne faut pas seulement prendre en compte les dépenses de santé des dernières années, mais aussi les frais occasionnés tout au long de la vie d'un individu. La probabilité de souffrir de certaines maladies chroniques (qui exigent des traitements coûteux) augmente effectivement dans la vieillesse. Ceci apparaît surtout pour les maladies cérébrales nécessitant des soins intensifs (telle que la maladie d'Alzheimer), de telle sorte qu'avec l'âge, on s'attend, entre autres, à un plus grand nombre de cas de détérioration mentale.

En outre, on peut observer un lien entre l'existence de maladies chroniques et l'imminence de la mort; or là aussi, l'influence de l'âge est minime. Nous avons, sur la base de la Statistique de l'invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales, calculé l'espérance de vie des personnes atteintes d'incapacité et nous l'avons comparée à celle de la population moyenne. Il en résulte qu'en moyenne, l'espérance de vie d'un individu de 65 ans baisse de 20 à 6,8 ans, lorsqu'elle doit être médicalement suivie dès l'âge de 65 ans chez les femmes, et de 14,4 à 4,1 ans, chez les hommes. Il semble donc que la cause des maladies chroniques chez les personnes âgées est plus la proximité de la mort que l'âge de la personne.

Conclusion

La croissance constante des dépenses de santé dans les pays industrialisés est souvent mise en relation avec le vieillissement de la population. Etant donné que les personnes âgées ont plus souvent recours aux prestations médicales que les personnes jeunes, on en conclut que la demande globale des prestations médicales augmente au prorata de la population vieillissante. Cependant, les résultats de notre étude menée à partir de données des caisses maladie montrent que la majeure partie des dépenses de santé consacrées au cours de la vie d'un individu est déterminée non pas par son âge, mais par le temps qui lui reste à vivre. Apparemment, les dépenses sont élevées au cours des derniers mois de vie d'un individu, quel que soit son âge (70, 80 ou 90 ans). L'augmentation de l'espérance de vie ne signifie rien d'autre qu'à l'avenir, il sera fréquent que les derniers mois de vie soient plutôt à l'âge de 90 ans qu'à 80 ans. Vu que le montant des dépenses de santé reste le même au cours de l'ensemble du cycle de vie, les dépenses par tête d'habitant n'augmenteront pas forcément avec le vieillissement démographique.

Ces résultats sont d'une grande importance pour la politique de santé. La mise en relief du processus de vieillissement en tant que seul facteur d'influence montre que l'augmentation des dépenses de santé est inévitable: ces dépenses étant considérées comme indispensables, on les accepte et les mesures nécessaires sont laissées de côté. En même temps, les véritables raisons de l'augmentation des dépenses, à savoir les lacunes dans le marché des assurances maladie, les progrès techniques de la médecine et des faux stimulus pour les patients, les médecins et les hôpitaux, dû(e)s aux règlements gouvernementaux, restent en arrière-plan. L'argument que le vieillissement de la population est le seul responsable de cette augmentation est une erreur d'analyse qui a des conséquences politiques. Par exemple, nombreux sont les médecins favorables à la restriction des prestations médicales (qu'ils devraient en fait appliquer), qui soutiennent l'argument que le vieillissement de la population rendrait les frais médicaux hors de prix. Il semblerait que les conséquences apparemment inévitables du vieillissement démographique servent de prétexte pour revenir sur le système de concurrence de la santé publique, qui, en vertu de la nouvelle Loi sur l'assurance maladie, peut être dérégularisé et intensifié.

Santé publique: Alternatives au rationnement

Stefan Felder

En Suisse, les dépenses de santé représentaient 7,9% du produit intérieur brut en 1990, contre 5% il y a 30 ans. L'augmentation des frais est particulièrement sensible dans le domaine des traitements avec hospitalisation. Entre 1960 et 1990, leur part dans les dépenses globales est passée de 35,2 à 49%

Tableau no. 1 **Espérance de vie par classe d'âge (1992, en années)**

Age	Femmes		Hommes	
	Toutes	Atteint d'incapacité	Tous	Atteint d'incapacité
65	19.6	6.8	15.4	4.1
70	15.8	5.6	12.1	3.3
75	12.0	4.6	9.4	2.7
80	8.7	3.6	6.8	2.4
85	6.1	2.9	5.2	2.0
90	4.2	2.4	3.7	1.8

Source: Office fédérale des assurances (informations internes)

(Office fédéral de la statistique). Rien qu'au cours des dix dernières années, les dépenses liées à une hospitalisation ont doublé, alors que les dépenses consacrées aux soins ambulatoires et aux médicaments ne se sont accrues «que» d'environ 27%.

L'augmentation considérable des frais d'hospitalisation intervient dans un contexte marqué par une stabilité du nombre des personnes hospitalisées et une tendance à la baisse des séjours de durée moyenne. D'éminents spécialistes de la santé partagent l'avis selon lequel cette situation laisse à penser que la montée en flèche des dépenses est essentiellement imputable aux progrès techniques de la médecine.

Les propositions faites pour répondre à la hausse sensible des dépenses de santé visent à réduire les prestations médicales et traduisent surtout la volonté de limiter l'accès aux technologies médicales de pointe pour les traitements avec hospitalisation. Il est en outre suggéré de procéder à une restriction des prestations médicales en fonction de l'âge. Cette dernière exigence s'appuie sur le fait que les dépenses de santé des personnes âgées sont en général plus élevées que celles des personnes jeunes. Les dépenses que les personnes âgées consacrent aux soins médicaux au cours de leur dernière année de vie sont particulièrement importantes, et on peut dire qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de dépenses occasionnées par les personnes âgées elles-mêmes. Rien de surprenant donc à ce que les propositions visant à lutter contre une explosion des dépenses de santé exigent, entre autres, une restriction des prestations médicales à même de prolonger la vie.

Une restriction des prestations médicales en fonction de l'âge?

Plusieurs philosophes et tenants de l'éthique médicale ont défendus l'idée que l'âge est un critère de restriction des prestations de santé. Ils appuient leur raisonnement sur l'argument suivant: tout le monde profiterait d'un report des prestations de santé accordées aux personnes d'un âge avancé sur des personnes plus jeunes.

Cet argument repose sur l'idée selon laquelle chaque personne a droit à un même «budget santé» pour la vie. Lorsque la personne a utilisé tous ses crédits-santé, son droit à d'autres prestations médicales s'éteint, ce qui permet aux autres personnes de ne pas être privées d'une partie de ce même droit.

Toujours pour défendre la restriction des prestations médicales avec l'âge, les partisans de cette proposition prennent l'exemple d'un jeune consommateur prévoyant qui n'a encore aucune idée du montant des dépenses de santé qu'il sera amené à faire dans le futur. Si le budget santé dont il dispose pour sa vie est restreint, un individu prévoyant a plus de chances d'augmenter son espérance de vie en faisant des investissements pour sa santé quand il est jeune qu'en réservant une partie de ses res-

sources financières pour les investir, juste avant sa mort, dans des moyens permettant de prolonger sa vie. La restriction des prestations médicales pour les personnes très âgées est donc défendable du point de vue de l'éthique, dans la mesure où elle donnerait la possibilité à chacun d'améliorer son aide sociale.

Toutefois, cette proposition est discutable à plus d'un égard. D'abord, elle méconnaît les avantages qu'offre le principe de l'assurance. Or, l'existence de marchés destinés à couvrir les risques de maladies constitue à elle seule un signe de leur utilité fondamentale. Partant, chaque restriction de ces marchés est liée à des coûts sociaux. Ensuite, si l'idée d'un individu représentatif, dont les décisions sont le fondement de l'argument invoqué à l'appui d'une restriction, est une hypothèse théorique fort utile, il reste qu'elle ne se prête pas à justifier la forme de restriction telle qu'elle est proposée. En effet, aussi bien la durée que la qualité de vie sont partiellement endogènes. De ce fait, orienter une restriction sur la «durée de vie naturelle» revient nécessairement à ne pas tenir compte des préférences des individus et de ne pas considérer l'individualité du processus de vieillissement.

Par ailleurs, l'abandon d'une telle solution est également lié à des coûts, étant donné que les décisions des individus sont influencées par la couverture sociale garantie par l'assurance.

Aussi la partie suivante est-elle consacrée à la proposition d'autres solutions, qui vont beaucoup moins loin que la restriction telle qu'elle vient d'être présentée, et qui envisagent le principe de l'assurance dans les domaines où son application est particulièrement utile. Au terme de cette partie, notre *première conclusion* est la suivante:

La restriction des prestations médicales sur la base de l'âge telle qu'elle a été proposée par les tenants de l'éthique médicale ne tient pas compte des avantages que confère le principe de l'assurance. En outre, ils défendent leur idée en s'appuyant sur l'hypothèse d'un individu représentatif, ce qui va à l'encontre des principes fondamentaux d'une conception de l'Etat qui se veut libre et respectueuse des besoins individuels des citoyens.

Une franchise en fonction de l'âge

Si, parce qu'ils sont couverts par une assurance, les individus tendent à demander toujours davantage de moyens permettant de prolonger leur vie, les assurés payeront des primes toujours plus élevées. Ce phénomène est l'une des formes du «risque moral» lié aux contrats d'assurance. En ce qui nous concerne, il est intéressant de noter que ce risque moral est fonction de l'âge des assuré(e)s. En l'absence d'un système de prise en charge, il faudrait partir du principe que la demande de prestations médicales des personnes âgées diminue, le temps qui leur reste à vivre allant lui aussi en diminuant. Si un tel système reste en place, ce scénario ne se produira pas. Dans la mesure où le risque moral s'accroît avec l'âge de l'assuré(e), la

question qui se pose consiste à savoir si les instruments pour combattre ce risque ne devraient pas être différents selon l'âge des assuré(e)s.

Sur les marchés de l'assurance, le risque moral est en général limité à l'aide d'une franchise. C'est là un instrument qui convient aussi pour réduire le risque moral lié à la demande de moyens à même de prolonger la vie. Il conviendrait de ce fait de considérer les avantages qu'offre le principe de l'assurance: les maladies dont l'incidence est très faible devraient être entièrement assurables, étant donné que dans ce cas, les assuré(e)s bénéficient des plus grands avantages. Par contre, une franchise élevée se discute pour des événements dont la fréquence est relativement élevée.

voir tableau no. 2 page 29

Le tableau no 2 donne un aperçu des coûts et de la fréquence des traitements médicaux qui font l'objet du débat autour de la restriction des prestations médicales. Il en ressort que les coûts attendus (à savoir les coûts multipliés par la probabilité qu'ils ont d'être engendrés) sont très faibles, et ce en dépit du coût élevé de chacune des interventions médicales qui figurent dans le tableau. Ce résultat est donc plutôt favorable à un système de couverture sans franchise.

Autre sujet au coeur du débat: le recours, juste avant la mort, aux moyens médicaux permettant de prolonger la vie. Il s'agit souvent d'un ensemble de services, dont on ne peut certes pas dire qu'ils sont tous onéreux, mais qui au total engendrent des coûts importants, de l'ordre de Fr. 20 000.–

voir tableau no. 3 page 29

Le tableau no 3 fait apparaître les coûts, par sexe et par âge, qui sont liés aux soins médicaux dispensés au cours de la dernière année de vie, multipliés par le nombre de fois où ils sont engendrés. L'incidence de ces coûts correspond de ce fait au risque de décès qui existe pour chaque classe d'âge. Par rapport aux coûts attendus pour des greffes d'organes et une insuffisance rénale en phase terminale, les résultats obtenus dans le deuxième tableau sont très différents. Sur la base de ces résultats, l'imposition d'une franchise pour les frais occasionnés au cours de la dernière année de vie est même plutôt envisageable. D'après le tableau no 3, il est fort probable que des coûts de décès interviennent pour les personnes très âgées. L'existence d'une franchise est d'autant plus justifiée que l'utilité d'une assurance baisse à mesure que la probabilité d'un dommage augmente.

Pour l'élaboration d'un système de franchise, il serait possible d'envisager une franchise proportionnelle aux prix des soins médicaux ambulatoires et des soins médicaux dispensés aux malades hospitalisés qui, à partir d'un certain âge, par exemple 50 ans, augmenterait au prorata du risque de décès. Cette méthode permettrait de fixer un plafond des coûts à la charge du patient. Des franchises spécifiques pour le recours à

Tableau no. 2 **Incidence, coûts et coûts escomptés d'un ensemble choisi de prestations médicales**

	Incidence		Coûts (en Fr.)	Coûts attendus (en Fr.)	
Insuffisance rénale en phase terminale	95.5	10 ⁻⁶	60 000	5.7	
Greffe de la moelle épinière	7.9	10 ⁻⁶	175 000	1.4	
Transplantation cardiaque	6.4	10 ⁻⁶	70 000	0.5	
Greffe du foie	4.4	10 ⁻⁶	110 000	0.4	

Tableau no. 3 **Risque de décès et coûts escomptés pour la dernière année de vie, 1992**

Age	Risque de décès		Coûts attendus (en Fr.)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
65	0.008	0.020	150	408
75	0.025	0.051	495	1021
85	0.090	0.130	1809	2602
95	0.261	0.290	5213	5807

certains moyens permettant de prolonger la vie, comme les greffes de moelle épinière et les pontages pour n'en citer que quelques uns, pourraient venir compléter ce système de base. Dans ce dernier cas aussi, il serait judicieux de faire varier la franchise avec l'âge. Néanmoins, il conviendrait de ne pas perdre de vue que le recours à ces moyens est très rare et qu'une franchise élevée ne s'impose donc pas.

Moyens destinés à ralentir le progrès technique dans la médecine

Etant donné que le progrès technique contribue de façon significative à l'augmentation des dépenses de santé, on peut penser à juste titre qu'un ralentissement du progrès technique permettrait de faire des économies dans ce secteur. En supposant qu'il est possible de mettre un frein au progrès technique sans préjudice, il reste à savoir comment y procéder sans restriction. L'une des solutions consiste à offrir aux personnes contractant une assurance un contrat assorti de clauses qui énoncent de manière détaillée les techniques médicales auxquelles le patient peut ou ne peut pas recourir pour un diagnostic donné. Si les assurés sont disposés à payer le prix d'une telle police, le problème semble résolu.

En Suisse, les polices d'assurance proposent trois types de contrats pour les traitements avec hospitalisation: il s'agit des contrats généraux, semi-privés et privés. Si cette différenciation porte essentiellement sur la qualité de l'hébergement et des soins à l'hôpital (on parle des 'frais de séjour) et sur l'étendue de la protection dont bénéficie l'assuré, elle régleme aussi en partie le recours à des spécialistes. Dans certains cas particuliers, cette réglementation peut interdire l'accès à des techniques médicales données; c'est par exemple le cas lorsque très peu de spécialistes maîtrisent ces techniques ou lorsque les infrastructures nécessaires à leur utilisation font défaut dans les collectivités territoriales des patients concernés. Il serait envisageable de procéder à une plus grande différenciation de ces contrats et, par exemple, de régler l'accès aux techniques chirurgicales de pointe. Si ce système permettait d'aboutir à une réduction significative des primes, il n'est pas à exclure que la demande de tels contrats viendrait à augmenter. Pourtant, les expériences conduites aux Etats-Unis avec des HMOs font planer quelques doutes quant à la disposition des assureurs à accepter de telles restrictions. S'il est vrai que les HMOs seraient en mesure de proposer des contrats qui prévoient un recours moins systématique à des technologies médicales très performantes, il n'en demeure pas moins que ces contrats ne sont guère demandés et que l'évolution des coûts des HMOs correspond de ce fait à celle des compagnies d'assurance classiques.

On peut toutefois formuler l'objection suivante: les Etats-Unis ont un droit de responsabilité strict qui empêche les HMOs de concevoir des contrats limitant l'accès aux tech-

nologies médicales. En effet, les HMOs s'exposeraient ainsi au risque trop grand de se voir finalement contraintes, par voie de justice, à financer les technologies médicales avancées. Dans les pays européens, le système de responsabilité du fait du produit n'est pas aussi sévère. Il y a donc plus de chances non seulement de pouvoir y conclure des contrats prévoyant une utilisation limitée des techniques médicales, mais aussi de pouvoir les imposer.

Nous résumons notre propos dans la *seconde conclusion*:

Il existe des solutions de rechange à des mesures de restriction en santé publique, comme des primes qui tiennent compte des risques, un système de franchise en fonction de l'âge et une franchise liée au diagnostic. Il faut s'attendre à ce que les polices d'assurance cherchent à enrayer les répercussions du progrès technique sur les coûts en limitant nettement le recours à des technologies médicales particulièrement onéreuses.

Eine gesundheitsökonomische Analyse des Alterungsprozesses: Hauptergebnisse des Forschungsprojektes in Thesenform

Peter Zweifel und Stefan Felder

1) Sowohl Qualität und Länge des Lebens als auch die Aufteilung der Lebensspanne in Ausbildungs-, Erwerbs- und Ruhestandsphase sind nicht nur auf exogene Einflüsse zurückzuführen, sondern auch Ausdruck individueller Entscheidungen. Eine wichtige Rolle spielen dabei das Einkommen, die Opportunitätskosten der Zeit, die Preise für Ausbildungs- und medizinische Leistungen sowie die Verfügbarkeit, Prämien und Leistungen allfälliger Versicherungen.

2) Die drei Aktiva Fähigkeiten, Gesundheit und finanzielles Vermögen müssen vom Individuum simultan in sein Entscheidungskalkül einbezogen werden. Diese drei Aktiva beeinflussen sich gegenseitig im Zuge des Alterungsprozesses und unterliegen nicht nur systematischen, sondern auch zufälligen Einflüssen. Obwohl Fähigkeiten und Gesundheit nicht marktfähig sind, lässt sich ihre Steuerung in Analogie zur Verwaltung eines Portfolios mit risikobehafteten Wertpapieren interpretieren.

3) Die Fähigkeiten einer Person lassen sich als ein Kapitalgut behandeln, das durch Investitionen aufgestockt werden kann, deren Erträge jedoch erst in der Zukunft anfallen. Diese Erträge sind umso grösser, je länger die Erwerbsphase dauert. Aus diesem Grund lohnt es sich, die Investitionen in möglichst jungen Jahren vorzunehmen.

4) Die neoklassische Theorie liefert eine ökonomische Begründung für die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern, falls sich diese durch unterschiedliche Produktivitäten im Markt- und Haushaltsbereich auszeichnen. Da die Opportunitätskosten eines Erwerbsunterbruchs umso höher sind, je schneller sich einmal erworbene Fähigkeiten entwerten, verhalten sich Frauen, welche familienbedingt einen Unterbruch planen, rational, wenn sie sich für einen Beruf entscheiden, der nicht so stark dem technischen Wandel unterworfen ist.

5) Austauschbeziehungen zwischen den Generationen können auch dann zum Vorteil des Jüngeren ausfallen, wenn die ältere Person pflegebedürftig ist. Es genügt, dass ihr relativer Produktivitätsnachteil in einer in Frage kommenden Tätigkeit geringer ausfällt als in allen anderen. Damit wird eine allfällige altruistische Motivation der jungen Generation zur Pflege durch eine egoistische ergänzt.

6) Im Rahmen ökonomischer Modelle (Grossmann-Modell) lässt sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausbildung und der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und eine positive Korrelation zwischen dieser Nachfrage und dem Lohnsatz einer Person ableiten. Eine empirische Überprüfung mit Hilfe der Längsschnittdaten von Versicherten der Krankenkasse KKB bestätigt diese Hypothese nicht. Hingegen können Alter, Geschlecht, Wohnsituation sowie Gesundheitsverhalten als wichtige Bestimmungsgründe der Nachfrage nach medizinischen Leistungen nachgewiesen werden.

7) Die Untersuchung von Krankenpflegekosten in den letzten zwei Lebensjahren von verstorbenen Mitgliedern der Krankenkassen KKB und Helvetia zeigen einen deutlichen Anstieg der Kosten zum Todeszeitpunkt hin, besonders bei den unter 65jährigen. Diese Beobachtung ist vereinbar mit der kapitaltheoretischen Sicht, wonach zwischen der Nachfrage nach lebenserhaltenden medizinischen Leistungen und dem Sterberisiko ein positiver Zusammenhang besteht, der speziell bei jüngeren Patienten ausgeprägt sein sollte. Auch lassen sich signifikant höhere Sterbekosten für Patienten mit Versicherungsdeckung für die halb- oder private Spitalabteilung nachweisen.

8) Die Ergebnisse einer ökonometrischen Untersuchung der Sterbekosten stützt zudem die Vermutung, dass der Zusammenhang von Alter und Gesundheitskosten kaum mit dem absoluten Alter, sondern vielmehr mit der Restlebenszeit zu tun hat. Da die Zahl jener, die in den letzten beiden Lebensjahren stehen, nur sehr langsam zunimmt, dürften sich die eigentlichen Horrorszenarien, die als Folge der demographischen Alterung eine Explosion der Gesundheitsausgaben prognostizieren, im nachhinein als falsch erweisen.

9) Eine schriftliche Befragung von Mitgliedern der Krankenkasse Helvetia für das Jahr 1993 ergab aufgrund subjektiver persönlicher Angaben eine Pflegequoten von ca. 5% bei den über 65jährigen. Eine Überprüfung dieser Angaben auf der Grundlage ausgewählter Kriterien der Pflegebedürftigkeit einerseits und statistischer Analysen der Versichertendaten andererseits ergibt, dass die Pflegequote bei den über 65jährigen bei 5.5% liegt. Diese Quote wird durch eine Untersuchung der Daten einer Stichprobe von Versicherten der Basler-Versicherungsgesellschaft bestätigt.

10) Der private Markt für Pflegeversicherungen ist nur sehr wenig entwickelt. Das dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass eine Mehrheit der Bevölkerung damit rechnet, im Pflegefall vom Staat mittels der Ergänzungsleistungen der AHV für die hohen Kosten der Pflege entschädigt zu werden. Eine wichtige Rolle könnten aber auch strategische Überlegungen der Eltern im Hinblick auf eine Übernahme von Pflegeleistungen durch die Kinder spielen. Wenn eine Pflegeversicherung fehlt, hängt die Höhe der potentiellen Erbschaft vom Verhalten der Kinder ab, so dass diese einen Anreiz haben, sich den Interessen der Eltern entsprechend zu verhalten.

11) Ein Gutscheinsystem zur Deckung der Pflegekosten von finanziell benachteiligten Personen wäre effizienter als die heute bestehende Subventionierung der Pflegeinstitutionen. Mit einem Gutscheinsystem lassen sich die Mittel gezielt einsetzen, die Funktionsfähigkeit des Marktes für private Pflegeversicherung verbessern und den fatalen, aus dem Gesundheitswesen bekannten Zusammenhang zwischen bisherigen Kosten und zu erwartenden Subventionen brechen.

12) Es gibt Alternativen zur Rationierung im Gesundheitswesen. Hohe Kosten der medizinischen Versorgung von Patienten in den letzten Monaten vor dem Tod lassen sich tendenziell über einen nach dem Alter differenzierten Selbstbehalt senken. Eine Eindämmung der im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts auftretenden Kosten ist von Versicherungspolicen zu erwarten, die gegen einen Prämienrabatt den Einsatz bestimmter medizinischer Technologien ausschliessen.

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

Interfakultäres Zentrum für Gerontologie, Universität Genf

Die Gesundheit der älteren Bevölkerung in Genf und dem Zentralwallis 1979–1994: markante Verbesserungen

Im Rahmen des NFP 32 gelang es dem Interfakultären Zentrum für Gerontologie an der Universität Genf (Leitung: Prof. Dr. Christian Lalive d'Epinay) eine 1979 durchgeführte Studie für das Jahr 1994 zu wiederholen. Die Befragungen von 1979 und 1994 beziehen sich auf eine repräsentative Stichprobe der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) in Privathaushaltungen. Durchgeführt wurden beide Befragungen jeweils in zwei Regionen (Genf, Zentralwallis). Da in beiden Studien die gleichen Methoden verwendet wurden, sind ihre Ergebnisse vergleichbar. Damit bestehen für die Schweiz erstmals genauere Angaben über die Veränderungen im Gesundheitszustand älterer Menschen während der letzten 15 Jahre.

«Funktionale» Gesundheit: Ältere Menschen mit Behinderungen und funktionalen Einschränkungen

In welchem Ausmass ermöglicht der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand einer Person, alltägliche Aufgaben noch zu bewältigen? Die «funktionale Gesundheit» bezieht sich auf den Einfluss der gesundheitlichen Situation einer Person auf das alltägliche «Funktionieren». Um diesen Aspekt der Gesundheit zu erfassen, werden meist Skalen verwendet, die Auskunft über das Alltagsverhalten geben (z. B. «Activity of daily life» ADL-Skala).

Auf der Grundlage der Forschungsliteratur wurden acht Aktivitäten erfragt. Die vier ersten Aktivitäten beziehen sich auf grundlegende Alltagstätigkeiten von Personen in ihrer Wohnung. Die vier letzten Aktivitäten beziehen sich auf Einschränkungen der Mobilität älterer Menschen.

vgl. Tabelle 1 Seite 35

Tabelle 1 zeigt den Anteil von Personen, die diverse Aktivitäten entweder nicht allein oder nur mit Schwierigkeiten zu bewältigen vermögen. Tabelle 2 fasst die Ergebnisse zusammen. Dabei wurden folgende Definitionen benützt:

– Als «unabhängig» wird eine Person definiert, die allein und ohne Schwierigkeiten alle in Tabelle 1 aufgeführten Aktivitäten ausüben kann.

– Als «funktional eingeschränkt» werden Personen de-

vgl. Tabelle 2 Seite 35

Tabelle 1 **Anteil behinderter oder in ihrer Mobilität eingeschränkter Personen in Genf und dem Zentralwallis:
Vergleich 1979 und 1994**

%-Anteil der Personen, die aufgeführte Tätigkeit nicht ohne Schwierigkeiten oder nicht ohne Hilfe ausüben können:

	65 Jahre und älter			80 Jahre und älter		
	1994	Diff. 1979-94	Diff. sign.	1994	Diff. 1979-94	Diff. sign.
Basisaktivitäten						
sich waschen und pflegen	10%	-3%	.001	25%	-5%	.05
essen/Nahrung zerschneiden	4%	-2%	.05	11%	-3%	ns
sich anziehen/ausziehen	8%	-2%	.001	19%	-4%	ns
sich schlafen legen/aufstehen	7%	-2%	.01	18%	-3%	ns
Mobilität						
sich von einem Zimmer ins andere bewegen	7%	-4%	.001	20%	-4%	ns
sich ausserhalb der Wohnung bewegen	14%	-5%	.001	34%	-5%	.01
mindestens 200 Meter zu Fuss gehen	14%	-7%	.001	36%	-9%	.01
Treppen auf- und runtersteigen	20%	-5%	.001	41%	-2%	ns

Tabelle 2 **Anteil älterer Menschen, die unabhängig, funktional eingeschränkt oder abhängig sind.
Genf und Zentralwallis: Vergleich 1979-1994**

% - Anteil	65 Jahre und älter		80 Jahre und älter	
	1994	Diff. 1979-94	1994	Diff. 1979-94
abhängig (behindert)	12%	0%	29%	-1%
funktional eingeschränkt	13%	-7%	23%	-2%
unabhängig	75%	+7%	48%	+3%
	Diff. sign.			ns
		.001		

finiert, die zumindest eine der aufgeführten Tätigkeiten nur mit Schwierigkeiten allein ausüben vermögen (und die deshalb möglicherweise daran sind, ihre Unabhängigkeit einzubüssen).

– Als «abhängig» bzw. «behindert» gelten alle Personen, die mindestens für eine der Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen sind.

1994 erweist sich nur eine Minderheit (eine Person auf zehn) der älteren Menschen im Alter von 65 Jahren und älter in der Ausübung einer grundlegenden Alltagsaktivität als eingeschränkt. Aber eine von sieben Personen ist auf ihre eigene Wohnung beschränkt, und für jeden fünften älteren Menschen bilden Treppen ein gewichtiges Hindernis.

Der Anteil der Personen mit entsprechenden Schwierigkeiten verdoppelt sich im vierten Lebensalter (80 Jahre und mehr): die Daten bestätigen das Ausmass von Behinderungen, mit denen viele hochbetagte Menschen im Alltagsleben konfrontiert werden. Bei den über 80jährigen Menschen sind drei von zehn Personen behindert, weitere zwei sind daran, ihre Unabhängigkeit zu verlieren. Fast die Hälfte der über 80jährigen Menschen ist auf Hilfe angewiesen. Dies weist auf die enormen Hilfsbedürfnisse hin, die im vierten Lebensalter allein bei der Bewältigung elementarer Alltagstätigkeiten entstehen.

Verglichen mit der Zeit vor 15 Jahren hat sich allerdings die gesundheitliche Situation älterer Menschen klar verbessert. Bei allen Alltagsaktivitäten zeigt sich eine bemerkenswerte Reduktion des Anteils älterer Menschen (65 Jahre und mehr), die entsprechende Alltagsaufgaben nur mit Schwierigkeiten oder nicht mehr allein bewältigen können.

Die Tendenzen verlaufen selbst bei den über 80jährigen Personen in die gleiche Richtung. Der Anteil hochbetagter Menschen, die sich nicht mehr selbst waschen und pflegen können, ist um gut 20% gesunken, und Mobilitätseinschränkungen haben sich um 15–20% reduziert.

Die Angaben in Tabelle 2 illustrieren ebenfalls, dass sich zwischen 1979 und 1994 der Anteil physisch unabhängiger älterer Menschen substantiell erhöht hat. Allerdings impliziert dies nicht eine Reduktion des Anteils abhängiger bzw. behinderter älterer Menschen, sondern verringert hat sich vor allem der Anteil älterer Menschen in der mittleren Kategorie (Personen mit funktionalen Einschränkungen und erhöhtem Risiko, abhängig zu werden).

Zur Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Situation

Die befragten Personen wurden unter anderem aufgefordert, selbst ihre Gesundheit einzuschätzen. Die Frage lautete wie folgt: Alles in allem, wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein? Würden Sie ihn als «sehr gut», «gut», «zufriedenstellend», «eher schlecht» oder «schlecht» bezeichnen. Die beiden ersten und die beiden letzten Antwortkategorien wurden für die Auswertung zu «gut» bzw. «schlecht» zusammengefasst

vgl. Tabelle 1 Seite 35

vgl. Tabelle 3 Seite 37

Tabelle 3

Selbsteingeschätzte Gesundheit, 1979–1994

	Alle Befragten (65 Jahre und mehr)		Nur Befragte im Alter von 80 Jahren und mehr	
	1979	1994	1979	1994
Einschätzung der eigenen Gesundheit als				
gut	47%	55%	44%	51%
zufriedenstellend	34%	37%	34%	35%
schlecht	19%	8%	22%	14%
	Diff. sign.			
		.001		.05

Beim Vergleich der Antworten der über 80jährigen Befragten mit den Antworten der älteren Bevölkerung insgesamt zeigt sich ein eher überraschendes Ergebnis: Die selbsteingeschätzte Gesundheit der ältesten Personen unterscheidet sich nur schwach von der Selbsteinschätzung aller befragten älteren Menschen. 1979 schätzten die Hochbetagten ihre Gesundheit nur zu 3% häufiger als schlecht, 1994 waren es 6%. Dabei sind hochbetagte Menschen – wie aufgezeigt wurde – deutlich häufiger von physischen Beschwerden und funktionalen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten betroffen.

Während somit die objektive Gesundheitsbilanz der 80jährigen und älteren Menschen deutlich problematischer ist als diejenige der jüngeren Rentner/innen, liegt die selbsteingeschätzte Gesundheit der Hochbetagten recht nahe bei derjenigen jüngerer Altersgruppen, und dies sowohl 1979 als auch 1994.

Diese überraschenden Ergebnisse bestätigen eine in der Gesundheitsforschung bekannte Tatsache: Die subjektive Evaluation der Gesundheit einer Person basiert nicht auf absoluten Gesundheitsstandards, sondern sie bezieht sich auf altersbezogene Normen. Das heisst, die eigene Gesundheit wird mit Bezug auf die Gesundheit gleichaltriger Personen verglichen und evaluiert («Ich fühle mich im Vergleich, was für mein Alter erwartbar ist, gesund»). Während sich die physische Gesundheit – gemessen an objektiven Messgrössen – mit steigendem Alter deutlich verschlechtert, verändert sich die selbsteingeschätzte Gesundheit weniger, auch weil sich die gesundheitlichen Erwartungen mit steigendem Alter reduzieren.

Im Vergleich der beiden Zeitpunkte (1979 und 1994) wird deutlich, dass der Anteil älterer Menschen sank, die ihre eigene Gesundheit als schlecht einschätzen. Umgekehrt ist der Anteil älterer Menschen angestiegen, die ihre Gesundheit als gut erachten. Die entsprechenden Unterschiede sind für beide Alterskategorien statistisch signifikant.

In der Bevölkerung der 65jährigen und älteren Menschen hat sich der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als schlecht bewerten, um mehr als 50% reduziert. Selbst bei den 80jährigen und älteren Menschen sank der entsprechende Anteil um gut einen Drittel. Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, und sie deuten an, dass sich die subjektive Gesundheits einschätzung sogar noch positiver entwickelt hat als der objektive Gesundheitszustand. Sowohl die Realität als auch die Vorstellung der Realität scheinen sich verbessert zu haben. Gemäss der wissenschaftlichen Literatur bezieht die selbsteingeschätzte Gesundheit nicht nur das eigene Alter ein, sondern sie wird auch durch das allgemeine seelisch-geistige Wohlbefinden («Moral») einer Person beeinflusst. Personen mit guter «Moral» tendieren dazu, ihre gesundheitlichen Probleme besser zu bewältigen, wie umgekehrt das seelisch-geistige Wohlbefinden sich auf die weitere Entwicklung von Krankheiten auswirkt.

Es lässt sich somit aufgrund der Resultate festhalten, dass sich auch die «Moral» der älteren Bevölkerung – ihre Lebensfreude usw. – in den letzten fünfzehn Jahrzehnten verbessert hat.

Folgerungen

Grosser Umfang der Hilfsbedürfnisse

Auch wenn es falsch ist, Alter und selbst viertes Lebensalter mit Krankheit und Behinderungen gleichzusetzen, ist es dennoch wahr, dass unsere älteren Mitmenschen eine Bevölkerungsgruppe sind, die aufgrund ihres Alters verstärkte gesundheitliche Einschränkungen in Kauf nehmen müssen. Drei von zehn Rentner/innen, und die Hälfte der Hochbetagten, leiden unter spezifischen Beschwerden und sind deshalb auf medizinische Behandlung angewiesen. Ein Viertel der Rentner/innen und die Hälfte der Hochbetagten in Privathaushaltungen können zumindest eine zentrale Alltagstätigkeit nur noch mit Mühe oder nicht mehr allein erledigen.

Daraus ergibt sich ein beträchtliches Potential an Hilfsbedürfnisse, sowie an Solidarität anderer Generationen gegenüber älteren Mitmenschen; Menschen, die insgesamt jedoch ihre geistig-seelische «Lebenskraft» weitgehend beibehalten. Selbst bei den ältesten Frauen und Männer bezeichnet sich nur eine kleine Minderheit eigentlich als «krank».

Aber auch markante Verbesserungen

Es werden zwar weiterhin enorme Hilfsbedürfnisse sichtbar, aber der Vergleich mit der Situation vor fünfzehn Jahren lässt eine deutliche Verbesserung erkennen. Insgesamt hat sich der Anteil der behinderten oder funktional eingeschränkten älteren Menschen um 20% verringert. Der Anteil der älteren Menschen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen, ist sogar um mehr als die Hälfte (58%) zurückgegangen. Dies weist darauf hin, dass die Einschätzung älterer Menschen gegenüber ihrem eigenen Leben sich tiefgreifend gewandelt hat, und im Gegensatz zu weit verbreiteten Vorstellungen, haben ältere Menschen heute eine bessere «Moral», fühlen sich sicherer und schätzen ihr Leben positiver ein als dies früher der Fall war.²

Handelt es sich hier tatsächlich um eine Verbesserung oder sind wir nur Opfer einer Illusion? Tatsächlich handelt es sich bei der hier untersuchten Bevölkerung um eine «ausgewählte Gruppe», nämlich diejenigen älteren Menschen, die in Privathaushalten leben. Könnte es sein, dass die beobachteten Verbesserungen einfach daraus resultieren, dass die Zahl der älteren Menschen, die in Pflegeheimen oder anderen sozialmedizinischen Einrichtungen leben, angestiegen ist?

2 Dieser Punkt wird auch durch eine ganze Reihe anderer Ergebnisse gestützt.

Eine Überprüfung ergibt, dass in der untersuchten Periode (1979–1994) die beiden Regionen zwar einen zunehmenden Anteil älterer Menschen in Alters- und Pflegeinstitutionen erfuhr, aber dieser Anstieg – in der Grössenordnung von 1.5% (Zentralwallis) und 1.8% (Genf) – liegt deutlich unterhalb der festgestellten Verbesserungen. Zudem ist zu beachten, dass sich die steigende Zahl von Alters- und Pflegeheiminsassen ausschliesslich auf Hochbetagte beschränkt (der Anteil älterer Menschen im dritten Lebensalter, die in solchen Einrichtungen leben, hat sich verringert).

Deswegen lassen sich eindeutig folgende Folgerungen treffen:

- bezogen auf alle älteren Menschen (65 Jahre und älter) sind die hier festgestellten gesundheitlichen Verbesserungen unzweifelhaft.

- bezogen auf Menschen im vierten Lebensalter (80 Jahre und älter) – und bei Berücksichtigung derjenigen, die in Alters- und Pflegeeinrichtungen – wohnen – ist die funktionale Gesundheit relativ stabil geblieben (obwohl sich das Durchschnittsalter inzwischen wesentlich erhöht hat). Die selbst eingeschätzte Gesundheit ihrerseits hat sich auch bei dieser Gruppe deutlich verbessert.

Selbst unter Berücksichtigung aller älterer Menschen (diejenigen, die zuhause leben und diejenigen, die in Alters- und Pflegeeinrichtungen wohnen), ist das Ergebnis bemerkenswert, da sich Befürchtungen nicht bestätigt haben, dass sich mit der Verlängerung der Lebenserwartung bzw. eines erhöhten Anteils hochbetagter Menschen die gesundheitliche Bilanz verschlechtert.

Die Gründe für die verbesserte gesundheitliche Lage

Welches sind die Gründe für diese an und für sich positive Entwicklung?

- 1) Der erste Faktor, der vor allem für die langfristige Entwicklung relevant ist, ist mit der Geschichte der Schweiz und der untersuchten Regionen im Verlaufe des 20. Jahrhunderts verbunden. Die 1979 untersuchte ältere Generation verbrachte sowohl ihre Kindheit als auch ihr späteres Leben während den «harten Jahren» des Jahrhunderts (Kriegs- und Krisenzeiten). In Genf entstammte ein Drittel der Arbeiterklasse oder der Bauernschaft, in Wallis war es sogar die Hälfte; mit allen Konsequenzen, die harte körperliche Arbeit für die Gesundheit im Alter bedeutet. Die 1994 untersuchte Generation hat früher und stärker von den nach 1950 erfolgten sozialen und wirtschaftlichen Besserstellungen (inkl. Ernährung, Komfort, Hygiene, Prävention, gesundheitliche Versorgung) profitiert.

In den letzten Jahrzehnten haben sich zudem folgende Veränderungen ergeben:

- 2) Einige neuere medizinische Entwicklungen – wie z. B. im Bereich der Orthopädie und bei den Augenoperatio-

nen – verhindern funktionale Einschränkungen (Mobilität, Sicht) auch im hohen Alter. Damit erhält das Leben im Alter mehr Qualität.

3) In den letzten Jahrzehnten wurde das Netz der häuslichen Pflege und Betreuung enger geknüpft, wobei professionelle Helfer/innen die familiäre Hilfe und Pflege unterstützen. Im Gegensatz zu einer weitverbreiteten fixen Idee, hat sich zudem die Solidarität zwischen Angehörigen und Freunden keineswegs aufgelöst. Nicht allein im Wallis, aber auch in einer säkularisierten Grossstadt wie Genf, sind die familialen Netzwerke von hoher Beständigkeit.

Quelle: CIG-Medi'Age, Spécial Recherche, Nr. SR-3, 1997

Vgl. auch: Lalive d'Épinay, Christian; Michel, Jean-Pierre et al. (1996) Santé de la population âgée à Genève: Une comparaison de l'état de santé fonctionnelle, psychique et auto-évaluée en 1979 et en 1994, *Medicine & Hygiène*, 54: 2145-2152.

La santé de la population âgée: 1979–1994: L'embellie!

Dans le cadre de l'étude «Autonomie de la personne vieillissante et environnement socio-culturel» – sous direction du Prof. Christian Lalive d'Epina y – il a été possible de répéter en 1994 une étude réalisée en 1979 dans deux régions (Genève et Valais central). En 1979, 1 608 personnes de 65 ans et plus ont participé, 1994 2 160 personnes de 60 ans et plus ont été sélectionner. De ce fait, pour la première fois en Suisse, on connaît avec précision les changements survenus en quinze ans dans la santé et dans les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile.

La santé «fonctionnelle»: personnes handicapées, fragiles et indépendantes

Dans quelle mesure, l'état de santé d'une personne lui permet-elle d'assumer les tâches de base de la vie quotidienne? La santé fonctionnelle désigne l'impact de l'état de santé d'une personne sur son «fonctionnement» quotidien. Pour la mesurer, on utilise les plus souvent les échelles dites d'activités de vie quotidienne (AVQ ou AIVQ). En nous basant sur la littérature scientifique, nous avons retenu de ces échelles huit activités, les quatre premières concernant les activités vitales qui s'accomplissent à l'intérieur du domicile, les quatre dernières évaluant le degré de confinement de la personne âgée.

La question vise à savoir si la personne accomplit l'activité:

- seule, sans difficulté
- seule, mais avec difficulté
- ne peut pas l'accomplir seule.

voir tableau no. 4 page 43

Dans le tableau no 4, on recense les personnes qui soit ne peuvent pas accomplir l'acte, soit le peuvent, mais avec difficulté.

voir tableau no. 5 page 43

Dans le tableau no 5, les définitions suivantes sont adoptées:

– est *indépendante* une personne qui peut accomplir seule, sans difficulté, toutes les activités dénombrées dans le tableau no 4.

– est *fragile*, ou *en perte d'indépendance*, une personne qui a de la peine à accomplir seule au moins une de ces activités.

– est *dépendante*, ou *handicapée*, toute personne qui ne peut pas accomplir seule au moins une de ces activités.

En 1994, seule une minorité (une personne sur dix ou moins) de personnes âgées (65 ans et plus) est handicapée dans l'accomplissement d'une activité domestique de base. Mais une sur sept tend à être confinée à domicile et, pour une sur cinq, affronter un escalier est un obstacle majeur. Ces proportions font plus que doubler dans la population du quatrième âge

Tableau no. 4 **Personnes (%) handicapées ou en perte d'indépendance, par activité et selon deux catégories d'âge: 1979 et 1994 (Genève et Valais central)**

	65 ans et plus			80 ans et plus		
	1994	Diff. 1979-94	Diff. sign.	1994	Diff. 1979-94	Diff. sign.
Activités de base						
faire sa toilette complète	10%	-3%	.001	25%	-5%	.05
manger et couper ses aliments	4%	-2%	.05	11%	-3%	ns
s'habiller, se déshabiller	8%	-2%	.001	19%	-4%	ns
se coucher, se lever	7%	-2%	.01	18%	-3%	ns
Mobilité/confinement						
se déplacer d'une pièce à l'autre	7%	-4%	.001	20%	-4%	ns
se déplacer à l'extérieur du logement	14%	-5%	.001	34%	-5%	.01
parcourir au moins 200 m à pied	14%	-7%	.001	36%	-9%	.01
Monter et descendre un escalier	20%	-5%	.001	41%	-2%	ns

Tableau no. 5 **Personnes (%) indépendantes, en perte d'indépendance, et dépendantes, selon deux catégories d'âge, 1979 et 1994 (Genève et Valais central)**

Personnes (%)	65 ans et plus		80 ans et plus	
	1994	Diff. 1979-94	1994	Diff. 1979-94
dépendantes (handicapées)	12%	0%	29%	-1%
en perte d'indépendance (fragile)	13%	-7%	23%	-2%
indépendantes	75%	+7%	48%	+3%
	Diff. sign.			
		.001		ns

(80 ans et plus). Les données mettent en évidence le haut niveau d'entraves dans la vie quotidienne dont souffrent les personnes du grand âge. Parmi les personnes de plus de 80 ans, trois sur six sont handicapées, deux autres sont en perte d'indépendance. Au total une sur deux dépend d'autrui. On a là une mesure claire du volume d'aide qui, sur le plan purement instrumental, doit être apportée aux personnes du quatrième âge afin de répondre à leurs besoins quotidiens les plus vitaux.

Et pourtant, comparé avec la santé fonctionnelle d'il y a 15 ans, la situation s'est nettement améliorée. On relève sur toutes les activités une réduction notable, allant de 25 à 35% selon l'activité, des personnes âgées (65 ans et plus) affectées. Les tendances sont les mêmes parmi les personnes de plus de 80 ans et, malgré les limites de l'échantillon, elles signalent parmi elles une diminution d'environ 20% de celles qui ne peuvent accomplir leur toilette et de 15 à 20% de celles qui souffrent de confinement.

Le tableau no 5, qui synthétise l'information, montre que, de 1979 à 1994, la proportion de personnes âgées indépendantes a connu une nette progression. Toutefois, cette embellie n'a pas impliqué une diminution des personnes handicapées, mais de la catégorie intermédiaire composée de celles qui sont proches de la perte de leur indépendance.

L'état de santé, tel que l'évalue la personne âgée elle-même

On demandait également à la personne interviewée d'évaluer elle-même sa santé.

voir tableau no. 6 page 45

Alors que, comme on l'a vu, le bilan objectif de santé présenté par les personnes de 80 ans et plus est nettement plus préoccupant que celui de la population âgée en général, l'évaluation que les plus âgés font de leur santé est, somme toute, très proche de l'évaluation générale et cela tant en 1979 qu'en 1994.

Ces résultats surprenants confirment pourtant un fait connu dans la recherche: l'évaluation qu'une personne fait de sa santé n'est pas opérée selon une norme absolue de santé, mais selon ce qu'elle pense être un bon état de santé pour son âge. Alors que la santé physique, mesurée selon des indicateurs objectifs, se dégrade fortement avec l'âge, l'autoévaluation de la santé ne bouge guère, car les attentes que l'on a à son égard diminuent avec l'âge atteint.

Si maintenant on compare les résultats de 1994 à ceux de 1979, retenons tant la diminution relative des personnes qui jugent leur santé mauvaise que l'augmentation de celles qui l'estiment bonne; ces différences sont statistiquement significatives dans les deux catégories d'âge.

Dans la population âgée totale, les personnes qui s'estiment en mauvaise santé ont diminué de plus de moitié et d'un fort tiers parmi les aînés de 80 ans et plus. Ces résultats sont

Tableau no. 6 **Santé autoévalué, 1979–1994**

	65 ans et plus		80 ans et plus	
	1979	1994	1979	1994
Tout compte fait, comment évaluez-vous votre état de santé?				
Diriez-vous qu'il est				
très bon/bon	47%	55%	44%	51%
satisfaisant	34%	37%	34%	35%
plutôt mauvais/mauvais	19%	8%	22%	14%
	Diff. sign.			
		.001		.05

remarquables. Ainsi, l'embellie est encore plus marquée dans le domaine subjectif que sur le plan objectif, dans l'idée que les aînés se font de leur santé que dans leur santé réelle. Ne concluons pas trop vite à un effet d'illusion. Selon la recherche gérontologique, l'autoévaluation non seulement tient compte de l'âge, mais est aussi influencée par le moral de l'évaluateur. Les personnes qui ont un bon moral tendent à mieux accepter leurs difficultés de santé que les autres. Or, le moral a une influence positive sur le développement de la maladie.

On peut donc induire des résultats que le moral de la population âgée – donc le plaisir de vivre, s'est fortement amélioré au cours des quinze dernières années.

Conclusion

S'il est faux d'associer vieillesse, et même quatrième âge, à la maladie et handicap, il est bien vrai que nos aînés constituent une population que l'âge rend de plus en plus fragile. Le bilan laisse apparaître d'énormes besoins, mais la comparaison avec la situation de quinze ans en arrière fait apparaître une réelle amélioration. Globalement, la proportion des personnes âgées handicapées ou fragiles a diminué de 20%, celle des aînés qui s'estiment en mauvaise santé de plus de moitié (58%). Ce dernier fait indique que, contrairement à une idée répandue, les personnes âgées ont un meilleur moral, se sentent plus en sécurité et estiment vivre dans de meilleures conditions aujourd'hui que ce n'était le cas hier.

Mais s'agit-il vraiment d'une embellie ou serions-nous victimes de quelque mirage? En effet, la population étudiée est constituée par l'ensemble des personnes qui vivent dans un domicile privé. L'amélioration enregistrée pourrait-elle résulter simplement de l'augmentation du nombre d'aînés vivant dans des établissements médico-sociaux et autres foyers?

Dans la période considérée, les deux régions connaissent une augmentation de la population âgée en pension, mais celle-ci, de l'ordre de 1.5% en Valais Central et de 1.8% à Genève, est bien inférieure à l'embellie constatée. Compte tenu cependant de ce que cette augmentation est causée exclusivement par des personnes du quatrième âge (la proportion de personnes du troisième âge résidant en pension ayant diminué), on peut conclure ainsi:

- sur l'ensemble de la population âgée (65 ans et plus), l'embellie constatée est bien réelle.
- dans la seule population du quatrième âge, compte tenu des personnes en pension, le bilan de santé fonctionnelle est resté relativement stable, le bilan de l'état de santé auto-évalué s'étant, pour sa part, nettement amélioré.

Même ainsi nuancé, le résultat est très appréciable, car il était à craindre qu'avec l'allongement de la vie, partant l'augmentation de la part des personnes du quatrième âge, on assisterait à une dégradation d'ensemble du bilan de santé.

Quelles sont les causes de cette évolution positive?

1) La première, qui porte sur le long terme, est liée à l'histoire de la Suisse en général et des régions concernées au cours de ce siècle. La génération étudiée en 1979 avait grandi et traversé une bonne partie de sa vie dans les années dures de la première moitié du siècle; les représentants des classes manuelles – ouvriers et agriculteurs – en constituaient le tiers à Genève, la moitié en Valais central, avec tout ce que cela suppose de traces accumulées dans le corps. La génération rencontrée en 1994 a profité plus vite de la transformation des conditions de vie survenue après le milieu du siècle qui a entraîné une élévation des niveaux et des styles de vie (alimentation, confort, hygiène, prévention, soins médicaux).

Le causes suivantes sont intervenues au cours des dernières décennies:

2) Certains développements récents de la médecine, par exemple dans les domaines de l'orthopédie et de la chirurgie oculaire, suppriment des handicaps (mobilité, vue) jusque dans le grand âge et rajoutent de la vie aux années.

3) La toile des réseaux d'aide à domicile a été tissée au cours des décennies passées, ses agents complétant l'aide apportée par les familles et par l'entourage. De plus, contrairement à une idée répandue, la solidarité dans les familles comme celle de l'entourage est loin de se relâcher, non seulement dans un Valais dont on connaît la solidité des structures familiales, mais aussi dans une métropole laïque comme Genève.

Source: CIG-Medi'Age, Spécial Recherche, Nr. SR-3, 1997

Pour plus de détails: Lalive d'Epinay, Christian; Michel, Jean-Pierre et al. (1996) Santé de la population âgée à Genève: Une comparaison de l'état de santé fonctionnelle, psychique et auto-évaluée en 1979 et en 1994, *Medicine & Hygiene*, 54: 2145–2152.

Bisherige Publikationen im Rahmen des NFP 32 zu Fragen der Gesundheit im Alter Publications résultants du PNR 32 sur les questions de santé

Buchpublikationen und publizierte Berichte/Livres et autres publications (working papers etc.)

- Hagmann, H.-M.; Fragnière, J.-P. (eds.) (1997) *Le maintien à domicile. Etat des lieux et perspectives*, Lausanne: Réalités Sociales.
- Krings, F. (1995) *Sportliche Aktivität und Wohlbefinden im Alter*, Lizentiatsarbeit, Universität Basel: Psychologisches Institut.
- Masson, J.-C.; Hainard, F.; Gabus, J.-C. (1995) *Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude expérimentale de techniques au service de personnes âgées dépendantes*, Cahier de l'ISSP, No. 18, Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Meier, B. (1994) *Arbeitsgedächtnis im Alter*, Lizentiatsarbeit, Universität Basel: Psychologisches Institut.
- Perrig, W. J.; Kling, V.; Meier, B.; Hofer, D.; Perrig-Chiello, P.; Serafin, D. (1993) *Computerunterstützter Gedächtnis-Funktions-Test für das Alter (GFT-A). Version 1.0 Manual und Disketten für ATARI und IBM*, Institut für Psychologie, Universität Basel.
- Perrig, W. J.; Stähelin, H. B.; Perrig-Chiello, P. (1993) *Interdisziplinärer Fragebogen zum Altern (IDA)*, Basel: Institut für Psychologie und Geriatriche Universitätsklinik Basel.
- Perrig-Chiello, P.; Perrig, W. J.; Stähelin, H. B.; Krebs-Rubicek, E.; Ehram, R. (1994) *Autonomie, Wohlbefinden, und Gesundheit im Alter. Das Basler IDA-Projekt, Berichte und Arbeiten aus dem Institut für Psychologie der Universität Basel, Nr. 63*, Basel.
- Perrig-Chiello, P. (1997) *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Stuck, E. Andreas; Schmocker, Heidi; Kesselring, Annemarie; Lüdin, Annelise; Flückiger, Hugo (Hrsg.) (1995) *Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen. Grundlagen, Vorgehen und Erfahrungen des Projekts EIGER. Erste Fassung*, Bern: NFP 32.
- Stuckelberger, Astrid; Höpflinger, François (1996) *Viellissement différentiel: hommes et femmes. Dossier de recherche*, Zürich: Seismo.
- Ziegler-Raub, H. (1995) *Kognitive und psychische Ressourcen des Wohlbefindens von Menschen im Altersheim*, Lizentiatsarbeit, Universität Basel: Psychologisches Institut.
- Zweifel, Peter, Strüwe, Wolfram (1993) *Pflegeversicherung und gebundenes Banksparen in einem Zwei-Generationen-Modell*, Institut für Empirische Wirtschaftsforschung der Universität Zürich, IEW-Diskussionspapiere 93/08.
- Zweifel, Peter; Felder, Stefan (Hrsg.) (1996) *Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*, Bern: Haupt.
- Zweifel, Peter; Felder, Stefan, u. a. (1994) *Pflegebedürftigkeit im Alter. Risiken, Kosten, Lösungsvorschläge*, Zürich: Zürcher Kantonalbank.

Zeitschriftenartikel, Readerbeiträge/Articles et autres contributions

- Bertoli, Sibylle; Probst, R. (1995) *Troubles de la communication auditive liés au vieillissement*, Médecine & Hygiène, 53/2094: 2374–2378.
- Bertoli, Sibylle; Probst, R.; Jordan, P. (1996) *Das Hörhandicap – eine Ergänzung zum audiometrischen Hörverlust. Ergebnisse einer explorativen Studie über auditive Kommunikationsstörungen im Alter*, HNO 44: 3376–384.
- Bizzini, Lucio; Favre, Christine (1996) *La pratique psychothérapeutique cognitive vue sous l'angle de certaines notions piagetiennes*, Confrontations Psychiatriques, 37: 241–263
- Bizzini, Lucio (1996) *Adaptations et âge avancé*, in: J. Richard, E. Dirx (eds.) *Psycho-Gérontologie*, Paris: Masson: 77–98
- Bizzini, Lucio; Pezzati, Rita (1996) *Affrontage la demenza*, in: G. Rezzonico, F. Lambruschi (eds.) *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, Milano: Franco Angeli: 265–281.
- Bizzini, Lucio; Myers-Arrazola, Lusmila (1996) *Psychothérapie cognitive et dépression dans l'âge: un modèle d'intervention en psychiatrie gériatrique*, Canadian Journal on Aging, 15,2: 183–197.
- Christe, E.; Hirsch Durrett, E. (1995) *Lieux de vie sociale, lieux de soins: Les institutions pour personnes âgées aujourd'hui*, Médecine & Hygiène, 53/2094: 2398–2402.

- Ehram, R.; Zahner, L.; et al. (1995) Krafttraining mit Seniorinnen und Senioren: Hinweise zur Praxis, *Zeitschrift der Eidg. Sportschule Magglingen*, 7: 8–12
- Favre, Christine; Bizzini, Lucio (1995) Some Contributions of Piaget's Genetic Epistemology and Psychology to Cognitive Therapy, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2,1: 15–23.
- Felder, Stefan (1996) Sterbekosten: Alternativen zur Rationierung, in: P. Oberender (Hrsg.) *Gesundheit und Alter*, Baden-Baden: Nomos.
- Felder, Stefan; Zweifel Peter (1996) Provision and Financing of Long-term Care for the Elderly: The Role of Government, in: B. Abel-Smith, P. R. de Jong; K. Jun-Yong, T. R. Marmor (Hrsg.) *Health Care Reform*, Aldershot: Avebury Publ.
- Fuchs, E.; Lalive d'Épinay, Chr.; Michel, J.-P.; Scherer, K.; Stettler, M. (1997) La notion d'autonomie. Pour une reformulation interdisciplinaire, in: *Autonomie et santé dans la vieillesse. Cahiers medico-sociaux*, 41,2.
- Hainard, François (1996) *Personnes âgées, techniques domestiques et sciences sociales, Gérontologie et Société*.
- Hainard, François (1996) *Quand sociologues et ingénieurs collaborent...*, Unipress89, Universität Bern: 34–37.
- Heinimann, K.; Stähelin, H. B.; Ehram, R.; Perrig-Chiello, P.; Perrig, W. J. (1994) Die Hautdicke als Mass des biologischen Alters, *Schweizerische Medizinische Wochenzeitschrift*, 20: 46.
- Heinimann, K.; et al. (1996) Lipoprotein(a) und Plasma-Lipide bei 429 Betagten und Hochbetagten: Bedeutung als Risikofaktor, Einfluss von Ernährung und Lebensstil, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 126: 1487–1494.
- Lalive d'Épinay, Christian; Michel, Jean-Pierre et al. (1996) Santé de la population âgée à Genève: Une comparaison de l'état de santé fonctionnelle, psychique et auto-évaluée en 1979 et en 1994, *Medicine & Hygiene*, 54: 2145–2152.
- Lalive d'Épinay, Chr.; Maistre, C.; Bickel, J.-F.; Hagmann, H.-M.; Michel, J.-P.; Riand, J.-F. (1997) Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979–1994), in: *Autonomie et santé dans la vieillesse. Cahiers medico-sociaux*, 41,2.
- Limagne, M.-P.; Michel, J.-P.; Lalive d'Épinay, Chr.; Bruchez, M.; Grab, B. (1997) La fracture du col du fémur chez la personne âgée: De l'impact de la santé psychique sur la réhabilitation, in: *Autonomie et santé dans la vieillesse. Cahiers medico-sociaux*, 41,2.
- Masson, J.-Ch.; Hainard, F.; Gabus, J.-Cl. (1995) Quand la technique facilite le maintien à domicile: Réalisations et perspectives, *Médecine & Hygiène*, 53/2094: 2381–2384.
- Michel, J.-P., Bruchez, M.; Bayard, C.; Morisod, J.; Hoffmeyer, P. (1995) La fracture du col du fémur: Cause de rupture du parcours de vie, *Médecine & Hygiène*, 53/2094: 2361–2366.
- Nocera, Sandra; Zweifel, Peter (1996) Der Beitrag der Frauen zur Langzeitpflege, finanzielle Anreize und die zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege, in: P. Oberender (Hrsg.) *Gesundheit und Alter*, Baden-Baden: Nomos.
- Nocera, Sandra; Zweifel, Peter (1997) The Demand for Health: An Empirical Test of the Grossman Model using Panel Data, in: Peter Zweifel et al. (eds.) *Advances in Health Economics*, Dordrecht: Kluwer.
- Perrig, W. J. & Stähelin, H. B. (1994) Memory in Elderly: The influence of health behavior, medication and vitamin status, in: *Abstracts of the 3rd Practical Aspects of Memory Conference*, University of Maryland, College Park, MD, 104.
- Perrig, W. J.; Perrig, P. (1995) Wohlbefinden und Gedächtnis im Alter, *Uni Nova Mitteilungen der Universität Basel* 74/95: 30–33.
- Perrig, W. J.; Perrig-Chiello, Pasqualina; Stähelin, Hannes B. (1996) Geistige Leistungen im Alter, in: Ruth A. Meyer Schweizer, Martina B. Güntert-Dubach, Rupert Moser (Hrsg.) *Altern. Krisen und Chancen*, Berner Universitätsschriften Band 41, Bern: Haupt: 71–89.
- Perrig-Chiello, P.; Perrig, W. J. & Stähelin, H. B. (1994) Memory, well-being and objective health in elderly people, in: *Abstracts of the 3rd Practical Aspects of Memory Conference*, University of Maryland, College Park, MD, 108.

- Perrig-Chiello, P.; Perrig, W. J.; Stähelin, H. B. (1995) Mémoire et vieillissement. Modifications objectives, auto-évaluations et facteurs biologiques, *Médecine & Hygiène*, 53/2094: 2368–2373.
- Perrig-Chiello, P.; Perrig, W. J.; Stähelin, H. B.; Heinimann, K. & Ehram, R. (1994) Subjektive und objektive Gesundheit und Gedächtnis bei Betagten, *Schweiz. Med. Wochenzeitschrift*, 20,46.
- Perrig-Chiello, P.; Perrig, W. J.; Stähelin, H. B.; Krebs, E.; Ehram, R. (1996) Autonomie, Wohlbefinden und Gesundheit im Alter: Eine interdisziplinäre Altersstudie, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29: 95–109.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Perrig, Walter J.; Stähelin, Hannes B. (1996) Krank-sein und Sich-Wohlfühlen im Alter, *Unipress89, Universität Bern*: 26–29.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Stähelin, Hannes B. (1996) Frauen und Gesundheit im Alter – Objektive und subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von pensionierten Arbeiterinnen und Angestellten, *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 9,3: 195–205.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (1996) Wie können wir Wohlbefinden erfassen?, in: H. W. Heiss, F. Huber, B. Peter, H. B. Stähelin (Hrsg.) *Wohlbefinden im Alter – geriatrische und gerontologische Strategien*, Reinach: Roche Pharma: 7–17.
- Perrig-Chiello, P.; Perrig, W. J.; Stähelin, H. B.; Ehram, R. (1997) Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und subjektive und objektive Gesundheitsindikatoren im Alter, *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10,1: 3–16.
- Stähelin, Hannes B.; Meier, Denise; Perrig-Chiello, Pasqualina; Perrig, Walter J. (1995) Voraussetzungen und Grenzen der Autonomie und Selbstbestimmung: Medizinische Aspekte, in: Martina B. Güntert-Dubach, Ruth A. Meyer Schweizer (Hrsg.) *ALTERnativen. Brüche im Lebenslauf*, Bern: Haupt: 199–211.
- Stuck, Andreas E.; Siu, Albert L.; Wieland, G. Darryl, et al. (1993) Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials, *The Lancet*, Oct. 23/1993: 1032–1036.
- Stuck, Andreas E., Beers, Mark H., et al. (1994) Inappropriate Medication Use in Community-Residing Older Persons, *Archives of Internal Medicine* Vol. 154, Oct. 1994: 2195–2200.
- Stuck, A. E.; Aronow, H. U.; Steiner, A., et al. (1995) A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments in elderly people living in the community, *New England Journal of Medicine*, 333: 1184–1189.
- Stuck, A. E.; Gloor, B. D.; Pfluger, D. H.; Minder, C. E.; Beck, J. C. (1995) Geschlechtsunterschiede im Medikamentenkonsum bei über 75jährigen Personen zu Hause: Eine epidemiologische Untersuchung in Bern, *Z Geront Geriat* 28: 394–400.
- Stuck, A. E.; Stuckelberger, A.; Gafner Zwahlen, H.; Minder, C. E.; Beck, J. C. (1995) Visites préventives à domicile avec évaluations gériatriques multidimensionnelles chez les 75 ans et plus: Projet EIGER, *Médecine & Hygiène*, 53/2094: 2385–2397.
- Stuck, Andreas E. (1995) Geriatrisches Assessment: Möglichkeiten und Grenzen, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 3–6.
- Stuck, Andreas E.; Gafner Zwahlen, Heidi, et al. (1995) Methodologic challenges of randomized controlled studies on in-home comprehensive geriatric assessment: the EIGER project, *Aging. Clinical and Experimental Research* 7: 218–223.
- Stuck, Andreas E. (1996) Selbständigkeit im Alter. Neue Methoden zur sinnvollen Prävention und Rehabilitation, in: Ruth A. Meyer Schweizer, Martina B. Güntert-Dubach, Rupert Moser (Hrsg.) *Altern. Krisen und Chancen*, Berner Universitätsschriften Band 41, Bern: Haupt: 91–104.
- Zweifel, Peter; Felder, Stefan; Meier, Markus (1996) Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: P. Oberender (Hrsg.) *Gesundheit und Alter*, Baden-Baden: Nomos.

Weitere NFP 32 Publikationen zu anderen Themen/Autres Publications PNR 32 sur d'autres sujets

Buchpublikationen und publizierte Berichte/Livres et autres publications

- Arend, Michal; Höpflinger, François (1997) *Zur Wohnversorgung und Wohnsituation älterer Menschen in der Schweiz*, Zürich: NFP 32.
- Buchmüller, Regula; Dobler, Sabine, u. a. (1996) *Vor dem Ruhestand. Eine psychologische Untersuchung zum Erleben der Zeit vor der Pensionierung*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Diebold Zurbrügg, Silvia (1994) *Wohn- und Betreuungsformen für Betagte. Eine Analyse der Entwicklungstendenzen*

- bei Angebot und Nachfrage nach verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen im Alter, Wetzikon: Zwischenbericht. (Projekt Arend/Wehrli-Schindler)
- Donzé, Laurent (1994) Enquête 1990 sur la consommation des ménages. Recueil de Statistiques, Documenti di Lavoro, Istituto di Ricerche Economiche, Bellinzona.
- Donzé, Laurent (1995) La situation socio-économique des ménages suisses de personnes âgées en 1990, Fribourg: mimeo.
- Fabre, J.; Delachaux, E.; Weber A. (1996) Le devenir des femmes et des hommes qui ont perdu leur conjoint, Genève: Uni 3 de l'Université de Genève.
- Fragnière, Jean-Pierre; Puenzieux, Dominique; Badan, Philippe; Meyer, Sylvie (1996) Retraités en action. L'engagement social des groupements de retraités, Lausanne: Réalités Sociales.
- Greppi, Spartaco; Deiss, Joseph (1993) Participation à la vie active et retraite parmi les travailleurs âgés. Synthèse des modèles théoriques, Institut des sciences économiques et sociales de l'Université de Fribourg, Working Paper No. 229/93.
- Groupe «Sol» de l'Université du 3e âge de Genève (1993) L'aventure du groupe «Sol», Genève: Université de Genève.
- Groupe «Sol» de l'Université du 3e âge de Genève (1996) Vivre sans elle. Le veuvage au masculin, Genève: Georg.
- Groupe de travail «Solitude» de l'Université du 3e âge de Genève (1995) Les retraites sont-ils disposés à assumer des activités d'utilité sociale. Une enquête par interviews auprès de veuves et de veufs, Genève: Université de Genève.
- Höpflinger, François (1994) Frauen im Alter – Alter der Frauen. Ein Forschungsossier, Zürich: Seismo-Verlag.
- Höpflinger, François; Stuckelberger, Astrid (1992) Alter und Altersforschung in der Schweiz, Zürich: Seismo-Verlag, frz.: Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse, Lausanne: Réalités Sociales 1992.
- Institut de Sociologie de l'Université de Neuchâtel (eds.) (1994) Vieillesse: Enjeux personnels et de société, Cahiers des l'ISSP No. 16, Neuchâtel. (Présentations de cinq équipes de recherches du PNR 32 (Fragnière, Roux, Deiss, Hainard, Blümle).
- Lichtsteiner, Hans (1995) Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen, Zürich.
- Leu, Robert E.; Burri, Stefan; Priester, Tom (1997) Lebensqualität und Armut in der Schweiz, Bern: Haupt.
- Moretti-Varile, Thea (eds.) (1996) L'implication des personnes âgées dans la recherche, Lausanne: Réalités Sociales.
- Moretti-Varile, Thea (eds.) (1996) Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove, Giubiasco: Associazione ticinese terza età.
- Roux, Patricia; Gobet, Pierre; Clémence, Alain, Höpflinger, François (1996) Generationenbeziehungen und Altersbilder. Ergebnisse einer empirischen Studie, Lausanne/Zürich: NFP 32.

Zeitschriftenartikel, Readerbeiträge/Articles et autres contributions

- Blümle, Ernst-Bernd; Lichtsteiner, Hans (1996) Freiwilligenarbeit im Alter, Unipress89, Universität Bern: 14–17.
- Bolzmann, Claudio; Fibbi, Rosita, Vial, Marie (1993) Les immigrés face à la retraite: rester ou retourner? Revue suisse d'Economie politique et de Statistique, 129,3: 371–384.
- Bolzmann, Claudio; Fibbi, Rosita; Vial, Marie (1995) La population âgée immigrée face à la retraite: problème social et problématiques de recherche, in: Hans-Rudolf Wicker, Jean-Luc Alber, Claudio Bolzmann, Rosita Fibbi, Kurt Imhof, Andreas Wimmer (eds.) Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat, Zürich: Seismo-Verlag.
- Deiss Joseph; Greppi, Spartaco (1996) Dépendance économique, Unipress89, Universität Bern: 10–13.
- Diepold Zurbrügg, Silvia (1995) Wohn- und Betreuungsformen für Betagte. Eine Analyse der Entwicklungstendenzen bei Angebot und Nachfrage nach verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen im Alter, Sozialarbeit 27,1: 15–20.
- Donzé, Laurent (1996) Ménages en difficulté, Unipress89, Universität Bern: 19–21.
- Fragnière, Jean-Pierre (1994) Exclusions, pénuries, conflit de générations', 3e Colloque des Rentes genevoises, 20. oct. 1993, Genève: Rentes genevoises.
- Fragnière, Jean-Pierre (1994) Les organisations d'entraide des aînés sont-elles une solution aux contraintes économiques? in: Société Suisse de Gérontologie (eds.) Gérontologie et économie, Bern: SGG: 192–200.
- Gobet, P.; Roux, P. (1995) Jeunes et personnes âgées face au rationnement des soins; Médecine & Hygiène, 53/2094: 2405–2412.

- Gross, Peter (1993) Dissonanz der Lebenszyklen. Zwischen Produktelebenszyklen und Lebens-Portfolio, in: *gdi-impuls*, 11: 39–47.
- Gross, Peter; Brosziewski, Achim (1994) «Alternde Gesellschaften» und «verjüngte Betriebe»? Soziale Kontexte der Sorge um ältere Mitarbeiter, in: Bundesamt für Arbeit und Soziales (Hrsg.), *Die Zukunft des Alterns*, Wien (in Druck).
- Höpflinger, François (1993) Haushaltsformen bei Betagten – zwischen Selbständigkeit und Abhängigkeit, in: Sylvia Gräbe (Hrsg.) *Der Private Haushalt im wissenschaftlichen Diskurs*, Frankfurt: Campus, S. 255–280,
- Höpflinger, François (1993) Weibliche Erwerbsbiographien und intergenerationelle Abhängigkeiten, in: Kurt Lüscher, Franz Schultheis (Hrsg.) *Generationenbeziehungen in «postmodernen» Gesellschaften*. Konstanz: Universitätsverlag, S. 299–310.
- Höpflinger, François (1994) Dialog zwischen den Generationen in einer Vier-Generationen-Gesellschaft, in: Thomas Bearth, Thomas Fries, Albert A. Stahel (Hrsg.) *Dialog*, Zürich: vdf, S. 9–26.
- Höpflinger, François (1995) Altersverteilung und Zivilstand der Wohnbevölkerung der Schweiz: Entwicklungen und Perspektiven, in: Bundesamt für Statistik, *Die Bevölkerung der Schweiz. Struktur und räumliche Dynamik*, S. 11–62, Bern: BFS. (frz.: *La structure par âge et par état civil de la population résidente de la Suisse: Evolution et perspective*, dans: Office fédéral de la statistique, *La population en Suisse. Structure et dynamique spatiale*, Berne 1995).
- Höpflinger, François (1995) From Ageism to Gerontology? – Emerging Images of Aging in Gerontology, in: Cornelia Hummel, Christian Lalive d'Epinay (eds.) *Images of Aging in Western Societies*, Geneva: Centre for Interdisciplinary Gerontology: 91–100.
- Lalive d'Epinay, Chr. J. (1995) Images of Aging in Autobiographical Narratives, in: Cornelia Hummel, Christian Lalive d'Epinay (eds.) *Images of Aging in Western Societies*, Geneva: Centre for Interdisciplinary Gerontology: 141–156.
- Michel, Jean-Pierre; Stuckelberger, Astrid; Grab, Bernard (1993) Developments and research on aging: Switzerland, in: E. B. Palmore, *An International Handbook of Aging*, Westport: Greenwood Press.
- Nussbaum, Werner (1996) Das amerikanische System der beruflichen Vorsorge im Vergleich mit dem schweizerischen System, *Soziale Sicherheit*, 3/1996: 112–129.
- Roux, Patricia (1994) Stereotipi sui vecchi e sui giovani, in: *Atti del 3o congresso dell' Associazione Ticinese Terza Età*, Pp. 70–77, Lugano: ATTE.
- Roux, Patricia; Clémence, Alain (1995) Stereotypes and Relations between Generations: Research Methods, in: Cornelia Hummel, Christian Lalive d'Epinay (eds.) *Images of Aging in Western Societies*, University of Geneva: Centre for Interdisciplinary Gerontology: 167–180.
- Roux, Patricia; Gobet, Pierre (1993) Vorstellungen über die Jugend und das Alter, *Pro Juventute* 4–93: 6–8.
- Schneider, Hans-Dieter (1996) Pensionierungsschock? Im Gegenteil?, *Unipress* 89, Universität Bern: 5–9
- Stuckelberger, Astrid (1995) Aspects sociologiques de la vieillesse en Suisse, *Gerontologie*, 1995–4, No. 96: 3–10.

Eine jeweils aktualisierte Liste der NFP 32 Publikationen sowie die Liste aller Projekte findet sich im übrigen auf der Home-Page des Schweizerischen Nationalfonds (www.snf.ch).

