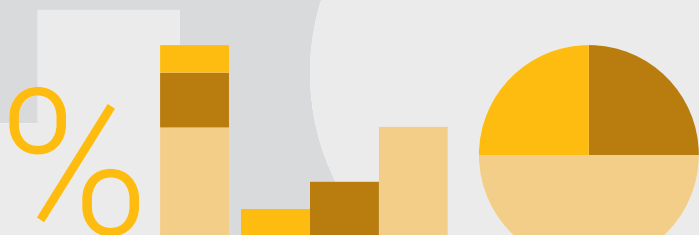


Actualités OFS



01 Population

Neuchâtel, avril 2018

Démos 1/2018

Vieillessement actif

Éditorial

Ces prochaines décennies, le vieillissement démographique imposera des contraintes économiques et sociales accrues à la Suisse ainsi qu'à la plupart des pays. Cependant, les personnes âgées constituent une ressource précieuse mais souvent méconnue, qui fournit une contribution importante au tissu social.

Le vieillissement démographique désigne la diminution de la proportion d'enfants et de jeunes gens et l'augmentation de la proportion de personnes âgées au sein d'une population.

Afin que le vieillissement démographique contribue positivement au bien-être et à la cohésion sociale de notre pays, il est nécessaire que nos autorités politiques et la société civile adoptent des politiques et des programmes qui favorisent le vieillissement actif¹, c'est-à-dire qui favorisent la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés. Il est nécessaire qu'une vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en bonne santé, de participer et d'être en sécurité. Le «vieillessement actif» désigne le processus qui conduit à une telle conception du vieillissement.

La mise en place de politique permettant un vieillissement actif de la population requiert, entre autres, des informations statistiques fiables.

Ces données doivent permettre d'identifier les domaines qui posent problème et qui doivent être améliorés. Elles permettront également de suivre les effets des politiques mises en place.

¹ Vieillessement actif signifie que les personnes vieillissantes ont la possibilité de rester en bonne santé, participer à une vie sociale active, vivre en sécurité et améliorer leurs qualité de vie (OMS 2002).

Cette publication souhaite contribuer à une meilleure connaissance du vieillissement actif en Suisse. Elle décrit tout d'abord le vieillissement démographique de notre pays, ses causes et son niveau actuel et futur. Le deuxième article présente la situation des personnes âgées dans le domaine de la pauvreté. La santé, élément central du vieillissement actif, sera traitée par l'article suivant. Pour terminer, nous aborderons la question de la mesure statistique du vieillissement actif par la présentation de l'indice du vieillissement actif développé sur mandat de l'Union européenne. Cet indice permet de comparer la situation des différents pays européens et de mettre en évidence les domaines à améliorer dans chaque pays.

Stéphane Cotter (OFS)

Sommaire:

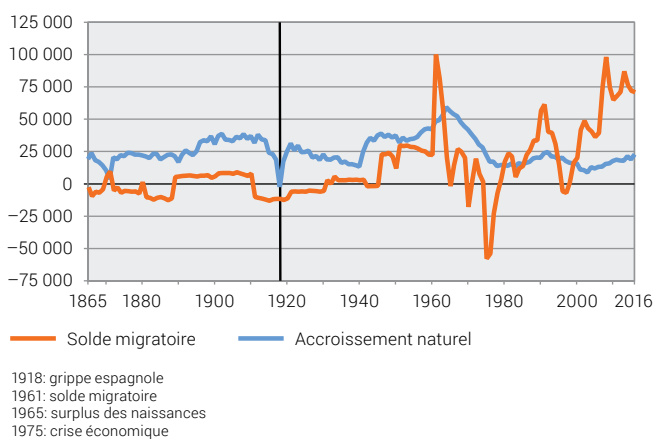
- 1 Le vieillissement démographique en Suisse
- 2 Vieillir en restant actif est plus difficile quand on est pauvre
- 3 La santé au fil de l'âge: un vieillissement actif jusqu'à 80 ans
- 4 Données sur le vieillissement actif dans les pays européens

1 Le vieillissement démographique en Suisse

Le vieillissement démographique désigne la diminution de la proportion d'enfants et de jeunes gens et l'augmentation de la proportion des personnes âgées au sein de la population. Ce phénomène dépend avant tout de la fécondité et de la mortalité², mais il est également influencé par l'immigration et l'émigration³. La Suisse enregistre chaque année un accroissement naturel de la population depuis le 19^e siècle. L'année 1918 fait exception: le premier facteur de vieillissement démographique, le solde naturel a connu une forte baisse en raison des ravages de la grippe espagnole. Des soldes naturels très élevés ont été atteints pendant les baby boom des années 1940 et 1960. Le solde migratoire, deuxième facteur du vieillissement démographique, a été relativement faible jusqu'au milieu du siècle dernier. La Suisse a été un pays d'émigration jusqu'à la fin du 19^e siècle ainsi qu'entre 1910 et 1930. Depuis les années 1950, le solde migratoire est un puissant moteur de l'évolution démographique de la Suisse. A noter qu'il fluctue fortement d'une année à l'autre. En 1961 par exemple le solde migratoire atteignait plus de 100 000 personnes, alors qu'en 1975 on enregistrait un solde négatif de 58 000 personnes. Mais depuis le début de ce siècle, il s'affirme comme le principal facteur de l'évolution démographique de la Suisse. Ainsi, en 2016, on a dénombré près de 88 000 naissances et 65 000 décès. La même année présentait un solde migratoire positif de 72 000 personnes. La population résidente permanente se monte actuellement à 8,5 millions de personnes (2017).

Facteurs de l'évolution démographique en Suisse, de 1865 à 2016

G1



Sources: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP

© OFS 2018

Le vieillissement démographique signifie que le pacte générationnel entre les générations intermédiaires (20 à 64 ans) et les générations plus âgées devient plus long et plus lourd pour la population active occupée. Cette charge peut être mise en lumière

² différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès

³ différence entre les immigrations et les émigrations

par les rapports de dépendance des jeunes⁴ et les rapports de dépendance des personnes âgées⁵. Le rapport de dépendance des jeunes montre que le groupe d'âge des moins de 20 ans a fortement diminué depuis 1865 par rapport aux 20 à 64 ans. En 1900 on comptait près de 80 jeunes pour 100 personnes de 20 à 64 ans. En 2016, ce rapport ne représentait plus que près d'un tiers (32,5). En revanche, le rapport de dépendance des personnes âgées a beaucoup augmenté depuis 1900. Le groupe de population des 65 ans ou plus s'est fortement accru par rapport à celui des 20 à 64 ans et atteignait en 2016 une valeur de près de 30, contre environ 6 au début du siècle dernier.

Le vieillissement de la population et les changements dans la structure par âge gagneront fortement en importance ces prochaines décennies et posent des défis importants pour les systèmes de prévoyance, les institutions sociales et pour l'économie. Les prestations financées par les générations intermédiaires et fournies aux personnes âgées augmentent constamment en raison de taux de natalité faible et d'une mortalité basse. A l'avenir, un nombre déclinant d'actifs occupés soutiendront une génération âgée toujours plus importante. L'allongement de l'espérance de vie joue ici un rôle déterminant, car la génération âgée, soutenue par les générations intermédiaires, vit plus longtemps que ce qui était prévu au départ dans les institutions de prévoyance. En Suisse, en 2016, les hommes de 65 ans peuvent espérer vivre en moyenne encore 20 ans environ et les femmes du même âge, près de 23 ans.

Structure par âge

Plusieurs facteurs sont à l'origine du vieillissement de la population. Parmi celles-ci figurent une faible fécondité, l'allongement durable de l'espérance de vie et les mouvements migratoires. En Suisse, les taux de fécondité sont trop bas depuis 1970 pour assurer le remplacement des générations⁶. Pour cela, il faudrait un indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) de 2,1 enfants par femme. L'âge médian⁷ de la population de la Suisse est passé de 25,1 ans en 1900 à 42,4 ans en 2016. Il est légèrement plus élevé pour les femmes (43,4) que pour les hommes (41,3). Actuellement, un cinquième de la population est âgée de 65 ans ou plus, contre à peine 6% en 1900. A l'époque, plus de 40% des hommes et des femmes appartenaient au groupe d'âge des 0 à 19 ans, une part qui n'atteint aujourd'hui plus que 20% environ. En 1900, les 20 à 64 représentaient plus de 50% de la population; cette proportion est aujourd'hui un peu supérieure à 60%. Le groupe d'âge des 65 ans ou plus a par contre beaucoup changé. En 1900, il représentait 5% des hommes et 6% des femmes, contre actuellement 16% des hommes et 20% des femmes.

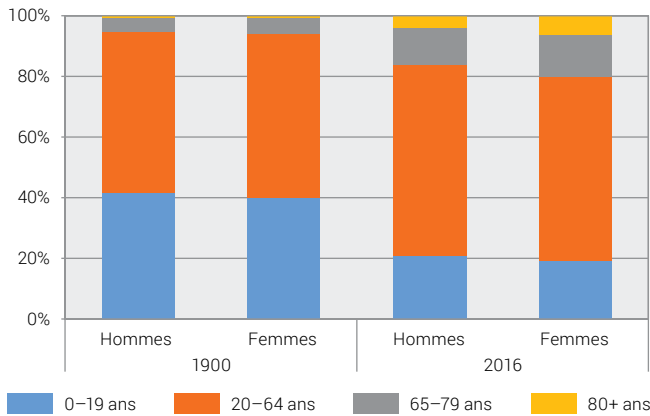
⁴ nombre de personnes de 0 à 19 ans pour 100 personnes de 20 à 64 ans

⁵ nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans

⁶ Le remplacement des générations est assuré par un ICF de 2,1.

⁷ L'âge qui sépare la population en deux groupes de même taille, de sorte que 50% de la population est plus jeune et 50% de la population plus âgée que cette valeur.

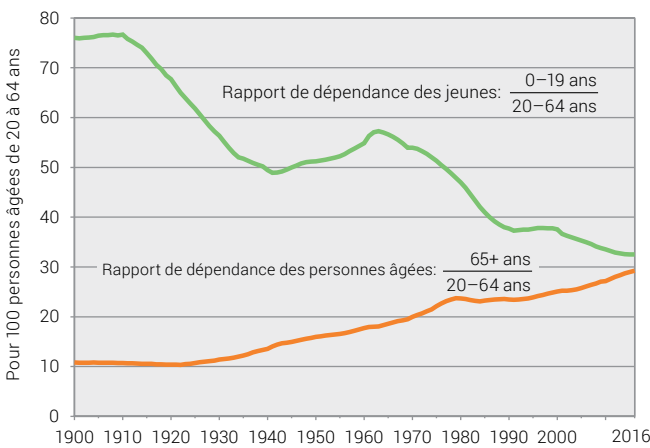
Population résidante permanente selon le sexe et le groupe d'âges, en 1900 et en 2016 **G2**



Source: OFS – ESPOP, STATPOP © OFS 2018

Le rapport de dépendance des jeunes a fortement reculé. Il se situait à environ 80 au début du siècle dernier et n'atteint aujourd'hui plus qu'un tiers. Pour 100 personnes de 20 à 64 ans, on compte près de 30 personnes à l'âge de la retraite. Cette évolution – baisse proportionnelle de la population jeune et accroissement de la population âgée – conduit à un vieillissement démographique de la population.

Rapport de dépendance des jeunes et des personnes âgées, de 1900 à 2016 **G3**

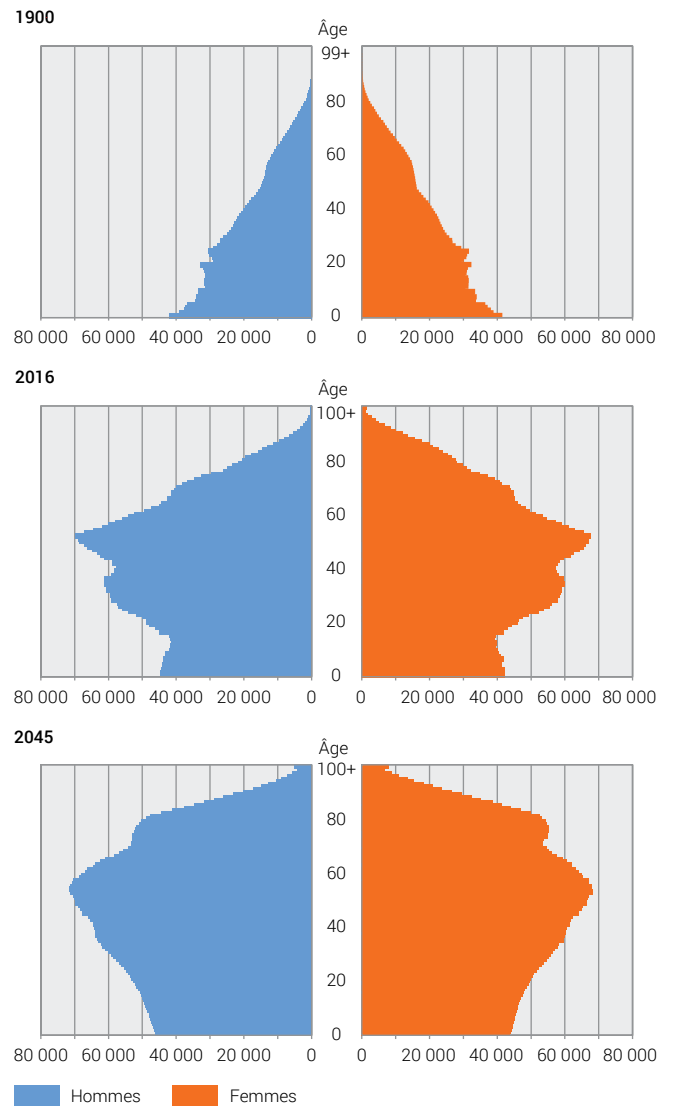


Sources: OFS – ESPOP, STATPOP © OFS 2018

La pyramide des âges en 1900, 2016, 2045

La pyramide des âges représente graphiquement la structure par âge d'une population, ventilée selon le sexe. Vers 1900, la part des jeunes était encore relativement élevée et celle des personnes âgées assez faible, de sorte que la pyramide possédait un large socle et se terminait par un sommet étroit. Depuis le début de ce siècle, la pyramide a pris une forme qualifiée de «sapin» par les démographes. La structure par âge de la population est marquée par la génération du baby-boom, qui occasionne aujourd'hui un élargissement de la partie centrale. Cette forme s'explique par le recul des naissances, qui n'est pas compensé par l'immigration, et par l'espérance de vie en constante augmentation. Dans les trente prochaines années, le «sapin» prendra la forme d'une «urne», comme le montrent les scénarios démographiques de l'OFS. Le sommet continuera de s'élargir lorsque les générations nées lors du baby-boom arriveront à un âge avancé.

Pyramides des âges en 1900, 2016, 2045 **G4**

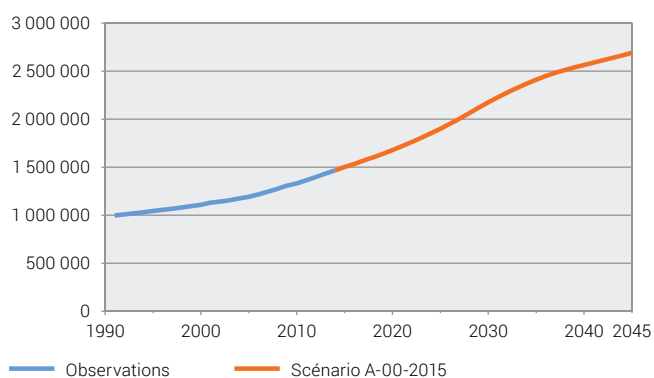


Source: OFS – ESPOP, STATPOP, SCENARIO © OFS 2018

Le nombre de personnes de 65 ans ou plus s'élevant actuellement à 1,5 million de personnes, va fortement progresser ces trente prochaines années. Les scénarios de l'OFS prévoient qu'en 2045, plus de 2,7 millions d'habitants feront partie de ce groupe. Celui-ci va s'accroître annuellement de 40 000 à 60 000 personnes ces prochaines années. Cela étant, la part des personnes âgées dans la population passera de 18% (2016) à près de 27% trente ans plus tard. Le nombre de personnes de 80 ans ou plus sera parallèlement multiplié par 2. Il se situait à près d'un demi-million en 2016 et les scénarios prévoient que plus d'un million de personnes de 80 ans ou plus vivront en Suisse dans 30 ans.

Évolution de la population de 65 ans ou plus en Suisse, scénario de référence

G5



Sources: OFS – ESPOP, STATPOP, SCENARIO

© OFS 2018

Évolution de la mortalité et vieillissement par le haut

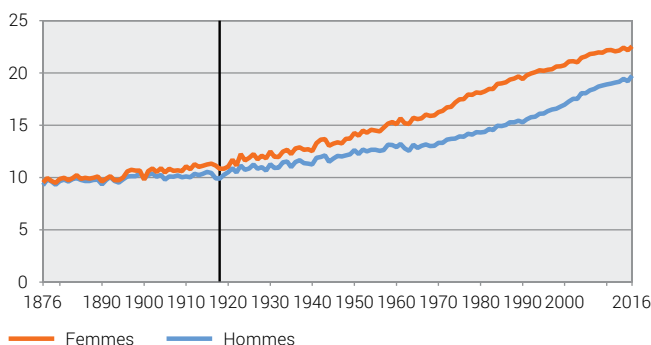
Le vieillissement de la population se traduit par une hausse de l'âge moyen et de la proportion des personnes âgées. On parle de vieillissement par le haut, quand l'espérance de vie augmente. La mortalité⁸ en Suisse tend à diminuer (G7). Pendant trois décennies, le nombre de décès s'élevait à environ 60 000 par an. Il a augmenté ces dernières années: en 2016, on a enregistré près de 65 000 décès. Le nombre de décès de personnes de moins de 80 ans tend à diminuer alors que celui des personnes de 80 ans et plus s'accroît. Cette évolution est due au changement dans la composition de la population par âge. Ainsi, on peut observer un net recul des taux de mortalité standardisés⁹.

⁸ La mortalité exprime l'occurrence des décès dans une population donnée.

⁹ Comme les populations à comparer présentent le plus souvent une structure par âge différente et que les risques de décéder dépendent de l'âge, il convient d'éliminer l'influence de l'âge mathématiquement. Pour ce faire, on calcule le nombre de cas attendus dans une «population standard» qui présenterait les mêmes risques de décéder spécifiques à l'âge qu'une population étudiée donnée. Comme population standard, on a eu recours ici à la structure par âge théorique «européenne» ou «mondiale» en usage pour établir des comparaisons européennes de taux.

Évolution de l'espérance de vie moyenne de la population âgée de 65 ans ou plus en Suisse, de 1875 à 2016

G6



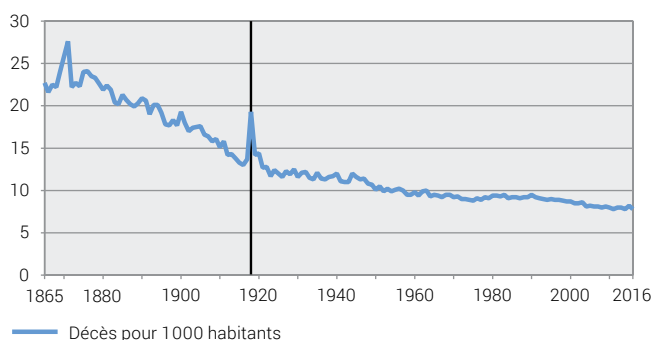
recul des maladies infectieuses
recul des maladies cardiovasculaires

Sources: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP

© OFS 2018

Évolution de la mortalité en Suisse, de 1865 à 2015

G7



Sources: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP

© OFS 2018

Ces 40 dernières années, l'espérance de vie des nouveau-nés de sexe féminin s'est allongée de 8,5 ans et celle des nouveau-nés de sexe masculin, de près de 10 ans. L'espérance de vie à 65 ans et celle à 80 ans ont aussi beaucoup progressé. Le recul des maladies infectieuses et des maladies cardiovasculaires suite à une meilleure prise en charge médicale a contribué à l'allongement de l'espérance de vie.

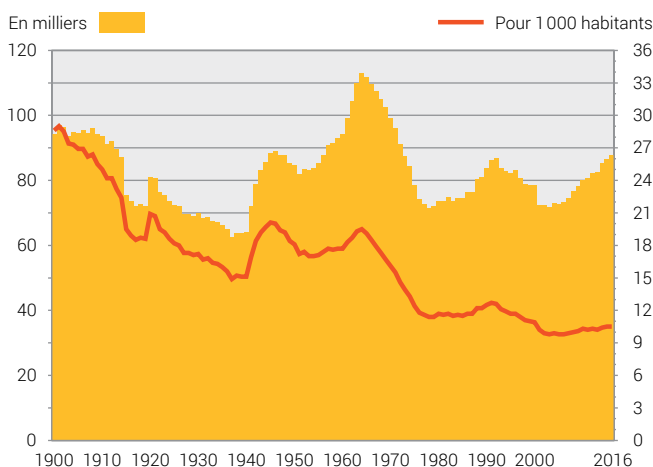
Dans la première décennie du 21^e siècle, l'espérance de vie des hommes à la naissance s'est accrue de 2,9 ans pour atteindre 80,1 ans et celle des femmes à la naissance, de 1,7 an, s'élevant à 84,5 ans. L'écart entre les sexes s'est réduit de 5,6 ans à 4,4 ans entre 2000 et 2010. Par rapport à la décennie précédente, l'augmentation de l'espérance de vie s'est ralentie tant pour les femmes que pour les hommes. Le net allongement de l'espérance de vie des hommes au cours de ces dix dernières années s'explique en premier lieu par la plus faible mortalité des hommes à l'âge de la retraite. Plus de la moitié de la hausse de l'espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance résulte de la baisse de la probabilité de décéder à 65 ans ou plus¹⁰.

Évolution de la fécondité et vieillissement par le bas

Comme déjà mentionné, on parle de vieillissement démographique quand on observe d'une part une augmentation de la proportion des personnes âgées et d'autre part une diminution de celle des jeunes. Cette diminution résulte de la baisse de la natalité qui, à son tour, est à l'origine de la transformation de la structure par âge de la population. Comme ce recul provoque le rétrécissement de la base de la pyramide des âges, on désigne ce phénomène par «vieillissement par le bas».

La fin des Trente Glorieuses précipite la fin du baby-boom. A partir de 1965, on constate que le nombre de naissances vivantes en Suisse diminue, à l'exception des années de 1984 à 1992, jusqu'au début des années 2000. En effet, entre 1965 à 2003, il passe de 111 800 naissances à 71 800. Depuis, leur nombre est en légère hausse. Cependant, reporté à une population croissante, on se rend compte que le taux brut de natalité a d'abord baissé, puis s'est stabilisé à 10 naissances pour 1000 habitants (cf. courbe rouge dans le graphique G8).

Naissances vivantes, de 1900 à 2016

G8


Sources: OFS – ESPPOP, BEVNAT, STATPOP

© OFS 2018

¹⁰ OFS, Tables de mortalité pour la Suisse 2008/2013

Le rôle de la migration

La migration agit sur la composition par âge de la population, ainsi que sur la croissance démographique (cf. G1). En Suisse, elle constitue un facteur de rajeunissement. Les personnes qui arrivent ou qui quittent la Suisse sont majoritairement en âge de travailler (20–64 ans). En 2016, 78% des étrangers qui immigreront et 80% de ceux qui émigreront sont dans ce cas. Les étrangers de plus de 64 ans qui arrivent en Suisse ne représentent par comparaison que 1% des immigrations. La part de ceux qui quittent le pays s'élève à 5% des émigrations.

L'impact de la migration sur le vieillissement peut être mesuré, en simulant l'évolution de la population à partir d'une date de référence et en supposant l'absence de flux migratoires. Les résultats obtenus par une telle simulation permettent de chiffrer l'importance de la migration comme frein au vieillissement démographique. On peut par exemple étudier l'évolution de la population depuis 1945 en l'absence de migration. Cette simulation donne les résultats suivants:

- La population aurait progressé moins rapidement. Au lieu de s'établir à 8,3 millions d'habitants, elle se serait montée à 5,0 millions d'habitants.
- La population en âge de travailler aurait été moins importante. Au lieu d'atteindre à 5,2 millions d'habitants observés, elle se serait chiffrée à 2,9 millions d'habitants.
- La population des 65 ans ou plus aurait été moins nombreuse. Au lieu de parvenir à 1,5 million d'habitants, elle se serait élevée à 1,2 million d'habitants.
- En termes de rapport de dépendance, on aurait compté plus de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes en âge de travailler. Le rapport de dépendance des personnes âgées aurait atteint 43 pour 100 en l'absence de flux migratoires, au lieu des 29 observées en 2015. En d'autres termes, le vieillissement aurait été beaucoup plus important en l'absence des migrations.

La migration ralentit quelque peu le processus de vieillissement de la population sans pour autant le arrêter. Toutefois, la population étrangère qui s'est établie en Suisse prend également de l'âge ce qui, à long terme, risque d'aggraver le phénomène du vieillissement en Suisse. En 2020, le nombre des étrangers âgés devrait atteindre quelque 400 000 personnes.

Conclusions

La Suisse connaît un essor démographique marqué depuis la fin du 19^e siècle. La mortalité et les taux de natalité ont fortement baissé ces 150 dernières années. Ces évolutions sont les causes du vieillissement de la population de la Suisse. Depuis 30 ans, les migrations, le principal facteur de la croissance démographique, contribuent parallèlement à freiner le vieillissement. La population va cependant vieillir rapidement au cours des prochaines décennies. La population âgée de demain se distinguera de la population âgée actuelle en ce sens qu'elle sera en meilleure santé et plus à l'aise économiquement parlant.

Dans le public, le vieillissement démographique est aujourd'hui souvent considéré comme un problème futur et comme un défi pour les jeunes générations. Mais il est déjà présent et on le perçoit nettement depuis les années 1970.

Jacqueline Kucera (OFS), Fabienne Rausa (OFS)

Bibliographie

Steiner, S., Watkins, A., D'Amato, G. (2013) Démographie, ressources et signification de la migration, Commission fédérale des migrations CFM.

Kohli, R. (2017) Tables de mortalité pour la Suisse 2008/2013. OFS. Neuchâtel.

Schmid Botkine, C. et al. (2007) Bulletin d'information démographique 4/2007. Vieillissement démographique et adaptations sociales. OFS. Neuchâtel.

Wanner, Ph. (2013) Quelle serait la population suisse sans immigration? Dans: Terra Cognita 23/2013. CFM. Bern-Wabern.

Wanner, Ph. (2010) Mortalité différentielle. OFAS. Berne.

Wanner, Ph. (2001) L'apport démographique de la migration en Suisse. SFM. Neuchâtel.

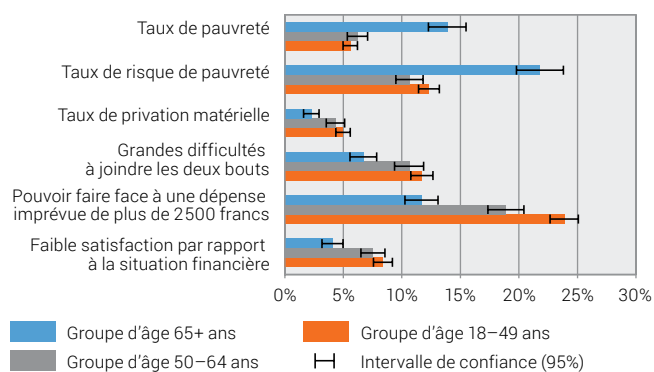
2 Vieillir en restant actif est plus difficile quand on est pauvre

Le manque de ressources financières restreint nos choix de vie, à tous les égards. C'est également le cas lorsqu'on a passé le cap de la retraite. On peut donc se demander si vieillir en restant actif est possible en Suisse lorsqu'on est touché par la pauvreté. Pour le savoir, il faut commencer par quantifier la pauvreté chez les personnes âgées. Il s'agit là d'une tâche complexe, car les concepts courants de mesure de la pauvreté se fondent principalement sur le revenu, ce qui rend difficile la collecte de données pertinentes pour les personnes à la retraite, au demeurant nombreuses à disposer d'un patrimoine. On peut néanmoins montrer que les privations dont souffrent les actifs occupés pauvres restent d'actualité après le passage à la retraite, et qu'elles limitent les possibilités de vieillir en restant actif.

La pauvreté chez les personnes âgées

En Suisse, on utilise normalement trois indicateurs pour mesurer la pauvreté: le taux de pauvreté absolu, le taux de risque de pauvreté et le taux de privation matérielle (voir encadré). Le graphique G9 montre que le taux de pauvreté et le taux de risque de pauvreté sont environ deux fois plus grands chez les 65 ans et plus que dans la population en âge de travailler. Il semble donc que les revenus de la population âgée, pour l'essentiel des rentes, ne suffisent bien souvent pas à couvrir les besoins vitaux.

Indicateurs de pauvreté selon les groupes d'âge G9



Personnes vivant dans un ménage privé (les ménages collectifs ne sont pas pris en compte). Le taux de pauvreté et le taux de risque de pauvreté se fondent sur le revenu, sans qu'on tienne compte d'une éventuelle fortune.

Source: OFS – Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2015, version du 16.09.2017

© OFS 2018

Seulement 2% environ des 65 ans ou plus souffrent de privations matérielles. Cela montre que la plupart des personnes de cette tranche d'âges qui n'ont qu'un revenu modeste disposent d'autres ressources leur garantissant le minimum vital. Les indicateurs réalisés d'après des auto-évaluations de la situation financière semblent confirmer que le taux de pauvreté, fondé sur le revenu, surestime de manière générale la pauvreté des

personnes âgées (voir aussi OFS 2014). On observe de grandes différences dans les résultats selon qu'on prend en considération l'un ou l'autre groupe d'indicateurs : les indicateurs fondés sur le revenu montrent une part des personnes touchées par la pauvreté nettement plus élevée chez les retraités que chez les générations plus jeunes, les indicateurs basés sur des auto-évaluations font apparaître exactement l'inverse. Les personnes actives occupées proches de la retraite présentent déjà certaines similitudes avec les 65 ans ou plus.

Beaucoup de ménages de retraités ont un patrimoine

La différence observée entre les deux groupes d'indicateurs pourrait résider dans le fait que, de manière générale, les ménages de retraités se montrent davantage satisfaits et qu'ils se contentent de moins. Une explication plus évidente serait qu'une partie d'entre eux dispose d'un patrimoine leur permettant de compenser l'insuffisance de revenu. Le taux de pauvreté et le taux de risque de pauvreté tiennent uniquement compte du revenu. Les ménages de retraités disposent en moyenne d'un patrimoine nettement plus important que les autres ménages, qui leur permet de vivre décemment. La part des ménages qui disposent seulement d'un patrimoine modeste, voire qui n'en ont aucun, est nettement plus élevée chez les personnes en âge de travailler que chez les retraités (OFS 2014, Wanner/Gabadinho 2008). Ces derniers sont donc nettement plus nombreux à pouvoir puiser dans une épargne pour financer leurs dépenses courantes (17,6%, contre 5,1% des personnes actives). Le patrimoine des personnes retraitées provient d'une part des trois piliers de la prévoyance vieillesse, lorsque le capital accumulé est retiré sous une forme compacte plutôt que sous la forme d'une rente. D'autre part de l'épargne se constitue au fil du temps, du fait d'une espérance de vie plus longue, alors que les héritages sont transmis plus tard (Stutz et al. 2007).

Pour tenir compte de ces réalités, on désigne comme pauvres les ménages qui ne sont pas en mesure de s'acquitter, dans un mois donné, d'une dépense inattendue de 2500 francs sans que leur situation financière n'en pâtisse. Cette définition tient compte à la fois du revenu et du patrimoine et permet d'apprécier plus facilement la situation financière de la population âgée, par rapport aux indicateurs fondés sur le revenu¹¹.

Vieillir en restant actif quand on est pauvre

Vieillir en restant actif est le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse (OMS 2002). Les éléments couverts par cette définition sont liés entre eux et dépendent par ailleurs de la capacité financière d'une personne. Par exemple, une retraite anticipée forcée peut considérablement restreindre les possibilités financières d'un ménage, alors que l'exercice d'une activité rémunérée au-delà de l'âge de la

retraite peut lui éviter de tomber dans la pauvreté (von Gunten et al. 2015). Par ailleurs, des problèmes de santé peuvent avoir la pauvreté aussi bien pour cause que pour effet, la participation à des activités sociales peut engendrer des dépenses et la pauvreté peut influencer sur le degré de satisfaction dans la vie (Tillmann et al. 2016, Villiger/Knöpfel 2009).

Méthodes de mesure de la pauvreté

Le **taux de pauvreté** se réfère à un seuil «absolu» : on considère comme pauvres les personnes qui n'ont pas les moyens financiers d'acquiescer les biens et services nécessaires à une vie sociale intégrée. Le seuil de pauvreté utilisé découle des normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) et tient compte des ressources nécessaires pour couvrir les besoins vitaux, des frais de logement et de 100 francs par mois et par personne de 16 ans ou plus pour d'autres dépenses.

Le **taux de risque de pauvreté** est basé sur un seuil «relatif» : on considère comme «à risque de pauvreté» les personnes dont le revenu disponible équivalent est sensiblement inférieur au niveau habituel des revenus dans le pays considéré. La pauvreté est donc envisagée comme une forme d'inégalité et dépend du niveau de vie du pays. L'Union européenne fixe le seuil de risque de pauvreté à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent.

Le **taux de privation matérielle** se définit comme l'absence, pour des raisons financières, d'au moins trois éléments parmi les neuf suivants, définis au niveau européen : être en mesure de faire face dans un délai d'un mois à une dépense imprévue de 2500 francs ; pouvoir s'offrir chaque année une semaine de vacances hors de son domicile ; ne pas avoir d'arriérés de paiement ; pouvoir s'offrir un repas composé de viande ou de poisson (ou équivalent végétarien) tous les deux jours ; être en mesure de chauffer convenablement son logement ; avoir accès à une machine à laver ; posséder un téléviseur couleur, un téléphone et une voiture.

La possibilité pour un ménage de s'acquitter sans aide extérieure d'une **dépense inattendue de 2500 francs** sans détérioration de sa situation financière constitue en soi un indicateur de pauvreté. Le fait que la question posée mentionne la possibilité de puiser dans son épargne (entre autres) en fait un bon moyen de mesurer la pauvreté chez les personnes âgées.

La capacité pour un ménage de **s'en sortir financièrement grâce à son revenu** représente un autre indicateur de pauvreté. On considère qu'une personne est pauvre lorsqu'elle vit dans un ménage indiquant ne réussir que (très) difficilement à boucler le mois avec tous les revenus dont il dispose.

Enfin, **la satisfaction quant à la situation financière** du ménage peut également indiquer si un ménage est pauvre ou non. On la mesure sur une échelle allant de 0 à 10, les notes 0 à 4 indiquant un niveau de satisfaction faible.

¹¹ Les résultats présentés ici restent stable, si la question utilisée est «quel est la difficulté à joindre les deux bouts» comme indicateur.

Comme on le voit dans le graphique G10, chez les 65 ans ou plus, les personnes touchées par la pauvreté affichent des taux plus bas dans les six domaines du vieillissement actif considérés (voir l'indice du vieillissement actif – IVA). La différence par rapport aux personnes non touchées par la pauvreté est relativement faible pour le travail bénévole et l'exercice d'une activité rémunérée. Le faible taux d'actifs occupés n'a rien de surprenant, puisqu'on considère la population retraitée. Les différences les plus marquées entre les pauvres et les non-pauvres concernent la satisfaction dans la vie, les limitations dues à l'état de santé et les contacts avec la famille et les amis. La présente analyse ne permet cependant pas de dire si elles sont la cause ou la conséquence de la pauvreté, ni de déterminer dans quelle mesure les différents domaines sont liés entre eux. Par exemple, on ne peut pas dire si la satisfaction dans la vie en général dépend davantage des difficultés financières ou des problèmes de santé.

Les critères retenus ne concernent pas que des dimensions du vieillissement actif, mais peuvent servir d'indicateurs de la participation à la société. On peut donc les utiliser pour effectuer des comparaisons avec la population plus jeune. Il en ressort que les différences entre les personnes touchées par la pauvreté et les autres sont faibles chez les jeunes, qu'elles s'accroissent ensuite, puis qu'elles diminuent à un âge avancé. Concrètement, elles sont systématiquement plus élevées chez les 50 à 64 ans que chez les 18 à 49 ans, puis se réduisent quelque peu chez les 65 ans ou plus. Deux domaines font exception : les limitations dues à l'état de santé et l'exercice d'une activité rémunérée. Dans le premier, les différences restent constantes après le passage à la retraite. Dans le second, elles sont plus marquées chez les retraités que chez les 50 à 64 ans. L'exercice d'une activité rémunérée chez les 65 ans ou plus semble être un bon antidote à la pauvreté.

Indicateur de pauvreté : on considère comme pauvres les personnes qui ne peuvent pas s'acquitter d'une dépense inattendue de 2500 francs.

Travail bénévole : travail bénévoles organisé et travail bénévole non organisé effectué au cours des douze derniers mois.

Se sent en sécurité : personnes qui se sentent (relativement) en sécurité lorsqu'elles se déplacent à pied de nuit dans leur quartier.

Pas de limitations dues à l'état de santé : personnes qui n'ont pas subi de limitations dues à des problèmes de santé au cours des six derniers mois.

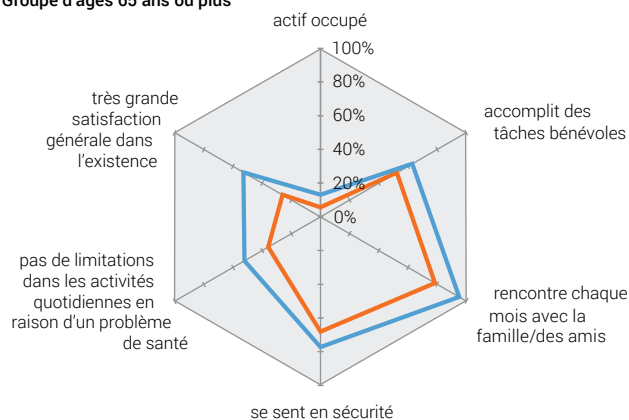
Très grande satisfaction dans la vie en général : correspond à une note de 9 ou 10 sur une échelle allant de 0 à 10.

Toutes les différences relevées entre les personnes touchées par la pauvreté et les autres sont significatives.

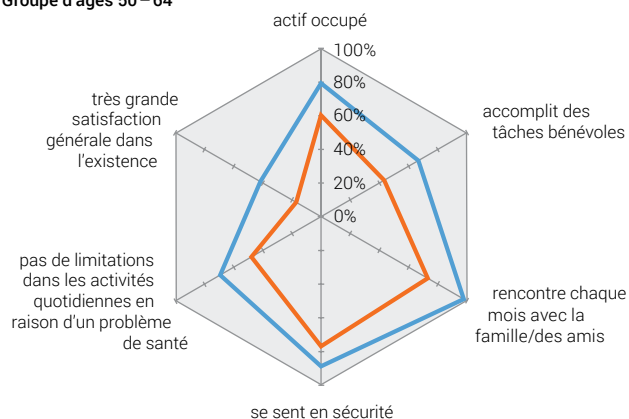
Part des personnes de 65 ans selon le statut de la pauvreté qui satisfont à un certain aspect du vieillissement actif

G10

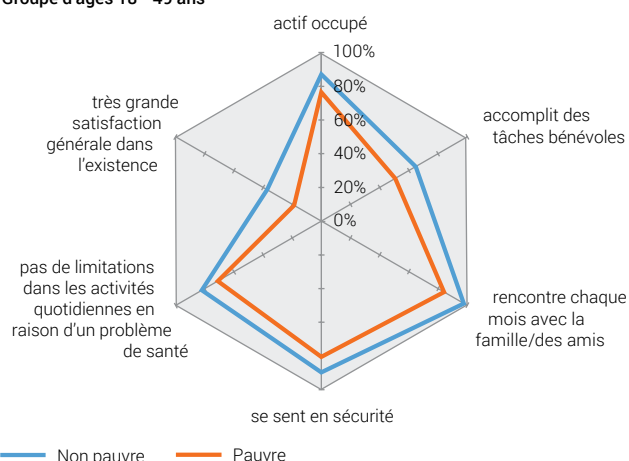
Groupe d'âges 65 ans ou plus



Groupe d'âges 50 – 64



Groupe d'âges 18 – 49 ans



Personnes vivant dans un ménage privé (les ménages collectifs ne sont pas pris en considération).

Source: OFS – SILC 2015, version du 19.06.2017

© OFS 2018

Conclusion

Viellir en restant actif est plus difficile pour les retraités touchés par la pauvreté que pour les autres. Cette inégalité naît généralement bien avant le passage à la retraite: les retraités désargentés qui subissent des privations liées à leur état de santé ou qui ont une vie sociale restreinte éprouvaient déjà, dans bien des cas, des difficultés lorsqu'ils étaient en âge de travailler. Mais il semble que le passage à la retraite atténue quelque peu ces différences. En d'autres termes, il faut agir en amont de la retraite si l'on veut améliorer les possibilités de vieillir en restant actif.

Franziska Ehrler (FORS), Martina Guggisberg (OFS)

Bibliographie

Office fédéral de la statistique (OFS). 2014. La pauvreté des personnes âgées. Neuchâtel: OFS.

Stutz, Heidi, Susanne Schmutz et Tobias Bauer. 2007. Erben in der Schweiz: eine Familiensache mit volkswirtschaftlichen Folgen. Zurich/Coire: Verlag Rüegger.

Tillmann, Robin, Maurizia Masia et Monica Budowski. 2016. Armut, Prekarität, Wohlstand und Wohlbefinden in der Schweiz. In: Ehrler, Franziska, Felix Bühlmann, Peter Farago, François Höpflinger, Dominique Joye, Pasqualina Perrig-Chiello und Christian Suter (Hrsg.) Sozialbericht 2016: Wohlbefinden. Zurich: Seismo. pp. 66 à 82.

Villiger, Simone et Carlo Knöpfel. 2009. Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen. Lucerne: Caritas-Verlag.

Von Gunten, Luzius, Pascale Zürcher, Caroline Pulver, Robert Fluder, Kilian Koch. 2015. Existenzsicherung im Alter. Risikofaktoren und Ursachen für EL-Bezüge bei AHV-Neurentnern und Neurentnerinnen. Berne: BFH.

Wanner, Philippe et Alexis Gabadinho 2008. La situation économique des actifs et des retraités. Rapport de recherche n° 1/08. Aspects de la sécurité sociale. Berne: OFAS.

Organisation mondiale de la santé (OMS) 2002. Active Ageing: A Policy Framework. Genève: OMS.

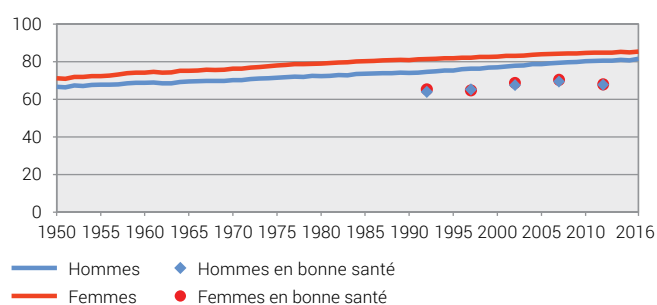
3 La santé au fil de l'âge: un vieillissement actif jusqu'à 80 ans

Un vieillissement actif permet aux seniors de réaliser leur potentiel physique, social et mental jusqu'à un âge avancé et entraîne leur participation active dans la vie sociale de la population.

La Suisse fait partie des pays du monde avec une des espérances de vie les plus élevées: en 2016, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 81,5 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes. L'espérance de vie en bonne santé, qui combine les

informations concernant la mortalité à celles relatives à la santé auto-évaluée, s'élevait à 67,7 ans pour les hommes et 67,9 ans pour les femmes (G11) en 2012. Le faible écart entre hommes et femmes signifie que la longévité plus élevée des femmes correspond, pour une part importante, à des années qui ne sont pas vécues en bonne santé. L'écart entre ces deux espérances de vie montre bien que le gain en années de vie ne s'accompagne pas nécessairement d'années en bonne santé. L'état de santé de la population âgée reste très hétérogène, certains individus atteignant un âge avancé en bonne santé et ne recourant aux soins qu'en fin de vie, alors que d'autres individus ont besoin de soins beaucoup plus tôt et pendant de longues années.

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, à la naissance G11



Les données 2012 relatives à l'espérance de vie en bonne santé ne sont pas directement comparables à celles des années précédentes, compte tenu d'un changement dans les modalités de réponse à la question portant sur l'état de santé auto-évalué.

Sources: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP et ESS

© OFS 2018

Cette contribution se propose de présenter ci-après divers aspects de la santé liés au vieillissement, en examinant quelques problèmes de santé au fil de l'âge.

En 2012, 8% des personnes de 65 ans ou plus ont fait un séjour de longue durée dans un établissement médico-social (EMS). La proportion de résidents en EMS augmente sensiblement avec l'âge, principalement le grand âge (la moitié des 90 à 94 ans, et 90% des 95 ans ou plus). Elle est la même selon le sexe jusqu'à environ 80 ans, puis les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes. Près de trois quarts des personnes vivant en EMS sont des femmes (72%).

Source des données

Les données proviennent de l'enquête suisse sur la santé (ESS) 2012. Cette enquête est réalisée tous les cinq ans depuis 1992. Il s'agit d'une enquête par sondage au moyen d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur (CATI) suivie d'un questionnaire écrit. La population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé a été interrogée.

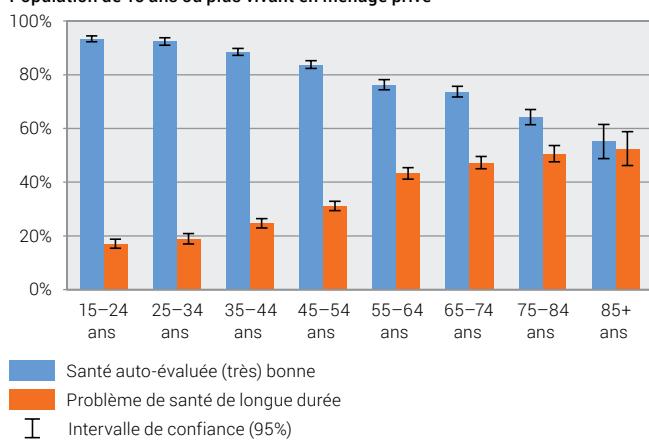
Santé auto-évaluée

En 2012, cinq personnes sur six âgées d'au moins 15 ans et vivant en ménage privé déclaraient être en bonne ou en très bonne santé. La part de celles considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise n'était que de 4%. La part des individus en bonne santé recule régulièrement avec l'âge jusqu'à 74 ans (74% pour les 65–74 ans), puis plus rapidement ensuite, jusqu'à 55% dès 85 ans (G12). La tendance est très semblable entre les hommes et les femmes.

Santé auto-évaluée et problème de santé de longue durée selon l'âge, en 2012

G12

Population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

Limitations fonctionnelles et dans les activités de la vie quotidienne

Une personne sur quatre est restreinte ou fortement limitée depuis au moins six mois dans ses activités habituelles en raison d'un problème de santé. Ces limitations augmentent avec l'âge: si la part des personnes concernées par ces limitations ne dépasse pas 20% jusqu'à 54 ans, elle augmente à un tiers entre 55 et 79 ans, et s'élève ensuite nettement jusqu'à atteindre la moitié (53%) des personnes dès 80 ans, sans véritable distinction de sexe.

Les limitations fonctionnelles affectant la vue, l'ouïe et la locomotion augmentent également avec l'âge (G13). A partir de 80 ans, la proportion de personnes avec un problème de vue ou d'ouïe double, celle des personnes avec un problème de locomotion fait plus que tripler, montrant bien qu'avec l'âge la capacité à se mouvoir et à se déplacer dans son environnement tend à diminuer.

Par ailleurs, 87% des personnes de 65 ans ou plus portent des lunettes et 2% ont des problèmes pour lire un livre ou un journal. 15% portent un appareil auditif mais 6% d'entre elles ne peuvent néanmoins pas suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes. Ne pas bien entendre peut conduire à l'isolement et au retrait de la vie sociale.

La mesure des limitations fonctionnelles et des activités de la vie quotidienne

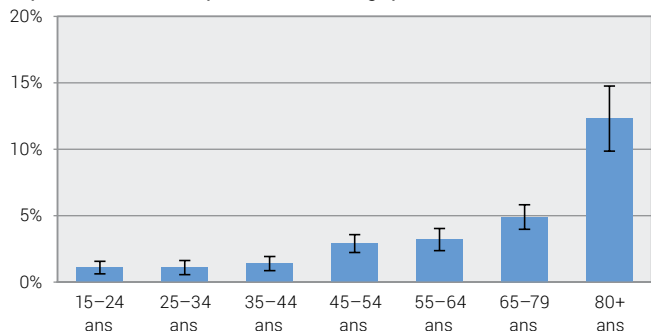
Les limitations fonctionnelles regroupent trois questions sur la capacité à a) lire un livre ou un journal (ou regarder la télévision), y compris avec des lunettes (vue); b) suivre une conversation à laquelle participent au moins deux personnes, y compris avec un appareil auditif (ouïe); c) marcher seul(es), sans aide, sans s'arrêter et sans être fortement incommodé(e) (locomotion). Les personnes avec une limitation importante ou complète ont répondu soit «oui mais avec beaucoup de difficulté» soit «non» à une des trois questions («seulement quelques pas» ou «je ne peux pas me déplacer» pour la locomotion); celles avec une limitation légère ont au moins une des trois questions avec la réponse «oui, sans trop de difficulté» («plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres» pour la locomotion), et celles sans limitations ont répondu «oui sans difficulté» aux trois questions («200 mètres ou plus» pour la locomotion).

Les limitations de la vie quotidienne se mesurent souvent dans les enquêtes de santé au moyen de deux indicateurs:

- **Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)**, comme préparer des repas, téléphoner, faire des achats, la lessive, des petits travaux ménagers, des gros travaux ménagers occasionnels, les comptes ou utiliser les transports publics. Les personnes avec une limitation importante ou complète ont répondu soit «oui mais avec beaucoup de difficulté» soit «non» à une de ces activités; celles avec une limitation légère ont au moins une de ces activités avec la réponse «oui, avec quelque difficulté», mais aucune avec une limitation importante ou complète, et celles sans limitations ont répondu «oui sans difficulté» à toutes les activités.
- **les activités de la vie quotidienne (AVQ)**, comme manger, se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, prendre un bain ou une douche. Les personnes avec une limitation importante ou complète ont répondu soit «oui mais avec beaucoup de difficulté» soit «non» à une de ces activités; celles avec une limitation légère ont au moins une de ces activités avec la réponse «oui, avec quelque difficulté», mais aucune avec une limitation importante ou complète, et celles sans limitations ont répondu «oui sans difficulté» à toutes les activités.

Limitations fonctionnelles selon l'âge, en 2012 G13

Population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé



Intervalles de confiance (95%)

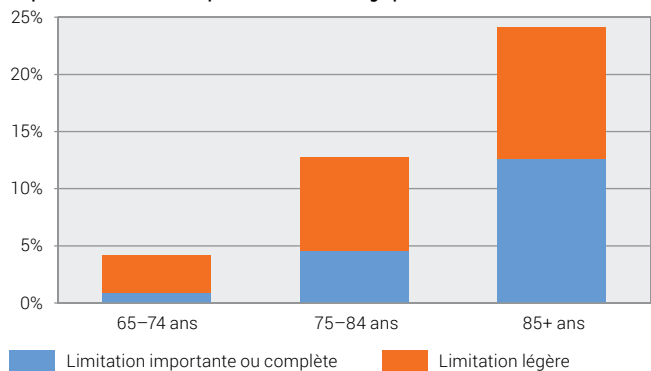
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

Une personne âgée rencontre des problèmes d'autonomie lorsqu'elle n'est plus capable d'accomplir sans aide une série d'activités, comme préparer les repas, téléphoner, faire des achats, la lessive, des travaux ménagers, les comptes ou utiliser les transports publics (AIVQ)¹². 20% des personnes de 65 ans ou plus ont de la difficulté ou sont incapables d'accomplir au moins une de ces activités, principalement de gros travaux ménagers. Les personnes de 85 ans ou plus sont plus du double à être dans ce cas que celles entre 75 et 84 ans (53% contre 23%), elles-mêmes deux fois plus nombreuses que celles de 65 à 74 ans (11%). Cette perte d'autonomie s'aggrave encore lorsqu'une personne rencontre des difficultés à accomplir, sans aide extérieure, des gestes élémentaires de la vie quotidienne comme manger, s'habiller, aller aux toilettes, se laver ainsi que se lever, s'asseoir et se coucher. 3% des personnes de 65 ans ou plus sont limitées dans au moins l'une de ces activités de la vie quotidienne (AVQ), sans véritable différence selon le sexe.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) selon l'âge, en 2012 G14

Population de 65 ans ou plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

¹² AIVQ pour «activités instrumentales de la vie quotidienne».

La part des personnes concernées augmente nettement avec l'âge, se multipliant par 10 entre le groupe des 65-74 ans et celui des 85 ans ou plus (1% à 13%) (G14). Ces difficultés à accomplir des activités de la vie quotidienne sont reconnues comme des bons indicateurs de perte d'autonomie et donc des besoins en soins (Höpflinger et Hugentobler, 2006). Les besoins en soins apparaissent déjà avec des limitations fonctionnelles légères (quelque difficulté de locomotion, d'ouïe ou de vue) et ils augmentent à chaque degré de limitation supplémentaire. Et parmi les activités examinées précédemment, les limitations dans les gestes élémentaires de la vie quotidienne (AVQ: manger, s'habiller, aller aux toilettes etc) supposent des besoins en soins plus élevés que les limitations dans d'autres activités telles que préparer les repas, téléphoner, faire des achats, la lessive etc (AIVQ). Ainsi, ces limitations, plus fréquentes avec l'âge, vont de pair avec un besoin important d'aide: plus de la moitié des aînés de 65 ans ou plus concernés par des limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) reçoivent une aide de leurs proches ou d'un service d'aide et de soins à domicile. Mais quand ces aides ne suffisent plus à compenser de manière satisfaisante la perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, l'entrée dans un EMS est alors à envisager.

Les chiffres de l'ESS montrent cependant que cette perte d'autonomie ne concerne qu'une minorité de personnes âgées en Suisse, puisque la majorité (75%) des personnes de 85 ans ou plus ne souffre d'aucune limitation dans les gestes de la vie quotidienne.

Chutes

Les chutes peuvent rapidement limiter la mobilité des personnes, surtout à un âge avancé, augmenter leur perte d'autonomie et accroître leurs besoins en soins. Un quart des personnes âgées de 65 ans ou plus sont tombées au moins une fois sur une période d'une année, dont quatre sur dix plusieurs fois. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à avoir chuté (28% contre 21%) et les personnes de 80 ans ou plus chutent davantage que les 65-79 ans (30% contre 23%). Si les chutes peuvent avoir des conséquences néfastes sur la capacité à se mouvoir des aînés, l'inverse est aussi vrai: les personnes dès 65 ans avec des restrictions de locomotion sont plus nombreuses à tomber que celles qui peuvent se déplacer aisément (42% contre 24%). Il en va de même pour celles souffrant de limitations sensorielles (vue, ouïe) ou affectées par des maladies de longue durée. Les chutes peuvent entraîner des blessures, souvent une fracture de la hanche, qui est à son tour l'une des causes fréquentes de besoins en soins, d'hospitalisation, et dans les cas extrêmes de décès des personnes très âgées.

Maladies chroniques

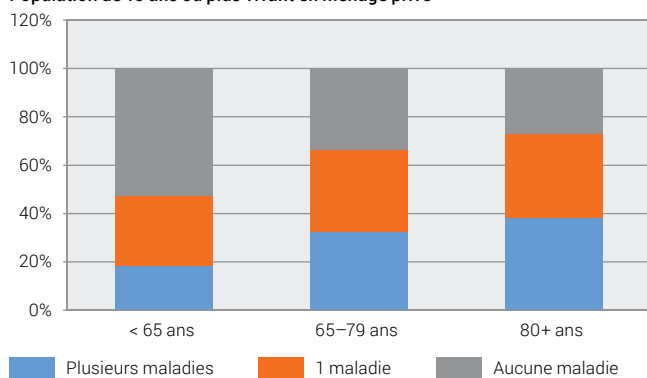
Si un tiers environ (32%) de la population suisse de 15 ans ou plus déclare souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée, ce sont la moitié des personnes âgées de 65 ans ou plus qui sont concernées (G12), sans changement ensuite aux âges plus avancés. La prévalence des maladies chroniques augmente également avec l'âge: la part des personnes déclarant

avoir souffert d'au moins une maladie chronique parmi une liste de 14 maladies, dépasse la moitié des personnes à partir de 55 ans, atteint les deux tiers des 65–79 ans et s'élève jusqu'à presque trois quarts (73%) des personnes de 80 ans ou plus. 38% des personnes de 65 ans ou plus souffrent d'hypertension, 25% d'arthrose, 11% de diabète, 9% d'ostéoporose, pour ne citer que les plus répandues. Cependant, les désagréments les plus graves en termes de santé pour les personnes résultent de la souffrance de maladies chroniques multiples, appelée multimorbidité, car l'apparition simultanée de plusieurs maladies chroniques soulève des difficultés qui vont au-delà de la somme des problèmes posés par chacune d'elles¹³. La part de personnes souffrant de multimorbidité¹⁴ double à partir de 65 ans (G15), passant de 18% pour les 15 à 64 ans à 34% dès 65 ans.

Nombre de maladies chroniques selon l'âge, en 2012

G15

Population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires¹⁵ sont une des principales causes de décès en Suisse. La part des personnes hospitalisées à cause de maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge. Les personnes d'un très grand âge (85 ans ou plus) souffrent fréquemment d'un affaiblissement généralisé de leur système cardiovasculaire, qui ne correspond pas nécessairement à une maladie cardiovasculaire. L'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète¹⁶ font partie des principaux facteurs de risque de ces maladies cardiovasculaires. L'hypertension artérielle est très nettement liée à l'âge: une personne sur dix de moins de 65 ans

¹³ comme les traitements de deux maladies concomitantes qui vont à l'encontre l'une de l'autre par exemple

¹⁴ définie comme la co-occurrence de deux maladies chroniques ou plus

¹⁵ l'ensemble des maladies concernant le cœur et la circulation sanguine

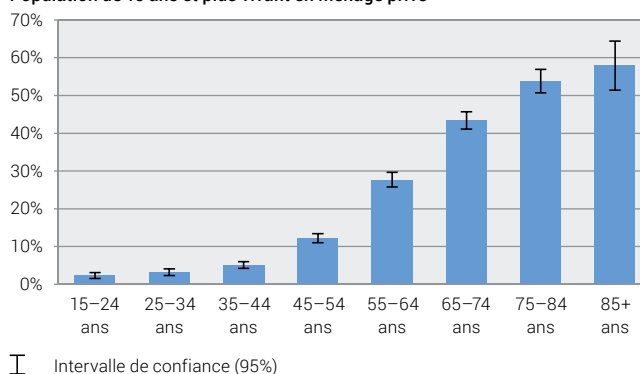
¹⁶ Ces trois facteurs de risque correspondent dans ce paragraphe à un état actuel trop élevé ou à la prise de médicament. Par exemple, l'hypertension regroupe aussi bien les personnes qui déclarent que leur tension artérielle est actuellement trop élevée que celles qui affirment prendre des médicaments contre l'hypertension.

souffre d'hypertension, alors que ce sont quatre personnes sur dix dès 65 ans, et même plus de la moitié des personnes dès 75 ans (G16). L'hypercholestérolémie est un trouble métabolique; de même que l'hypertension, elle est fortement liée à l'âge, passant de 7% pour les moins de 65 ans à 31% pour ceux à partir de 65 ans. Tant l'hypertension que l'hypercholestérolémie sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes entre 35 et 74 ans.

Personnes souffrant d'hypertension, selon l'âge, en 2012

G16

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



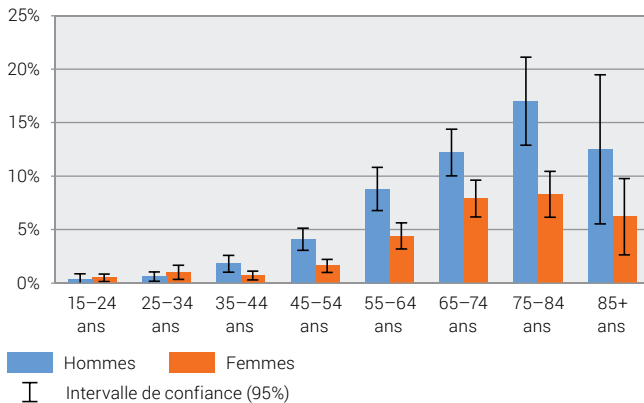
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

Le diabète est une maladie qui constitue un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires, car il favorise l'artériosclérose des vaisseaux sanguins. Il existe deux principaux types de diabète. Le diabète de type I, relativement rare, est dû à une production insuffisante d'insuline par le pancréas. Il peut survenir dès l'enfance et prendre une forme aiguë. Le diabète de type II provient d'une résistance à l'insuline. Il est beaucoup plus fréquent que le diabète de type I (90 à 95% de tous les cas de diabète) et il apparaît typiquement à un âge avancé. Il tend cependant à devenir plus fréquent chez des personnes plus jeunes, en particulier chez celles souffrant d'un fort excès de poids. En 2012, 5% des hommes et 3% des femmes âgés de 15 ans ou plus déclaraient souffrir de diabète (sans distinction de type). La part des personnes concernées augmente rapidement à partir de 45 ans chez les hommes et 55 ans chez les femmes (G17). Il en découle qu'à partir de 45 ans les hommes sont nettement plus touchés que les femmes. La part des personnes souffrant de diabète se multiplie par cinq entre les 15–64 ans (2%) et les 65 ans ou plus (11%). Le diabète de type II peut se développer longtemps sans symptôme. La prévention joue par conséquent un rôle important. En 2012, la part des personnes ayant fait contrôler leur taux de glucose dans le sang au cours des 12 derniers mois passe de 45% chez les 35–44 ans à 80% chez les personnes de 75 ans ou plus. Les différences entre hommes et femmes sont peu importantes.

Personnes souffrant de diabète, selon l'âge, en 2012 G17

Population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

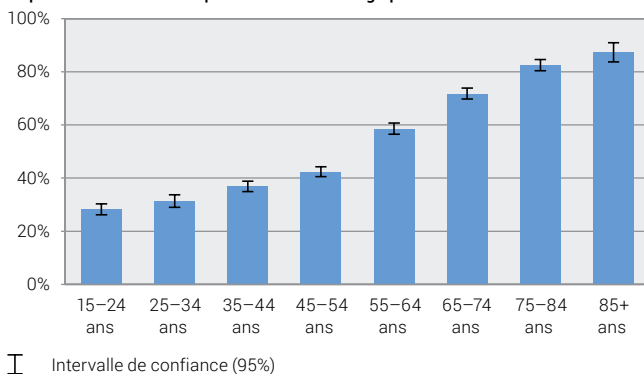
© OFS 2018

Consommation de médicaments

Avec l'âge, la consommation de médicaments (G18) augmente nettement, passant de quatre personnes sur dix jusqu'à 64 ans, à trois personnes sur quatre dès 65 ans, et atteignant même presque neuf personnes sur dix dès 80 ans (88%). Près de la moitié des aînés à partir de 65 ans prennent des médicaments contre l'hypertension (47%) et un quart des antidouleurs (27%) ou des médicaments contre le cholestérol (26%). La consommation de médicament diffère selon le sexe de ces aînés. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à prendre des médicaments contre le cholestérol, pour le cœur et contre le diabète, tandis que les femmes prennent davantage d'antidouleurs, de somnifères et de médicaments contre l'ostéoporose. La consommation de médicaments augmente avec la détérioration de l'état de santé au fil de l'âge, comme par exemple lors de problèmes de santé fonctionnelle, ou de maladies chroniques: 92% des personnes de 65 ans ou plus souffrant de deux maladies chroniques ou plus consomment des médicaments contre 56% de celles qui n'ont aucune maladie chronique.

Consommation de médicament selon l'âge, en 2012 G18

Population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

Consultations médicales et hospitalisations

71% des hommes et 86% des femmes suisses sont allés au moins une fois chez un médecin sur une période de douze mois. Cette différence entre les sexes s'expliquant notamment par les visites chez les gynécologues, les femmes sont plus nombreuses à consulter un médecin que les hommes jusqu'à 64 ans; les différences entre les sexes s'estompent ensuite à partir de 65 ans. La prévalence de consultation d'un médecin augmente avec l'âge, passant de 75% jusqu'à 64 ans à 87% dès 65 ans, et atteignant 91% dès 75 ans. L'âge a également une influence sur les séjours à l'hôpital, les personnes de 75 ans ou plus étant deux fois plus nombreuses à avoir fait un séjour hospitalier au cours d'une année que celles jusqu'à 54 ans (20% contre 9%; la part est de 13% pour les 55-74 ans).

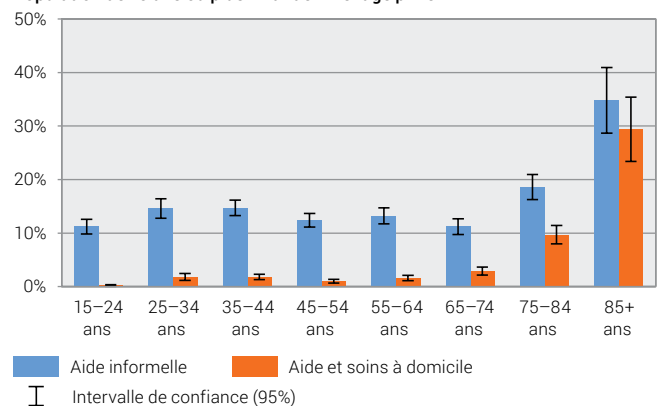
La part des personnes ayant recours au médecin ou à une hospitalisation augmente également au fil de l'âge avec divers problèmes de santé tels que les limitations fonctionnelles, les limitations dans les activités de la vie quotidienne ou les maladies chroniques.

Recours aux prestations de soins à domicile et aide informelle

Une partie de la population a besoin d'aide en matière de soins ou pour l'accomplissement de tâches de la vie quotidienne, comme l'ont montré les divers aspects de santé présentés jusqu'ici. Cette aide contribue à la santé et au bien-être des personnes concernées et permet pour une partie d'entre elles d'éviter un hébergement dans une institution, ou tout au moins de le retarder. L'aide nécessaire peut être fournie tant par les services professionnels d'aide et de soins à domicile que par les proches et connaissances (G19). La part des personnes faisant appel aux services d'aide et de soins à domicile augmente avec l'âge, se situant à moins de 3% jusqu'à 74 ans, puis triplant (10%) pour les 75-84 ans et atteignant 29% pour les personnes dès 85 ans. L'aide informelle, quant à elle plus largement demandée par la population, augmente nettement à partir de 85 ans (35%).

Recours à l'aide informelle et au service d'aide et de soins à domicile, selon l'âge, en 2012 G19

Population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

Les prestations des services professionnels d'aide et de soins à domicile ne remplacent cependant pas l'aide informelle: 63% des personnes recourant aux services d'aide à domicile reçoivent également de l'aide informelle. Les femmes recourent plus souvent que les hommes à une aide informelle ou aux services d'aide et de soins à domicile. L'aide et les soins reçus augmentent bien entendu avec la péjoration de l'état de santé liée à l'âge. De plus, une part non négligeable des personnes de 65 ans ou plus ne recevant pas d'aide aimeraient pourtant en recevoir de la part de leur famille ou de connaissances, par exemple pour faire les commissions, les soins, les repas ou les tâches administratives (23%).

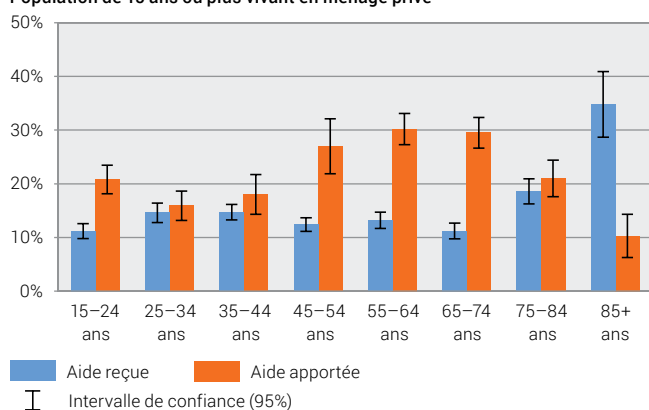
Aide informelle apportée par les seniors

Bien que les individus recourent davantage à diverses aides au fil de l'avancée en âge, il reste intéressant d'examiner l'aide qu'ils apportent eux-mêmes bénévolement à d'autres personnes, par exemple en rendant visite à des malades, des personnes handicapées ou des personnes âgées, en les aidant dans leur ménage, en leur apportant à manger ou en effectuant des transports. On constate qu'environ une personne de 15 ans ou plus sur quatre (23%) apporte de l'aide à des tiers. La part des personnes apportant de l'aide est largement supérieure à celle des personnes en recevant (G20). Ceci jusqu'à un âge avancé (74 ans). L'aide informelle reçue ne devient un multiple de l'aide apportée par les individus qu'à partir de 85 ans. Ainsi, cela corrobore le fait que les personnes âgées ne reçoivent pas de l'aide sans contrepartie; au contraire, on pourrait même avancer pour elles cette réciprocité entre aide reçue et apportée est un indice important de bonne santé.

Aide informelle selon l'âge, en 2012

G20

Population de 15 ans ou plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

© OFS 2018

Conséquences sur la santé psychique

Les personnes âgées limitées à un degré important dans leur santé fonctionnelle sont dix fois plus nombreuses à évaluer leur état de santé général comme mauvais ou très mauvais (30% contre 3%) que celles sans limitations. La perception de la santé, qui peut être une source de préoccupation ou d'anxiété, est un facteur déterminant pour le bien-être mental des personnes (Dubé, 2006). Les personnes avec des limitations fonctionnelles souffrent effectivement plus souvent de détresse psychique élevée (10% contre 3%) et présentent plus souvent des symptômes de dépression modérée à grave (6% contre 2%). Elles ont également plus souvent un faible niveau d'énergie et de vitalité (49% contre 15%) et un bas sentiment de maîtrise de la vie (24% contre 16%). Enfin, elles jugent moins souvent leur qualité de vie comme étant bonne ou très bonne (73% contre 94%) et elles bénéficient moins d'un fort soutien social (15% contre 29%). Les conséquences psychiques sont encore plus fortes pour les personnes limitées dans les activités de la vie quotidienne.

La combinaison de limitations dans les activités de la vie quotidienne et d'une santé psychique fragilisée avec le fait de vivre seul vont souvent entraîner ensuite dans un délai plus ou moins court l'installation dans un EMS. La personne ne pouvant plus prendre soin d'elle correctement et ne recevant pas d'aide d'un conjoint devra ainsi être prise en charge dans une institution.

Conclusions

Les divers éléments proposés ci-dessus montrent bien que la santé se modifie avec l'âge. Ils attestent également que la santé, la mobilité et l'activité des personnes restent répandues jusqu'à près de 80 ans, permettant aux seniors de se réjouir d'un vieillissement actif. Le tableau général présenté jusqu'ici indique ainsi que aujourd'hui être vieux ne signifie pas nécessairement être malade et avoir besoin de soins, au contraire. Bien que le processus naturel de vieillissement réduise le bon fonctionnement de l'organisme, les résultats de l'ESS révèlent un état de santé relativement bon jusqu'à un âge avancé pour une bonne partie de la population, c'est-à-dire près de 80 ans. Le vieillissement de la population s'avère ainsi plus marqué à partir de 80 ans environ et s'accompagne souvent d'une (forte) dégradation de la santé, comme le montrent par exemple les limitations de la vue, de l'ouïe et de locomotion, les chutes, les maladies chroniques, les problèmes d'hypertension. Cette péjoration de la santé s'observe même encore plus tard, vers 85 ans, pour la perte d'autonomie relevée par les limitations dans les gestes de la vie quotidienne tels que manger, s'habiller, aller aux toilettes.

Les défis de l'accroissement de la longévité et du vieillissement généralisé de la société sont bien réels en termes de politiques sanitaires et sociales pour les prochaines 20 années. Cependant, les éléments présentés ci-dessus tendent à montrer aussi quelque espoir pour les perspectives futures, à savoir que le vieillissement actif semble déjà être en marche pour une partie de la population suisse jusqu'à presque 80 ans, leur permettant de vivre avec un bien-être physique, mental et social fort

appréciable. Ce parcours rapide et général de quelques aspects de la santé au fil de l'âge ne doit cependant pas faire oublier que la santé des personnes âgées reste très hétérogène, et ne doit pas freiner la mise en place de diverses mesures de vieillissement actif pour la population qui permettraient de vieillir en bonne santé à un âge plus avancé, en gardant son indépendance et sa place dans la société, ce qui favoriserait la participation active à la vie sociale. Le défi est d'exploiter pleinement le potentiel des personnes âgées en promouvant une vie active et de réduire leur dépendance vis-à-vis de la famille et de l'Etat.

Renaud Lieberherr (OFS, GESB)

Bibliographie

Dubé Denise (2006). *Humaniser la vieillesse*. Québec: Editions Multimondes.

Höpflinger François et Hugentobler Valérie (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.

4 Données sur le vieillissement actif dans les pays européens

Les pays du monde peinent à soutenir leur population vieillissante et il est urgent d'élaborer des politiques propres à relever ce défi. Par-delà la rhétorique politique et les appels aux réformes, et dans le souci de susciter des réponses comportementales favorables chez les individus, on s'accorde aujourd'hui sur la nécessité de produire des données objectives de bonne qualité dans ce domaine. Ces données doivent signaler les bonnes pratiques qui sont mises en œuvre dans le monde pour promouvoir des formes actives de vieillissement, pour assurer une meilleure intégration sociale et économique des personnes âgées et pour favoriser leur autonomie et leur indépendance.

L'indice du vieillissement actif (active ageing index, AAI) a généré ces nouvelles données. L'indice montre dans quelle mesure les personnes âgées peuvent réaliser leur potentiel dans trois domaines du vieillissement actif: le travail, la participation sociale et l'indépendance. S'y ajoute un quatrième domaine qui consiste – par-delà l'observation de l'expérience effective de vieillissement actif – à examiner comment chaque pays valorise le capital humain de sa population âgée et dans quelle mesure il crée un environnement favorable au vieillissement actif (G21).

Le projet AAI est dirigé conjointement par la Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion (DG EMP) de la Commission européenne et par la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (UNECE). La première phase des travaux a été réalisée en 2012, en partenariat avec le Centre européen de recherche en politique sociale à Vienne. Le projet s'est poursuivi dans une deuxième phase à l'Université de Southampton (Royaume-Uni) en 2015–16. Une troisième phase a commencé en 2017, également à l'Université de Southampton. Elle s'achèvera en 2018.

L'AAI comporte une ventilation transversale par sexe, soulignant l'objectif politique spécifique qui vise à réduire les disparités entre les sexes dans l'expérience positive et égalitaire du vieillissement. Les données de l'AAI portent sur les 28 pays membres de l'UE et sur quelques pays non membres, dont la Norvège, la Suisse, les États-Unis et le Canada. Elles aident les acteurs politiques de tous les pays à fonder leurs interventions sur des indicateurs transnationaux du vieillissement actif.

Les objectifs de l'AAI peuvent se résumer ainsi:

- Développer une base de données indépendante et de bonne qualité sur le vieillissement actif et utiliser ces données pour faire connaître les bonnes pratiques qui, partout dans le monde, pourront aider les individus et les pays à améliorer la qualité de vie et le bien-être des populations âgées.
- Aider les gouvernements à comprendre qu'une politique d'investissement social favorisant l'activité et l'engagement social des personnes âgées est plus efficace qu'une politique consistant à entretenir passivement une population de personnes âgées dépendantes de l'État et de leurs familles.
- Développer une méthodologie solide pour mesurer la contribution des personnes âgées dans différents domaines de la vie et pour identifier le potentiel encore inutilisé de la population âgée.

Que montrent les données AAI?

Les données les plus récentes placent la Suède au premier rang des pays de l'UE28, suivie de près par le Danemark, les Pays-Bas, la Finlande, le Royaume-Uni et l'Irlande. La Suisse a le même indice que la Suède. La Norvège et l'Islande se situent légèrement au-dessus de la Suisse et de la Suède (G22).

Quatre pays méridionaux de l'UE (Italie, Portugal, Espagne, Malte) sont dans une position médiane, avec la plupart des autres pays d'Europe occidentale, y compris l'Allemagne. La Grèce et la plupart des pays d'Europe centrale et orientale figurent au bas du classement.

Les pays actuellement les mieux classés, comme la Norvège, la Suède, la Suisse, le Danemark et les Pays-Bas, ne dépassent pas de beaucoup la barre des 40 points. Ainsi même les pays qui sont en tête sont encore au-dessous des valeurs souhaitées.

Les pays qui se situent à l'autre bout de l'échelle (la Grèce, précédée par la Pologne, la Slovaquie, la Hongrie, la Roumanie et la Slovénie) ont des indices inférieurs à 30 points, ce qui suggère qu'ils ont laissé inexploité jusqu'ici une bonne partie du potentiel de vieillissement actif dans leur pays.

Les données produites jusqu'à présent ont aidé à identifier des stratégies efficaces pour promouvoir et soutenir l'activité, l'autonomie et la santé des personnes âgées par des politiques publiques top-down au niveau national et local, par des initiatives de la société civile et des organisations d'employeurs, et par des réponses comportementales bottom-up des populations âgées elles-mêmes. La Lettonie et Malte ont développé de 2010 à 2016 une stratégie de vieillissement actif en prenant l'AAI pour référence; l'Estonie a intégré les données AAI dans son dernier Welfare Development Plan; la Pologne a lancé une nouvelle politique des seniors, axée sur le long terme, qui a été développée après que le pays a constaté son niveau particulièrement

bas dans les premiers résultats AAI. L'Allemagne a révisé pour son propre usage le mode de mesure de l'AAI afin d'effectuer des comparaisons entre les régions du pays. Voilà quelques exemples de l'influence que l'AAI a exercée jusqu'ici.

Si l'on considère ce qui a été accompli jusqu'à présent, on peut conclure avec assurance que les données produites grâce à l'AAI contribuent à une meilleure prise de conscience des défis et des opportunités que représentent les personnes âgées. Elles contribuent à encourager la recherche des meilleures méthodes possibles pour développer pleinement ce potentiel. Le but n'est pas seulement d'améliorer le bien-être individuel des personnes âgées mais d'assurer la pérennité de nos systèmes de sécurité sociale. D'ailleurs, l'AAI a fait apparaître des tendances qui montrent que les choses se sont améliorées entre 2008 et 2012, bien que la plupart des pays concernés ont connu pendant cette période des temps de récession et d'austérité économique.

Les institutions européennes jouent un rôle important en propageant les bonnes pratiques et en favorisant la recherche et l'innovation. Il faut poursuivre dans cette voie et demeurer attentif à l'AAI. En même temps, il faut continuer à étendre la couverture géographique et la portée de l'AAI, et affiner la méthodologie qui le sous-tend. Les travaux prévus ont le potentiel nécessaire pour mener le projet encore plus loin, pour réaliser de réels changements

Classement des Etats membres de l'UE en comparaison avec l'Islande, la Norvège et la Suisse, selon l'IVA global de 2014

G 22

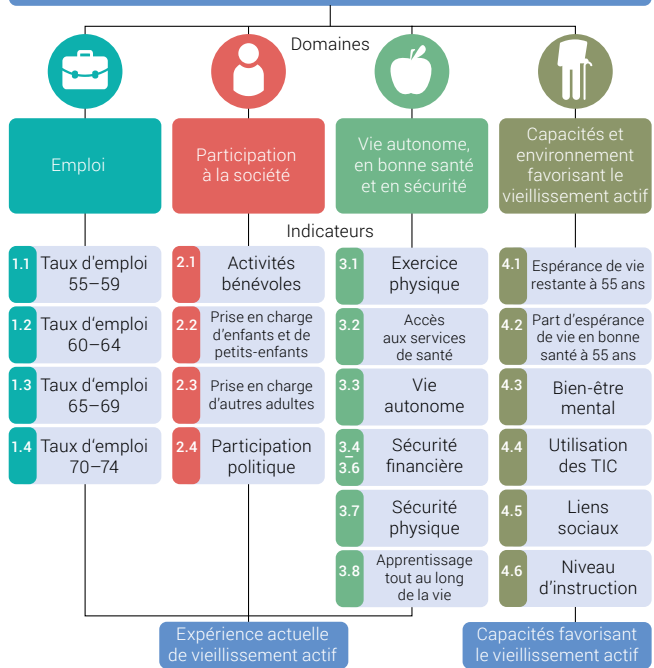


© OFS 2018

Les domaines et les indicateurs de l'indice de vieillissement actif (IVA)

G 21

L'indice de vieillissement actif permet de mesurer, dans les différents pays, le potentiel inexploité des personnes âgées à rester actives et en bonne santé. Il évalue dans quelle mesure les seniors vivent de manière autonome, participent au travail rémunéré et à la vie sociale et mesure leurs capacités à rester actifs malgré l'âge.



© OFS 2018

dont la valeur apparaîtra mieux encore dans les années à venir, le but étant de n'oublier personne sur le chemin du développement durable tel qu'il est défini dans l'Agenda 2030.

Asghar Zaidi, Université de Southampton et London School of Economics, UK

Éditeur: Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements: Jacqueline Kucera, OFS, Tel. 058 463 62 97
Rédaction: Jacqueline Kucera, OFS
Contenu: Jacqueline Kucera, OFS, Stéphane Cotter, OFS, Fabienne Rausa, OFS, Franziska Ehrler, OFS, Martina Guggisberg, OFS, Renaud Lieberherr, OFS, Asghar Zaidi, Université de Southampton et London School of Economics, UK
Série: Statistique de la Suisse
Domaine: 01 Population
Langue du texte original: français
Mise en page: section DIAM, Prepress/Print
Graphiques: section DIAM, Prepress/Print
Page de titre: section DIAM, Prepress/Print
En ligne: www.statistique.ch (gratuit)
Imprimés: www.statistique.ch (payants)
 Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60
 Impression réalisée en Suisse
Copyright: OFS, Neuchâtel 2018
 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Numéro OFS: 239-1801-05