



Lausanne, novembre 2011
Rapport de recherche N° 59

La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés

Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007

Luca Notari
Marina Delgrande Jordan

Ce projet a été financé par l'OFSP (contrat N° 10.007594/204.0001/-815)

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui a mandaté et financé la présente étude ainsi que l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui a mis à notre disposition les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Nos remerciements vont également à Guillaume Rey pour la recherche de littérature et la traduction en anglais du résumé, à Mariana Astudillo et Emmanuel Kuntsche pour la traduction en anglais du résumé, à Béat Windlin pour la traduction en allemand du résumé ainsi qu'à Christiane Gmel et Edith Bacher pour la mise en page du rapport.

Impressum

Complément d'information:	Marina Delgrande Jordan, tél. 021 321 29 96, courriel mdelgrande@addiction-info.ch
Diffusion:	Addiction Info Suisse, Recherche, case postale 870, 1001 Lausanne, tél. 021 321 29 66, fax 021 321 29 40, courriel cgmel@addiction-info.ch
Numéro de commande:	Rapport de recherche N° 59
Graphisme/mise en page:	Addiction Info Suisse
Copyright:	© Addiction Info Suisse, Lausanne 2011
ISBN:	978-2-88183-146-1
Citation recommandée:	Notari, L., & Delgrande Jordan, M. (2011). <i>La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007</i> (Rapport de recherche N° 59). Lausanne: Addiction Info Suisse.

Résumé détaillé

Les enjeux du vieillissement de la population

En Suisse, comme dans les autres pays industrialisés, l'augmentation de l'espérance de vie pose des défis en matière de fonctionnement du système de santé et de financement des assurances sociales. La mise en place de stratégies pour un vieillissement en bonne santé de la population s'avère donc nécessaire.

Au vu du vieillissement démographique, il faut non seulement s'attendre à un accroissement du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et ayant une dépendance fonctionnelle, mais aussi à un nombre croissant de personnes âgées ayant une consommation problématique de substances psychotropes, ce qui présente des problèmes spécifiques pour leur prise en charge thérapeutique et/ou institutionnelle.

L'Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'ESS est réalisée tous les cinq ans depuis 1992 par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Sa population de référence se compose des personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage privé disposant d'un raccordement téléphonique fixe. Les personnes vivant en institution (par exemple établissements médicosociaux) ou celles dont le ménage privé n'a pas de raccordement téléphonique fixe ne sont donc pas prises en compte.

Considérations préliminaires

Cette étude a pour objectif de décrire quelques indicateurs de la santé et de la consommation de substances psychotropes des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile sur la base des données de l'ESS 2007. Elle se veut une photographie instantanée de la situation cette année-là en Suisse.

Etudier la santé et la consommation de substances psychotropes des personnes âgées à partir des données d'une enquête épidémiologique telle que l'ESS présente certaines difficultés dont il faut avoir connaissance pour l'interprétation des résultats. Premièrement, il existe un biais de sélection puisque seules les personnes âgées vivant dans des ménages privés et dont la santé est suffisamment bonne pour cela sont prises en compte. Deuxièmement, une enquête transversale ne permet pas de déterminer des liens de causalité. Troisièmement, les différences constatées entre les sexes ou entre les groupes d'âge sont difficiles à interpréter, car celles-ci peuvent refléter soit l'effet du vieillissement, soit l'effet des cohortes d'âge, soit les deux.

L'état de santé auto-évalué

En 2007, la majorité des personnes âgées de 60 - 64 ans vivant dans des ménages privés jugent leur état de santé bon (65,3%) ou très bon (16,7%). Dans les groupes d'âge plus âgés, la part des évaluations positives est plus basse ; elle s'établit à respectivement 54,8% et 11,3% chez les 80 ans et plus.

Santé physique

Les **maux physiques spécifiques** deviennent plus répandus avec l'âge, les femmes présentant généralement des prévalences plus élevées et une augmentation plus marquée entre les groupes d'âge que les hommes. 25,9% des 60 - 64 ans ont souffert d'au moins un mal physique intense dans les 30 jours précédant l'enquête, contre 34,2% des 80 ans et plus.

Concernant les **problèmes de santé chroniques**, la proportion des personnes âgées vivant à domicile qui en souffrent passe de 38,9% chez les 60 - 64 ans à 46,7% chez les 80 ans et plus. Les **chutes** sont aussi tendanciellement plus répandues avec l'âge, tout comme les **accidents domestiques**, qui sont toutefois moins fréquents.

Santé psychique

Dans tous les groupes d'âge, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à dire avoir eu des problèmes psychiques moyens ou importants au cours des 30 jours précédant l'enquête et, chez elles, ce type de problèmes devient plus répandu avec l'âge (13,7% chez les 65 - 69 ans et 18,4% chez les 80 ans et plus). Chez les hommes, les proportions restent relativement stables autour de 10%. Le **sentiment de solitude** est lui aussi plus fréquent chez les femmes, ce qui pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'elles vivent aussi plus souvent seules.

Troubles sensoriels et limitations dans les activités quotidiennes

La proportion de personnes âgées vivant à domicile qui éprouvent des difficultés à parler, lire ou suivre une conversation augmente considérablement entre les groupes d'âge: 3,0% des 60 - 64 ans éprouvait au moins un de ces troubles, contre 5,2% des 75 - 79 ans et 12,5% des 80 ans et plus. Les difficultés dans les déplacements s'observent et progressent surtout dès 70 ans (16,7% des 80 ans et plus se disent incapables de marcher 200 mètres ou plus). Les limitations dans les activités quotidiennes (par ex. faire les achats ou les comptes) sont aussi plus répandues avec l'âge.

Recours aux prestations médicales

La prévalence à 12 mois d'au moins une visite chez le médecin augmente entre les 60 - 64 ans (83,3%) et les 70 - 74 ans (90,8%), se stabilise chez les 75 - 79 ans et atteint 93,3% chez les 80 ans et plus. La prévalence des séjours en hôpital passe de 13,1% chez les 60 - 64 ans à 20,5% chez les 75 - 79 ans et n'augmente pas davantage chez les 80 ans et plus (19,5%), probablement surtout par le fait que les personnes très âgées nécessitant un séjour à l'hôpital ne vivent souvent plus à la maison (et ne sont donc pas incluse dans l'étude).

Soutien social

La proportion de personnes vivant seules passe de 15,7% chez les 60 - 64 ans à 50,6% chez les 80 ans et plus vivant dans des ménages privés. Plus de la moitié des personnes âgées de 60 ans et plus disent avoir au moins une fois par semaine des contacts avec des amis et/ou leur famille. Globalement, les personnes vivant seules ont plus fréquemment ce type de contacts que les personnes en couple. En revanche, ces dernières peuvent davantage compter sur le soutien d'une tierce personne, ce qui s'explique probablement par la présence du/de la partenaire.

Consommation d'alcool

Chez les hommes, la proportion de consommateurs quotidiens augmente entre les groupes d'âge, passant de 32,7% chez les 60 - 64 ans à 50,5% chez les 80 ans et plus. Chez les femmes, la consommation quotidienne est la plus répandue chez les 65 - 69 ans puis recule entre les groupes d'âge, s'établissant à 16,8% chez les 80 ans et plus. Par contraste, chez les femmes, l'abstinence augmente entre les groupes d'âge pour atteindre 33,4% chez les 80 ans. Chez les hommes, les taux d'abstinents fluctuent entre 6% et 10%. Cette augmentation de l'abstinence chez les femmes repose surtout sur une hausse de l'abstinence à vie, ce qui suggère que, pour elles, la variation de la consommation d'alcool entre les groupes d'âge est fortement liée à des effets de cohorte.

Globalement, le volume moyen d'alcool consommé par jour diminue dès 70 ans chez les hommes comme chez les femmes. Autrement dit, chez les femmes âgées la fréquence de consommation et le volume moyen consommé sont en moyenne plus bas que chez les hommes, tandis que chez ces derniers la fréquence augmente entre les groupes d'âge alors que le volume moyen quotidien diminue.

La part des hommes ayant une «consommation chronique excessive» (critère pour les hommes: plus de 40 grammes d'alcool pur en moyenne par jour) augmente jusque chez les 65 - 69 ans puis diminue entre les groupes d'âge, tandis que chez les femmes (critère pour les femmes: plus de 20 grammes d'alcool pur en moyenne par jour) elle est plus fluctuante. Enfin, la «consommation ponctuelle excessive» est peu répandue chez les femmes (par exemple 2,8% chez les 60 - 64 ans) tandis qu'elle diminue chez les hommes entre les 60 - 64 ans (12,7%) et les 80 ans et plus (1,9%).

Usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance

En 2007, 28,4% des 60 - 64 ans ont pris au moins un analgésique, tranquillisant et/ou somnifère dans les sept jours précédant l'enquête, 25,7% des 65 - 69 ans et 41,8% des 80 ans et plus. Dans tous les groupes d'âge, la proportion était plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Consommation de tabac

Globalement, la proportion de consommateurs de tabac diminue de façon très importante entre les groupes d'âge (de 24,3% chez les 60 - 64 à 6,8% chez les 80 ans et plus). Cette diminution concerne autant les fumeurs quotidiens que les fumeurs occasionnels. Chez les femmes, cette diminution semble surtout refléter des habitudes de consommation différentes des cohortes très âgées par rapport aux moins âgées. Chez les hommes, en revanche, la proportion des ex-fumeurs augmente en manière très importante entre 60 - 64 ans (34,3%) et 80 ans et plus (58,5%).

Polyconsommation

La prévalence de la consommation d'au moins deux substances psychotropes (parmi les substances alcool, tabac, médicaments) au moins une fois par semaine passe de 33,1% chez les 60 - 64 ans à 23,3% chez les 80 ans et plus. Parallèlement, les personnes âgées ne consommant aucune substance psychotrope passent de 17,0% à 27,5%. En général, la polyconsommation incluant le tabac recule rapidement entre les groupes d'âge, tandis que la combinaison alcool/médicaments progresse. Plus spécifiquement, la proportion de personnes ayant un risque de mélanger alcool et médicaments est relativement stable entre les 60 - 64 ans et les 65 - 69 ans (11,8% et 11,3%), mais augmente ensuite jusqu'à 17,0% chez les 80 ans et plus.

Detaillierte Zusammenfassung

Herausforderungen durch die strukturelle Alterung der Gesellschaft

Wie in anderen Industrieländern stellt die steigende Lebenserwartung auch in der Schweiz eine Herausforderung für Sozialversicherungen und das Gesundheitssystem dar. Es gilt Strategien zu entwickeln um die gesellschaftliche Nachhaltigkeit des gesunden Älterwerdens sicherzustellen.

Angesichts der demografischen Entwicklung ist nicht nur mit einem Anstieg der Zahl von Personen zu rechnen, die unter chronischen Krankheiten leiden und in ihrem Alltag auf Unterstützung angewiesenen sind, sondern auch mit einer wachsenden Anzahl von Seniorinnen und Senioren mit einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Bei der Betreuung solcher Personen können besondere Herausforderungen therapeutischer und institutioneller Art entstehen.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die SGB wird seit 1992 alle fünf Jahre vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt. Im Rahmen der SGB werden Personen befragt, die mindestens 15 Jahre alt sind und in einem Privathaushalt mit Festnetzanschluss leben. Personen, die in institutionellen Haushalten, also etwa in einem Heim oder einer anderen sozio-medizinischen Einrichtung, leben, oder solche, deren Haushalt über keinen privaten Festnetzanschluss verfügt, werden nicht berücksichtigt.

Vorüberlegungen

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, auf der Grundlage von Daten aus der SGB 2007 einige Indikatoren für die Gesundheit und über den Konsum von psychoaktiven Substanzen bei in Privathaushalten lebenden Personen ab 60 Jahren zu beschreiben. Es geht um eine Momentaufnahme der Situation zum Zeitpunkt der genannten Befragung in der Schweiz.

Bei auf epidemiologischen Erhebungen basierenden Untersuchungen über die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren und über ihren Konsum psychoaktiver Substanzen stellen sich einige Schwierigkeiten, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Erstens ergibt sich aufgrund der Tatsache, dass nur ältere Menschen befragt wurden, die in Privathaushalten leben, ein sogenannter Selektionseffekt. Zweitens ermöglicht eine Querschnitterhebung kaum Aussagen über Kausalzusammenhänge. Drittens sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen den Altersgruppen nur schwer zu interpretieren, da sie sowohl Alterseffekte als auch Kohorteneffekte (Effekte, die sich auf Personengruppen mit bestimmten Jahrgängen beziehen) widerspiegeln können – oder auch beides.

Selbstbewerteter Gesundheitszustand

Im Jahr 2007 beurteilte eine Mehrheit der in Privathaushalten lebenden Menschen im Alter von 60 bis 64 Jahren ihren Gesundheitszustand als gut (65.3%) oder sehr gut (16.7%). In älteren Altersgruppen sind die Anteile positiver Bewertungen tiefer – in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren betragen sie noch 54.8% bzw. 11.3%.

Physische Gesundheit

Mit zunehmendem Alter kommen **körperliche Beschwerden** immer häufiger vor. Sie werden im Allgemeinen von Frauen häufiger berichtet als von Männern – bei den Frauen nehmen die Anteile Betroffener mit steigendem Alter auch deutlicher zu als bei den Männern. 25.9% der 60- bis 64-Jährigen hatten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung unter mindestens einer

starken körperlichen Beschwerde gelitten – gegenüber einem Anteil von 34.2% bei den 80-Jährigen und Älteren. Bezüglich **chronischer Erkrankungen** zeigt sich, dass der Anteil Betroffener von 38.9% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 46.7% bei den 80-Jährigen und Älteren zunimmt. Auch **Stürze** werden mit zunehmendem Alter tendenziell häufiger berichtet, ebenso wie **Unfälle im Haushalt**, die aber seltener vorkommen.

Psychische Gesundheit

In jeder Altersgruppe berichten Frauen häufiger als Männer, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mittlere oder schwere psychische Probleme gehabt zu haben. Bei den Frauen kommen solche Probleme mit zunehmendem Alter auch häufiger vor (13.7% bei 65- bis 69-jährigen Frauen und 18.4% bei den 80-jährigen und Älteren). Bei den Männern sind die Anteile bei rund 10% eher stabil. **Einsamkeitsgefühle** kommen bei Frauen ebenfalls häufiger vor, was teilweise der Tatsache geschuldet sein dürfte, dass sie auch häufiger alleine leben.

Sensorische Beeinträchtigungen und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

Der Anteil der zu Hause lebenden älteren Menschen, die Schwierigkeiten beim Sprechen, Lesen oder beim Führen eines Gesprächs haben, nehmen in älteren Altersgruppen deutlich zu: 3.0% der 60- bis 64-Jährigen berichten mindestens eine dieser sensorischen Störungen – gegenüber 5.2% der 75- bis 79-Jährigen und 12.5% der 80-Jährigen und Älteren. Schwierigkeiten beim Gehen treten vor allem ab dem 70. Altersjahr auf (16.7% der 80-Jährigen und Älteren können nicht mehr 200 Meter oder weiter zu Fuss gehen). Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (z.B. einkaufen gehen oder Rechnungen begleichen) sind mit zunehmendem Alter ebenfalls häufiger.

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die 12-Monate-Prävalenz mindestens eines Arztbesuchs steigt von 83.3% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 90.8% bei den 70- bis 74-Jährigen, bleibt bei den 75- bis 79-Jährigen stabil und erreicht in der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren 93.3%. Die Prävalenz der Spitalaufenthalte nimmt von 13.1% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 20.5% bei den 75- bis 79-Jährigen zu. Bei den 80-Jährigen und Älteren steigt sie mit 19.5% nicht weiter an – dies wahrscheinlich vor allem aufgrund der Tatsache, dass in dieser Altersgruppe Personen, die ins Spital eingeliefert werden, oftmals nicht mehr im eigenen Haushalt leben.

Soziale Unterstützung

Der Anteil der alleine im Privathaushalt lebenden Menschen steigt von 15.7% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 50.6% bei den 80-Jährigen und Älteren. Mehr als die Hälfte der mindestens 60-jährigen Personen berichten, mindestens wöchentlich Kontakt mit Freunden und/oder Familienangehörigen zu haben. Insgesamt berichten allein lebende Personen solche Kontakte häufiger als Personen, die mit ihrem Lebenspartner zusammen wohnen. Letztere können aber häufiger auf Unterstützung aus ihrem Umfeld zählen, was sich wahrscheinlich durch das Zusammenleben mit ihrem Lebenspartner erklärt.

Alkoholkonsum

Bei den Männern erhöht sich der Anteil der täglich Alkoholkonsumierenden zwischen den Altersgruppen: von 32.7% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 50.5% bei den 80-Jährigen und Älteren. Bei den Frauen ist der tägliche Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen am stärksten verbreitet, nimmt dann zwischen den höheren Altersgruppen ab und liegt bei den 80-Jährigen und Älteren noch bei 16.8%. Im Gegensatz dazu sind bei den Frauen die Anteile der Alkoholabstinenten in höheren Altersgruppen grösser und erreichen 33.4% bei den 80-Jährigen und Älteren. Bei den Männern schwanken die Anteile der Alkoholabstinenten zwischen 6% und 10%. Die Zunahme der Anteile Alkoholabstinenten bei den Frauen in den

höheren Altersgruppen ist in erster Linie auf höhere Anteile zeitlebens Alkoholabstinenter zurückzuführen, was darauf hindeutet, dass bei den Frauen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen eher auf Kohorteneffekte zurückzuführen sind (il y a moins d'abstinentes à vie dans les cohortes les plus jeunes).

Allgemein geht die durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge Alkohols bei Männern und Frauen ab dem 70. Altersjahr zurück. Mit anderen Worten sind bei Frauen in höheren Altersgruppen sowohl die Konsumfrequenz als auch die durchschnittliche Konsummenge insgesamt tiefer, während bei den älteren Männern in höheren Altersgruppen die Konsumfrequenz zu-, und die durchschnittliche Konsummenge pro Tag abnimmt.

Der Anteil chronisch-risikoreich Alkoholkonsumierender (Kriterium für Männer: durchschnittlich mehr als 40 g reiner Alkohol pro Tag) steigt bei Männern bis zur Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen an und verringert sich im höheren Alter. Bei Frauen (Kriterium für Frauen: durchschnittlich mehr als 20 g pro Tag) ist eine kontinuierliche Zu- oder Abnahme über die Altersgruppen nicht zu beobachten. Rauschtrinken kommt bei Frauen generell selten vor (bspw. 2.8% bei den 60- bis 64-Jährigen), während der entsprechende Anteil bei den Männern von 12.7% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 1.9% bei den 80-Jährigen und Älteren sinkt.

Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential

Im Jahr 2007 nahmen 28.4% der 60- bis 64-Jährigen in den sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Schmerz-, Beruhigungs- und/oder Schlafmittel, bei den 65- bis 69-Jährigen waren es 25.7% und bei den 80-Jährigen und Älteren 41.8%. In allen Altersgruppen war der Anteil bei den Frauen höher als bei den Männern.

Rauchen

Insgesamt verringert sich der Anteil der Tabakkonsumierenden zwischen den Altersgruppen deutlich, etwa von 24.3% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 6.8% bei den 80-Jährigen und Älteren. Dieser Rückgang betrifft sowohl täglich als auch gelegentlich Rauchende. Bei den Frauen scheint er vor allem die sehr unterschiedlichen Rauchgewohnheit der ältesten Alterskohorten gegenüber der jüngeren Alterskohorten zu widerspiegeln. Bei den Männern hingegen erhöht sich der Anteil der ehemaligen Raucher zwischen den Altersgruppen der 60- bis 64-Jährigen (34.3%) und der 80-Jährigen und Älteren (58.5%).

Multipler Substanzkonsum

Die Prävalenz des Konsums von mindestens zwei psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Tabak, Medikamente) je mindestens einmal pro Woche geht von 33.1% bei den 60- bis 64-Jährigen auf 23.3% bei den 80-Jährigen und Älteren zurück. Gleichzeitig vergrößert sich der Anteil derjenigen, die überhaupt keine psychoaktive Substanz gebrauchen, in den genannten Altersgruppen von 17.0% auf 27.5%. Generell nimmt multipler Substanzkonsum, der Tabak beinhaltet, in höheren Altersgruppen stark ab, während die Substanzkonsumkombination von Alkohol und Medikamenten in höheren Altersgruppen zunimmt. Der Anteil der Personen, bei denen mit grosser Wahrscheinlichkeit von einem Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten ausgegangen werden muss, ist zwischen den Altersgruppen der 60- bis 64-Jährigen und der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen ungefähr stabil (11.8% bzw. 11.3%), erhöht sich dann aber bis auf 17.0% bei den 80-Jährigen und Älteren.

Executive summary

The issue of ageing

In Switzerland, as in many other developed countries, the increase of life expectancy poses a challenge to the health system and the financing of social insurance. It is therefore important to introduce strategies for healthy ageing.

Demographic trends of ageing in the population show that not only an increase in the prevalence of chronic diseases and disability is to be expected in the years to come, but also a growing number of the elderly people with a problematic substance use. This also involves specific problems for the therapeutic and/or institutional assistance of elderly people.

The Swiss Health Survey (SHS)

The SHS has been conducted every five years since 1992 by the Swiss Federal Statistical Office (FSO). This survey includes individuals aged 15 and older who lives in a private household and have a landline telephone number. People living in institutions (e. g., home for the elderly) or in a private household without landline telephone are not considered.

Preliminary considerations

Based on the SHS in 2007, the present study aims to describe selected health indicators and the substance use of people aged 60 years and older and living in private households.

Studying health and substance use among elderly people raises methodological question that has to be bear in mind when interpreting the results. First, there is a selection bias because only elderly people living in private households are considered. Therefore, those elderly people who are no longer able to live on their own were not included in the study. Second, caution is warranted when interpreting differences between men and women and between age groups because they can reflect age effects (aging-related biological changes) as well as birth cohort effects or both.

Self-rated health

In 2007, most of the people aged 60 - 64 years old and living in private households judged their health as good (65.3%) or very good (16.7%). Positive evaluations decrease slightly among age groups reaching 54.8% and 11.3%, respectively, for the 80 years and older.

Physical health

Specific somatic symptoms become more and more common. Women have higher prevalence rates and a steeper increase across the age groups than men. Among the 60 - 64 years old, 25.9% suffered from at least one intense physical symptom (pain etc.) during the last 30 days. Among those aged 80 years and older, this proportion is 34.2%.

The proportion of elderly people suffering from **chronic health problems** increases from 38.9% among the 60 - 64 years old to 46.7% among those aged 80 years and older. With increasing age, **falls** become more frequent, as well as **domestic accidents**. The latter, however, occur overall less frequently than falls.

Psychological health

In each age group, women are more likely to report having had moderate or important **psychological problems** during the last 30 days before the survey. Among women, the prevalence of these problems increases with age (13.7% among the 65 - 69 years old and 18.4% among those aged 80 years old and older). Among men, with about 10% in each age group, the proportions remain quite stable. The **feeling of loneliness** is also more frequent for women, which could be partly explained by the fact that women live in a single household more often than men.

Sensory disorders and limitations in daily activities

Among those living at home, the proportion of elderly people who have **difficulties to speak, to read or to follow a discussion** increase considerably across the age groups; 3.0% of the 60 - 64 years old have at least one of these sensory disorders, compared to 5.2% among the 75 - 79 years old and 12.5% among those aged 80 years and older. **Moving difficulties** mainly increase from the age of 70 on (16.7% among the 80 years old). Limitations in daily activities (e.g., doing shopping or paying bills) also increase with age.

Medical assistance

The 12-month prevalence of at least one doctor visit increases from 83.3% at age 60 - 64 to 90.8% at age 70 - 74 and around 93% among those aged 80 years and older. Prevalence of hospitalization increases from 13.1% at age 60 - 64 to 20.5% at age 75 - 79 and decreases to 19.5% among those aged 80 and older. This might be due to the fact that very old people who require a stay in hospital often do not live at home anymore (i.e. not included in the study).

Social support

The proportion of people living alone (in a private household) increases from 15.7% among the 60 - 64 years old to 50.6% among those aged 80 years and older. More than half of the elderly people aged 60 and older report having contact with friends and/or family members at least once a week. People living alone have more frequently this type of contact than people living with a partner. In addition, the latter more often receive support of someone including the partner.

Alcohol use

The prevalence of **daily alcohol use** increases across age groups among men (from 32.7% among the 60 - 64 years old to 50.5% among those aged 80 years and older) and decreases among women (from 23.1% among the 65 - 69 years old to 16.8% among those aged 80 years and older).

In contrast, the proportion of abstainers increases between age groups among women, reaching 33.4% among those aged 80 years old and older. For men, abstinence rates fluctuate between 6% and 10% across the age groups. This increase in women's abstinence rates with increasing age is probably due to cohort effects (i.e. in the younger cohorts, women were more likely to drink at least once).

Globally, the average alcohol intake per day decreases for men and women from age 70 on. In other words, the drinking frequency and the average alcohol intake are always lower among women than among men. Among the latter, however, the drinking frequency increases across the age groups, while the average alcohol intake decrease.

The proportion of “chronic heavy drinking” (criterion for men: >40g/day on average) increases among men up to age 65 - 69 and decreases in the higher age groups. Among women, (criterion: >20g/day in average) there was not linear decrease or increase across the age groups. Finally, heavy episodic drinking (“binge drinking”) is rather uncommon for women (e.g., 2.8% among the 60 - 64 years old). Among men, the prevalence of heavy episodic drinking decreases from 12.7% at age 60 - 64 to 1.9% among those aged 80 and older.

Medication with addictive potential

In 2007, 28.4% of the 60 - 64 years old had taken at least one analgesic, tranquilizer and/or sleeping pill during the last 7 days (25.7% of the 65 - 69 years old and 41.8% of the 80 years old or older). In each age group, the proportion of women is higher than those of men.

Tobacco use

The proportion of smokers decreases significantly across the age groups (from 24.3% among the 60 - 64 years old to 6.8% among those aged 80 years and older). This decrease concerns daily as well as less regular smokers. Among women, the variation across the age groups seems to be strongly linked to differences in smoking habits in the different birth cohorts. For men, on the contrary, ex-smokers proportion increase considerably between age 60 - 64 (34.3%) and age 80 and higher (58.5%).

Polysubstance use

The prevalence of the consumption of at least two psychoactive substances (alcohol, tobacco, medications) at least once a week decreases from 33.1% among those aged 60 - 64 to 23.3% among those aged 80 years and older. Furthermore, the proportion of elderly people who do not use any substance increase from 17.0% among the 60 - 64 years old to 27.5% among those aged 80 years and older. Polysubstance use involving tobacco decreases rapidly among age groups, while the combination alcohol/medications increases. The proportion of people who are at risk to mix alcohol and medication is stable between age 60 - 64 (11.8%) and age 65 - 69 (11.3%), but increases to 17.0% among those aged 80 years and older.

Table des matières

Résumé détaillé.....	III
Detaillierte Zusammenfassung	VI
Executive summary	IX
1 Introduction.....	1
1.1 L’allongement de l’espérance de vie et ses défis.....	1
1.2 Définition de l’âge et du vieillissement	2
1.3 Quelques données démographiques pour la Suisse.....	2
1.4 Objectifs et contenu du rapport.....	4
2 Méthode	5
2.1 Source des données: l’Enquête suisse sur la santé (ESS)	5
2.1.1 Objectifs et déroulement de l’enquête.....	5
2.1.2 Population de référence et échantillon	5
2.2 Analyses statistiques	6
2.3 Mesures	7
2.3.1 Statut socio-économique	7
2.3.2 Santé psychique	7
2.3.3 Consommation de substances psychotropes.....	7
2.4 Limitations	8
2.4.1 Biais de couverture (<i>undercoverage</i>)	8
2.4.2 Les groupes d’âge	8
2.4.3 Les interviews <i>proxys</i>	9
2.4.4 Les filtres	10
3 Etat de santé	10
3.1 Considérations préliminaires	10
3.2 Etat de santé autoévalué.....	11
3.3 Maux physiques spécifiques.....	13
3.4 Problèmes de santé de longue durée	19
3.5 Accidents domestiques et chutes	19
3.6 Problèmes psychiques	20
3.7 Sentiment de solitude	23
4 Limitations fonctionnelles.....	24
5 Recours aux prestations médicales et aux services des soins à domicile.....	27

6	Soutien social.....	28
6.1	Structure du ménage.....	28
6.2	Contacts avec la famille et les amis	29
6.3	Soutien de l'entourage	30
7	La consommation d'alcool.....	31
7.1	La consommation d'alcool et les risques pour la santé.....	31
7.2	Spécificités de la consommation d'alcool chez les personnes âgées	31
7.3	Considérations préliminaires	32
7.4	Abstinence et fréquence de consommation.....	33
7.5	Le volume d'alcool consommé	38
7.6	La consommation d'alcool à risque	40
7.6.1	La «consommation chronique excessive»	41
7.6.2	La «consommation ponctuelle excessive».....	42
8	L'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance	44
8.1	Spécificités de l'usage de médicaments chez les personnes âgées.....	44
8.2	Prévalence de l'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance.....	45
9	La consommation de tabac	47
9.1	La consommation de tabac et les risques pour la santé	47
9.2	Considérations préliminaires	48
9.3	Statut actuel.....	48
9.4	Fréquence de consommation.....	50
9.5	Quantités consommées	51
10	La polyconsommation	53
11	Synthèse.....	55
12	Bibliographie	59
13	Annexes.....	63

1 Introduction

1.1 L'allongement de l'espérance de vie et ses défis

Dans les pays développés, l'augmentation de la longévité constitue un des plus remarquables progrès pour la société et, en même temps, place cette dernière devant des défis majeurs. L'augmentation de l'espérance de vie génère, entre autres, des craintes quant à ses conséquences pour le système de santé, et ce en raison de la fréquence élevée des maladies chroniques et de leurs effets invalidants au cours de la vieillesse. Dès lors, l'élaboration de stratégies pour un vieillissement en bonne santé de la population figure désormais au centre des politiques publiques de ces pays (World Health Organization (WHO), 2006).

Les chances d'une vie longue sont si élevées dans les pays développés qu'entre 80 et 90% de tous les décès ont lieu après 65 ans et entre 30 et 50% après 85 ans (University of California & Max Planck Institute for Demographic Research, 2009; cité par Binstock & George, 2011). De plus, il semble que l'état de santé des personnes âgées se soit amélioré si on le compare à celui de précédentes cohortes du même âge et certains experts s'attendent à ce que la période de fortes incapacités se comprime progressivement dans la dernière phase de vie (Fries, 2005). Par incapacité, on entend une dégradation dans le fonctionnement du corps, des limitations dans les activités de la vie quotidienne et des restrictions sur le plan de la participation sociale (Binstock & George, 2011). Quoi qu'il en soit, la prévalence des pathologies chroniques, physiques ou mentales, augmente avec l'âge et le cumul de ces dernières – appelé aussi « polymorbidité » – chez un individu âgé est fréquente (Wolter, 2011).

Avec l'allongement de l'espérance de vie se pose également la question de la consommation de substances psychotropes – d'alcool et de médicaments en particulier – des personnes âgées et des complications qui peuvent en découler sur les plans sanitaire et social. Au vu de l'accroissement de la population des aînés, il faut en effet s'attendre à un nombre croissant de personnes âgées présentant une consommation problématique de ce type de substances, que celle-ci existe de longue date ou soit apparue plus récemment.

Jusqu'à la fin des années 80, on avait coutume de penser – en partie au regard des faibles prévalences enregistrées chez les sujets âgés par les enquêtes en population générale – que ce type de problème était peu répandu, disparaissait avec l'âge (hypothèse dite de *maturing out*) et que les quelques personnes âgées dépendantes d'une substance l'étaient depuis longtemps. L'intérêt pour la consommation (problématique) de substances psychotropes des personnes âgées s'est cependant accru lorsqu'il est apparu que beaucoup de celles qui étaient dépendantes de l'alcool l'étaient depuis peu (phénomène dit de *late onset*) et que la dépendance aux benzodiazépines s'observait fréquemment au sein de cette population (Wolter, 2011). C'est d'ailleurs à peu près au même moment que le personnel soignant en contact avec des populations âgées, voire gériatriques, a commencé à exprimer des besoins pour faire face aux problèmes spécifiques de la prise en charge thérapeutique et/ou institutionnelle des personnes âgées ayant une consommation problématique d'alcool ou d'une autre substance psychotrope (Graham et al., 1995).

1.2 Définition de l'âge et du vieillissement

Il n'existe pas de définition standardisée pour les personnes qui, dans une population, sont considérées comme âgées. Dans ce rapport, nous prendrons comme référence les 60 ans et plus, puisque c'est celle retenue dans la plupart des études (Martin & Kliegel, 2005).

En tant que variable, l'âge a une signification à plusieurs facettes. Dans le cadre d'une étude transversale (par opposition à une étude longitudinale) telle que l'Enquête suisse sur la santé (ESS), l'âge est généralement considéré comme une variable de contrôle et la signification des relations statistiques observées entre l'âge et d'autres variables (par exemple les comportements en lien avec la santé ou les paramètres de santé) est incertaine, permettant différentes interprétations.

De manière simplifiée, trois composantes du temps peuvent avoir une influence sur les comportements en lien avec la santé ou les paramètres de santé: l'âge, la cohorte et la période (Binstock & George, 2011):

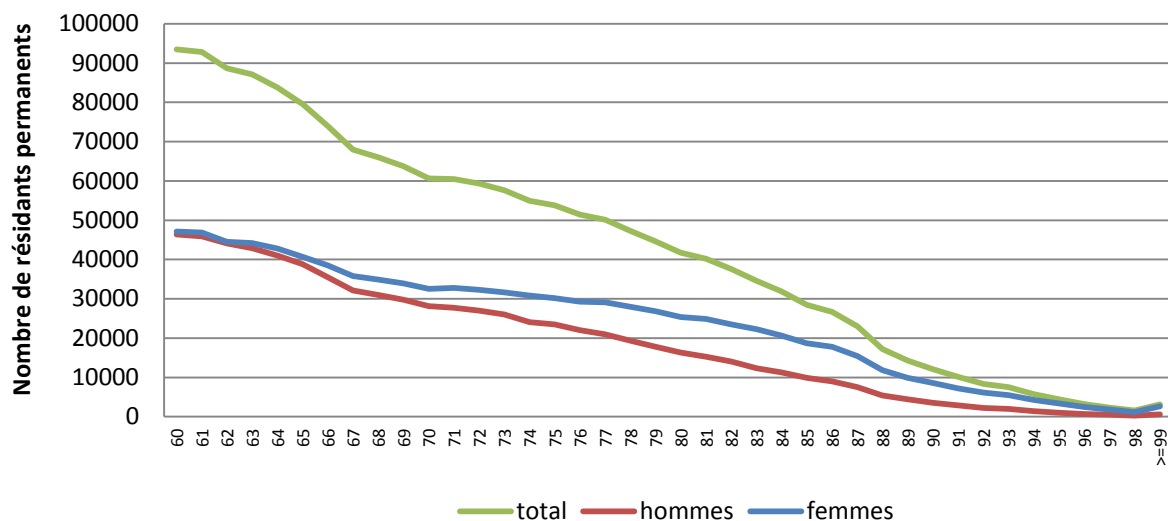
- Les effets de l'âge représentent les changements biologiques et développementaux liés à l'âge. Ils donnent des indices étiologiques dans les études épidémiologiques.
- Les effets de la cohorte reflètent différentes expériences formatives résultant de l'intersection entre les biographies individuelles et les influences macrosociales. Ainsi, dans une cohorte donnée, toutes les personnes partagent la même année de naissance et, donc, ont le même âge. Les cohortes nées au cours de périodes différentes rencontrent des conditions historiques et sociales différentes et, en vieillissant, auront des trajectoires de développement diverses.
- Les effets de la période reflètent les changements dans les conditions sociales, historiques et épidémiologiques actuelles qui affectent toutes les cohortes actuelles.

Quant au vieillissement, il peut être défini comme «...un déclin des réserves homéostatiques de chaque organe (ou système), secondaire à des mécanismes multiples et influencé par l'environnement, le régime alimentaire, le mode de vie et certains facteurs génétiques. Il devient comme un équilibre entre une adaptation du corps au processus de sénescence et dans le même temps une désadaptation avec perte de réserve fonctionnelle, entraînant une réduction de la capacité de l'organisme à faire face aux situations d'agression. Cette fragilité reste néanmoins peu perceptible cliniquement en-dehors du tout stress.» (Arking, 1991; cité par Haaz & Gache, 2007, p. 1674).

1.3 Quelques données démographiques pour la Suisse

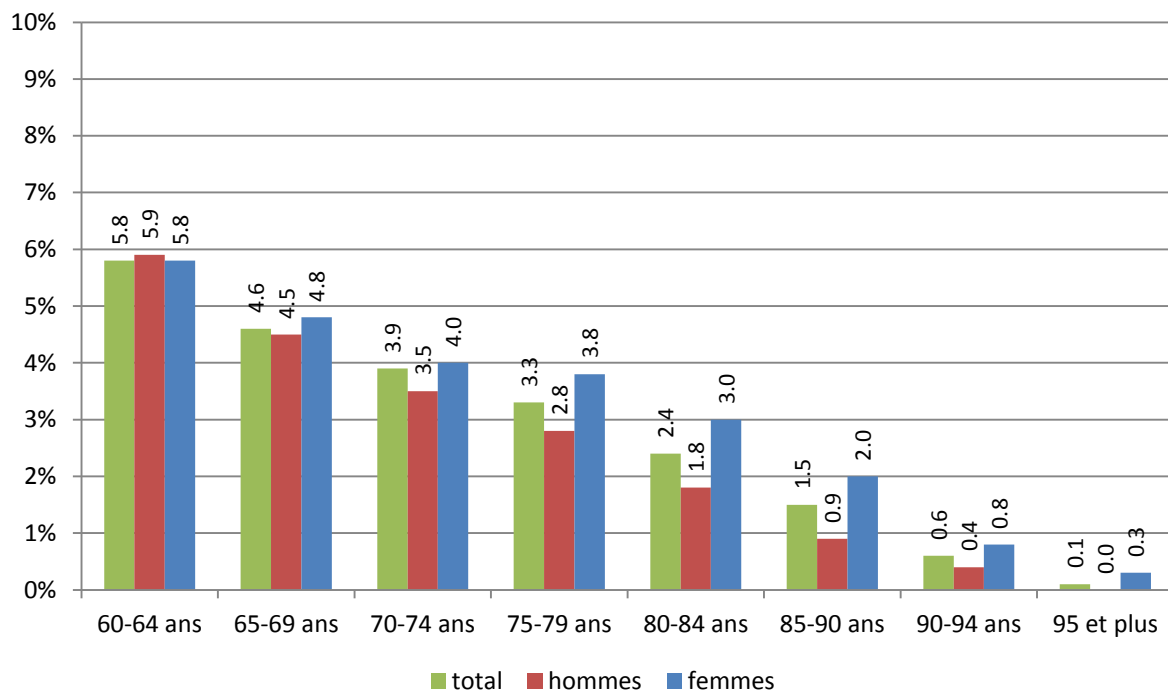
En Suisse, la durée de vie a beaucoup augmenté depuis le début du siècle dernier. En 1900, la durée de vie moyenne à la naissance était de 53,2 ans pour les hommes et de 59,4 ans pour les femmes. Cent ans plus tard, elle s'élevait à 87,0 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010).

Graphique 1 Population résidante permanente (en nombres absolus), personnes âgées de 60 ans et plus, selon le sexe et l'âge (2007)



Source: OFS (2011b) Indicateurs de la structure démographique, de 1970 à 2060

Graphique 2 Proportion (en %) de personnes âgées de 60 ans et plus dans la population résidante permanente, selon le sexe et le groupe d'âge (2007)



Source: OFS (2011b) Indicateurs de la structure démographique, de 1970 à 2060

A fin 2007, année de la dernière ESS, la Suisse comptait env. 445 900 «pré-retraités» (60 - 64 ans), env. 891 200 personnes du «troisième âge» (65-79 ans) et env. 354 000 personnes du «quatrième âge» ou «très âgées» (80 ans et plus) (graphique 1). Autrement dit, la même année, 11,8% de la population résidante permanente avait entre 65 ans et 79 ans et 4,6%

80 ans ou plus (graphique 2). En 1970, ces proportions étaient de 9,6% resp. 1,8% (Office fédéral de la statistique (OFS), 2011b).

Le vieillissement de la population ne signifie pas seulement l'accroissement du nombre de personnes âgées dans la population, mais aussi une transformation des équilibres entre les générations. Ainsi, en 2007, la Suisse comptait 26 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 - 64 ans, contre 20 sur 100 en 1970 et 11 sur 100 en 1900 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2011b).

Le vieillissement démographique pose aussi la question de la prise en charge des personnes âgées par les institutions. En Suisse, le taux d'installation en ménages collectifs des personnes âgées a connu une forte augmentation entre 1970 et 1990, puis a légèrement diminué entre 1990 et 2000. Cette année-là, environ un tiers des 85 ans et plus vivait en ménages collectifs, par exemple dans un établissement médico-social (EMS). Il s'agissait de façon prépondérante de femmes très âgées (Wanner, Sauvain, Guilley, & Hussy, 2005).

Et pour ce qui est de l'avenir, selon les projections démographiques cantonales de l'OFS, la Suisse verra le nombre de personnes de 65 ans et plus augmenter de plus de 60% et le nombre de celles âgées de 80 ans et plus augmenter de plus de 80% entre 2005 et 2030 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2007a).

1.4 Objectifs et contenu du rapport

Alors que l'émergence du «quatrième âge» a suscité de nombreux travaux de recherche décrivant les besoins spécifiques des personnes très âgées, les connaissances sur la santé des «jeunes vieux» en Suisse sont encore limitées, et ce malgré l'arrivée prochaine des *baby boomers*¹ à l'âge de la retraite (Santos-Eggimann, 2007).

Une connaissance approfondie de la santé et de la consommation de substances psychotropes de la population âgée de Suisse dans son ensemble – c'est-à-dire non seulement des 80 ans et plus mais aussi des personnes moins âgées – s'avère indispensable en vue de l'élaboration de stratégies pour un vieillissement en bonne santé de la population. En Suisse, des données représentatives sur la santé des personnes âgées non institutionnalisées sont recueillies tous les cinq ans dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Les informations qu'elle fournit pour une année donnée constituent de précieux points de repères dans le domaine des politiques sanitaires.

Ce rapport, qui repose sur les données épidémiologiques de l'ESS 2007, commence par décrire différentes facettes de la santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés (par opposition à celles qui vivent dans un home ou un établissement médico-social). Les indicateurs abordés sont l'état de santé autoévalué, les maux physiques, les maladies chroniques, les problèmes psychiques, divers handicaps et les chutes. Après avoir encore abordé quelques aspects de l'intégration sociale, ce rapport se penche sur quelques indicateurs de leur consommation d'alcool, de médicaments potentiellement psychotropes et de tabac, puis, pour une analyse plus approfondie, met en rapport la consommation d'alcool avec la consommation des autres substances psychotropes. A des fins de comparaison, les résultats sont présentés non

¹ La période du *baby-boom*, qui correspond aux années suivant la deuxième guerre mondiale, se caractérise par un niveau de fécondité élevé dans de nombreux pays, dont la Suisse. Les *baby boomers* sont les personnes nées entre 1940 et 1965 approximativement.

seulement pour les 60 ans et plus, mais aussi pour les 40 – 59 ans. Ceci fournira quelques éléments de réponses à la question de savoir si l'état de santé et les habitudes de consommation de substances psychotropes des personnes âgées les plus jeunes ressemblent plutôt à ce qui peut être observé chez les personnes d'âge moyen ou si ou si leur état de santé s'apparente plutôt déjà au «quatrième âge», population gériatrique.

2 Méthode

2.1 Source des données: l'Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'ESS est réalisée tous les cinq ans depuis 1992 par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elle a pour but de fournir des informations sur l'état de santé physique et psychique et sur les comportements ayant une influence sur la santé de la population résidante de Suisse.

2.1.1 Objectifs et déroulement de l'enquête

L'ESS est menée en deux phases: la première est réalisée par téléphone, puis toutes les personnes ayant pris part aux entretiens téléphoniques reçoivent par courrier à leur domicile un questionnaire écrit à compléter.

L'ESS 2007 s'est déroulée tout au long de l'année civile. Les interviews ont été réparties de façon régulière sur toute cette période, de manière à tenir compte de l'influence des saisons sur la santé et des variations saisonnières dans la fréquence de certaines maladies. Dans les cas où la personne cible n'était pas en mesure de répondre aux questions par téléphone ou lors d'une interview face-à-face pour cause de maladie, d'accident, de handicap de naissance, de vieillesse, de problèmes linguistiques ou d'absence de plus de 4 semaines, un entretien téléphonique a été réalisé avec une personne de substitution proche de la personne cible qui a répondu aux questions principales pour la personne cible (interview *proxy*) (Office fédéral de la statistique (OFS), 2008).

2.1.2 Population de référence et échantillon

La population de référence de l'ESS se compose de toutes les personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage privé disposant d'un raccordement téléphonique fixe, y compris les personnes de nationalité étrangère résidant en Suisse depuis plus de trois mois. Les personnes vivant en institution (hôpitaux, établissements médicosociaux, prisons, couvents, casernes) ou celles dont le ménage privé n'a pas de raccordement téléphonique fixe n'ont donc pas été prises en compte (Office fédéral de la statistique (OFS), 2008).

La méthode d'échantillonnage utilisée repose sur un échantillon aléatoire stratifié. L'échantillon global net de l'ESS 2007 compte 18 760 interviews téléphoniques (taux de participation de 66%). L'échantillon des participants à l'enquête écrite compte 14 393 questionnaires (environ 80% des personnes ayant accepté de participer à l'enquête écrite ont retourné le questionnaire).

Bien que ce rapport ne concerne que les personnes âgées non institutionnalisées, et pour préserver la lisibilité du texte, nous parlerons de «personnes âgées». Dans le même souci, nous avons renoncé à rédiger le texte dans une forme épiciène. Ainsi, la forme masculine utilisée pour qualifier certains sous-groupes de la population englobe les deux genres (par exemple les «consommateurs» ou les «abstinents»).

2.2 Analyses statistiques

Pour le présent rapport, ce sont principalement les données de l'enquête téléphonique qui sont utilisées. L'échantillon de l'enquête téléphonique sur lequel se basent les analyses se compose de 6133 personnes âgées de 60 ans et plus. Quant à l'échantillon de l'enquête écrite, il se compose de 4760 personnes de 60 ans et plus.

Comme certaines questions n'ont pas été posées aux *proxys* – en particulier la plupart de celles relatives à la consommation d'alcool – tous les résultats sont présentés sans *proxys*. Ce faisant, la même population (excepté les différences dues aux réponses manquantes) est décrite dans les différents tableaux. L'échantillon final de l'enquête téléphonique se réduit donc à 5839 individus de 60 ans et plus. L'échantillon de l'enquête écrite reste inchangé.

Les pourcentages et les moyennes présentés sont calculés à partir de la base de données pondérée. La variable de pondération (téléphonique: *wght* / écrit: *wecrit*) utilisée est celle mise à disposition par l'OFS. Elle permet de pondérer l'échantillon de telle sorte qu'il respecte la répartition des sexes et des âges au sein de la population suisse vivant dans des ménages privés (état en décembre 2006).

Pour le calcul des tests de signification, ce poids (*wght*) est lui-même étalonné sur la taille de l'échantillon (par exemple pour l'enquête téléphonique: nouveau poids = $((wght/6186711)*18760)$). Les tests de signification sont ainsi aussi calculés à partir de la base des données pondérée.

Lors de l'interprétation des données, il a fallu tenir compte du fait que les résultats reposant sur un petit nombre de cas peuvent être affectés d'une erreur aléatoire relativement grande. Conformément aux directives de l'OFS, les comparaisons se basant sur 10 à 29 cas par cellule sont par conséquent mises entre parenthèses et suivies d'une note. Les comparaisons se basant sur moins de 10 cas par cellule ne sont pas présentées.

Des analyses bivariées ont été effectuées afin d'examiner les différences entre les sexes et les groupes d'âge. Le niveau de signification des différences de prévalences observées entre les catégories de population est examiné au moyen du test du Khi-carré (Khi^2). Le niveau de signification des différences de moyennes observées entre les catégories de population est examiné au moyen du test t ou d'analyses de variance à un critère de classification (F). Le niveau minimum de signification a été fixé à $p < 0.05$.

2.3 Mesures

Voici à présent quelques informations utiles concernant certains des indicateurs utilisés dans ce rapport.

2.3.1 Statut socio-économique

Le niveau de formation achevé le plus élevé: indicateur construit par l'OFS (bildun4) dont nous avons toutefois recodé la catégorie «sans formation/indéfini» en missing. Les catégories du nouvel indicateur sont donc 1 «scolarité obligatoire», 2 «degré secondaire II», 3 «degré tertiaire».

Le revenu d'équivalence du ménage: cet indicateur, créé par l'OFS, consiste en une estimation du revenu mensuel net total (c'est à dire après déduction des cotisations aux assurances sociales obligatoires et aux caisses de pension et en tenant compte des éventuelles pensions alimentaires) qui tient compte du nombre de personnes vivant dans le ménage. Nous l'avons recodé dans les catégories suivantes: 1 «moins de 2500 fr.», 2 «de 2500 fr. à 4000 fr.» et 3 «plus de 4000 fr.».

La catégorie socioprofessionnelle: indicateur construit par l'OFS (egp6) qui tient compte du statut de l'emploi, de la position professionnelle, de la responsabilité dans l'entreprise et de la dernière profession/formation exercée. Ce dernier élément permet d'avoir une information pour les personnes retraitées ainsi que pour les chômeurs ou les hommes et femmes au foyer ayant exercé une profession par le passé.

2.3.2 Santé psychique

Les problèmes psychiques: ils sont recensés à l'aide de la sous-échelle 'Mental Health Inventory' (MHI) de la version courte du MOS (Medical Outcome Study, SF-36). Cette sous-échelle, mise à disposition par l'OFS, correspond au cumul des fréquences des cinq états suivants au cours des 30 derniers jours: se sentir «très nerveux(se)», avoir «le cafard», être «calme et paisible», se sentir «abattu(e) et déprimé(e)» et se sentir «heureux(se)».

2.3.3 Consommation de substances psychotropes

Le volume d'alcool consommé en moyenne, mesuré en grammes d'alcool pur: le volume a été construit en multipliant la quantité de chaque boisson alcoolique (en 2007, vin, bière, spiritueux, cidre et alcopops) consommée habituellement lors d'une occasion par sa propre fréquence de consommation sur les sept derniers jours (ou sur les 12 derniers mois pour les personnes n'ayant pas consommé la boisson dans les sept derniers jours). Pour estimer les grammes d'alcool pur, les teneurs en alcool suivantes ont été utilisées: 11,0% pour le vin, 4,8% pour la bière, 40,0% pour les spiritueux, 4,5% pour le cidre et 5,6% pour les alcopops. Il a en outre été considéré qu'un millilitre d'alcool pur pèse 0,793 gramme (poids lorsque la température ambiante est de 20 degrés). Pour obtenir la moyenne par jour, le volume consommé sur la période est divisé par le nombre de jour de la période tandis que pour obtenir la moyenne par jour de consommation, le volume consommé sur la période est divisé par le nombre de jours de consommation.

Les quantités de tabac consommées, mesurées en équivalents cigarettes: pour les autres produits du tabac que la cigarette, les quantités consommées sont transformées en équivalents-cigarettes. Une pipe ou un cigarillo correspond à 2,5 équivalents, un cigare correspond à cinq équivalents (Abelin & Gsell, 1967).

La polyconsommation: un indice a été créé qui indique la fréquence des combinaisons de consommations chez les personnes âgées. Les critères retenus sont «au moins une fois par semaine» pour l'alcool, «au moins une fois dans les sept derniers jours» pour les médicaments comportant un potentiel de dépendance et la consommation actuelle de tabac (même si elle a lieu moins d'une fois par jour).

2.4 Limitations

L'ESS a, comme toute enquête, des limites spécifiques qui sont discutées ici. Pour pouvoir bien interpréter les résultats présentés dans ce rapport, il est nécessaire de connaître ces limites.

2.4.1 Biais de couverture (*undercoverage*)

Comme déjà évoqué, l'ESS concerne la population âgée de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés et ayant un raccordement téléphonique fixe. L'ESS couvre donc une très vaste partie de la population, mais pas sa totalité. Les personnes marginalisées, celles vivant à domicile mais sans téléphone fixe et celles séjournant en institution ne peuvent être atteintes par l'enquête.

En Suisse, environ 90% des moins de 80 ans vivent dans des ménages privés, environ 24% des personnes âgées entre 85 et 89 ans vivent dans un EMS, environ 40% des 90 - 94 ans et plus de 58% du (petit) groupe des personnes de 95 ans et plus (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Cette limitation revêt une importance particulière pour la présente étude et doit être prise en compte pour toutes les interprétations des résultats.

2.4.2 Les groupes d'âge

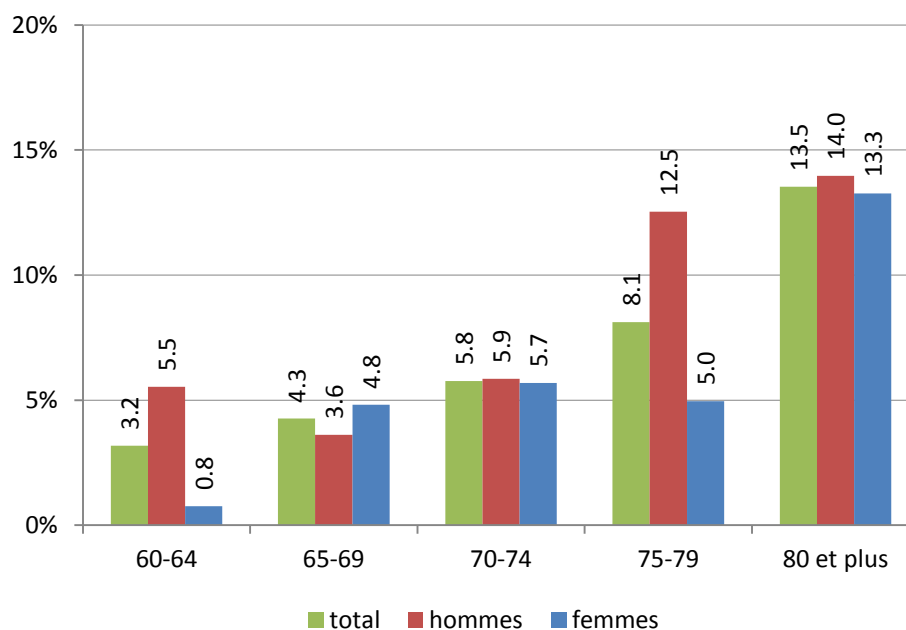
Dans ce rapport, les résultats sont présentés autant que possible par groupes d'âge de cinq ans, afin de pouvoir, au besoin, commenter les résultats selon trois catégories distinctes de personnes âgées: les 60 - 64 ans, qui peuvent être considérés comme ayant l'âge de la «pré-retraite», les 65 - 79 ans où personnes du «troisième âge» et les 80 ans et plus où personnes du «quatrième âge»/personnes «très âgées».

Toutefois, cela n'a pas été possible pour tous les indicateurs examinés, car le nombre de cas disponibles pour les analyses était parfois trop petit (en raison de faibles prévalences). Aussi avons-nous dû former quelques-fois des groupes d'âge plus grands, qui ne correspondent pas exactement à ces trois catégories de personnes âgées.

2.4.3 Les interviews *proxys*

Les *proxys* sont des personnes auprès desquelles sont récoltées des informations sur la personne ciblée par l'échantillonnage, mais qui ne peut pas répondre par elle-même (en raison d'un handicap ou d'une absence de longue durée par exemple). Autrement dit, le *proxy* est une autre personne du ménage qui fournit les réponses concernant la personne ciblée.

Graphique 3 Part (en %) des *proxys* parmi les personnes de 60 ans et plus incluses dans l'échantillon de l'ESS, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)



Chez les 60 ans et plus, la part des *proxys* est élevée, en particulier chez les personnes très âgées. Elle augmente entre les groupes d'âge, passant de 3,2% chez les 60 - 64 ans à 8,1% chez les 75 - 79 ans et 13,5% chez les 80 ans et plus (graphique 3). Cela représente en tout 294 *proxys*, dont 49,0% correspondent à des personnes trop âgées, malades ou incapables de répondre à l'enquête et 28,2% correspondent à des personnes ayant un handicap d'ouïe ou de langue.

On note par ailleurs des différences entre les sexes: chez les 75 - 79 ans, le taux de *proxys* atteint 12,5% chez les hommes contre 5,0% chez les femmes; chez les 60 - 64 ans, leur taux atteint respectivement 5,5% et 0,8%.

Il est important de noter que les biais de sélection de l'échantillon exposé plus haut et le biais produit par les *proxys* se cumulent pour les groupes d'âge les plus âgés. **Pour cette raison et celle évoquée plus haut, les résultats portant sur ce groupe d'âge sont à interpréter avec prudence.**

2.4.4 Les filtres

En 2007, en fonction de la réponse donnée à la question concernant la fréquence habituelle de consommation d'alcool, une partie des interviewés n'a pas été interrogée sur toutes les questions relatives à la consommation l'alcool. Plus précisément, toutes les personnes ayant répondu avoir une fréquence de consommation inférieure à une fois par mois n'ont pas été interrogées sur les autres questions relatives à la consommation d'alcool. Afin de pouvoir calculer le volume moyen d'alcool consommé non seulement pour cette catégorie spécifique de consommateurs, mais aussi pour l'ensemble des consommateurs (au moins occasionnels) et pour la population totale (abstinents inclus), la valeur «0 gramme par jour» a été attribuée aux abstinents et la valeur «0,1 gramme par jour» a été attribuée aux personnes qui ont répondu consommer de l'alcool moins d'une fois par mois. Malgré cela, ce filtrage des réponses implique probablement une légère sous-évaluation du volume d'alcool consommé par rapport à celui que l'on mesurerait si la population totale resp. tous les consommateurs (au moins occasionnels) étaient pris en compte.

La même limitation se retrouve pour les questions relatives à la fréquence des excès ponctuels, puisque dans leur cas, le filtre a été étendu aux personnes consommant moins souvent qu'une fois par semaine. En fait, en 2007, ces questions n'ont pas été posées aux personnes dont la fréquence de consommation d'alcool est «1 - 3 fois par mois», «moins d'une fois par mois» ou «jamais, abstinent-e». Pour ces personnes, l'information manquante concernant la fréquence des excès ponctuels a été remplacée par «moins d'1x par mois/jamais» (pour ceux et celles qui ont répondu «1 - 3 fois par mois» ou «moins d'une fois par mois») ou par «abstinent-e-s» (pour ceux et celles qui ont répondu «jamais, abstinent-e»).

3 Etat de santé

Les personnes âgées ne vieillissent pas toutes de la même façon et au même rythme. Alors que certaines jouiront d'un bon état de santé jusqu'à un âge (très) avancé, d'autres seront confrontées assez tôt aux maladies chroniques et à la dépendance fonctionnelle.

3.1 Considérations préliminaires

Avant toute chose il faut rappeler que seules les personnes âgées suffisamment en bonne santé pour vivre à domicile et répondre à l'ESS – les *proxys* ont été exclus des analyses – ont été prises en compte dans ce rapport (voir le chapitre *Méthode*). Cette exclusion concerne surtout les personnes de 75 ans et plus, car la proportion de celles-ci vivant dans les ménages privés diminue considérablement avec l'âge, principalement en raison de la dégradation de leur état de santé et de l'occurrence croissante de la dépendance fonctionnelle. Il est donc très probable que les personnes (très) âgées en mauvaise ou très mauvaise santé soient sous-représentées dans l'échantillon de l'ESS, car celles pour lesquelles une autre personne a répondu et celles qui se trouvent dans des institutions ont très probablement, en moyenne, un état de santé moins bon que la population du même âge vivant à la maison et ayant répondu elle-même à l'ESS.

3.2 Etat de santé autoévalué

La perception de sa propre santé constitue en premier lieu un indicateur subjectif de l'état de santé général. En effet, celle-ci peut par exemple être influencée par une comparaison avec la santé des proches (van Doorn, 1999) ou par l'utilisation d'instruments tels que les lunettes ou les appareils auditifs, qui peuvent réduire l'impact des troubles sensoriels (Idler, 1993). Cela étant, une relation étroite a été trouvée entre la santé physique ou psychique effective et la santé autoévaluée, le déclin de l'une étant fortement associé à celui de l'autre (Pinquart, 2001; Henchoz, Cavalli, & Girardin, 2008). La santé auto-évaluée constitue donc un indicateur approximatif mais global des différents problèmes de santé qui tient compte à la fois de l'impact effectif et subjectif que ces problèmes ont sur la vie de l'individu.

Le tableau 1 renseigne sur l'état de santé autoévalué chez les personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans des ménages privés en 2007. Globalement, et même s'ils reflètent la détérioration progressive de l'état de santé au cours du vieillissement, les résultats de l'ESS montrent que si l'on interroge les 60 ans et plus directement, une majorité d'entre eux s'estime en bonne ou très bonne santé. Une évaluation positive de l'état de santé devient certes moins fréquente avec l'âge, mais reste toujours supérieure à 50%, aussi chez les sujets très âgés. Ainsi, d'après les réponses fournies par les personnes âgées elles-mêmes, il apparaît qu'une bonne partie d'entre elles jouissent d'une période de vie (assez) longue en (relativement) bonne santé après la retraite.

Dans le détail, on constate que chez les 60 - 64 ans, 16,7% s'estiment en très bonne santé et 65,3% en bonne santé. La part des personnes se disant en très bonne santé diminue entre les groupes d'âge pour atteindre son minimum chez les 75 - 79 ans (10,2%) et les 80 ans et plus (11,3%). Les personnes se disant en bonne santé sont proportionnellement les moins nombreuses chez les 80 ans et plus (54,8%). Par contre, la part des personnes moyennement en bonne santé augmente clairement, passant de 13,3% chez les 60 - 64 ans à 28,9% chez les 80 ans et plus. La part des personnes qui jugent leur état de santé mauvais ne varie guère entre les groupes d'âge et seules quelques personnes très âgées se disent en très mauvaise santé. Il est bien possible que ce résultat s'explique en bonne partie par la très probable sous-représentation des personnes âgées en mauvaise santé dans l'échantillon de l'ESS, comme évoqué au début de ce chapitre.

Tableau 1 *Etat de santé autoévalué, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

		40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
		%	%	%	%	%	%	%
Total	très bon	20.9	18.7	16.7	15.8	14.6	10.2	11.3
	bon	69.6	66.9	65.3	66.5	59.1	60.4	54.8
	moyen	6.7	10.4	13.3	13.7	20.6	23.9	28.9
	mauvais	2.5	3.5	3.4	3.5	(4.7)	(4.7)	4.4
	très mauvais	0.3	0.5	(1.3)	-	-	-	-
Femmes	très bon	20.2	18.7	17.6	16.1	10.5	8.4	11.3
	bon	70.0	65.5	62.6	66.8	57.9	58.8	52.8
	moyen	6.9	11.5	15.8	12.5	26.3	27.4	30.9
	mauvais	2.5	3.8	2.8	4.1	(4.2)	(4.4)	4.6
	très mauvais	-	-	(1.2)	-	-	-	-
Hommes	très bon	21.6	18.8	15.9	15.5	19.4	12.8	11.4
	bon	69.2	68.3	68.0	66.1	60.5	62.9	58.3
	moyen	6.5	9.2	10.7	15.1	13.9	18.6	25.4
	mauvais	2.6	3.2	4.0	2.8	(5.3)	(5.2)	3.9
	très mauvais	-	0.6	(1.3)	-	-	-	-

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

On observe des tendances comparables pour les deux sexes, avec une nuance toutefois: surtout dès 70 ans, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses à se juger en bonne ou très bonne santé que les hommes. Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait que les hommes et les femmes ne basent pas leur évaluation sur les mêmes paramètres de santé. Par exemple, une étude a montré, pour une population de personnes âgées de 65 à 79 ans, que chez les femmes la santé auto-évaluée est davantage associée aux problèmes rénaux, à l'arthrite rhumatoïde et au cancer, tandis que chez les hommes elle est plus liée aux problèmes neurologiques et au cancer. Les problèmes psychiques avaient aussi un poids important dans l'évaluation, mais davantage chez les femmes (Molarius & Janson, 2002). Ainsi, un homme et une femme dont l'état de santé est objectivement similaire aboutiraient malgré tout à des évaluations différentes.

La proportion de personnes s'estimant en bonne voire très bonne santé s'accroît avec le statut socio-économique (SES) (tableau 2). Chez les 65 - 74 ans, plus le niveau de formation ou le revenu du ménage est élevé, plus la proportion de personnes disant avoir un bon voire très bon état de santé est élevée. Pour ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle, les dirigeants/membres des professions libérales sont proportionnellement les plus nombreux à se sentir en bonne ou très bonne santé, tandis les ouvriers spécialisés et les personnes n'ayant jamais travaillé sont les moins satisfaits. Enfin, les Suisses et Suissesses comptent une proportion légèrement plus élevée de personnes disant jouir d'un bon ou très bon état de santé.

Des résultats comparables sont observables chez les 40 - 59 ans, les 60 - 64 ans et les 75 ans et plus (dans ce cas excepté pour la catégorie socioprofessionnelle), même si, de manière générale, les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux à se dire en bonne voire très bonne santé et les plus âgés moins nombreux à le penser.

Tableau 2 Proportion (en %) de personnes qui jugent leur état de santé bon à très bon, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe, le SES et la nationalité et selon le groupe d'âge (ESS 2007)

		40-59	60-64	65-74	75+
		%	%	%	%
Sexe	femmes	87.5	80.1	76.5	65.6
	hommes	89.1	83.9	80.9	72.7
Niveau de formation	obligatoire	69.8	67.9	67.8	58.7
	secondaire	89.0	81.2	79.3	70.2
	tertiaire	92.8	92.0	86.4	78.8
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	92.6	93.4	89.5	79.2
	cadre moyen	90.5	86.6	81.9	69.8
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	88.6	82.3	80.0	70.6
	petit indépendant/artisan	91.8	84.4	80.3	65.4
	contremaître/ouvrier qualifié	83.5	76.0	74.4	62.4
	ouvrier spécialisé/manœuvre	80.9	69.2	69.6	66.1
	n'a jamais travaillé	82.4	(86.7)	70.8	61.0
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	83.3	68.4	71.9	64.5
	de 2500 à 4000 frs	89.5	78.1	77.9	69.4
	> 4000 frs	91.8	89.7	85.1	74.4
Nationalité	suisse	89.6	83.9	78.9	68.7
	étrangère	82.1	66.4	75.4	63.2

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

3.3 Maux physiques spécifiques

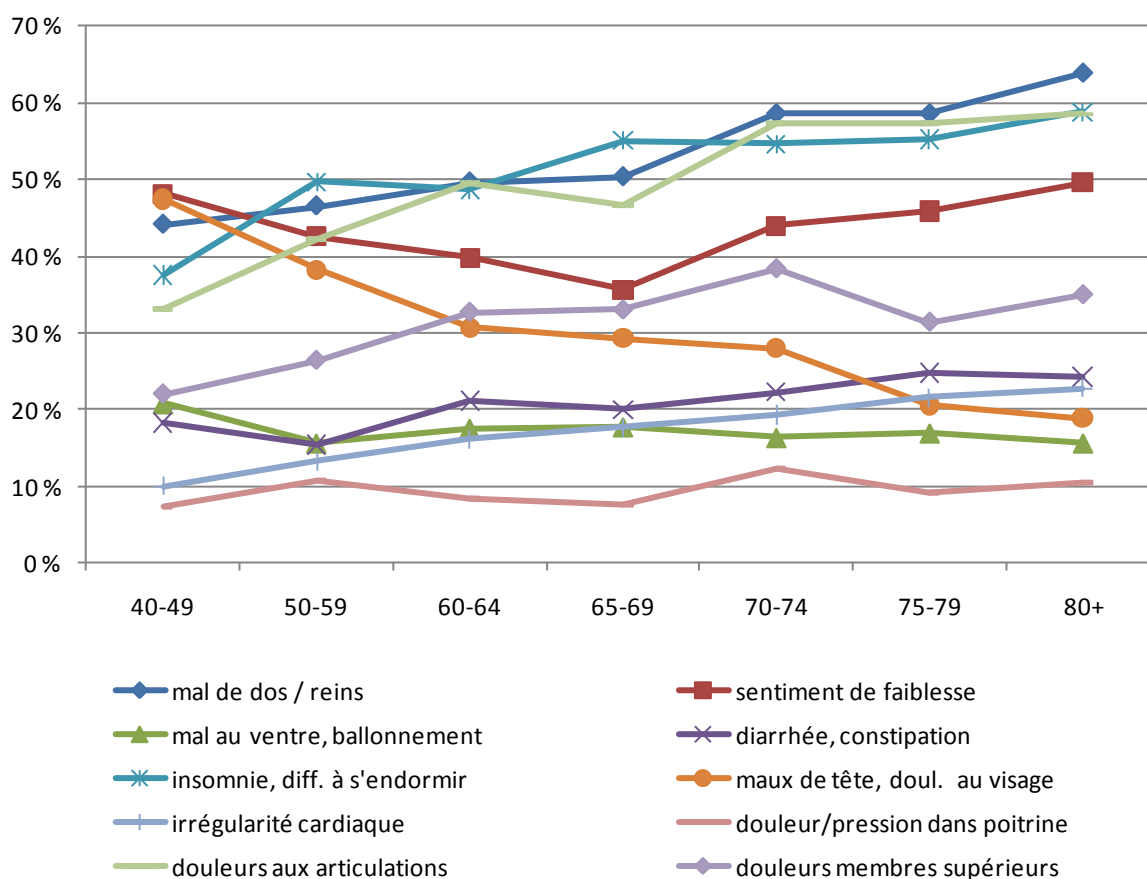
Qu'en est-il des maux physiques spécifiques ? Chez les 60 ans et plus vivant dans des ménages privés, la prévalence à 30 jours de la plupart des dix maux pris en considération par l'ESS tend à augmenter entre les groupes d'âge, le plus souvent dès 65 ans (annexe 1). Cela concerne le mal de dos/reins, les douleurs aux articulations, l'insomnie, le sentiment de faiblesse, la diarrhée/constipation, les douleurs aux membres supérieurs et l'irrégularité cardiaque. La prévalence des douleurs/pressions dans la poitrine ainsi que des maux de ventre/ballonements sont par contre relativement stables, avec de légères fluctuations. Seuls les maux de tête/douleurs au visage voient leur prévalence diminuer entre les groupes d'âge.

Il faut préciser que la prévalence d'une majeure partie de ces maux commence déjà à s'accroître avant 60 ans, excepté pour le sentiment de faiblesse, qui est le plus répandu à la fois chez les personnes d'âge moyen (40 - 59 ans) et chez les très âgées (80 ans et plus) ainsi que les maux de tête, qui sont les plus communs chez les 40 - 49 puis ne cessent de diminuer entre les groupes d'âge.

C'est donc les personnes très âgées qui apparaissent le plus affectées par ce type de maux. Chez elles, ce sont les douleurs dorsales (55,8%) et articulaires (53,6%) qui sont les plus répandues, suivies de près par les difficultés d'endormissement (51,3%). Les autres maux touchent moins de la moitié des personnes très âgées. Les douleurs/pressions dans la poitrine (10,7%) sont les moins souvent mentionnées, d'ailleurs aussi dans les groupes d'âge moins avancés.

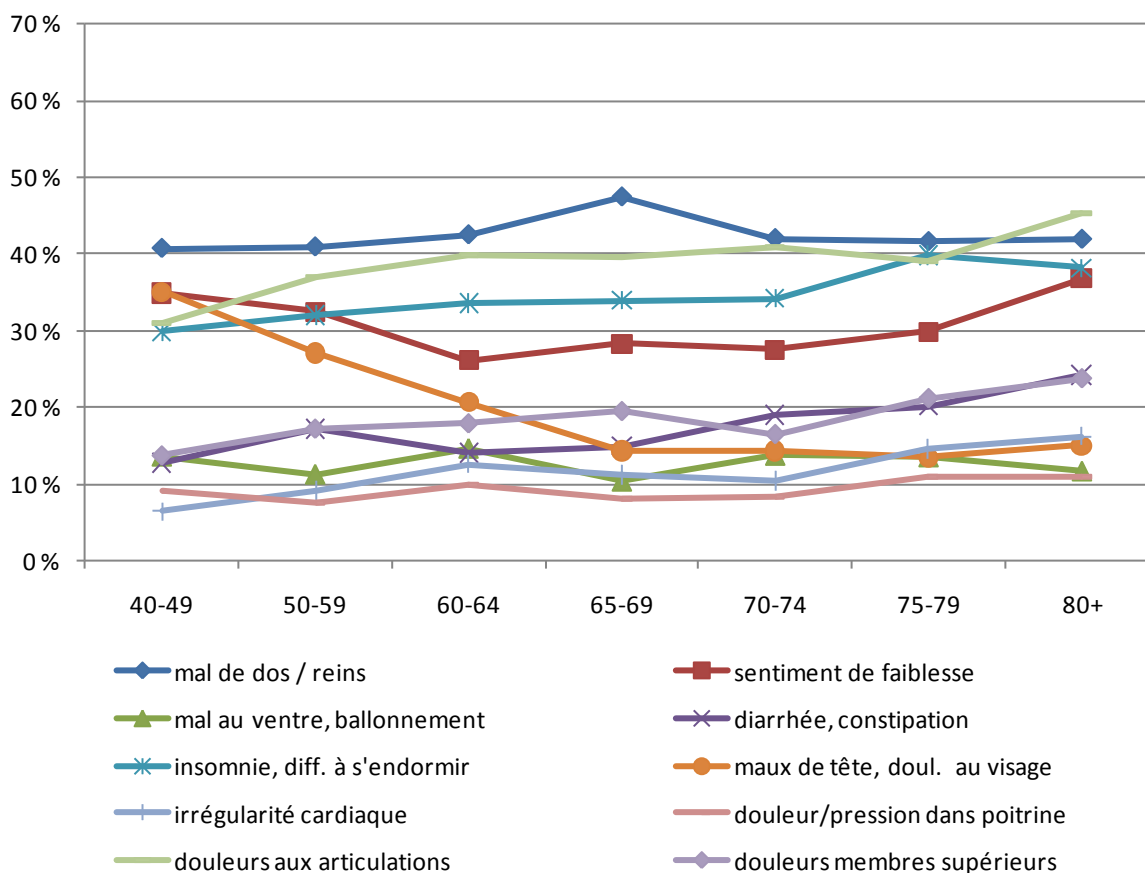
A tout âge, les femmes (graphique 4a) présentent des prévalences de maux physiques supérieures à celles observées chez les hommes (graphique 4b). Les douleurs/pressions dans la poitrine font exception, puisque leur prévalence est plus élevée chez les hommes, sauf chez les 70 - 74 ans. C'est aussi le cas des problèmes intestinaux, qui affectent autant les hommes que les femmes de 80 ans et plus.

Graphique 4a Prévalence à 30 jours de maux physiques spécifiques, chez les femmes âgées de 60 ans et plus, selon le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; pour prendre connaissance des pourcentages, se référer à l'annexe 1.

Graphique 4b Prévalence à 30 jours de maux physiques spécifiques, chez les hommes âgés de 60 ans et plus, selon le groupe d'âge (ESS 2007)

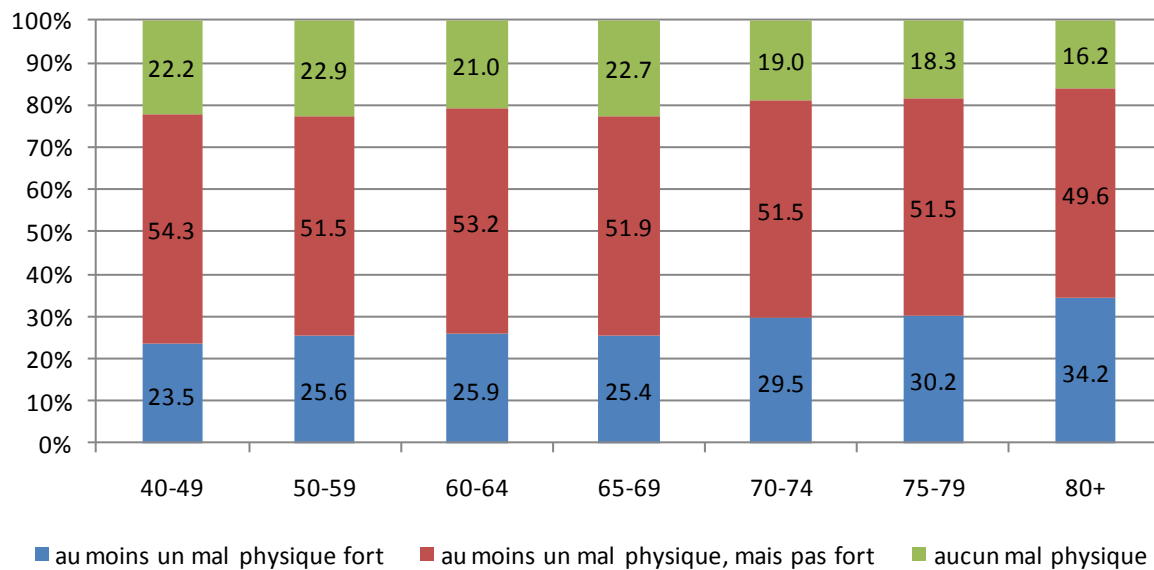


Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; pour prendre connaissance des pourcentages, se référer à l'annexe 1.

Les différences constatées entre hommes et femmes et leur variation différenciée entre les groupes d'âge ont également été observées dans le cadre d'autres études (voir par exemple Gold, Malmberg, McClearn, Pedersen, & Berg, 2002; Denton, Prus, & Walters, 2004), mais ne semblent pas trouver d'explication suffisantes sur le plan biologique (voir Rieker & Bird, 2005, pour une réflexion à ce sujet). Pour certains auteurs, les différences entre les sexes seraient en grande partie à mettre en relation avec la différence de statut social des femmes et des hommes. La position sociale permet un accès privilégié à plusieurs ressources telles que le revenu, la formation et une moindre exposition à des facteurs de risque tels que régime alimentaire, consommation de substances, exposition à toxines, etc. (Rieker & Bird, 2005; Denton, et al., 2004; Gorman & Read, 2006).

À partir des maux physiques spécifiques (excepté le sentiment de faiblesse et l'insomnie, qui ont été écartés car ils peuvent être aussi bien un problème de santé en tant que tel que la conséquence d'un problème (Molarius & Janson, 2002)) un indice a été créé qui offre une vue plus synthétique. Celui-ci mesure la proportion de personnes âgées ayant beaucoup souffert d'au moins un mal physique dans les 30 derniers jours, de celles ayant souffert un peu d'au moins un mal (mais jamais beaucoup) et de celles n'ayant souffert d'aucun des huit maux pris en compte.

Graphique 5 *Prévalence à 30 jours de maux physiques spécifiques, chez les personnes âgées de 60 ans et plus, selon le groupe d'âge (ESS 2007)*



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée.

Le graphique 5 montre que seule une minorité de personnes âgées de 60 ans et plus n'a ressenti aucun de ces maux dans les 30 derniers jours, mais que cela est aussi le cas des 40 - 59 ans. Cela étant, la proportion de personnes ayant souffert beaucoup d'au moins un mal physique augmente entre les groupes d'âge dès 70 ans, tandis que la proportion de celles n'ayant eu aucun mal diminue parallèlement. La proportion de personnes disant avoir souffert d'au moins un mal, mais seulement un peu, reste par contre assez stable entre les 60 - 64 ans et les 80 ans et plus.

Tableau 3 Proportion (en %) de personnes n'ayant eu aucun mal physique spécifique au cours des 30 derniers jours, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe, le SES et la nationalité et selon le groupe d'âge (ESS 2007)

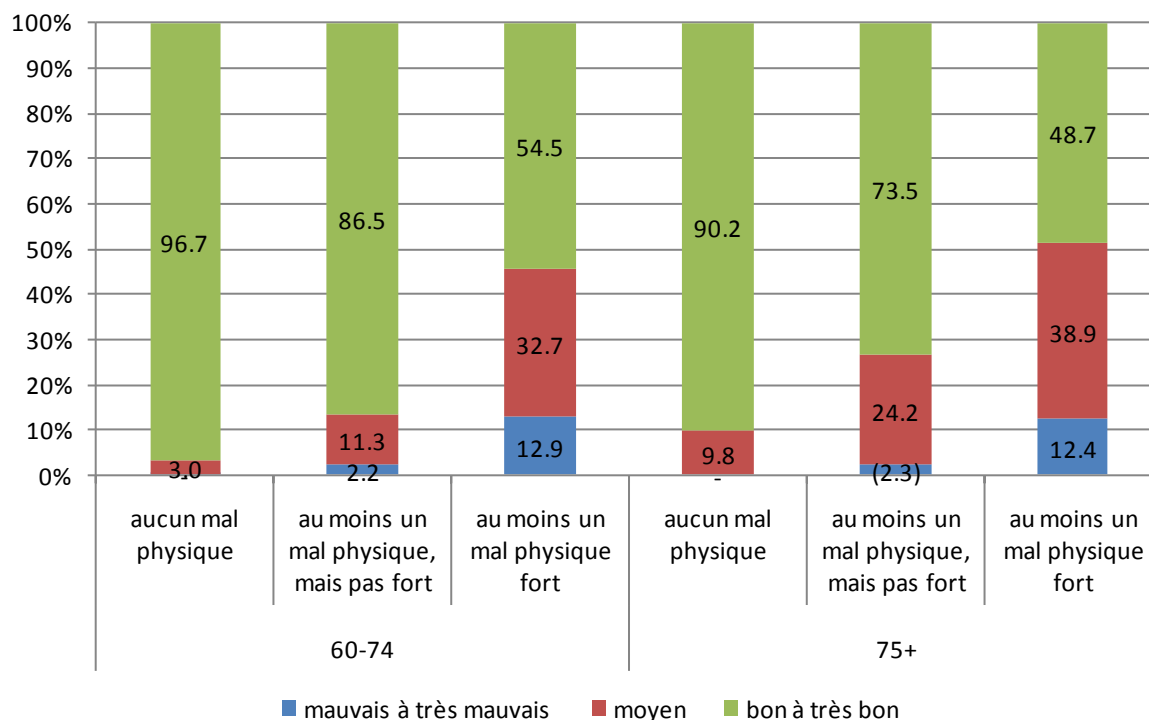
		40-59	60-64	65-74	75+
		%	%	%	%
Sexe	femmes	19.0	16.3	16.3	12.9
	hommes	26.1	25.8	26.5	24.4
Niveau de formation	obligatoire	19.9	18.1	18.4	14.6
	secondaire	21.9	20.6	21.4	17.3
	tertiaire	24.4	23.4	22.6	22.0
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	29.4	28.7	29.4	23.5
	cadre moyen	21.8	22.4	21.5	13.3
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	22.4	20.1	19.6	15.7
	petit indépendant/artisan	20.9	25.8	25.4	(23.4)
	contremaître/ouvrier qualifié	20.5	(18.6)	24.9	21.2
	ouvrier spécialisé/manœuvre	20.9	13.8	14.3	15.7
	n'a jamais travaillé	-	-	(20.3)	(20.2)
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	22.0	18.9	15.6	16.6
	de 2500 à 4000 frs	22.3	19.8	19.4	18.8
	> 4000 frs	23.1	22.1	25.4	16.0
Nationalité	suisse	22.5	20.9	20.9	17.3
	étrangère	22.3	(20.7)	22.5	(16.2)

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Pour les 65 - 74 ans, le lien entre les problèmes physiques et le SES est assez net (tableau 3), comme il l'était d'ailleurs pour l'état de santé autoévalué. En effet, plus le niveau de formation ou le revenu du ménage est haut, plus la proportion de personnes de cet âge n'ayant eu aucun des huit problèmes physiques pris en compte est élevée. De même, les dirigeants/membres des professions libérales sont proportionnellement environ deux fois plus nombreux que les ouvriers spécialisés à ne pas avoir ressenti de tels maux. Il n'existe en revanche pas de différence significative entre les personnes de nationalité suisse et celles ayant une autre nationalité.

Des différences similaires sont observables chez les 60 - 64 ans et chez les 75 ans et plus, mais dans ce groupe d'âge pas pour le revenu du ménage. Et chez les 40 - 59 ans, les différences sont moins contrastées ou inexistantes.

Graphique 6 *Etat de santé autoévalué, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon les maux physiques spécifiques ressentis dans les 30 derniers jours et selon le groupe d'âge (ESS 2007)*



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Le graphique 6 illustre le lien fort entre l'autoévaluation de l'état de santé et les maux physiques ressentis par les personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile. Il apparaît que la proportion de personnes qui se disent en mauvaise ou très mauvaise santé s'accroît avec l'intensité de ces maux, tandis que la proportion de celles qui s'estiment en bonne voire très bonne santé diminue.

Des différences apparaissent néanmoins entre les deux grands groupes d'âge: les 75 ans et plus jugent en effet un peu plus souvent leur état de santé mauvais voire très mauvais, et ce quelle que soit l'intensité de leurs maux physiques. Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait que seuls les symptômes physiques sont pris en compte ici, excluant ainsi des informations relatives aux limitations fonctionnelles et aux problèmes psychoaffectifs, qui tendent à s'accroître avec l'âge. Il est en tout cas intéressant de noter qu'environ la moitié des personnes de 60 ans et plus qui ont eu au moins un mal physique fort dans les 30 derniers jours évaluent malgré tout leur santé comme bonne ou très bonne.

3.4 Problèmes de santé de longue durée

Le tableau 4 montre la prévalence élevée des maladies ou problèmes de santé chroniques chez les personnes âgées vivant à domicile par rapport aux personnes d'âge moyen. En 2007, 38,9% des 60 - 64 ans ont dit souffrir d'une maladie ou de problèmes qui durent depuis longtemps, contre 31,0% des 50 - 59 et ans 25,4% des 40 - 49 ans. La prévalence augmente ensuite tendentiellement entre les groupes d'âge pour atteindre 46,7% chez les 80 ans et plus. Cette tendance à la hausse s'observe d'ailleurs autant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 4 *Problèmes de santé de longue durée, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
	%	%	%	%	%	%	%
Total	25.4	31.0	38.9	38.5	43.6	44.8	46.7
Femmes	25.0	29.8	39.3	39.9	48.5	45.3	48.2
Hommes	25.7	32.2	38.6	37.1	38.0	44.3	44.1

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée.

3.5 Accidents domestiques et chutes

Chez la personne très âgée, il suffit de peu de choses pour provoquer une chute car chacun des organes impliqués dans la marche, l'équilibre et le maintien d'une posture subissent les effets du vieillissement. Or, la chute chez les sujets âgés est associée à une morbidité et une mortalité importantes et représente environ 90% des accidents recensés au sein de cette population (Espolio Desbaillet, 2010).

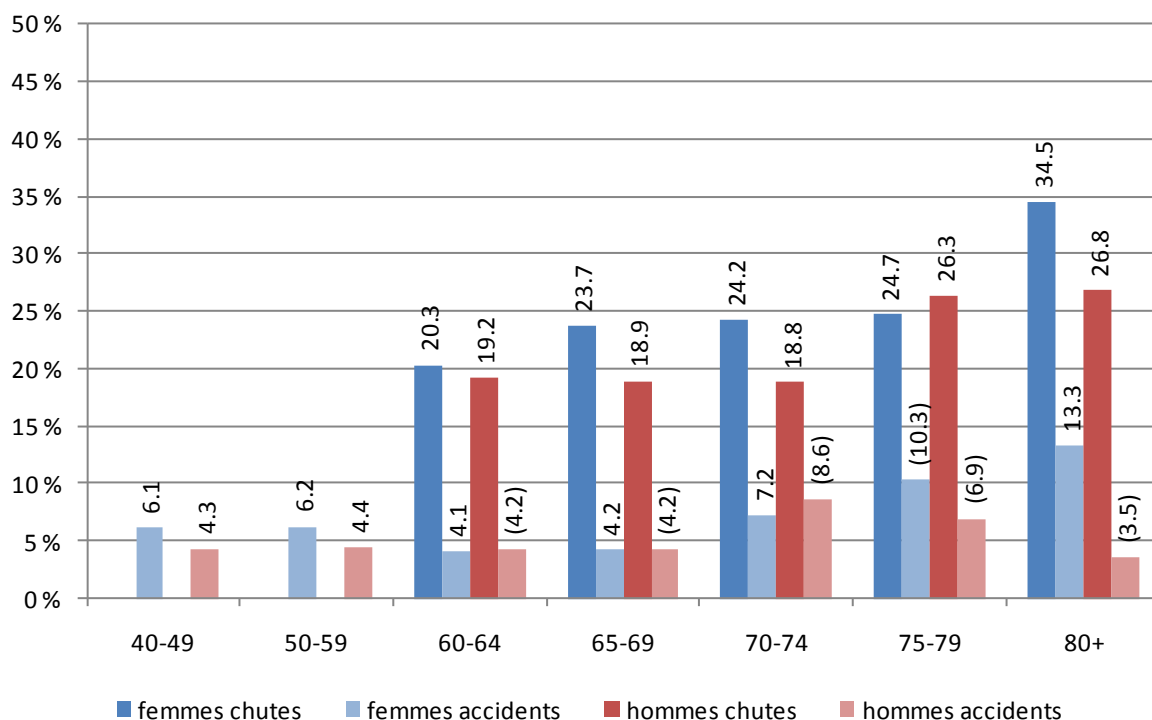
La chute constitue un événement grave dans la vie des personnes âgées, puisqu'elle menace gravement leur autonomie. Qui plus est, elle revêt une signification qui dépasse largement la problématique des lésions physiques, car il faut aussi souvent compter avec des conséquences psychologiques (Grob, 2004), notamment dues à la peur permanente de tomber ou l'immobilisation plus ou moins prolongée dans le lit.

Globalement, la proportion de personnes de 60 ans et plus vivant à domicile qui, dans les 12 derniers mois, ont été victimes d'au moins un accident à la maison ou dans le jardin est nettement inférieure à celles des personnes âgées ayant chuté au moins une fois au cours de la même période (annexes 2 et 3). Et pour les deux types d'incidents, nous pouvons observer une augmentation tendentielle des prévalences entre les groupes d'âge.

La proportion de femmes ayant eu au moins un accident à la maison ou au jardin s'accroît rapidement entre les groupes d'âge dès 70 ans, passant de 4,1% chez les 60 - 64 ans à 13,3% chez les 80 ans et plus (graphique 7). Il en va de même pour les chutes, mais dans ce cas l'augmentation la plus nette se produit chez les 80 ans est plus, qui sont environ un tiers (34,5%) à être tombés au moins une fois dans les 12 derniers mois, contre 20,3% chez les 60 - 64 ans.

Chez les hommes, les prévalences des accidents domestiques et des chutes sont comparables à celles des femmes chez les 60 - 64 ans, mais varient ensuite différemment entre les groupes d'âge. La prévalence des accidents domestiques est en hausse entre les 65 - 69 ans et les 70 - 74 ans, puis recule pour atteindre son minimum chez les 80 ans et plus ((3,5)%). S'agissant des chutes, les proportions sont stables entre les 60 - 64 ans et les 70 - 74 ans (un peu moins de 20%) puis augmentent pour s'établir à 26,3% chez les 75 - 79 ans et 26,8% chez les 80 ans et plus.

Graphique 7 *Prévalence à 12 mois des accidents domestiques et des chutes, chez les personnes âgées de 60 ans et plus en Suisse, selon le groupe d'âge (ESS 2007)*



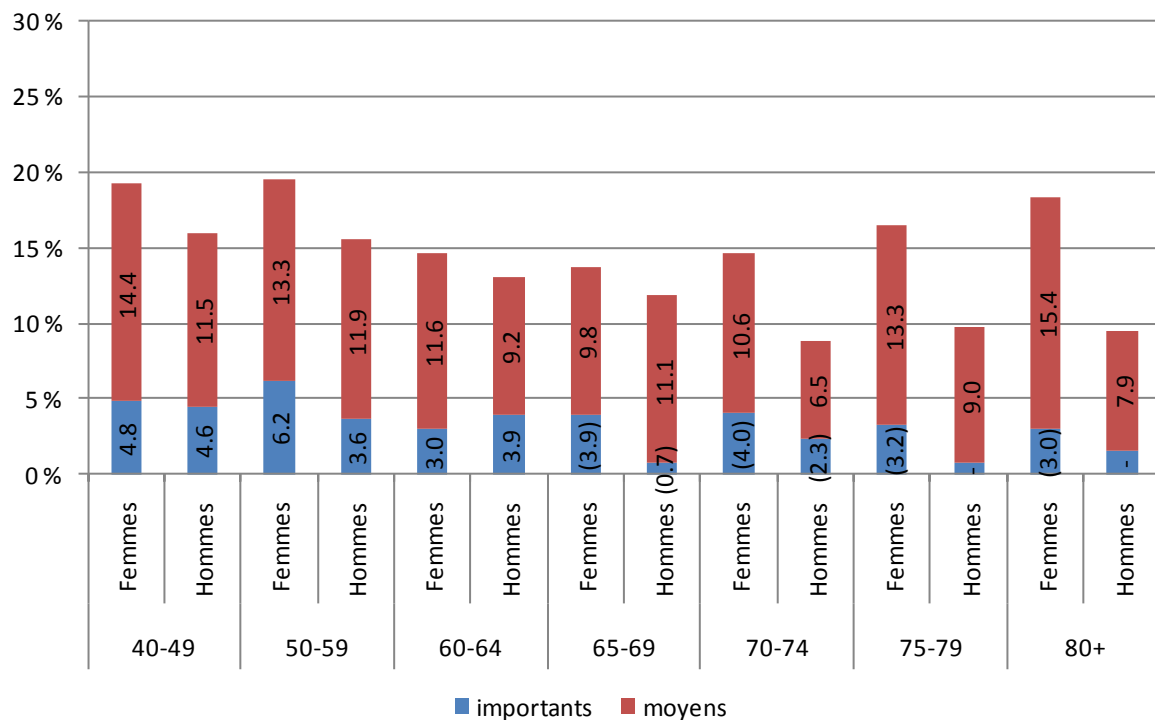
Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; dans le cadre de l'ESS, la question portant sur les chutes n'a été posée qu'aux personnes âgées de 60 ans et plus; la question sur les accidents a été posée dans le cadre de l'enquête écrite; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

3.6 Problèmes psychiques

Globalement, d'après l'indicateur des problèmes psychiques proposé par l'OFS (voir le chapitre *Méthode*), la proportion de personnes âgées vivant à domicile qui ont eu des problèmes psychiques moyens ou importants au cours des trente derniers jours recule entre les 60 - 64 ans (13,9%) et les 70 - 74 ans (11,8%), puis s'élève jusque chez les 80 et plus (15,1%) (annexe 4). Chez les 60 ans et plus, ce type de problèmes se retrouve cependant moins souvent que chez les 40 - 49 ans (17,6%) et les 50 - 59 ans (17,5%). Il faut en outre préciser que les problèmes psychiques importants sont moins répandus que ceux d'intensité moyenne.

A tout âge, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à présenter des problèmes psychiques moyens ou importants. De plus, la progression de ce type de problèmes entre les groupes d'âge varie en fonction du sexe. La proportion de femmes ayant des problèmes moyens ou importants diminue légèrement entre les 60 - 64 ans et les 65 - 69 ans et s'accroît ensuite entre les groupes d'âge pour atteindre 18,4% chez les 80 ans et plus (graphique 8). Pour les hommes, la proportion recule entre les 60 - 64 ans et les 65 - 69 ans et se stabilise ensuite vers 9,5%.

Graphique 8 Prévalence à 30 jours de problèmes psychiques moyens ou importants, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Ces résultats sont consistants avec la littérature existante, qui montre que davantage de femmes que d'hommes font état de symptômes dépressifs (Kessler et al., 2003; Gold, et al., 2002; Barry, Allore, Guo, Bruce, & Gill, 2008). Il n'existe cependant pas de consensus sur les raisons de cette différence. Quoi qu'il en soit, les études consacrées aux femmes âgées suggèrent qu'une partie de la différence pourrait s'expliquer par une plus grande susceptibilité à la dépression, une plus longue durée des épisodes dépressifs et une probabilité moins élevée de mourir suite à une dépression (Barry, et al., 2008).

Tableau 5 *Proportion (en %) de personnes n'ayant aucun ou de faibles problèmes psychiques, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe, le SES et la nationalité et selon le groupe d'âge (ESS 2007)*

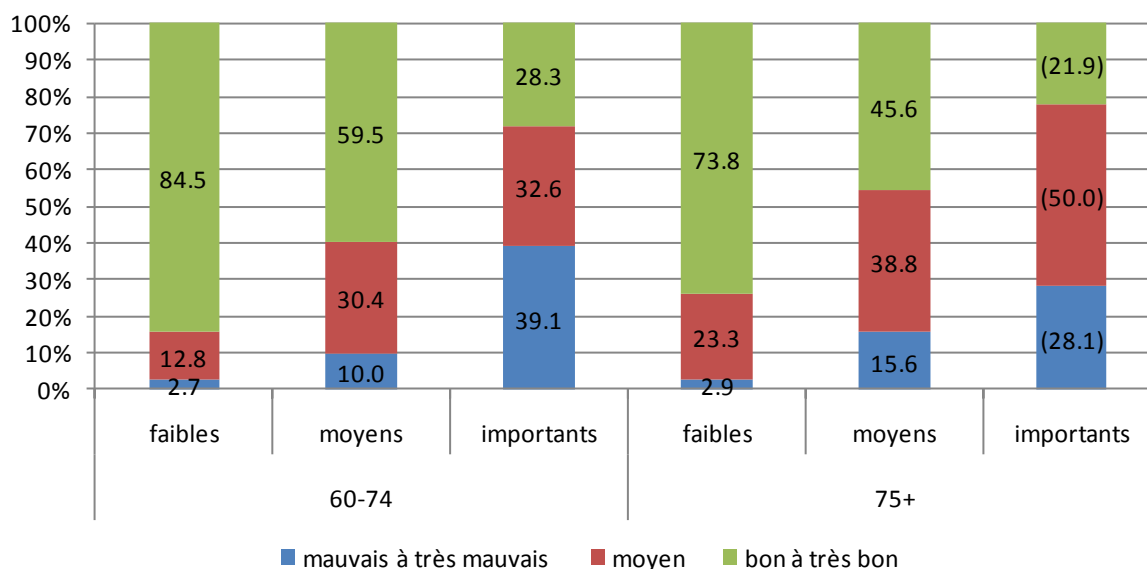
		40-59	60-64	65-74	75+
		%	%	%	%
Sexe	femmes	80.7	85.4	85.9	82.5
	hommes	84.2	86.9	89.6	90.4
Niveau de formation	obligatoire	65.8	79.1	83.0	78.0
	secondaire	83.6	87.1	88.4	87.7
	tertiaire	85.2	87.8	89.8	89.9
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	86.9	90.4	87.5	91.0
	cadre moyen	83.1	87.6	90.3	90.0
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	81.5	86.4	88.2	85.3
	petit indépendant/artisan	84.4	86.0	96.7	81.6
	contremaître/ouvrier qualifié	81.6	89.8	87.6	85.8
	ouvrier spécialisé/manœuvre	78.7	79.6	80.6	82.8
	n'a jamais travaillé	(76.5)	78.6	81.3	77.8
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	78.8	79.3	86.0	82.7
	de 2500 à 4000 frs	82.0	87.1	85.1	87.4
	> 4000 frs	85.8	88.9	91.7	90.8
Nationalité	suisse	84.2	86.4	88.8	85.9
	étrangère	74.2	84.4	76.9	79.5

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

Le fait de ne pas avoir de problèmes psychiques varie en fonction du SES (tableau 5). Chez les 65 - 74 ans, les personnes au bénéfice d'une formation secondaire ou tertiaire ne diffèrent guère entre elles, mais sont proportionnellement plus nombreuses à avoir peu ou aucun problème psychique que celles ayant mis à terme à leur formation au niveau de l'école obligatoire. Ceci est visible aussi entre les catégories socioprofessionnelles: dirigeants/membres des professions libérales, cadres moyens, employés de bureau, petits indépendants et contremaîtres ont des réponses similaires, mais sont proportionnellement plus nombreux à jouir d'une bonne santé psychique que les ouvriers spécialisés et les personnes n'ayant jamais travaillé. Par ailleurs, les personnes dont le revenu est supérieur à 4000 francs sont proportionnellement plus nombreuses à être en bonne santé psychique que les personnes au revenu moins élevé. Enfin, la proportion des personnes en bonne santé psychique est plus élevée chez les Suisses et Suissesses que chez les étrangers.

Pour ce qui concerne les 60 - 64 ans, la situation est assez comparable, excepté pour la nationalité, où l'écart entre Suisses et étrangers s'estompe, et pour le revenu du ménage, où la différence entre les deux catégories supérieures disparaît.

Graphique 9 *Etat de santé autoévalué, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon les problèmes psychiques et selon le groupe d'âge (ESS 2007)*



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

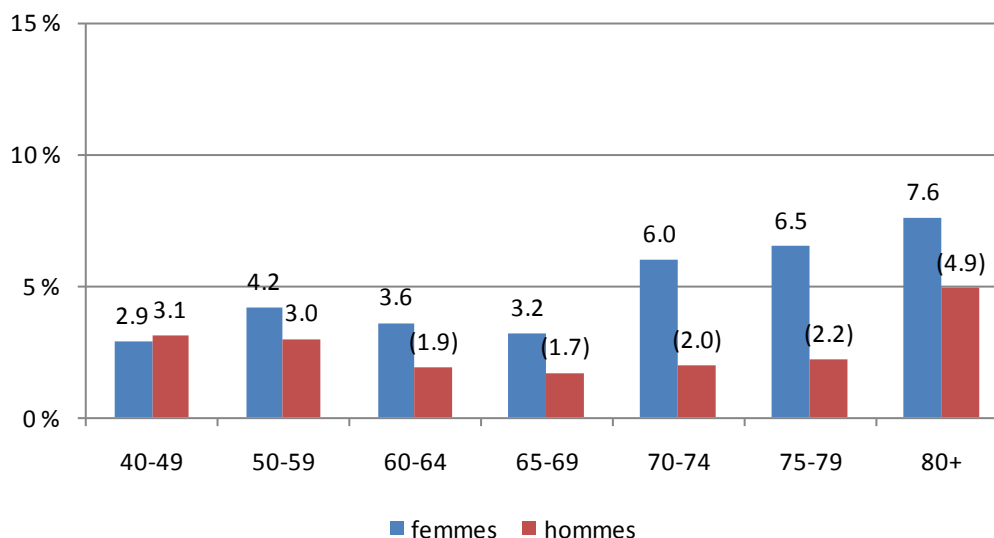
Il existe un lien étroit entre l'importance des problèmes psychiques et l'état de santé autoévalué (graphique 9), apparemment plus fort que celui observé avec les maux physiques. Les personnes de 60 - 74 ans ayant de faibles problèmes psychiques se sentent pour la plupart en bonne voire très bonne santé (84,5%). Celles souffrant de problèmes psychiques moyens sont 59,5% à le penser et celles souffrant de problèmes importants plus que 28,3%. On trouve une relation comparable pour les 75 ans, même si la proportion de personnes se disant en bonne ou très bonne santé y est moins élevée et ce quel que soit l'importance des problèmes psychiques.

3.7 Sentiment de solitude

En 2007, chez les 60 ans et plus vivant à domicile, la proportion de personnes qui ont répondu se sentir assez ou très souvent seules est relativement stable entre les 60 - 64 ans (2,8%) et les 65 - 69 ans (2,4%) et augmente ensuite entre les groupes d'âge pour atteindre 6,7% chez les 80 ans et plus (annexe 5). Dans ce groupe d'âge des plus âgés, 24,8% se sentent rarement seules et 68,5% jamais.

La part des femmes qui déclarent se sentir seules très ou assez souvent est dans tous les groupes d'âge plus élevée que celle des hommes (graphique 10). Chez ces derniers, les proportions sont assez proches entre les 60 - 64 ans et les 75 - 79 ans et c'est chez les 80 ans et plus qu'une augmentation est observable. Chez les femmes, on note une augmentation dès 70 ans.

Graphique 10 Prévalence du sentiment de solitude assez ou très fréquent, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

4 Limitations fonctionnelles

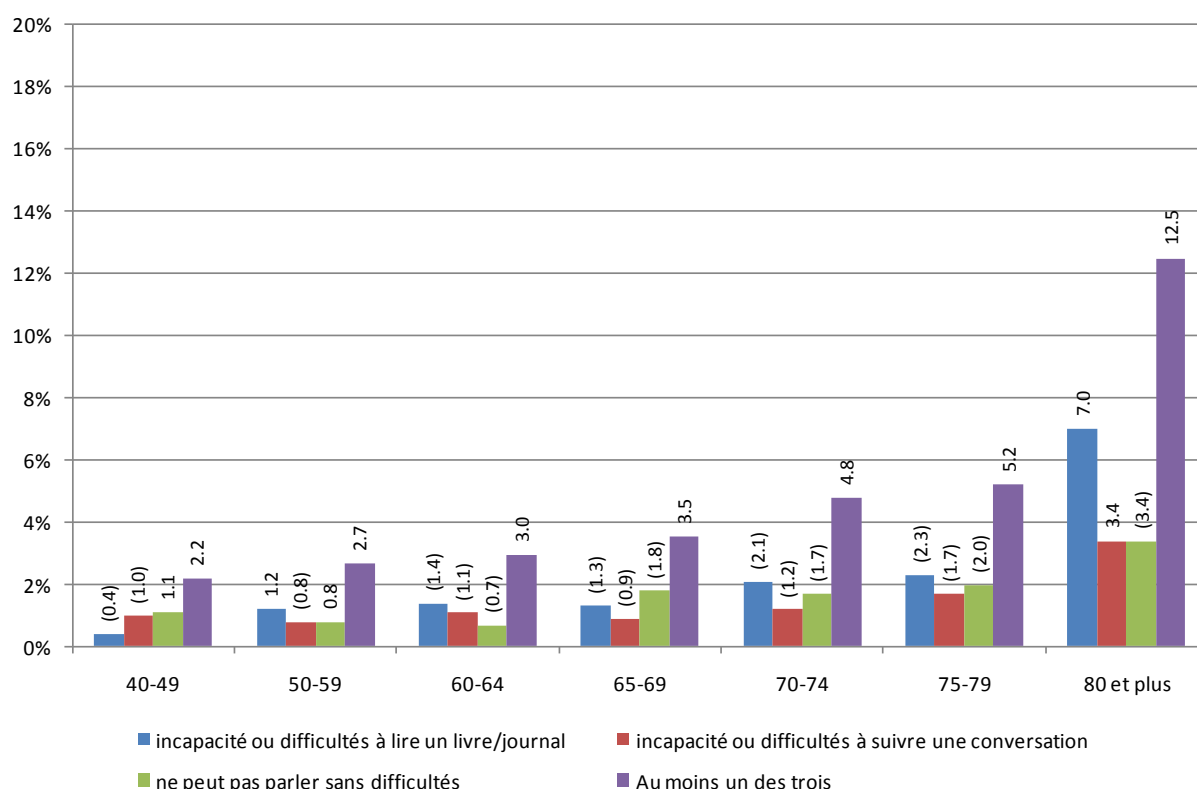
L'occurrence des incapacités est fortement liée au vieillissement (Binstock & George, 2011) et peut concerner d'une part la motricité et la capacité à accomplir les gestes du quotidien et d'autre part la faculté à communiquer avec autrui. L'influence de ces limitations fonctionnelles sur la vie des personnes âgées peut avoir diverses conséquences. Les limitations dans la réalisation des tâches quotidiennes ou dans les déplacements peuvent, par exemple, réduire considérablement l'autonomie et aboutir à une dépendance fonctionnelle. Plusieurs auteurs ont montré que le processus de sénescence et l'apparition de troubles sensoriels (odorat, vue ou ouïe) affectent durement la vie relationnelle et mènent les personnes âgées concernées à se retirer peu à peu des activités sociales (Crews & Campbell, 2004; Wallhagen, Strawbridge, Shema, Kurata, & Kaplan, 2001). Enfin, d'autres études ont montré que les troubles sensoriels peuvent réduire le sentiment de bien-être ou engendrer plus facilement des problèmes psychiques comme la dépression (Horowitz, 2003; Heine & Browning, 2002). Cependant, comme l'ont montré Cavalli et collègues (2007) dans le cadre d'une étude menée en Suisse, ces limitations n'ont pas forcément qu'un impact négatif sur la vie des personnes âgées. Dans certains cas en effet, la baisse de la participation sociale est suivie d'un renforcement du lien avec la famille ou avec les amis.

Le questionnaire de l'enquête ESS 2007 comprenait des questions portant sur trois catégories de limitations fonctionnelles: les troubles sensoriels/difficultés d'élocution, les limitations dans les mouvements et les limitations dans les activités quotidiennes.

Concernant les troubles sensoriels/difficultés d'élocution, il s'agissait tout d'abord de savoir si les personnes voyaient suffisamment bien pour lire un livre ou un journal, si elles pouvaient suivre une conversation à laquelle participent au moins deux autres personnes et si elles pouvaient parler sans difficulté. Le graphique 11 montre que les proportions de personnes

âgées de 60 ans et plus vivant à domicile qui éprouvent de fortes difficultés ou une incapacité à lire, de fortes difficultés ou une incapacité à entendre et qui ne peuvent parler sans difficulté augmente entre les groupes d'âge de manière assez rapide, passant de (1,4)% chez les 60 - 64 ans à 7,0% chez les 75 ans et plus pour les difficultés à lire, de (1,1)% à 3,4% pour les difficultés à suivre une conversation et de (0,7)% à (3,4)% pour les difficultés à parler.

Graphique 11 Troubles sensoriels et difficultés d'élocution, dans la population des 60 ans et plus, selon le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses.

Un indice de troubles sensoriels et d'élocution a ensuite été créé, qui mesure la proportion des personnes éprouvent au moins un des trois troubles considérés. Les résultats obtenus sont aussi présentés dans le graphique 11. Il apparaît que la proportion de personnes touchées par au moins une des trois limitations est quatre fois plus élevée chez les 80 ans et plus (12,5%) que chez les 60 - 64 ans (3,0%). Comme mentionné au début de ce chapitre consacré à la santé des 60 ans et plus, il faut préciser que les personnes atteintes de ce type de limitations sont très probablement sous-représentées dans l'échantillon de l'ESS car une partie d'entre elles n'a pas pu répondre elles-mêmes aux questions.

Concernant les limitations dans les déplacements, les personnes âgées ont été interrogées sur la distance qu'elles pouvaient parcourir seules, sans aide. Globalement, la proportion de personnes disant pouvoir marcher moins de 200 mètres augmente entre les groupes d'âge, passant de 1,7% pour les 60 - 64 ans à 16,7% pour les 80 ans et plus (tableau 6). Chez les 70 ans et plus, les hommes semblent moins souffrir de problèmes dans les déplacements que les femmes, à 80 ans et plus 89,1% dit pouvoir marcher 200 mètres ou plus contre 79,8% des femmes du même âge (annexe 8).

Tableau 6 *Distance parcourue seul-e sans aide, sans s'arrêter et sans être fortement incommodé-e, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le groupe d'âge (ESS 2007)*

	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
	%	%	%	%	%	%	%
200 mètres ou plus	99.2	98.3	98.3	97.5	93.7	91.6	83.3
plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres	(0.5)	1.2	(1.1)	(2.0)	4.0	5.6	9.7
incapable de se déplacer ou seulement quelque pas	(0.4)	(0.5)	(0.6)	(0.5)	(2.3)	(2.7)	7.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

Enfin, s'agissant des limitations dans les activités quotidiennes, celles présentant une certaine difficulté ont été prises en compte dans ce rapport: faire les achats sans aide, faire la lessive sans aide, faire occasionnellement de gros travaux ménagers sans aide, faire les comptes sans aide et utiliser les moyens de transport publics sans aide.

Il apparaît que la plupart des limitations de cet ordre deviennent plus répandues entre les groupes d'âge (tableau 7). Entre les 60 - 64 ans et les 75 - 79 ans, l'augmentation n'est cependant pas très marquée (exception faite des gros travaux ménagers). C'est surtout chez les 80 ans et plus que la proportion de personnes éprouvant des difficultés s'accroît de beaucoup.

Les faibles prévalences de limitations fonctionnelles observées chez les 60 -75 ans restreignent les possibilités de comparaison entre les hommes et les femmes (nombre de cas souvent inférieurs à 10, voir le chapitre *Méthode*). Pour les 80 ans et plus, les résultats suggèrent que davantage de femmes rencontrent des difficultés dans les tâches quotidiennes, exception faite de la lessive (annexe 9).

Tableau 7 *Proportion (en %) de personnes incapables ou ayant de grandes difficultés à accomplir sans aide différentes activités de la vie courante, dans la population des 60 ans et plus, selon le groupe d'âge (ESS 2007)*

	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
	%	%	%	%	%	%	%
faire des achats	(0.6)	(1.2)	(0.8)	(0.8)	3.2	2.9	8.9
faire la lessive	(0.8)	1.5	(1.8)	(2.7)	3.8	2.9	10.0
faire occasionnellement de gros travaux ménagers	2.8	4.1	4.9	5.3	9.9	13.2	29.8
faire ses comptes	(0.7)	1.1	(0.6)	(1.3)	(1.8)	(2.3)	6.7
utiliser les transports publics	(0.5)	0.9	1.3	(1.3)	4.0	3.9	11.6

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

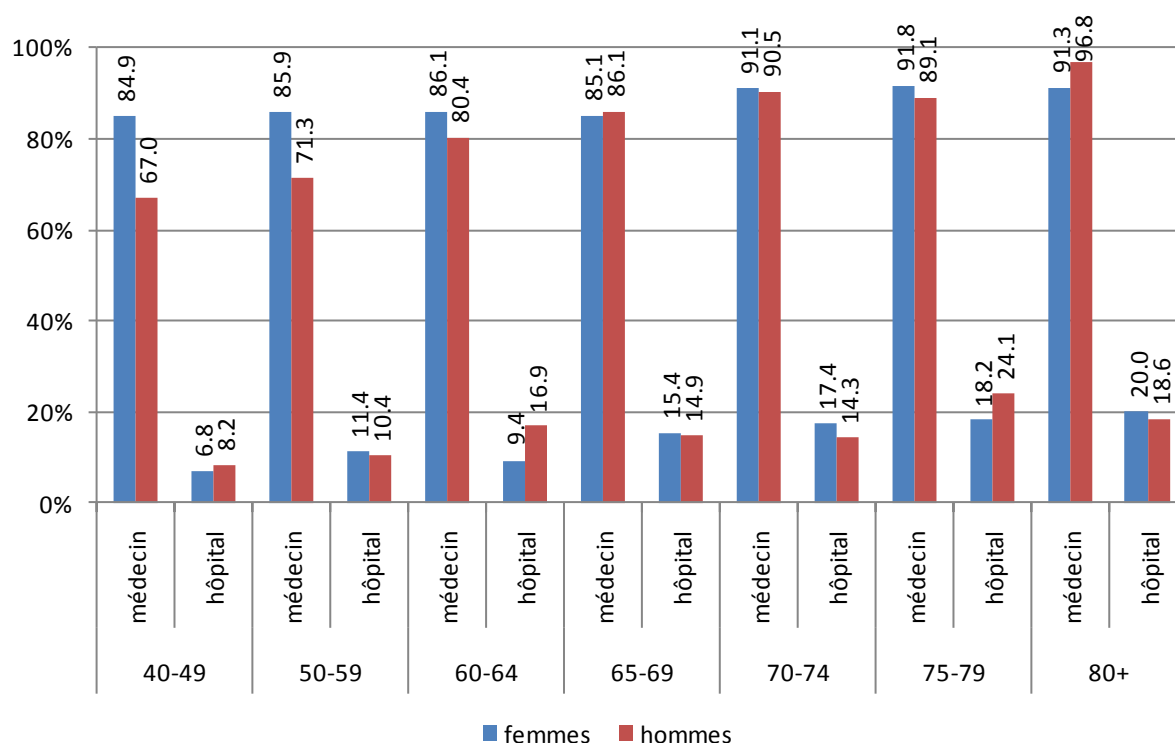
5 Recours aux prestations médicales et aux services de soins à domicile

En 2007, plus de 80% des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés ont consulté au moins une fois un médecin (y compris les spécialistes, dont le gynécologue) au cours des 12 derniers mois et plus de 10% ont été hospitalisées au cours de la même période (annexes 10 et 11). C'est donc davantage que chez les 40 - 59 ans. Cela étant, les taux tendent à augmenter entre les groupes d'âge, même si l'on constate une stagnation entre les 70 - 74 ans et les 75 - 79 ans pour les visites chez le médecin et une stagnation entre les 75 - 79 ans et les 80 ans et plus pour les hospitalisations.

La proportion de femmes ayant consulté au moins une fois un médecin augmente entre les 65 - 69 ans et les 70 - 74 ans, mais en général se situe toujours à un niveau assez élevé (plus de 80%), d'ailleurs déjà avant 60 ans (graphique 12). Pour les hommes, nous assistons en revanche à une augmentation entre les groupes d'âge, augmentation d'ailleurs déjà visible à partir des 40 - 49 ans.

Concernant les séjours à l'hôpital, chez les femmes le taux s'accroît entre les groupes d'âge, tandis que chez les hommes il est assez fluctuant dès 60 ans.

Graphique 12 Part des personnes qui, au cours des 12 derniers mois, se sont rendues chez le médecin/ont séjourné à l'hôpital, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée.

Pour ce qui est du recours à des services de soins, la proportion des personnes de 60 ans et plus vivant à domicile ayant recouru à SPITEX au cours des 12 derniers mois était, en 2007, beaucoup plus élevée chez celles vivant seules que chez celles vivant en couple (annexe 12). De plus, dans les deux catégories de personnes, l'ESS met en évidence la forte progression du recours à ce type de soins à partir de 75 ans. Pour les personnes vivant seules, la proportion triple entre les 60 - 74 ans et les 75 ans et plus, passant de 6,4% à 19,8%. Pour les personnes vivant en couple, la part de celles ayant demandé ce type d'aide double, passant de 2,5% à 5,1%.

Sur la base des chiffres relatifs à la clientèle de SPITEX en 2007 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2007b) on peut estimer qu'un peu moins de 20% des personnes âgées de 65 ans ou plus ont recouru à ce service. En comparaison, les résultats de l'ESS sont donc bien inférieurs. Cette différence montre encore une fois que l'ESS couvre seulement une partie de la population âgée, et notamment celle dont la santé n'est pas trop mauvaise pour pouvoir y participer.

6 Soutien social

Le vieillissement s'accompagne de situations inconnues et parfois délicates, telles que le départ à la retraite, qui implique une plus grande disponibilité de temps, mais aussi une relative diminution des revenus. C'est alors pour beaucoup le moment de s'engager dans des loisirs individuels ou dans la vie associative et culturelle. Puis, pour certains, vient l'épreuve du veuvage et de la solitude, aggravée par une diminution progressive des capacités physiques, qui entraîne généralement une baisse de la participation sociale et des contacts sociaux, et l'expérience de la maladie. Plus tard encore, la perte d'autonomie dans les activités quotidiennes s'installe et arrive peu à peu le moment du placement en institution.

Vieillir demande donc de s'adapter à de nombreux changements dont certains peuvent être difficiles à supporter. C'est pourquoi l'étendue et la qualité du tissu social – notamment les relations avec la famille et l'existence de personnes de confiance – peuvent s'avérer essentielles pour y faire face, surtout dans les situations de crise. A l'inverse, l'isolement et le manque de soutien social, liés notamment à une faible participation sociale (ou «capital social»), peuvent conduire à une altération de la santé psychique (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey, & Thisted, 2006; Steinmann, 2005). Plus généralement, il semble que les personnes âgées en bonne santé aient davantage de chances de la préserver à travers l'effet bénéfique de leur capital social et que celles en moins bonne santé aient moins de chances de participer à des activités sociales et ont ainsi un risque accru de voir leur état de santé se dégrader plus rapidement (Sirven & Debrand, 2011).

6.1 Structure du ménage

Le tableau 8 renseigne sur le type de ménage dans lequel vivent les personnes âgées de 60 ans et plus en 2007. Dans la catégorie «autre» ont été rassemblées les configurations familiales différentes de vivant «seul» ou «en couple (et sans une autre personne)», par exemple seul avec enfants, en couple avec enfants, ou toutes autres configurations qui peuvent comprendre plusieurs personnes. Ce choix a été fait pour permettre de connaître la proportion

de personnes seules ou de celles vivant avec un partenaire, indicateur important du potentiel d'aide en cas de problèmes.

Globalement, la proportion de personnes âgées vivant seules progresse rapidement entre les groupes d'âge (de 15,7% chez les 60 - 64 ans à 50,6% chez les 80 ans et plus). La proportion de personnes vivant en couple (sans une autre personne) augmente légèrement entre les 60 - 64 ans et les 65 - 69 ans, pour ensuite diminuer entre les groupes d'âge. Pour les autres configurations familiales, un recul a lieu jusque chez les 75 - 79 ans, suivi d'une légère hausse chez les 80 ans et plus.

Ces résultats globaux cachent cependant des disparités entre hommes et femmes. En effet, la proportion de femmes vivant seule augmente entre les groupes d'âge pour atteindre 65,1% chez les 80 ans et plus. Par contraste, les hommes vivent surtout en couple et ce dans tous les groupes d'âge. Une explication probable à cela est celle de l'espérance de vie plus longue des femmes, qui ont donc plus de risques d'être confrontées un veuvage.

Tableau 8 Structure du ménage, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

		40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
		%	%	%	%	%	%	%
Total	seul-e	9.9	11.0	15.7	18.6	24.1	35.4	50.6
	en couple, sans autre personne	17.5	44.2	65.1	71.0	66.7	58.7	40.8
	autre configuration	72.6	44.9	19.2	10.4	9.2	(5.9)	8.6
Femmes	seule	7.5	11.5	19.9	26.8	35.7	45.8	65.1
	en couple, sans autre personne	16.9	50.3	64.4	64.4	54.5	45.8	24.8
	autre configuration	75.7	38.2	15.7	8.7	(9.9)	(8.4)	(10.1)
Hommes	seul	12.4	10.4	11.5	9.3	10.9	19.7	25.5
	en couple, sans autre personne	18.2	37.8	65.8	78.4	81.0	78.5	68.4
	autre configuration	69.4	51.8	22.7	12.3	(8.1)	-	(6.1)

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

6.2 Contacts avec la famille et les amis

Le tableau 9 indique la proportion de personnes de 60 ans et plus vivant à domicile qui ont des contacts (visites ou conversations téléphoniques) au moins une fois par semaine avec leur famille ou leurs amis, selon qu'elles vivent seules ou en couple (sans une autre personne).

De manière générale, les contacts ont lieu davantage par téléphone qu'à l'occasion de visites. Chez les 60 - 74 ans, pour les personnes vivant seules les visites impliquent plutôt des amis, tandis que pour celles vivant en couple les visites viennent plutôt des membres de la famille. Ce constat ne s'applique par contre pas aux 75 ans et plus, pour qui les visites viennent majoritairement de la famille, quelle que soit la structure du ménage.

Entre les deux grands groupes d'âge, le taux des contacts avec la famille reste assez stable chez les personnes seules, tandis qu'il diminue chez les personnes en couple, surtout pour les visites. S'agissant des contacts avec des amis, leur taux diminue pour les deux types de structure familiale, mais de manière plus marquée chez les personnes vivant en couple.

Tableau 9 *Contacts au moins une fois par semaine, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le groupe d'âge et la structure du ménage (ESS 2007)*

	40-49			50-59			60-74			75+		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	seul-e	couple	autre	seul-e	couple	autre	seul-e	couple	autre	seul-e	couple	autre
visites de la famille	50.9	45.7	48.2	48.3	53.8	49.8	54.2	59.1	49.8	55.9	50.1	62.2
contacts tél. de la famille	79.2	81.9	80.7	74.5	81.7	78.7	79.2	83.0	73.7	79.8	79.7	81.5
visites des amis, connaissances	72.4	53.9	55.7	60.0	42.8	45.7	58.8	43.4	46.6	51.1	34.2	(37.8)
contacts tél. amis, connaissances	86.2	79.5	77.4	76.4	69.0	68.5	73.6	65.6	61.5	67.5	49.9	61.7

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

6.3 Soutien de l'entourage

En 2007, plus de 90% des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile ont répondu avoir, parmi leurs proches, au moins une personne à qui elles peuvent vraiment parler n'importe quand de problèmes très personnels. Parmi elles, la plupart peuvent confier leurs soucis à plusieurs personnes. Et ces constats valent pour tous les groupes d'âge.

La proportion des femmes qui comptent au moins une telle personne dans leur entourage tend à diminuer légèrement entre les groupes d'âge. Il en va de même chez les hommes. De plus, les réponses données par les hommes et les femmes sont assez comparables, avec toutefois une légère prédominance de la catégorie «plusieurs personnes» chez les femmes (annexe 13).

L'enquête écrite de l'ESS demandait aux interviewés s'ils ont, lorsqu'ils ont besoin de compagnie, d'aide ou d'une autre forme de soutien, quelqu'un qui les écoute quand ils ont besoin de parler («écoute»), qui les soutient en situation difficile («soutien»), qui les aime et leur donne le sentiment d'être appréciés («personne aimante») et qui les serre dans ses bras («signes d'affection»). La catégorie «autre configuration familiale» étant très hétérogène et ne concernant qu'un petit nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans l'échantillon, nous avons renoncé à commenter les résultats s'y rapportant.

Le tableau 10 montre que la plupart des personnes de 60 - 74 ans peuvent compter sur de telles formes de soutien, mais que celles vivant seules sont proportionnellement moins nombreuses à pouvoir en bénéficier que celles vivant en couple, surtout pour ce qui est des marques d'affection. En comparaison, les 75 ans et plus peuvent un peu moins compter sur une écoute attentive et sur des signes d'affection, mais dans ce deuxième cas seulement si elles vivent en couple.

Tableau 10 Formes de soutien, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le groupe d'âge et la structure du ménage (ESS 2007)

	40-49			50-59			60-74			75+		
	% seul-e	% couple	% autre	% seul-e	% couple	% autre	% seul-e	% couple	% autre	% seul-e	% couple	% autre
écoute	75.7	88.0	81.5	74.1	81.8	79.6	68.5	80.2	72.4	61.0	75.2	62.2
soutien	73.1	90.8	83.2	71.1	84.9	82.9	70.9	84.1	81.0	70.4	81.0	81.5
personne aimante	73.7	92.0	87.2	73.6	89.1	84.9	76.2	88.1	81.6	77.7	86.2	(37.8)
signes d'affection	54.5	87.9	76.9	51.0	80.4	71.6	46.2	72.5	62.0	45.8	67.7	61.7

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les questions ont été posées dans le cadre de l'enquête écrite; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

7 La consommation d'alcool

7.1 La consommation d'alcool et les risques pour la santé

L'alcool contribue de façon significative au fardeau de la maladie dans le monde et constitue, avec le tabac, une des principales causes évitables de décès et d'incapacité (Babor et al., 2010). Pour la Suisse, Rehm et collègues (2007) ont estimé qu'en 2002, et même en tenant compte de certains de ses effets bénéfiques, la consommation d'alcool a été responsable de plus de 2000 décès.

Les travaux de recherche consacrés aux conséquences sanitaires de la consommation d'alcool ont permis d'établir une relation causale entre la consommation d'alcool et plus de deux cent trente maladies, intoxications ou traumatismes définis par la Classification internationale des maladies (CIM-10) (Rehm et al., 2009; Rehm et al., 2004). Certaines de ces maladies sont intégralement attribuables à l'alcool, mais pour la plupart l'alcool est un facteur contributeur.

La consommation d'alcool, en particulier les excès ponctuels, peut avoir des conséquences négatives à court terme, telles que les intoxications aiguës, les accidents de la route et les chutes (pour une review, Babor, et al., 2010; pour un résumé Delgrande Jordan & Notari, 2011).

7.2 Spécificités de la consommation d'alcool chez les personnes âgées

Des changements biologiques importants associés au vieillissement ont des conséquences en matière de consommation d'alcool. Des travaux consacrés aux personnes âgées suggèrent que celles-ci sont plus sensibles que les adultes plus jeunes aux effets négatifs de l'alcool pour la santé, ce qui pourrait signifier davantage de dommages pour la santé pour des quantités équivalentes d'alcool consommées. Une des raisons pour cela est que, pour une même quantité d'alcool consommé, les personnes âgées atteignent une concentration d'alcool dans le sang plus élevée que les adultes plus jeunes. De plus, le vieillissement interfère avec la

capacité du corps à s'adapter à la présence de l'alcool et, par cette capacité réduite à développer une tolérance, les personnes âgées continueraient à manifester certains effets de l'alcool (p.ex. problèmes de coordination dans les mouvements) pour de plus petites quantités que les plus jeunes (pour une review, Anderson & Scafato, 2010)

Deux processus pharmacokinétiques peuvent mener à cette plus grande sensibilité à l'alcool des personnes âgées par rapport aux plus jeunes. Il y a tout d'abord la réduction, avec l'âge, de la capacité de dégradation du foie (et, mais dans une moindre mesure, de l'estomac), ce qui accroît potentiellement la quantité d'éthanol qui atteint le système sanguin. Ensuite, la composition du corps se modifie avec l'âge en ceci que la quantité d'eau contenue dans le corps est, en moyenne, réduite chez les personnes âgées (pour une review, Anderson & Scafato, 2010).

Comparé aux travaux consacrés à la consommation d'alcool des jeunes, ceux qui décrivent la consommation d'alcool et les dommages qui lui sont liés chez les personnes âgées sont bien moins nombreux. De surcroît, les résultats concernant les effets négatifs de la consommation d'alcool sur la santé des personnes âgées sont contradictoires. Il est donc clair que davantage d'études sont nécessaires (pour une review, Anderson & Scafato, 2010), en particulier pour déterminer si les personnes âgées ont un risque plus élevé de dommage pour la santé par gramme d'alcool consommé si on les compare avec les plus jeunes. Dans l'attente d'en savoir plus, et suivant le principe de précaution, certains pays ont dès lors suggéré des recommandations de consommation plus basses pour les personnes âgées (Anderson & Scafato, 2010).

7.3 Considérations préliminaires

La consommation d'alcool varie beaucoup en fonction du sexe et de l'âge. Pour une lecture adéquate des résultats, il convient donc de préciser ici quelques éléments historiques et méthodologiques.

Les personnes de 60 ans et plus interrogées dans le cadre de l'ESS 2007 sont nées entre 1900 et 1947. Une grande partie d'entre elles ont donc vécu des changements économiques, sociaux et culturels considérables, qui ont notamment eu des répercussions sur les habitudes de consommation d'alcool au sein de la population. Parmi les changements sociétaux intervenus ces dernières décennies, nous retiendrons ceux ayant touché les femmes. En effet, les études «genre» consacrées à la consommation d'alcool suggèrent pour la plupart que l'arrivée croissante des femmes sur le marché du travail a eu un impact important sur leurs comportements en lien avec la santé, entraînant une certaine convergence des habitudes de consommation d'alcool des deux sexes. La plupart des raisons avancées pour cela font référence au fait que l'activité à l'extérieur du foyer a encouragé les femmes à adopter des valeurs et des comportements considérés jusque là comme typiquement masculins et a accru leur liberté individuelle en tant que consommatrices (Holmila & Raitasalo, 2005). Plusieurs explications à cela semblent possibles, qui ne sont d'ailleurs pas mutuellement exclusives: l'acceptation voire l'encouragement social à une consommation conjointe des hommes et des femmes (Holmila, 1993), l'imitation du style de vie des personnes ayant un statut supérieur sur le lieu de travail (Haavio-Mannila, 1991), le changement de l'image de l'alcool en tant que symbole masculin et les opinions sur ceci avec une plus grande tolérance de la consommation des femmes (Eriksen, 1999).

Or, la Suisse a connu cette évolution du rôle de la femme et ceci se voit notamment dans l'élévation du taux de femmes exerçant une activité professionnelle: entre 1960 et 2009, la proportion de femmes dans la population active est passée de 34,1% à 45,3% (pas de données OFS avant) (Office fédéral de la statistique (OFS), 2011a). En d'autres termes, les cohortes les plus âgées (femmes nées en 1927 ou avant) ont vécu des conditions sociales différentes de celles des cohortes plus jeunes (par exemple femmes nées entre 1943 et 1947) et l'on peut donc s'attendre à ce qu'elles aient, en moyenne, développé et conservé des habitudes différentes en matière de consommation d'alcool. Ceci ne devrait par contre pas être le cas pour les hommes.

Cette évolution liée au genre n'est pas le seul phénomène dont il convient de tenir compte pour l'interprétation des résultats. La consommation excessive d'alcool est nocive pour la santé à long terme et entraîne une sur-mortalité, si bien que les personnes abstinentes «à vie» ou celles dont la consommation d'alcool présente de faibles risques pour leur santé sont probablement sur-représentées parmi les personnes âgées incluses dans l'échantillon de l'ESS. De plus, les pathologies chroniques – liées ou non à l'alcool – augmentent avec l'âge et les personnes âgées vivant à la maison mais ayant des problèmes de santé peuvent avoir dû arrêter ou réduire leur consommation d'alcool précisément en raison de ces problèmes. En d'autres termes, il subsisterait parmi les aînés surtout des personnes abstinentes ou dont la consommation d'alcool est modérée.

7.4 Abstinance et fréquence de consommation

Le tableau 11 présente la fréquence de consommation d'alcool dans la population âgée de 60 ans et plus vivant dans des ménages privés. A des fins de comparaison, il mentionne également les résultats pour les 40 - 49 ans et les 50 - 59 ans.

En 2007, la proportion d'abstinents passait de 12,6% chez les 60 - 64 ans à 24,8% chez 80 ans et plus. Ainsi, dans tous les groupes d'âge, une très large majorité de personnes avait consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. L'augmentation du taux d'abstinents constatée entre les groupes d'âge est particulièrement marquée chez les 75 ans et plus. Aucune différence significative n'est par contre observable entre les 60 - 64 ans et les 70 - 74 ans, où le taux d'abstinents est d'ailleurs similaire à celui des 40 - 59 ans.

L'abstinence est bien plus répandue chez les femmes que chez les hommes et la variation du taux d'abstinents entre les groupes d'âge diffère sensiblement en fonction du sexe. Pour les hommes, la proportion d'abstinents semble fluctuer et les différences constatées ne sont pas significatives. Pour les femmes, le taux d'abstinentes est relativement stable entre 60 et 69 ans (env. 18 - 19%), puis s'élève jusque chez les 80 ans et plus (33,4%).

Tableau 11 Fréquence habituelle de la consommation d'alcool, dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

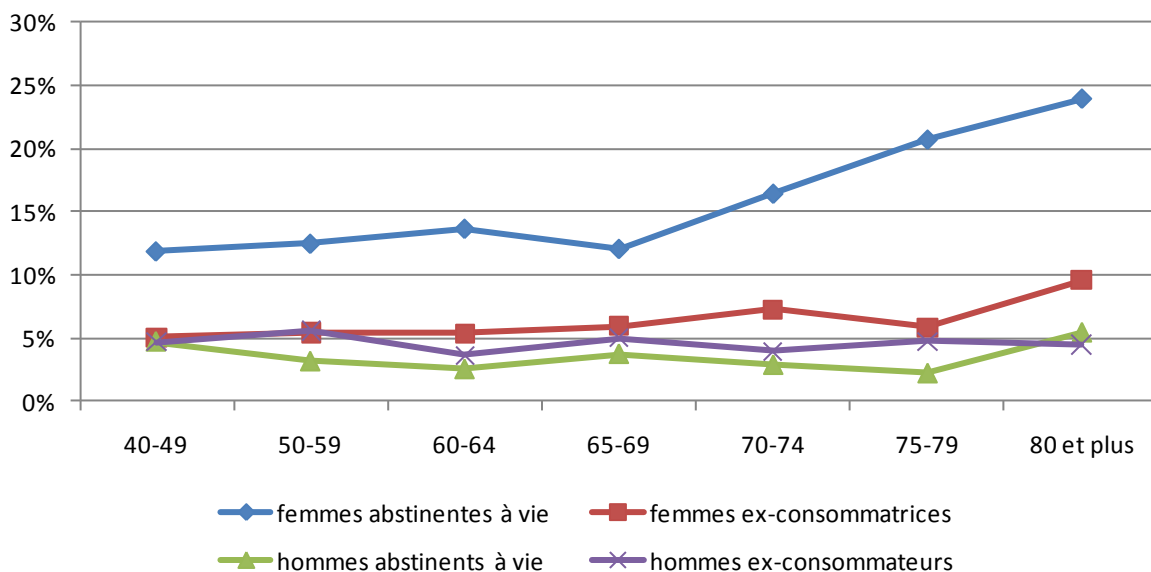
		40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
		%	%	%	%	%	%	%
Total	consommation quotidienne	13.2	19.2	24.9	31.1	32.1	28.5	29.1
	consommateurs hebdomadaire	47.4	44.9	43.2	35.3	29.2	28.6	20.0
	consommation occasionnelle	26.2	22.5	19.3	20.0	22.8	24.2	26.1
	abstinent-e-s	13.2	13.4	12.6	13.6	15.9	18.7	24.8
Femmes	consommation quotidienne	7.8	11.5	17.3	23.1	19.2	18.7	16.8
	consommation hebdomadaire	42.0	42.1	38.4	29.9	25.5	22.6	17.8
	consommation occasionnelle	33.3	28.5	25.5	29.0	31.5	32.3	32.0
	abstinentes	16.9	17.9	18.8	18.0	23.7	26.4	33.4
Hommes	consommation quotidienne	18.7	27.3	32.7	40.2	47.0	43.4	50.5
	consommation hebdomadaire	53.0	47.8	48.2	41.4	33.5	37.8	23.9
	consommation occasionnelle	19.0	16.2	13.0	9.8	12.7	11.9	15.8
	abstinents	9.3	8.8	6.1	8.5	6.8	(6.9)	(9.9)

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; «consommation hebdomadaire» signifie boire de l'alcool au moins une fois par semaine mais pas chaque jour; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée.

Le graphique 13 illustre la distinction entre les «abstinents à vie» et les ex-consommateurs ou «abstinents actuels», c'est-à-dire les personnes qui n'ont pas bu d'alcool dans les 12 derniers mois, mais en avaient consommé auparavant dans leur vie, selon le sexe (pour connaître les résultats globaux, se référer à l'annexe 14).

Chez les hommes, les abstinents «actuels» paraissent proportionnellement plus nombreux que les abstinents «à vie» et les proportions des deux types d'abstinents sont relativement stables entre les groupes d'âge. On note néanmoins un taux légèrement plus élevé d'abstinents parmi les 80 ans et plus. Chez les femmes, les abstinentes «à vie» sont par contre proportionnellement plus nombreuses que les abstinentes «actuelles». De plus, la proportion des abstinentes «actuelles» est assez stable jusque chez les 75 - 79 ans (entre 5 et 8%), puis s'accroît jusqu'à 9,6% pour les 80 et plus. Une augmentation est aussi observable pour les abstinentes «à vie», mais qui s'amorce déjà dès 70 ans. En fait, la proportion d'abstinentes «à vie» double pratiquement entre les 65 - 69 ans (12,1%) et les 80 ans et plus (23,9%). Une augmentation de cette ampleur, qui contraste avec la relative stabilité observée chez les hommes, reflète probablement en bonne partie un changement des habitudes de consommation d'alcool des femmes au cours des dernières décennies (davantage d'abstinentes au sein des cohortes plus âgées). A cela s'ajoute probablement, pour les deux sexes, une sur-mortalité parmi les personnes dont la consommation d'alcool représentait des risques élevés pour la santé.

Graphique 13 Proportion (en %) des abstinents «à vie» et des ex-consommateurs dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; pour prendre connaissance des pourcentages, se référer à l'annexe 14.

Dans la population des 60 ans et plus vivant à domicile, la part des consommateurs quotidiens passe de 24,9% chez les 60 - 64 ans à 32,1% chez les 70 - 74 ans puis paraît fléchir légèrement dans les groupes d'âge plus âgés (tableau 11). Au plus bas chez les 60 - 64 ans, la part des consommateurs quotidiens y est cependant presque deux fois plus élevée que chez les 40 - 49 (13,2%). La part des consommateurs hebdomadaires (c'est-à-dire qui consomment de l'alcool entre 1 à 6 jours par semaine) suit une tendance inverse, puisqu'elle passe de 43,2% chez les 60 - 64 ans à 20,0% chez les 80 ans et plus. Enfin, pour ce qui est des consommateurs occasionnels, leur proportion passe de 19,3% à 26,1% entre les 60 - 64 ans et les 80 ans et plus.

La fréquence de consommation d'alcool varie considérablement entre les sexes. Chez les femmes, la proportion de consommatrices quotidiennes passe de 7,8% chez les 40 - 49 ans à 23,1% chez les 65 - 69 ans, où elle atteint son maximum, puis s'abaisse jusqu'à 16,8% chez les 80 ans et plus. Pour les hommes, nous pouvons en revanche observer une progression continue qui porte le taux de consommateurs quotidiens de 18,7% chez les 40 - 49 ans à 50,5% chez les 80 et plus. Ainsi, l'écart entre hommes et femmes est le plus marqué chez les 80 ans et plus. Au sujet des consommateurs hebdomadaires (au moins une fois par semaine mais pas chaque jour), on observe auprès des deux sexes une diminution entre les 60 - 64 ans et les 80 ans et plus. On note néanmoins une exception chez les hommes de 75 - 79 ans. Pour les femmes, une augmentation du taux des consommatrices occasionnelles est observable entre les 60 - 64 ans et les 75 - 79 ans, tandis que pour les hommes ce taux est assez fluctuant. En résumé, les hommes qui consomment de l'alcool le font plus fréquemment que les femmes.

La fréquence de consommation et l'abstinence ne varient pas seulement selon le sexe et l'âge. Le tableau 12 renseigne sur la proportion de personnes de 60 ans plus qui consomment de l'alcool quotidiennement ou sont abstinentes et ce en fonction de trois indicateurs du statut socio-économique (SES), à savoir le niveau de formation, la catégorie socioprofessionnelle et le revenu d'équivalence du ménage, ainsi que de la nationalité et de la structure du ménage.

Tableau 12 *Proportion (en %) de consommateurs quotidiens (CQ) et d'abstinents (A) dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le SES, la nationalité et la structure du ménage et selon le groupe d'âge (ESS 2007)*

		40-59		60-64		65-74		75+	
		CQ	A	CQ	A	CQ	A	CQ	A
		%	%	%	%	%	%	%	%
Sexe	femmes	9.4	17.4	17.3	18.8	21.4	20.5	17.7	29.9
	hommes	22.5	9.1	32.7	6.1	43.2	7.8	46.7	8.3
Niveau de formation	obligatoire	19.2	32.4	22.8	26.3	25.3	25.8	23.5	30.7
	secondaire	15.9	12.7	23.7	11.7	31.2	13.0	27.8	20.4
	tertiaire	14.8	8.5	28.9	7.2	38.1	8.2	41.8	10.1
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	16.4	7.3	33.1	(7.4)	39.2	(5.9)	45.1	(12.7)
	cadre moyen	14.7	11.7	25.4	9.6	37.1	11.2	30.6	17.6
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	13.2	12.4	21.0	13.5	26.6	15.2	25.8	21.1
	petit indépendant/artisan	20.6	8.7	28.7	(8.3)	33.9	(11.0)	(19.5)	33.8
	contremaître/ouvrier qualifié	19.2	17.2	26.4	(14.0)	34.0	10.8	31.1	25.0
	ouvrier spécialisé/manœuvre	15.3	21.4	21.1	20.6	26.0	22.8	33.5	21.2
	n'a jamais travaillé	-	(50.0)	-	-	(23.1)	33.3	(12.4)	30.8
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	13.2	19.1	22.6	22.6	29.4	18.1	23.6	27.5
	de 2500 à 4000 frs	16.5	13.0	23.6	14.0	29.6	16.1	34.5	16.7
	> 4000 frs	16.9	8.5	27.6	7.4	37.2	9.0	31.0	17.2
Nationalité	suisse	14.8	10.7	23.8	12.3	30.5	13.7	28.4	21.6
	étrangère	20.6	25.3	33.6	(15.4)	40.6	21.4	36.0	(23.7)
Structure du ménage	seul-e	14.4	11.9	17.8	17.8	25.9	20.3	21.4	27.5
	en couple	18.5	10.8	27.7	11.9	33.4	11.9	37.4	15.7
	autre configuration	14.8	14.8	21.8	(10.7)	30.2	(20.9)	-	(28.6)

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Chez les 60 ans et plus, la proportion de consommateurs quotidiens est d'autant plus grande et celle des abstinents d'autant plus petite que le SES est élevé. Dans le groupe d'âge des 65 - 74 ans, plus le niveau de formation ou le revenu du ménage est élevé, plus la proportion de consommateurs quotidiens est élevée et celle des abstinents est basse. Pour ce qui est de la catégorie socioprofessionnelle, les dirigeants/professions libérales présentent la proportion de consommateurs quotidiens la plus élevée (39,2%) et la proportion d'abstinents la plus faible ((5,9)%). A l'opposé, c'est chez les personnes n'ayant jamais travaillé que la consommation quotidienne est la moins répandue ((23,1)%) et que l'abstinence est la plus fréquente (33,3%). Les personnes de nationalité étrangère comptent des parts plus importantes de consommateurs quotidiens et d'abstinents. Enfin, les personnes vivant en couple sont

proportionnellement plus nombreuses à boire quotidiennement de l'alcool et moins nombreuses à être abstinentes comparées à celles vivant seules.

Les observations relatives au SES sont en très grande partie valables aussi pour les 60 - 64 ans et les 75 ans et plus. En revanche, elles se différencient de celles que l'on peut faire pour les 40 - 59 ans, du moins s'agissant des consommateurs quotidiens. Chez les personnes d'âge moyen, en effet, la proportion de cette catégorie de consommateurs est la plus répandue parmi les petits indépendants et les contremaîtres et varie inversement au niveau de formation.

Tableau 13 Proportion (en %) d'abstinents «à vie» (AV) et ex-consommateurs (EC) dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le SES, la nationalité et la structure du ménage et selon le groupe d'âge (ESS 2007)

		40-59		60-64		65-74		75+	
		AV	EC	AV	EC	AV	EC	AV	EC
		%	%	%	%	%	%	%	%
Sexe	femmes	12.1	5.2	13.6	5.4	14.0	6.5	22.3	7.7
	hommes	4.0	5.1	(2.6)	3.6	3.4	4.5	(3.8)	4.6
Niveau de formation	obligatoire	19.4	13.0	20.4	(6.3)	16.9	9.0	23.1	7.8
	secondaire	7.9	4.9	7.2	4.6	8.3	4.8	13.9	6.6
	tertiaire	5.2	3.3	(4.0)	(3.4)	(3.8)	(4.3)	(6.2)	(4.3)
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	5.4	(1.8)	-	-	-	-	(6.9)	-
	cadre moyen	7.5	4.2	(5.9)	(3.9)	7.1	(4.1)	10.1	7.8
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	8.0	4.4	9.3	(4.5)	10.0	5.2	15.6	5.7
	petit indépendant/artisan	4.4	(4.4)	(5.0)	(4.4)	(6.3)	-	(27.3)	-
	contremaître/ouvrier qualifié	7.2	10.1	(7.8)	(6.2)	(7.7)	(3.1)	18.3	(6.7)
	ouvrier spécialisé/manœuvre	13.6	7.8	15.8	(4.8)	12.5	10.4	15.7	(5.5)
	n'a jamais travaillé	(38.2)	-	-	-	(21.2)	-	23.1	(7.7)
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	11.1	8.0	16.9	(5.6)	11.7	6.4	20.4	7.2
	de 2500 à 4000 frs	7.4	5.6	8.2	5.9	9.8	6.4	11.6	5.1
	> 4000 frs	5.7	2.8	4.2	3.2	5.7	3.3	10.5	6.9
Nationalité	suisse	6.7	4.0	7.6	4.8	8.7	5.1	15.1	6.6
	étrangère	14.5	10.6	(12.8)	-	(11.8)	(9.6)	(17.1)	-
Structure du ménage	seul-e	6.3	5.6	10.1	7.2	13.2	7.0	19.1	8.7
	en couple	7.2	3.6	7.6	4.5	7.2	4.7	10.9	(4.8)
	autre configuration	8.9	5.9	(8.7)	-	(12.6)	(9.2)	(22.4)	-

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Le tableau 13 présente, quant à lui, les proportions d'abstinents «à vie» et d'ex-consommateurs ou abstinents «actuels» en fonction du SES, de la nationalité et de la structure du ménage. Chez les 65 - 74 ans, ces deux types d'abstinents se retrouvent surtout chez les personnes ayant achevé leur formation au niveau de l'école obligatoire, de nationalité étrangère, dont le ménage dispose d'un revenu inférieur à 4000 francs et n'ayant jamais travaillé ou étant ouvriers spécialisés. La situation est d'ailleurs similaire pour les 75 ans et plus, pour les 60 - 64 et les 40 - 59 ans. Concernant la structure du ménage, les personnes vivant seules sont

proportionnellement plus nombreuses à être abstinentes «à vie» ou «actuelles» (c'est-à-dire dans les 12 derniers mois) que les personnes vivant en couple. Il est probable que cette différence s'explique en bonne partie par le fait que les femmes, qui sont plus souvent abstinentes que les hommes, sont plus nombreuses parmi les personnes vivant seules.

7.5 Le volume d'alcool consommé

Le tableau 14 montre qu'en 2007, chez les consommateurs d'au moins 60 ans, le volume moyen d'alcool consommé par jour était de 12,3 grammes chez les 60 - 64 ans, atteignait son maximum chez les 65 - 69 ans (13,2 grammes), puis diminuait pour arriver à son niveau le plus bas chez les 80 ans et plus (10,4 grammes). Ces derniers consomment ainsi, en moyenne par jour, un volume d'alcool similaire à celui consommé par les 40 - 49 ans (10,0 grammes).

Ceci est observable auprès des deux sexes, même si les hommes consomment de plus grands volumes d'alcool (en fait plus du double) en moyenne que les femmes dans tous les groupes d'âge.

Tableau 14 *Volume d'alcool consommé en moyenne par jour (en grammes d'alcool pur), par les consommateurs âgés de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
	g	g	g	g	g	g	g
Total	10.0	12.2	12.3	13.2	13.0	11.2	10.4
Femmes	6.2	7.1	7.5	7.8	7.7	7.2	6.6
Hommes	13.6	16.9	16.5	18.8	18.1	16.0	15.3

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; les moyennes sont calculées à partir de la base de données pondérée.

A l'instar de la fréquence de consommation, le volume d'alcool consommé en moyenne par jour varie selon le SES et la nationalité (tableau 15). Chez les consommateurs de 65 - 74 ans, le volume moyen augmente avec le niveau de formation et le revenu du ménage. Et ce sont les dirigeants/professions libérales et les consommateurs de nationalité étrangère qui boivent le plus d'alcool en moyenne par jour. Les consommateurs âgés de 75 ans et plus, et ceux de 60 - 64 ans, présentent des tendances comparables, mais pas ceux de 40 - 59 ans: le volume moyen est au plus haut chez les petits indépendants et les contremaîtres et varie inversement au niveau de formation.

Pour les grammes d'alcool consommés en moyenne par jour, il existe une différence entre personnes vivant en couple et celles vivant seules, ces dernières ayant un volume moyen moins élevé. Une plus grande présence de femmes parmi les personnes vivant seules explique probablement en partie cette différence.

Tableau 15 *Volume d'alcool consommé en moyenne par jour (en grammes d'alcool pur), par les consommateurs âgés de 60 ans et plus, selon le SES, la nationalité et la structure du ménage et selon le groupe d'âge (ESS 2007)*

		40-59	60-64	65-74	75+
		g	g	g	g
Sexe	femmes	6.6	7.5	7.8	6.9
	hommes	15.0	16.5	18.5	15.7
Niveau de formation	obligatoire	13.2	10.2	11.7	9.5
	secondaire	10.4	12.0	12.6	10.2
	tertiaire	11.5	13.8	15.5	14.6
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	11.7	16.4	17.1	14.7
	cadre moyen	10.3	11.1	15.4	11.8
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	10.1	10.5	9.9	8.5
	petit indépendant/artisan	13.0	13.1	13.0	13.1
	contremaître/ouvrier qualifié	12.6	13.8	13.1	11.6
	ouvrier spécialisé/manœuvre	10.4	12.6	13.0	12.5
	n'a jamais travaillé	(4.5)	(9.7)	9.2	5.8
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	10.5	10.8	12.7	9.8
	de 2500 à 4000 frs	10.0	11.7	12.1	11.5
	> 4000 frs	12.0	13.4	15.2	11.8
Nationalité	suisse	10.5	11.9	12.6	10.7
	étrangère	13.4	15.0	18.5	13.5
Structure du ménage	seul-e	11.7	11.4	10.7	9.3
	en couple	11.5	13.0	13.6	13.1
	autre configuration	10.1	10.6	14.6	10.6

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les moyennes sont calculées à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses.

Le tableau 16 concerne uniquement les consommateurs réguliers – au moins hebdomadaires – et compare le volume d'alcool consommé en moyenne par jour avec celui consommé en moyenne par jour de consommation.

Chez les consommateurs au moins hebdomadaires, le volume moyen par jour augmente entre les groupes d'âge, passant de 15,2 grammes chez les 60 - 64 ans à 17,0 grammes chez les 70 - 74 ans, pour revenir à 15,2 grammes chez les 80 ans et plus. Chez les 60 - 64 ans, le volume moyen consommé par jour est ainsi proche de celui observé chez les 50 - 59 ans, mais plus élevé que celui observé chez les 40 - 49 ans.

En prenant en compte le volume moyen par jour de consommation, nous pouvons observer une situation différente. C'est chez les 60 - 64 ans que le volume moyen est le plus grand (24,2 grammes) puis baisse graduellement entre les groupes d'âge jusque chez les 80 ans et plus, où il atteint son minimum (19,7 grammes). Cette diminution linéaire entre les groupes d'âge est observable chez les hommes, tandis que chez les femmes, la baisse n'est que légère. Chez les 40 - 49 ans, et contrairement à ce que l'on a vu pour le volume moyen quotidien, le volume moyen par jour de consommation est plus élevé que chez les 60 ans et plus.

En définitive, les différences constatées entre volume par jour et volume par jour de consommation reflètent la fréquence de consommation qui varie entre les groupes d'âge. Comme nous l'avons observé précédemment, la moitié des hommes de 80 ans et plus boivent quotidiennement de l'alcool (rapport de 2 contre 1 avec les consommateurs hebdomadaires), alors que chez les 60 - 64 ans le rapport était de 3 contre 2 en faveur des hebdomadaires. Nonobstant des fréquences de consommation différentes, le volume moyen par jour est assez similaire dans les deux groupes d'âge. Autrement dit, en moyenne, les hommes très âgés boivent plus souvent de l'alcool mais de plus petites quantités par jour de consommation.

Tableau 16 *Volume d'alcool consommé en moyenne par jour et par jour de consommation (en grammes d'alcool pur), par les consommateurs au moins hebdomadaires âgés de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

		40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
		<i>g</i>	<i>g</i>	<i>g</i>	<i>g</i>	<i>g</i>	<i>g</i>	<i>g</i>
Total	<i>g/jour</i>	13.2	15.5	15.2	16.6	17.0	15.0	15.2
	<i>g/jour de cons.</i>	27.4	26.5	24.2	23.5	22.7	20.9	19.7
Femmes	<i>g/jour</i>	8.9	9.9	10.3	11.2	11.8	11.9	11.6
	<i>g/jour de cons.</i>	21.2	19.6	18.5	17.8	18.1	17.2	17.4
Hommes	<i>g/jour</i>	16.3	19.7	18.7	20.6	20.4	17.5	18.1
	<i>g/jour de cons.</i>	31.7	31.6	28.2	27.8	25.7	23.8	21.6

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les moyennes sont calculées à partir de la base de données pondérée.

7.6 La consommation d'alcool à risque

Deux dimensions de la consommation d'alcool sont principalement² pertinentes au regard des risques pour la santé, à savoir le volume moyen d'alcool consommé et les styles (*patterns*) de consommation (Babor, et al., 2010). Ces derniers font référence à la variabilité des quantités consommées par occasion. En effet, une personne qui boit 1 dl de vin chaque jour de la semaine fait courir moins de risque à sa santé (du moins pour ce qui est des accidents) qu'une personne qui boit 7 dl de vin dans la même journée et rien les autres jours de la semaine, même si toutes deux ont bu un volume d'alcool identique durant la semaine (World Health Organization (WHO), 2000).

Ces deux dimensions de la consommation d'alcool correspondent à deux formes distinctes de consommation à risque, qui peuvent être cumulées chez certains individus. Il s'agit de la «consommation chronique excessive» et de la «consommation ponctuelle excessive».

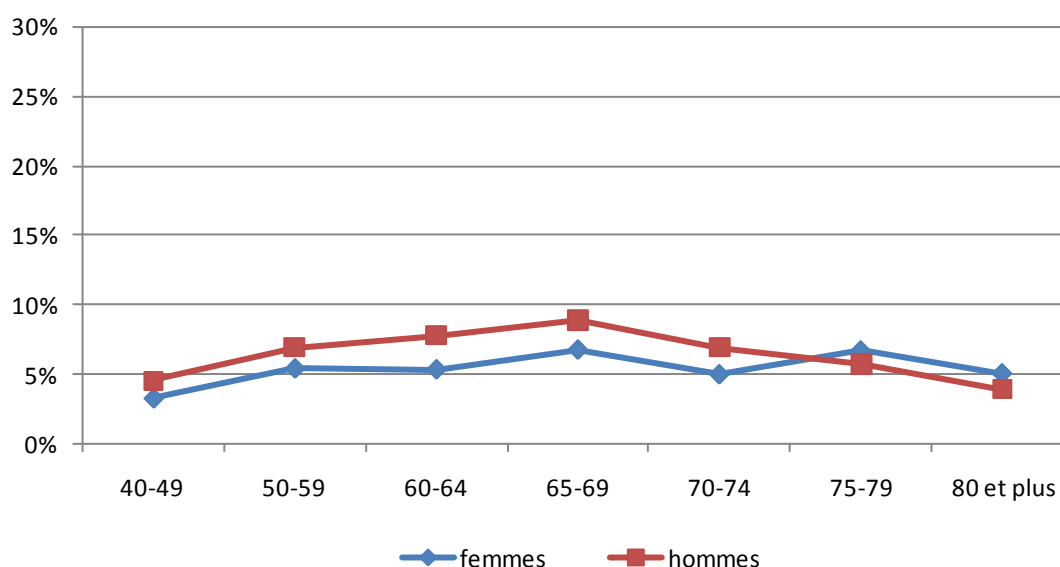
² La «consommation inadaptée à la situation» est une autre forme de consommation problématique. Celle-ci consiste en une consommation d'alcool dans des situations où même de petites quantités représentent des risques élevés pour sa propre santé ou celle des autres (dans la circulation routière, sur le lieu de travail, dans le cadre d'activités sportives, en même temps que la prise de médicaments, durant la grossesse). Cette forme de consommation n'est pas traitée dans ce rapport.

7.6.1 La «consommation chronique excessive»

Selon les critères proposés par l’OMS pour mesurer la «consommation chronique excessive» dans le cadre d’enquêtes épidémiologiques, celle-ci commence à plus de 40 grammes en moyenne par jour pour les hommes et à plus de 20 grammes d’alcool pur en moyenne par jour pour les femmes³ (World Health Organization (WHO), 2000). Cela correspond à des risques moyens ou élevés pour le développement de maladies chroniques.

En 2007, chez les hommes de 60 ans et plus, la proportion de consommateurs à risque moyen ou élevé était de 7,9% chez les 60 - 64 ans, atteignait son maximum chez les 65 - 69 ans (8,9%), puis diminuait pour arriver à son niveau le plus bas chez les 80 ans et plus ((3,9%) (graphique 14). Ainsi, la «consommation chronique excessive» est moins répandue chez les hommes de 40 - 49 ans (4,5%) et 50 - 59 ans (6,9%) que chez les 60 ans et plus, excepté les 80 ans et plus. Chez les femmes de 60 ans et plus, la situation est différente: la proportion de consommatrices à risque «moyen» ou «élevé» reste assez stable entre les groupes d’âge (varie entre 5-7%; pas de différences statistiquement significatives). Ainsi, la «consommation chronique excessive» est plus répandue chez les femmes de 60 ans et plus – quel que soit le groupe d’âge – que chez les 40 - 49 ans (3,3%).

Graphique 14 *Prévalence de la «consommation chronique excessive», dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d’âge (ESS 2007)*



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; pour prendre connaissance des pourcentages, se référer à l'annexe 15.

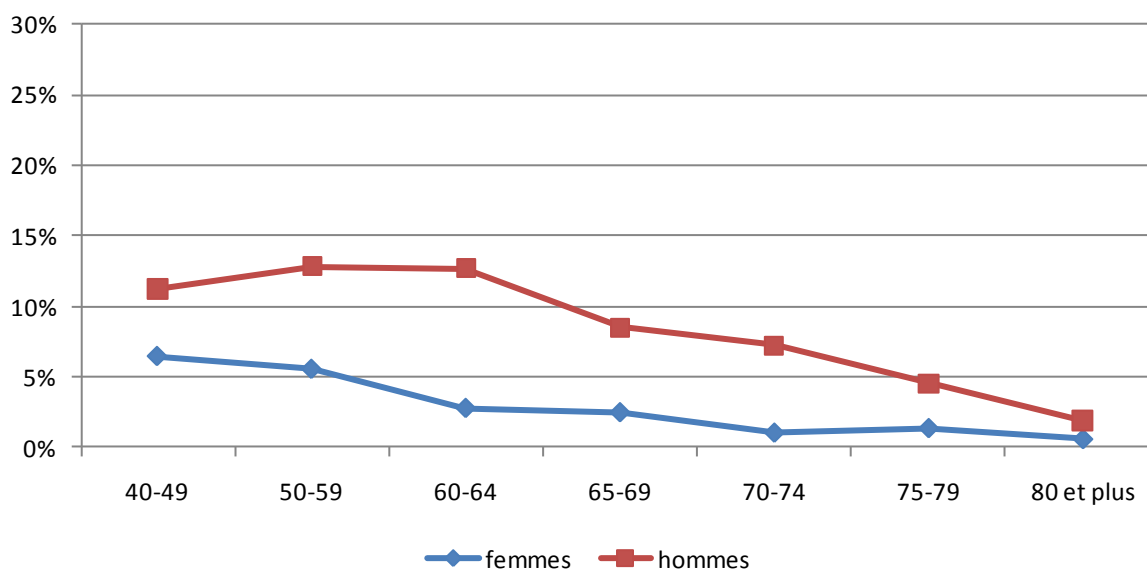
³ Ces seuils servent en premier lieu à calculer la morbidité et la mortalité liées à la consommation d’alcool. Ils ne doivent pas être interprétés comme des recommandations pour la consommation.

7.6.2 La «consommation ponctuelle excessive»

Dans ce rapport, la «consommation ponctuelle excessive» correspond à la consommation d'au moins 5 verres standard pour les hommes et au moins 4 verres standard pour les femmes par occasion de boire et cela au moins une fois par mois. Il s'agit de critères souvent utilisés sur le plan international dans le cadre d'enquêtes par questionnaire (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2004; Wechsler & Nelson, 2001). Compte tenu des biais méthodologiques pouvant affecter cette mesure et sachant que divers facteurs tels que le sexe, l'âge ou le poids corporel ont une influence sur le niveau de concentration d'alcool dans le sang pour une quantité d'alcool donnée, cette mesure devrait plutôt être considérée comme un indicateur approximatif des excès ponctuels (pour un résumé, voir Gmel, Kuntsche, & Rehm, 2010).

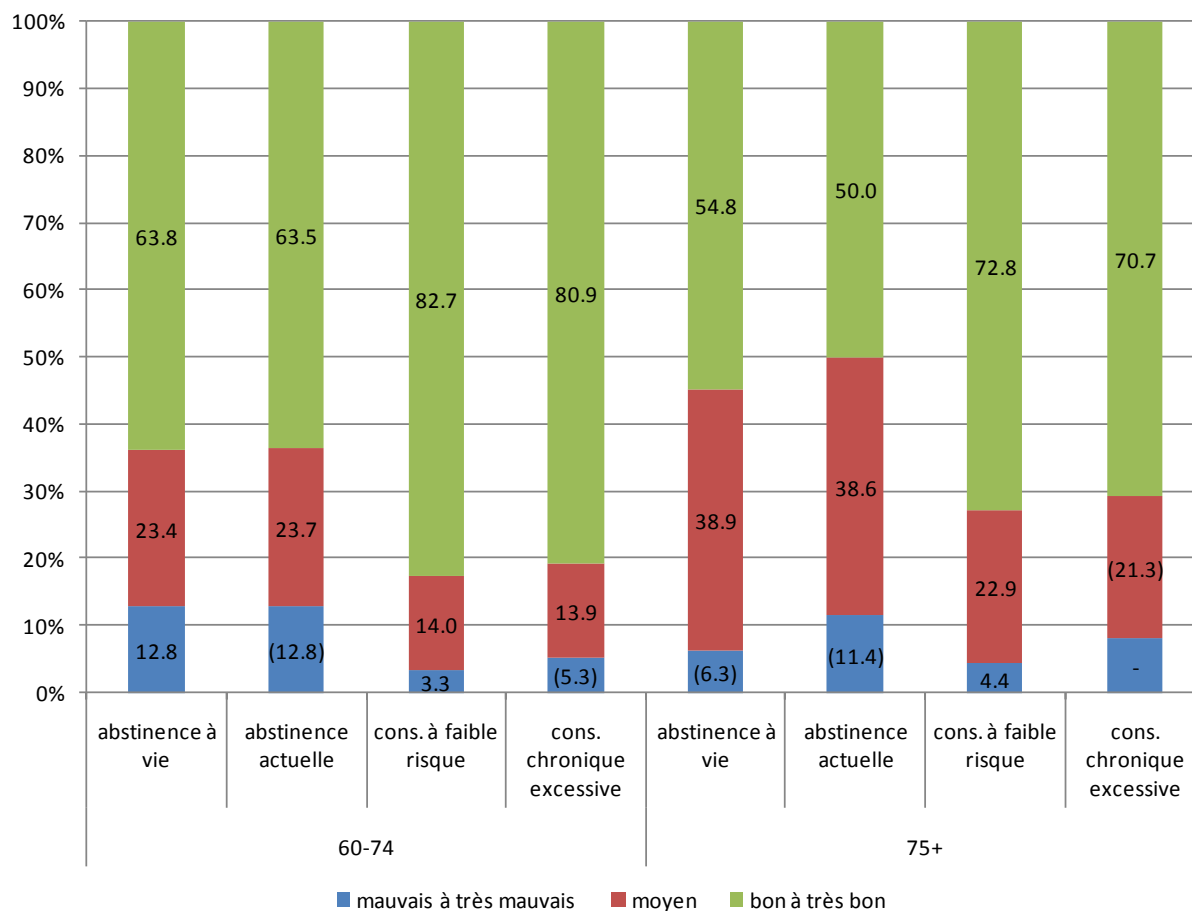
En général, entre les 60 - 64 ans (7,7%) et les 80 ans et plus ((1,1)%), nous pouvons observer une diminution constante de la proportion de personnes ayant une «consommation ponctuelle excessive» à risque (graphique 15). Cette diminution entre les groupes d'âge se retrouve auprès des deux sexes.

Graphique 15 *Prévalence de la «consommation ponctuelle excessive», dans la population âgée de 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée. Pour prendre connaissance des pourcentages, se référer à l'annexe 16.

Graphique 16 *Etat de santé autoévalué, dans la population suisse âgée de 60 ans et plus, selon la consommation d'alcool (en fonction du degré de risque lié au volume moyen consommé) et selon le groupe d'âge (ESS 2007)*



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

Le graphique 16 montre l'évaluation de l'état de santé en fonction de la catégorie de consommateurs d'alcool. Globalement, les abstinentes «à vie» et les ex-consommateurs (ou abstinentes «actuels») se sentent, en moyenne, moins bien que les consommateurs d'alcool, que ce soit chez les 60 - 74 ans ou chez les 75 ans et plus. Plus précisément, les personnes qui boivent en moyenne par jour un volume modéré d'alcool paraissent un peu en meilleure santé que celles ayant une «consommation chronique excessive», et les personnes appartenant à ces deux catégories de consommateurs sont proportionnellement plus nombreuses à se sentir en bonne/très bonne santé que les ex-consommateurs et les abstinentes «à vie». Enfin, mais seulement chez les 75 ans et plus, les abstinentes «à vie» sont, en moyenne, en meilleure santé que les ex-consommateurs.

S'il est bien possible qu'une partie des abstinents «actuels» aient dû arrêter de consommer de l'alcool précisément pour des raisons de santé – ce qui expliquerait pourquoi leur état de santé est moins bon que celui des personnes qui boivent de l'alcool –, il est plus difficile de comprendre pourquoi les abstinents «à vie» s'estiment en moins bonne santé que les consommateurs d'alcool, surtout par rapport aux personnes présentant une «consommation chronique excessive». Ceci va en effet à l'encontre de ce que l'on pouvait attendre compte tenu des risques de la consommation d'alcool pour la santé. Ce résultat, qui va dans le sens d'autres recherches menées dans la population générale (Poikolainen, Vartiainen, & Korhonen, 1996) ou auprès des personnes âgées (Chan, von Muhlen, Kritz-Silverstein, & Barrett-Connor, 2009; Lang, Wallace, Huppert, & Melzer, 2007; Byles, Young, Furuya, & Parkinson, 2006), laisse supposer que les abstinents évaluent leur santé de manière plus négative que les consommateurs d'alcool. Le débat sur ce sujet reste cependant ouvert: pour certains l'explication serait à rechercher dans les effets bénéfiques de la consommation modérée d'alcool (Byles, et al., 2006; Poikolainen, et al., 1996), mais le fait que cette différence soit observable indépendamment de l'état de santé physique (Chan, et al., 2009) laisse supposer que l'effet est à rechercher ailleurs, par exemple dans une meilleure intégration sociale et, donc, un plus grand bien-être des consommateurs d'alcool (pour une review, Anderson & Scafato, 2010).

8 L'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance

Comme déjà évoqué, l'incidence de certaines maladies chroniques tend à s'accroître avec l'âge et la «polymorbidité» est fréquente chez les sujets âgés, ce qui implique autant de possibles indications à la prescription de médicaments (Offerhaus, 1997). En plus de cela, les personnes âgées présentent fréquemment des symptômes non spécifiques, comme l'insomnie ou la perte d'appétit, qui peuvent aussi inciter à l'usage de médicaments.

8.1 Spécificités de l'usage de médicaments chez les personnes âgées

Les personnes âgées sont en général plus sensibles aux effets de la plupart des médicaments que les personnes plus jeunes, notamment à cause d'un affaiblissement de la capacité d'élimination des substances pharmacologiques. Cette sensibilité accrue concerne d'ailleurs aussi bien les effets recherchés des médicaments que leurs effets indésirables. Le risque d'apparition d'effets secondaires augmente en cas de polymédication du fait d'éventuelles interactions entre médicaments (Buclin & Biollaz, 2000). Enfin, les personnes âgées qui boivent de l'alcool et prennent des médicaments peuvent être à risque pour diverses conséquences négatives et ce en fonction de la quantité d'alcool et du type de médicament (Moore, Whiteman, & Ward, 2007).

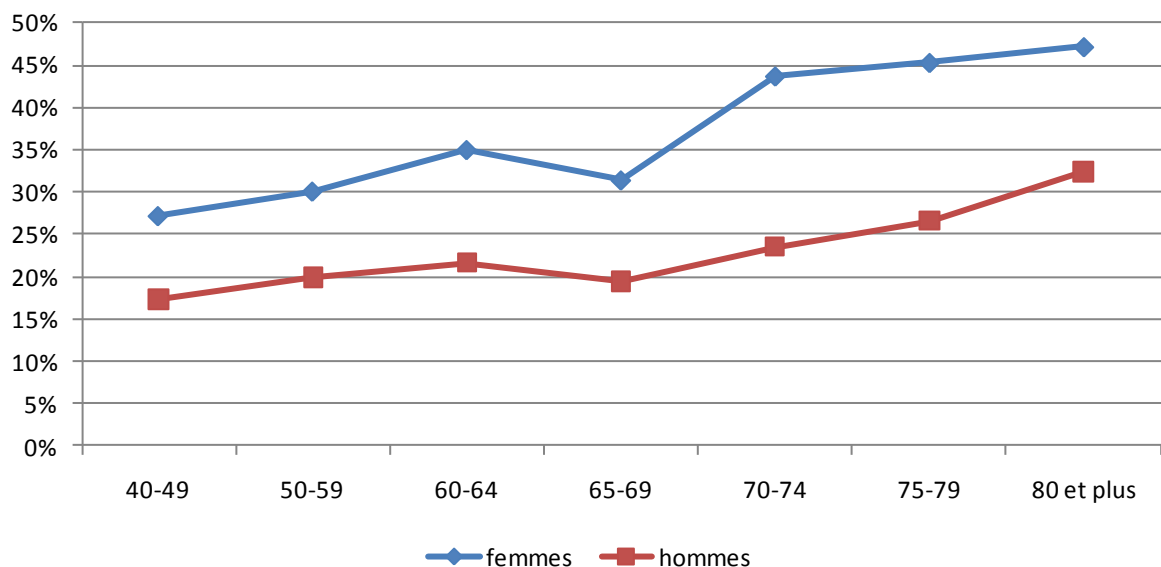
8.2 Prévalence de l'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance

Dans le cadre de l'ESS 2007, des questions relatives à la fréquence de l'usage de divers médicaments durant les sept derniers jours ont été posées. Les trois familles de médicaments retenues dans ce rapport comportent un potentiel de dépendance, à savoir les tranquillisants, les somnifères et, pour certains d'entre eux, les analgésiques. Les questions posées par l'ESS se réfèrent à des catégories de médicaments peu précises. Il n'est dès lors guère possible de déterminer la part des produits qui représentent un réel potentiel de dépendance et l'on ne sait rien sur la durée d'utilisation (Maffli, 2000).

En 2007, 28,4% des 60 - 64 ans avaient pris au moins un de ces trois types de médicaments dans les sept derniers jours (annexe 18). La prévalence était de 25,7% chez les 65 - 69 ans puis augmentait entre les groupes d'âge pour atteindre son maximum chez les 80 ans et plus (41,8%).

Le graphique 17 montre la prise d'au moins un des trois médicaments pour les hommes et pour les femmes, selon le groupe d'âge. Les taux suivent une courbe comparable pour les deux sexes, même si la proportion de femmes consommant au moins un de ces trois médicaments est supérieure à celle des hommes dans tous les groupes d'âge. De plus, la diminution constatée chez les 65 - 69 ans est plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Graphique 17 Part (en %) des 60 ans et plus qui ont pris au moins un des trois médicaments (analgésiques, tranquillisants et somnifères) dans les sept derniers jours, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée. Pour prendre connaissance des pourcentages, se référer à l'annexe 18.

La prise d'au moins un médicament psychotrope varie selon le SES (tableau 17). Chez les 65 - 74 ans, les proportions les plus élevées d'usagers se trouvent chez les personnes ayant mis un terme à leur formation au niveau de l'école obligatoire, n'ayant jamais travaillé (également les ouvriers spécialisés et les employés de bureau) et chez les personnes au bénéfice d'un bas revenu. Concernant la nationalité, les Suisses sont proportionnellement plus nombreux à avoir pris au moins un de ces médicaments. Enfin, pour la structure du ménage, les personnes seules comptent une plus grande proportion de consommateurs, ce qui pourrait être en grande partie lié à la forte présence de femmes dans ce groupe. Chez les 75 ans et plus, les relations observées sont comparables, mais avec des prévalences à sept jours plus élevées que chez les 65 - 74 ans, exception faite de la nationalité.

Pour les 60 - 64 ans la situation est en grande partie similaire, excepté l'inversion observée sur le plan de la nationalité et pour certaines catégories socioprofessionnelles. Les étrangers, les employés de bureau et les ouvriers spécialisés sont proportionnellement plus nombreux à consommer des médicaments.

Tableau 17 Part (en %) des 60 ans et plus qui ont pris au moins un des trois médicaments (analgésiques, tranquillisants et somnifères) dans les sept derniers jours selon le SES, la nationalité et la structure du ménage et selon le groupe d'âge (ESS 2007)

		40-59	60-64	65-74	75+
		%	%	%	%
Sexe	femmes	28.5	35.3	36.9	46.7
	hommes	18.5	21.6	21.3	29.4
Niveau de formation	obligatoire	33.1	36.5	37.9	46.0
	secondaire	23.2	30.2	29.2	39.7
	tertiaire	21.4	20.5	23.4	30.6
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	19.1	19.9	20.4	37.3
	cadre moyen	22.9	26.6	28.8	34.6
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	25.7	36.1	31.3	42.8
	petit indépendant/artisan	19.4	18.2	26.8	41.6
	contremaître/ouvrier qualifié	24.8	27.9	28.9	41.5
	ouvrier spécialisé/manœuvre	26.8	35.1	32.8	40.0
	n'a jamais travaillé	(44.1)	(21.4)	37.9	45.7
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	23.6	30.6	34.0	44.5
	de 2500 à 4000 frs	23.1	30.9	31.3	38.6
	> 4000 frs	23.0	25.9	24.7	36.0
Nationalité	suisse	22.8	27.6	30.1	39.6
	étrangère	27.0	35.6	26.2	47.4
Structure du ménage	seul-e	24.4	34.3	36.4	46.4
	en couple	25.0	28.6	27.9	34.0
	autre configuration	22.7	23.8	(27.2)	44.3

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses.

La prise d'au moins un analgésique dans les sept derniers jours semble marquer une légère baisse entre les 60 - 64 (21,0%) et les 65 - 69 ans (18,4%), pour ensuite augmenter entre les groupes d'âge jusqu'à 28,1% chez les 80 ans et plus (annexe 19). Les femmes sont cependant proportionnellement plus nombreuses à en avoir pris au moins une fois dans les sept derniers jours, dans tous les groupes d'âge. Quant à la prévalence de l'usage quotidien de ce type de médicament, elle reste relativement stable chez les hommes et s'accroît chez les femmes.

La prévalence à sept jours de l'usage de tranquillisants varie en revanche assez peu entre les groupes d'âge (annexe 20). Comme pour les analgésiques, cette prévalence est au plus bas chez les 65 - 69 ans (5,2%). Les femmes prennent plus souvent ce type de médicament que les hommes. De plus, les différences entre groupes d'âge sont fluctuantes chez les femmes (le minimum se situe chez les 65 - 69 ans), tandis que pour les hommes une légère augmentation est observable entre les groupes d'âge dès 70 ans.

Pour les somnifères, la situation est différente, excepté le fait que les femmes en prennent plus souvent que les hommes (annexe 21). Globalement, la proportion de personnes âgées ayant pris ce type de médicaments lors des sept derniers jours augmente de manière linéaire entre les 60 - 64 ans (augmentation d'environ 15 points de pourcentage) et les 80 ans et plus. Autrement dit, la baisse de la prévalence observée chez les 65 - 69 ans pour les deux autres types de médicaments ne se retrouve pas ici. Il faut en outre préciser que cette augmentation continue tient pour l'essentiel à l'augmentation de l'usage quotidien, qui s'élève d'environ 12 points de pourcentage entre les groupes d'âge dès 60 - 64 ans.

Trois résultats doivent être retenus s'agissant de l'usage de médicaments chez les 60 ans et plus. Premièrement, celui-ci tend à devenir plus fréquent entre les groupes d'âge, mais avec quelques nuances qui méritent d'être soulignées. L'usage d'analgésiques et de tranquillisants augmente de manière moins rapide et semble lié en partie à la vie professionnelle (voir le premier pic juste avant la retraite). Par contre, l'usage de somnifères augmente de façon importante et continue. Deuxièmement, la prévalence à sept jours de l'usage de ces médicaments est plus élevée chez les femmes que les hommes, quel que soit le groupe d'âge pris en compte. Troisièmement, quand bien même on peut faire l'hypothèse que les personnes les plus malades n'ont pas été atteintes par l'enquête, l'augmentation de l'usage de ces médicaments est nette, surtout chez les 75 ans et plus.

9 La consommation de tabac

9.1 La consommation de tabac et les risques pour la santé

La consommation de tabac fait partie, avec la consommation d'alcool, des principales causes évitables de mort prématurée dans le monde (Ezzati, Lopez, Rodgers, & Murray, 2004). Les fumeurs ont une espérance de vie réduite par rapport à celle des non-fumeurs et la consommation de tabac constitue une des principales causes de décès chez les personnes d'âge moyen (Slovic, 2001). Selon une étude de l'OFS, près de 6500 hommes et près de 2800 femmes sont décédées en 2007 en Suisse des suites du tabagisme (Office fédéral de la statistique (OFS), 2009).

Une relation causale a pu être établie entre la consommation de tabac et diverses maladies du système respiratoire, certaines maladies cardio-vasculaires, les ulcères à l'estomac et au duodénum et certains cancers, dont celui du poumon (Fagerström, 2002). Les principales maladies chroniques associées à la consommation de tabac se manifestent généralement seulement après une très longue période de latence.

Cela étant, l'arrêt du tabac permet de récupérer des années de vie déjà après quelques années de cessation, mais il faudra à un ex-fumeur de très nombreuses années d'arrêt avant que son espérance de vie soit égale à celle d'un non-fumeur du même âge (Wolter, 2011).

9.2 Considérations préliminaires

A l'instar de la consommation d'alcool, la consommation de tabac varie beaucoup en fonction du sexe et de l'âge. Pour l'interprétation des résultats, il est donc nécessaire de préciser ici quelques éléments historiques et méthodologiques les concernant.

A la fin du 19^e et au début du 20^e siècle, le tabac était principalement consommé sous forme de cigare et de pipe (Goodman, 1993) et sa consommation se limitait surtout aux hommes, en particulier ceux jouissant d'une position sociale élevée (Graham, 1996). Au début du 20^e siècle, l'introduction des cigarettes industrielles a entraîné une profonde mutation dans les habitudes de consommation de tabac, qui a alors énormément augmenté dans les pays industrialisés. En même temps, le profil des consommateurs a beaucoup changé (Wald & Nicolaidis-Bauman, 1991; cité par Graham, 1996). En particulier, de plus en plus de femmes se sont tournées vers la cigarette. En Occident, l'augmentation de la consommation de tabac chez les femmes s'est amorcée surtout après la seconde guerre mondiale, probablement en raison du changement de statut des femmes sur les plans social, professionnel et politique (Harris, 1983). Au vu de ces éléments, on peut donc s'attendre à ce qu'en Suisse, les cohortes les plus âgées (femmes nées en 1927 ou avant) aient, en moyenne, développé et maintenu des habitudes différentes en matière de consommation de tabac que les cohortes plus jeunes (par exemple femmes nées entre 1943 et 1947). En revanche, ceci devrait peu ou pas être le cas pour les hommes.

Il faut en outre tenir compte du fait que la consommation de tabac est nocive pour la santé à long terme et entraîne une sur-mortalité, si bien que les personnes qui n'ont jamais fumé sont très probablement sur-représentées parmi les sujets âgés inclus dans l'échantillon de l'ESS. De plus, les pathologies chroniques – liées ou non au tabac – deviennent plus fréquentes avec l'âge et les personnes âgées vivant à la maison mais atteintes dans leur santé peuvent avoir dû arrêter ou réduire leur consommation de tabac précisément en raison de ces problèmes. Autrement dit, il subsisterait chez les aînés surtout des non-fumeurs et des ex-fumeurs.

9.3 Statut actuel

Le tableau 18 renseigne sur le statut actuel de la consommation de tabac chez les 60 ans et plus, en faisant la distinction entre les personnes ayant répondu fumer actuellement (même occasionnellement), les ex-fumeurs (qui ne consomment actuellement plus de tabac mais ont déjà fumé plus de 6 mois régulièrement) et les non-fumeurs, c'est-à-dire les personnes qui ne fument pas actuellement et n'ont jamais fumé plus de six mois d'affilée dans leur vie.

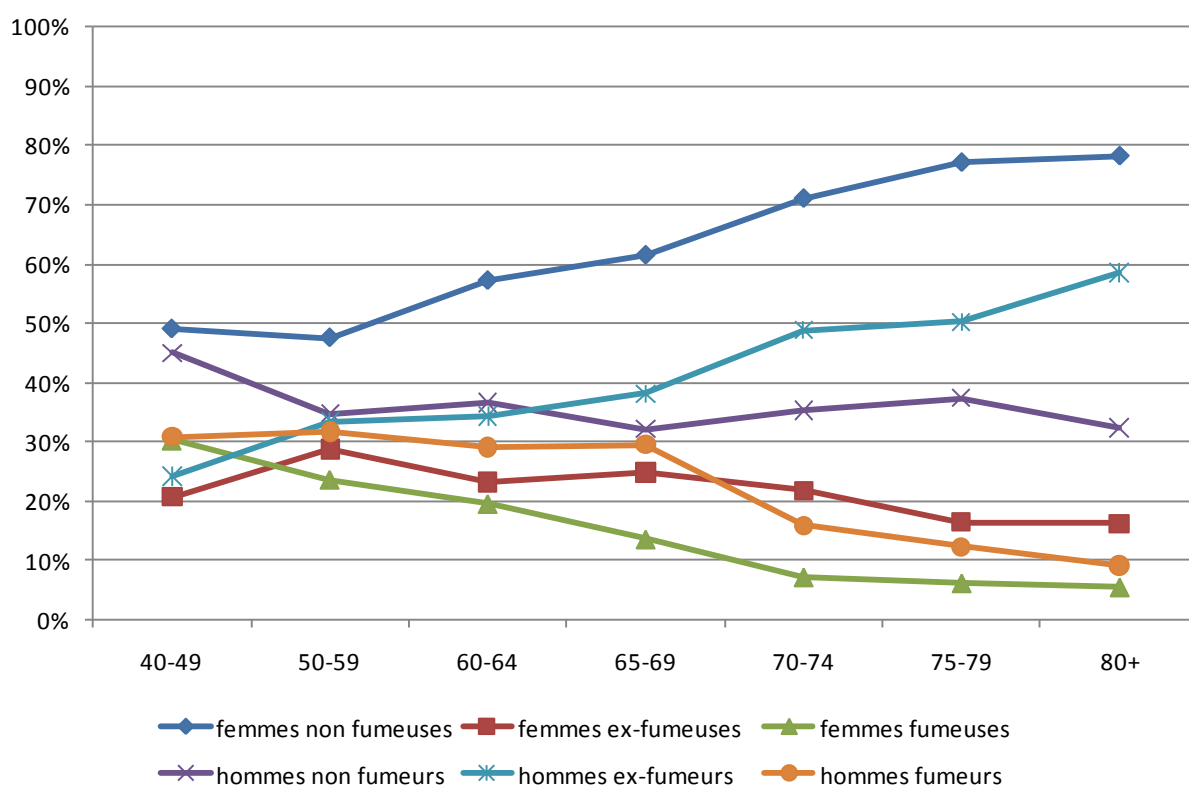
La proportion de personnes n'ayant jamais fumé passe de 47,0% parmi les 60 - 64 ans à 61,4% parmi les 80 ans et plus. La proportion des ex-fumeurs augmente aussi (de 28,7% à 31,8%). En revanche, la proportion de fumeurs chute drastiquement de 24,3% à 6,8% entre les groupes d'âge.

Tableau 18 Statut actuel de la consommation de tabac, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

		40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
		%	%	%	%	%	%	%
Total	non-fumeurs	47.0	41.3	47.0	47.8	54.5	61.4	61.4
	ex-fumeurs	22.4	31.1	28.7	31.1	34.3	29.9	31.8
	fumeurs	30.5	27.6	24.3	21.1	11.2	8.7	6.8
Femmes	non-fumeuses	49.0	47.5	57.2	61.5	71.1	77.2	78.3
	ex-fumeuses	20.7	28.8	23.2	24.8	21.8	16.5	16.2
	fumeuses	30.3	23.7	19.6	13.6	7.2	6.2	5.5
Hommes	non-fumeurs	45.0	34.8	36.6	32.2	35.3	37.4	32.4
	ex-fumeurs	24.2	33.5	34.3	38.2	48.8	50.3	58.5
	fumeurs	30.8	31.7	29.1	29.5	15.9	12.3	9.1

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée.

Graphique 18 Statut actuel de la consommation de tabac, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée.

Ce qui s'observe pour l'ensemble des 60 ans et plus n'est pas valable pour les deux sexes (graphique 18). Pour les femmes, les proportions de fumeuses et d'ex-fumeuses diminuent entre les groupes d'âge, alors que la proportion de femmes n'ayant jamais fumé augmente. Chez les hommes, la proportion de fumeurs diminue aussi, tandis que la proportion d'hommes n'ayant jamais fumé est fluctuante, mais reste relativement stable et celle des ex-fumeurs augmente (de 34,3% à 58,5% entre les 60 - 64 ans et les 80 ans et plus).

9.4 Fréquence de consommation

Le tableau 19 illustre les proportions de fumeurs quotidiens, occasionnels et de non-fumeurs. Globalement, la diminution de la proportion de fumeurs entre les groupes d'âge est observable aussi bien chez les fumeurs quotidiens que chez les fumeurs occasionnels. Concernant les fumeurs quotidiens, chez les femmes la proportion diminue entre les groupes d'âge passant de 16,8% chez les 60 - 64 ans à (4,6)% chez les 80 ans ou plus. Chez les hommes, la proportion augmente entre les 60 - 64 ans et les 65 - 69 ans, pour ensuite diminuer entre les groupes d'âge.

Tableau 19 *Fréquence de la consommation de tabac, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

		40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
		%	%	%	%	%	%	%
Total	chaque jour	25.4	22.9	19.0	17.6	9.6	7.7	5.8
	occasionnellement	5.1	4.7	5.2	3.4	(1.4)	(0.9)	(0.9)
	non-fumeurs	69.6	72.4	75.8	79.0	88.9	91.3	93.3
Femmes	chaque jour	25.5	20.6	16.8	11.7	6.6	5.7	(4.6)
	occasionnellement	4.7	3.1	(2.7)	(1.9)	-	-	-
	non-fumeuses	69.8	76.3	80.5	86.4	92.9	93.8	94.7
Hommes	chaque jour	25.3	25.3	21.3	24.2	13.2	10.8	(7.9)
	occasionnellement	5.4	6.3	7.8	(5.2)	(2.5)	-	-
	non-fumeurs	69.3	68.3	70.9	70.6	84.3	87.7	90.9

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

9.5 Quantités consommées

À partir des questions relatives à la consommation de quatre produits du tabac, un indice du nombre d'équivalents-cigarette a été construit pour rendre les différents produits comparables (voir le chapitre *Méthode*).

Le tableau 20 illustre la répartition des fumeurs quotidiens en fonction du nombre d'équivalents-cigarettes fumés actuellement. Globalement, un peu plus que la moitié (53,9%) des fumeurs quotidiens âgés de 60 - 74 ans consomment un maximum d'environ 10 cigarettes. Pour les hommes ce taux est de 50,0% et, pour les femmes, de 59,8%. La très faible proportion de fumeurs quotidiens chez les 75 ans et plus rend délicate la lecture des résultats, mais il semblerait que les quantités consommées soient légèrement plus basses. En général, la quantité de tabac consommé quotidiennement par les 60 ans et plus semble être assez similaire à celle des 50 - 59 ans et des 40 - 49 ans.

Tableau 20 Nombre moyen d'équivalents cigarettes consommés par jour, chez les personnes âgées de 60 ans et plus qui fument chaque jour, selon le sexe et le groupe d'âge, ESS 2007

		40-49	50-59	60-74	75+
		%	%	%	%
Total	env. 1-2 équiv. cig.	6.8	6.7	7.8	(10.4)
	environ 5	17.7	17.5	22.3	32.1
	environ 10	23.5	21.7	23.8	28.7
	environ 15	12.5	16.2	8.6	(10.0)
	environ 20	28.3	22.5	25.0	(14.7)
	env. plus de 20	11.3	15.4	12.5	-
Femmes	env. 1-2 équiv. cig.	6.1	(4.8)	(5.4)	-
	environ 5	20.6	21.3	19.6	(26.5)
	environ 10	29.0	24.8	34.8	(29.1)
	environ 15	12.0	18.0	10.0	-
	environ 20	25.3	20.0	24.0	(18.2)
	env. plus de 20	7.0	11.0	(6.2)	-
Hommes	env. 1-2 équiv. cig.	(7.5)	(8.3)	(9.4)	-
	environ 5	14.6	14.2	24.1	(37.1)
	environ 10	17.9	19.0	16.5	(28.2)
	environ 15	13.0	14.8	(7.6)	-
	environ 20	31.3	24.5	25.6	-
	env. plus de 20	15.7	19.2	16.8	-

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Chez les 65 - 74 ans, la proportion de fumeurs varie de manière minime en fonction du SES (tableau 21). La consommation de tabac est au plus haut chez les personnes ayant une formation tertiaire, chez les dirigeants, chez les personnes dont le revenu dépasse 4000 francs et chez les personnes seules. Chez les 75 ans et plus, la proportion de fumeurs est généralement nettement plus basse (les n sont assez petits) dans toutes les catégories, mais on retrouve les mêmes relations avec le SES. Chez les 60 - 64 ans, les proportions sont en revanche plus élevées, et par rapport aux 65 - 74 ans, des différences sont observables: les personnes ayant un niveau de formation secondaire sont proportionnellement plus nombreuses à consommer du tabac, les différences entre les catégories socioprofessionnelles sont minimales et il n'y a donc pas un lien évident avec le statut professionnel, et même au niveau du revenu les différences sont moins nettes.

Les 40 - 59 ans suivent une logique légèrement différente des 65 - 74 ans, et aussi des 60 - 64 ans. Dans leur cas, un niveau scolaire plus bas correspond à une plus grande proportion de fumeurs, un statut professionnel plus élevé avec une proportion plus petite de fumeurs, mais ceci n'est pas observable avec le revenu.

Tableau 21 Proportion (en %) des fumeurs actuels parmi les 60 ans et plus, selon le SES, la nationalité, la structure du ménage et selon le groupe d'âge (ESS 2007)

		40-59	60-64	65-74	75+
		%	%	%	%
Sexe	femmes	27.3	19.5	10.7	5.8
	hommes	31.1	29.1	23.6	10.8
Niveau de formation	obligatoire	32.3	18.9	17.4	7.3
	secondaire	31.0	26.2	15.7	6.8
	tertiaire	24.9	22.9	19.0	11.9
Catégorie socio-professionnelle	dirigeant/prof. libérale	27.0	25.0	24.0	(13.7)
	cadre moyen	26.4	24.3	15.8	(6.8)
	employé de bureau/autres prof. non-manuelle	30.5	23.2	16.1	7.8
	petit indépendant/artisan	30.2	25.9	(15.0)	-
	contremaître/ouvrier qualifié	36.1	24.0	17.9	(8.5)
	ouvrier spécialisé/manœuvre	30.2	24.6	17.6	(6.0)
	n'a jamais travaillé	-	-	-	(6.9)
Revenu d'équivalence du ménage	< 2500 frs	29.4	21.5	15.3	7.0
	de 2500 à 4000 frs	28.5	25.4	14.3	6.3
	> 4000 frs	29.9	25.1	21.0	10.0
Nationalité	suisse	29.2	23.9	16.9	7.4
	étrangère	29.4	(26.8)	(16.0)	(14.5)
Structure du ménage	seul-e	37.1	28.4	20.3	8.4
	en couple	29.1	24.4	15.6	8.0
	autre configuration	27.9	20.6	(17.3)	-

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

10 La polyconsommation

Pour conclure, il faut encore se pencher sur la polyconsommation, c'est-à-dire le cumul de consommation de plusieurs substances psychotropes au cours d'une même période. Il faut néanmoins préciser d'emblée que l'ESS ne permet pas de dire si les substances sont consommées simultanément ou en décalage, mais seulement d'identifier des formes de polyconsommation incluant l'alcool, le tabac et/ou les médicaments comportant un potentiel de dépendance.

Entre les 60 - 64 ans et les 80 ans et plus, la proportion de personnes qui ne consomment ni alcool, ni tabac, ni médicaments comportant un potentiel de dépendance s'accroît, passant de 17,0% à 27,5% (tableau 22). En parallèle, dans tous les groupes d'âge, près de la moitié des personnes âgées consomment une seule substance psychotrope, si bien qu'entre les 60 - 64 ans et les 80 ans et plus la consommation de deux ou trois substances psychotropes passe de 33,1% à 23,3%.

Entre les différents groupes d'âge, les combinaisons incluant le tabac diminuent drastiquement, ce qui reflète probablement la sur-mortalité liée au tabagisme chez les personnes d'âge moyen et en âge de pré-retraite. Par contraste, la consommation cumulée d'alcool et de médicaments augmente rapidement entre les groupes d'âge et cela de façon plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 22 *Combinaisons de substances psychotropes (alcool, tabac et médicaments comportant un potentiel de dépendance), dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge, ESS 2007*

		40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 et plus
		%	%	%	%	%	%	%
Total	aucune des trois	21.1	19.8	17.0	19.8	21.7	23.8	27.5
	seul. médicaments	7.1	8.0	8.2	7.3	14.6	16.4	20.6
	seul. tabac	7.9	5.2	4.0	4.8	(1.0)	(1.2)	(1.2)
	tabac et médic.	3.3	3.0	2.4	(1.6)	(1.4)	(1.3)	(1.4)
	seul. alcool	33.5	35.0	37.7	39.0	36.7	33.7	27.4
	alcool et médic.	7.7	9.7	12.8	12.8	15.7	17.6	17.6
	alcool et tabac	15.2	14.9	12.7	10.5	6.0	3.3	(1.9)
	alcool, tabac et médic.	4.2	4.4	5.2	4.1	2.8	(2.8)	(2.4)
Femmes	aucune des trois	26.5	25.2	23.3	28.2	27.6	31.0	34.4
	seul. médicaments	9.6	11.0	13.6	11.8	24.4	24.7	28.3
	seul. tabac	9.4	6.2	4.2	5.4	(1.0)	-	-
	tabac et médic.	4.7	4.0	3.0	(1.7)	(2.2)	(1.6)	(1.6)
	seul. alcool	25.3	29.1	29.0	31.2	24.6	20.3	16.4
	alcool et médic.	8.2	11.1	14.7	15.1	16.1	17.8	15.3
	alcool et tabac	11.5	9.4	8.0	3.8	(2.8)	-	-
	alcool, tabac et médic.	4.7	4.0	4.1	(2.8)	(1.2)	-	(2.3)
Hommes	aucune des trois	15.6	14.1	10.6	10.3	14.8	12.9	15.8
	seul. médicaments	4.6	4.8	(2.8)	(2.2)	(3.3)	(3.8)	(7.5)
	seul. tabac	6.3	4.1	(3.8)	(4.2)	-	-	-
	tabac et médic.	1.8	(1.9)	(1.8)	-	-	-	-
	seul. alcool	41.9	41.2	46.4	47.9	50.8	53.8	46.1
	alcool et médic.	7.2	8.2	11.0	10.1	15.2	17.2	21.5
	alcool et tabac	18.9	20.7	17.3	18.1	9.8	(5.8)	4.2
	alcool, tabac et médic.	3.6	4.9	6.2	5.6	(4.7)	(4.4)	-

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée; les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

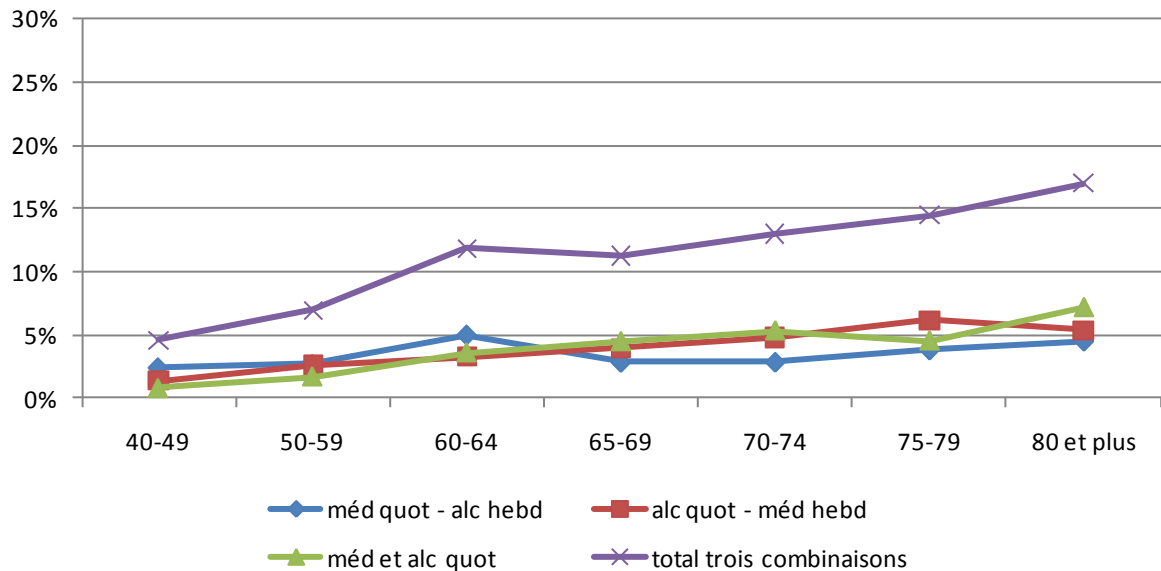
Les critères retenus sont «au moins une fois par semaine» pour l'alcool et les médicaments psychotropes, et la consommation actuelle de tabac (même moins d'une fois par jour).

Le graphique 19 illustre la proportion de personnes de 60 ans et plus à risque de problèmes d'interaction en lien avec la consommation concomitante d'alcool et de médicaments comportant un potentiel de dépendance.

L'ESS ne permet pas de savoir si une personne mélange alcool et médicaments, mais permet seulement d'estimer la proportion de personnes âgées dont les habitudes de consommation de ces deux produits les mettent à risque de le faire. Dans le graphique 19 sont observables les personnes prenant quotidiennement des médicaments et qui consomment de l'alcool chaque semaine mais pas chaque jour, les consommateurs quotidiens d'alcool qui ont pris des médicaments entre une et six fois dans les 7 derniers jours et les personnes qui consomment quotidiennement de l'alcool et des médicaments.

Parmi les 60 ans et plus, la part des consommateurs d'alcool et de médicaments avec potentiel de dépendance qui présentent l'une ou l'autre des trois combinaisons de consommation s'accroît clairement entre les groupes d'âge dès 65 ans. L'augmentation la plus marquée se situe cependant entre les 50 - 59 ans (7,0%) et les 60 - 64 ans (11,9%).

Graphique 19 Consommation d'alcool et usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance, dans la population des 60 ans et plus – combinaisons de fréquences à risque –, selon le groupe d'âge (ESS 2007)



Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; les pourcentages sont calculés à partir de la base de données pondérée. Pour prendre connaissance des pourcentages, se référer à l'annexe 22.

Les combinaisons sont créées indépendamment de la consommation de tabac.

alc=alcool; méd=médicament; quot=consommation quotidienne; hebd=consommation au moins une fois par semaine mais pas chaque jour

11 Synthèse

En Suisse, comme dans les autres pays développés, le vieillissement démographique pose de grands défis pour le futur. En effet, selon les projections de l'OFS, la population suisse de 80 ans et plus va augmenter de plus de 80% d'ici 2030 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2007a). Il en résultera un accroissement du nombre de sujets âgés atteints de maladies chroniques, elles-mêmes susceptibles d'engendrer une dépendance fonctionnelle. Une des conséquences en sera une hausse de la demande en matière de soins thérapeutiques et d'accompagnement psychosocial. Pour faire face à ces besoins croissants, des stratégies doivent être développées pour assurer un vieillissement en bonne santé de la population (World Health Organization (WHO), 2006). Concrètement, il s'agit de réduire la prévalence de ces maladies, de freiner leur évolution et de retarder la survenue de la dépendance fonctionnelle, ce qui implique notamment d'agir de manière préventive sur les principales causes évitables de morbidité, telles que la consommation d'alcool et de tabac.

Dans cette perspective, toute une série de questions se posent, telles que «Quel est l'état de santé actuel des personnes âgées en général, à savoir pas seulement des personnes très âgées, mais aussi de celles moins âgées ?», «Quelle est, chez les personnes âgées, la prévalence des comportements qui peuvent contribuer au développement et à l'aggravation de maladies chroniques et compliquer leur prise en charge thérapeutique ?», «Dans quelle mesure les problèmes de santé des personnes âgées sont-ils la conséquence directe des changements biologiques liés au processus de sénescence et/ou sont-ils la conséquence indirecte d'habitudes défavorables à la santé acquises depuis longtemps ?», «Quelle proportion des personnes âgées ayant des problèmes de consommation de substances psychotropes ont développé ces problèmes récemment (*late onset*) ?» ou encore «L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne-t-il d'une amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes âgées ?».

Le présent rapport, basé sur les données de l'ESS 2007, apporte quelques éléments de réponses aux deux premières interrogations. Pour les autres questions, des enquêtes faisant appel à d'autres méthodologies s'avèrent nécessaires. En effet, les études transversales telles que l'ESS livrent de précieuses informations sur les personnes âgées vivant dans les ménages privés, mais sous la forme d'une photographie instantanée. Dans ce type d'enquête, la signification des liens statistiques observés entre les groupes d'âge, d'une part, et les indicateurs de santé ou de consommation de substances psychotropes, d'autre part, est incertaine et permet diverses interprétations hypothétiques, qui ne doivent pas adopter le seul point de vue du processus de vieillissement biologique, mais aussi tenir compte des spécificités biologiques des différentes cohortes d'âge.

Que nous montre donc l'ESS 2007 au sujet de la santé des personnes âgées vivant à domicile et du soutien social dont elles bénéficient ? Pour ce qui est des «pré-retraités» (les 60 - 64 ans), les résultats permettent de penser que leur état de santé est globalement bon par rapport aux personnes très âgées et en même temps assez comparable à celui des 50 - 59 ans. En moyenne, les 60 - 64 ans évaluent leur état de santé de façon plus positive que leurs aînés, mais il suffit de jeter un regard sur les indicateurs de santé pour constater que les maux physiques spécifiques et les problèmes psychiques concernent tout de même une minorité importante d'entre eux. Leur situation paraît cependant un peu meilleure que celle des 65 - 74 ans, qui se disent aussi en grande majorité en bonne voire très bonne santé, mais chez qui les problèmes de santé ainsi que les limitations fonctionnelles sont plus répandus, surtout dès 70 ans. C'est cependant surtout chez les 75 ans et plus que les prévalences des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles augmentent et que des signes d'isolement social sont perceptibles, probablement en raison des conséquences psychosociales du vieillissement et de la fréquence élevée du veuvage dans ce groupe d'âge. Il faut néanmoins rappeler que plus de 60% des 75 ans et plus disent se porter bien ou très bien et que si, pour eux, les contacts avec les amis diminuent, ceux avec la famille restent plutôt stables. En résumé, d'après les réponses fournies par les personnes âgées elles-mêmes, il apparaît qu'une bonne partie d'entre elles jouissent d'une période de vie (assez) longue en (relativement) bonne santé après la retraite. Il faut cependant rappeler ici qu'une partie importante des personnes (très) âgées vivent dans des ménages collectifs et ne sont donc pas atteignables par des enquêtes telles que l'ESS, tout comme le fait que les personnes âgées vivant à la maison, mais dans l'impossibilité de répondre aux questions ont été remplacées par des *proxys* et que ceux-ci ont été écartés des analyses. Il est donc certain que de nombreux résultats relatifs à la santé des personnes (très) âgées soient meilleurs qu'ils ne le seraient si tous les sujets âgés étaient pris en compte par l'enquête et, par conséquent, qu'ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population des aînés.

Concernant le soutien social, l'ESS 2007 montre qu'un peu plus d'un tiers des 75 - 79 ans et la moitié des 80 ans et plus vivent seuls. Dans ces groupes d'âge, cette situation fait suite dans la plupart des cas à la perte du conjoint. Les contacts avec les amis et la famille ainsi que le soutien de l'entourage deviennent dès lors essentiels. Plus de la moitié des 75 ans et plus qui vivent seuls reçoivent des visites de membres de la famille au moins une fois par semaine et ils sont presque autant à recevoir des visites d'amis à cette fréquence. Par comparaison, les personnes de 75 ans et plus vivant en couple sont un peu moins bien loties sur ce plan, en particulier pour ce qui est des visites des amis. Qui plus est, une large majorité des personnes de 75 ans et plus vivant seules ont dans leur entourage au moins une personne qui leur prête une écoute attentive, qui les soutient dans les situations difficiles ou qui les aime et leur donne le sentiment d'être appréciées. Elles sont cependant proportionnellement moins nombreuses que celles qui vivent en couple à bénéficier de ces formes de soutien. Et puis, moins de la moitié des 75 ans et plus qui vivent seuls ont, lorsqu'ils ont besoin de soutien, une personne qui les serre dans ses bras, contre deux tiers de ceux qui vivent en couple.

Les résultats de l'ESS 2007 permettent aussi d'en savoir plus sur la consommation de substances psychotropes chez les personnes âgées. Pour l'interprétation des résultats, il a fallu tenir compte du fait que la morbidité et de mortalité associées à la consommation de telles substances s'accroît avec l'âge et que, par conséquent, les personnes dont les habitudes et les styles de consommation représentent des risques pour la santé sont probablement sous-représentées dans l'échantillon, car elles ont une probabilité plus élevée d'avoir été placées en institution ou d'être décédées. Deuxièmement, il est probable que certains résultats reflètent au moins en partie des effets de cohortes liés à une évolution différenciée de la consommation de substances dans la société pour les hommes et les femmes.

La grande majorité des hommes et de femmes de 60 ans et plus vivant à domicile consomment de l'alcool au moins occasionnellement. Chez les hommes, la prévalence de la consommation quotidienne tend à augmenter entre les groupes d'âge (la moitié des hommes de 80 ans et plus boivent chaque jour de l'alcool contre un homme de 60 - 64 ans sur quatre), alors que la prévalence de la consommation hebdomadaire (c'est-à-dire au moins une fois par semaine mais pas chaque jour) tend à diminuer. Par contre, le volume d'alcool consommé en moyenne par jour augmente jusque chez les 65 - 69 ans puis diminue entre les groupes d'âge, ce qui signifie qu'en moyenne les hommes très âgés consomment de l'alcool plus souvent que les moins âgés, mais de plus petites quantités par occasion. La question reste cependant de savoir si les personnes âgées réduisent les quantités consommées avec l'âge ou si les différentes cohortes ont des habitudes différentes propres à leur génération. Chez les femmes, dans tous les groupes d'âge, la fréquence de la consommation quotidienne est bien plus basse que chez les hommes, alors que l'abstinence est bien plus répandue et prend surtout la forme de l'abstinence à vie. Ce dernier résultat suggère un effet de cohorte, mais le fait que l'abstinence à vie augmente aussi chez les hommes très âgés suggère de surcroît une surmortalité parmi les personnes dont la consommation d'alcool représentait un risque élevé pour leur santé. Enfin, c'est chez les 65 -

69 ans que la «consommation chronique excessive» est la plus répandue et cela non seulement parmi les personnes âgées de 60 ans et plus mais aussi dans la population suisse des 40 ans et plus. Quant à la «consommation ponctuelle excessive», elle recule très nettement entre les groupes d'âge pour devenir rare chez les personnes très âgées.

Par ailleurs, si la consommation de tabac est un peu moins répandue chez les 60 - 64 ans (24,3%) que chez les 40 - 59 ans, le taux de fumeurs chute nettement entre les groupes d'âge dès 65 ans pour s'établir à 6,8% chez les 80 ans et plus et ceci concerne aussi bien les fumeurs quotidiens que les fumeurs occasionnels. A l'inverse, le taux d'ex-fumeurs et celui des non-fumeurs augmente beaucoup entre les groupes d'âge. Une diminution d'une telle ampleur du taux de fumeurs suggère, plus encore que pour la consommation d'alcool, qu'en raison des pathologies chroniques et de la mortalité liées au tabac, il subsisterait après 70 ans surtout des non-fumeurs et des ex-fumeurs. Comme pour la consommation d'alcool, les hommes dès 60 ans sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer du tabac. C'est d'ailleurs aussi le cas chez les 50 - 59 ans, mais pas chez les 40 - 49 ans, parmi lesquels le taux de fumeurs est similaire auprès des deux sexes.

S'agissant des médicaments comportant un potentiel de dépendance tels que les somnifères, les tranquillisants et certains analgésiques, la situation est différente, puisque ces produits sont en grande partie prescrits pour soigner des problèmes de santé ou des symptômes non spécifiques liés au vieillissement, raison pour laquelle leur usage augmente entre les groupes d'âge. Compte tenu des prévalences élevées de l'usage de médicaments chez les sujets âgés, ces derniers sont donc non seulement un groupe particulièrement à risque de développer une dépendance à ces produits, mais aussi de subir des effets négatifs d'interaction entre les médicaments et alcool. Sur la base de l'ESS, on peut estimer qu'environ une personne âgée de 60 - 64 ans sur dix et environ une personne âgée de 80 ans et plus sur six est à risque de problèmes d'interaction en lien avec la consommation concomitante d'alcool et de médicaments comportant un potentiel de dépendance.

Enfin, il faut savoir que, selon l'ESS, la polyconsommation de substances psychotropes (critère retenu dans ce rapport: au moins deux parmi les trois substances suivantes: «alcool», «tabac» et «médicaments») se retrouve chez un tiers des 60 - 64 ans et près d'un quart des 80 ans et plus.

Finalement, tout ceci montre bien qu'en matière de santé il n'y a pas *une* population des personnes âgées mais *plusieurs*, qui présentent chacune des particularités propres à son âge biologique ainsi qu'à sa cohorte d'âge et, par conséquent, qui a des besoins spécifiques de prise en charge et d'accompagnement psychosocial.

12 Bibliographie

- Abelin, T., & Gsell, O. R. (1967). Relative risk of pulmonary cancer in cigar and pipe smokers. *Cancer*, 20(8), 1288-1296.
- Anderson, P., & Scafato, E. (2010). *Alcohol and older people: A public health perspective. Report for the Vintage Project*. Rome, Italy: Istituto Superiore di Sanità - Population Health and Health Determinants Unit - CNESPS.
- Arking, R. (1991). *Biology of aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L., & Gill, T. M. (2008). Higher burden of depression among older women: The effect of onset, persistence, and mortality over time. *Archives of General Psychiatry*, 65(2), 172-178.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51(6), 843-857.
- Binstock, R., & George, L. (Eds.). (2011). *Handbook of aging and the social sciences* (7th ed.). London: Elsevier.
- Buclin, T., & Biollaz, J. (2000). Les abus de médicaments des personnes âgées. In E. Maffli (Ed.), *L'abus de médicaments en Suisse: état des lieux et pistes pratiques* (pp. 131-141). Lausanne: ISPA-Press.
- Byles, J., Young, A., Furuya, H., & Parkinson, L. (2006). A drink to healthy aging: The association between older women's use of alcohol and their health-related quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1341-1347.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.
- Cavalli, S., Bickel, J.-F., & Lalive d'Épinay, C. J. (2007). Exclusion in very old age. The impact of three critical life events. *International Journal of Ageing and Later Life*, 2(1), 9-31.
- Chan, A. M., von Muhlen, D., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2009). Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas*, 62(3), 294-300.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: Implications for health and functioning. *American Journal of Public Health*, 94(5), 823-829.
- Delgrande Jordan, M., & Notari, L. (2011). *Consommation d'alcool en Suisse. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Rapport de recherche No 57). Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58(12), 2585-2600.
- Eriksen, S. (1999). Alcohol as a gender symbol. *Scandinavian Journal of History*, 24, 45-73.
- Espolio Desbaillet, Y. (2010). Prise en charge pratique des chutes des personnes âgées. *Revue Médicale Suisse*, 6, 2130-2134.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., & Murray, C. J. L. (2004). *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (Vol. 1 & 2). Geneva: World Health Organization (WHO).
- Fagerström, K. (2002). The epidemiology of smoking: Health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62(Suppl 2), 1-9.
- Fries, J. F. (2005). The compression of morbidity. *Milbank Quarterly*, 83(4), 801-823.

- Gmel, G., Kuntsche, E., & Rehm, J. (2010). Risky single-occasion drinking: Bingeing is not bingeing. *Addiction*, 1-9. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03167.x
- Gold, C. H., Malmberg, B., McClearn, G. E., Pedersen, N. L., & Berg, S. (2002). Gender and health: A study of older unlike-sex twins. *The Journals of Gerontology: Series B*, 57(3), S168-S176.
- Goodman, J. (1993). *Tobacco history: The cultures of dependence*. London: Routledge.
- Gorman, B. K., & Read, J. G. (2006). Gender disparities in adult health: An examination of three measures of morbidity. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2), 95-110.
- Graham, H. (1996). Smoking prevalence among women in the European community 1950 - 1990. *Social Science and Medicine*, 43(2), 243-254.
- Graham, K., Saunders, S. J., Flower, M. C., Birchmore Timney, C., White-Campbell, M., & Zeidman Pietropaolo, A. (1995). *Addictions treatment for older adults: Evaluation of an innovative client-centered approach*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Grob, D. (2004). Les chutes des personnes âgées. Facteurs de risque et conséquences. In S. von Greyerz, F. Gurtner & W. Wettstein (Eds.), *Ostéoporose et chutes des personnes âgées. Une approche de santé publique*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Haavio-Mannila, E. (1991). Impact of co-workers on female alcohol use. *Contemporary Drug Problems*, 18, 597-627.
- Haaz, S., & Gache, P. (2007). Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 3(118), 1673-1676.
- Harris, J. E. (1983). Cigarette smoking among successive birth cohorts of men and women in the United States during 1900-80. *Journal of the National Cancer Institute*, 71(3), 473-479.
- Heine, C., & Browning, C. J. (2002). Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: Overview and rehabilitation directions. *Disability and Rehabilitation*, 24(15), 763-773.
- Henchoz, K., Cavalli, S., & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22, 282-290.
- Holmila, M. (1993). Heavy drinking women: Drinking patterns and resources for controlled drinking. *Addiction Research*, 1, 119-130.
- Holmila, M., & Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: Why do they still exist? *Addiction*, 100(12), 1763-1769.
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2005). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Genève: Editions Médecine & Hygiène.
- Horowitz, A. (2003). Depression and vision and hearing impairments in later life. *Generations*, 27(1), 32-38.
- Idler, E. L. (1993). Age differences in self-assessments of health: Age changes, cohort differences, or survivorship? *Journal of Gerontology*, 48(6), S289-S300.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.
- Lang, I., Wallace, R. B., Huppert, F. A., & Melzer, D. (2007). Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. *Age and Ageing*, 36(3), 256-261.
- Maffli, E. (2000). L'usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance. In E. Maffli (Ed.), *L'abus de médicaments en Suisse: état des lieux et pistes pratiques* (pp. 39-47). Lausanne: ISPA-Press.
- Martin, M., & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(4), 364-370.
- Moore, A. A., Whiteman, E. J., & Ward, K. T. (2007). Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(1), 64-74.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004). NIAAA Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*, 3, 3.
- Offerhaus, L. (1997). *Drugs for the elderly*. (WHO regional publications, European series, 2nd ed. Vol. No. 71). Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2007a). *Scénarios de l'évolution de la population des cantons 2005-2030*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2007b). Statistique de l'aide et des soins à domicile. Retrieved 14 April, 2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/03/data/07.html>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2008). *L'enquête suisse sur la santé 2007 en bref. Conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2009). *Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2010). Mortalité au sein des générations 1900 à 2030. Retrieved 14 April, 2011, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/dos/la_mortalite_en_suisse/tab104.html
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2011a). Encyclopédie statistique. Retrieved 14 April, 2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/22/lexi.html>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2011b). Indicateurs de la structure démographique, de 1970 à 2060. (su-f-01.02.01.02.11). Retrieved 14 April, 2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426.
- Poikolainen, K., Vartiainen, E., & Korhonen, H. J. (1996). Alcohol intake and subjective health. *American Journal of Epidemiology*, 144(4), 346-350.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223-2233.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M. G., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., et al. (2004). Alcohol use. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (Vol. 1, pp. 959-1108). Geneva: World Health Organization (WHO).
- Rehm, J., Taylor, B., Roerecke, M., & Patra, J. (2007). Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *International Journal of Public Health*, 52(6), 383-392.
- Rieker, P. P., & Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: Why we need to integrate social and biological perspectives. *The Journals of Gerontology: Series B*, 60 Spec No 2, 40-47.
- Santos-Eggimann, B. (2007). La santé des personnes de 65 à 70 ans: un profil instantané. *Revue Médicale Suisse*, 3(132), 2546-2551.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2011). *Social capital and health of older Europeans - From reverse causality to health inequalities*. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).
- Slovic, P. (Ed.). (2001). *Smoking: Risk, perception, and policy*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Steinmann, R. M. (2005). *Santé psychique - stress. Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse*. Berne: Promotion Santé Suisse.
- University of California, & Max Planck Institute for Demographic Research. (2009). Human Mortality Database. Retrieved 2011, 3 March, from University of California, Berkeley (USA) & Max Planck Institute for Demographic Research (Germany): <http://www.mortality.org/>
- van Doorn, C. (1999). A qualitative approach to studying health optimism, realism, and pessimism. *Research on Aging*, 21(3), 440-457.
- Wald, N., & Nicolaides-Bauman, A. (1991). *UK smoking statistics* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J., & Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(8), 1086-1092.
- Wanner, P., Sauvain, C., Guilley, E., & Hussy, C. (2005). *Âges et générations. La vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2001). Binge drinking and the American college student: What's five drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 287-291.
- Wolter, D. (2011). *Sucht im Alter - Altern und Sucht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- World Health Organization (WHO). (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Healthy cities and urban governance*. Geneva: WHO.

13 Annexes

Annexe 1 *Prévalence à 30 jours de maux physiques spécifiques, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
mal de dos / reins	44.1	46.5	49.6	50.3	58.5	58.5	63.8
sentiment de faiblesse	48.1	42.6	39.8	35.6	44.0	45.9	49.6
mal au ventre, ballonnement	20.8	15.7	17.6	17.8	16.4	17.0	15.7
diarrhée, constipation	18.3	15.4	21.1	20.0	22.3	24.8	24.3
insomnie, diff. à s'endormir	37.5	49.7	48.7	55.1	54.6	55.2	58.8
maux de tête, dou. au visage	47.4	38.2	30.7	29.3	28.0	20.6	18.9
irrégularité cardiaque	10.0	13.2	16.1	17.7	19.3	21.6	22.8
douleur/pression dans poitrine	7.4	10.8	8.4	7.6	12.3	9.1	10.5
douleurs aux articulations	33.0	42.3	49.6	46.6	57.3	57.3	58.5
douleurs membres supérieurs	22.0	26.4	32.7	33.0	38.4	31.4	35.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
mal de dos / reins	40.7	40.9	42.5	47.5	42.0	41.6	41.9
sentiment de faiblesse	34.9	32.5	26.1	28.3	27.5	29.9	36.8
mal au ventre, ballonnement	13.6	11.3	14.6	10.4	13.7	13.5	11.7
diarrhée, constipation	12.8	17.2	14.1	14.9	19.0	20.1	24.2
insomnie, diff. à s'endormir	29.9	32.0	33.6	33.9	34.2	39.8	38.2
maux de tête, dou. au visage	35.1	27.1	20.7	14.3	14.3	13.5	15.0
irrégularité cardiaque	6.4	9.1	12.6	11.2	10.4	14.6	16.2
douleur/pression dans poitrine	9.0	7.5	9.8	8.0	8.4	10.9	10.9
douleurs aux articulations	31.0	37.1	39.8	39.7	40.8	39.1	45.2
douleurs membres supérieurs	13.7	17.2	17.9	19.5	16.5	21.2	23.8

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
mal de dos / reins	42.4	43.8	46.1	49.0	50.8	51.8	55.8
sentiment de faiblesse	41.5	37.6	33.1	32.1	36.4	39.6	45.0
mal au ventre, ballonnement	17.2	13.5	16.1	14.3	15.2	15.6	14.2
diarrhée, constipation	15.6	16.3	17.6	17.6	20.8	22.9	24.2
insomnie, diff. à s'endormir	33.8	41.0	41.3	45.0	45.1	49.1	51.3
maux de tête, dou. au visage	41.3	32.7	25.8	22.3	21.8	17.8	17.5
irrégularité cardiaque	8.2	11.2	14.3	14.7	15.2	18.8	20.4
douleur/pression dans poitrine	8.2	9.2	9.1	7.8	10.6	9.8	10.7
douleurs aux articulations	32.0	39.8	44.7	43.3	49.6	50.1	53.6
douleurs membres supérieurs	17.9	21.9	25.4	26.6	28.2	27.4	30.9

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée.

Annexe 2 Proportion (en %) de personnes ayant fait au moins une chute au cours des 12 derniers mois, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

	Groupes d'âge				
	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
femmes	20.3	23.7	24.2	24.7	34.5
hommes	19.2	18.9	18.8	26.3	26.8
population totale	19.7	21.4	21.7	25.3	31.7

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Question posée uniquement au 60 ans et plus.

Annexe 3 *Proportion (en %) de personnes qui ont été victime d'au moins un accident à la maison ou au jardin dans les 12 derniers mois, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
femmes	6.1	6.2	4.1	4.2	7.2	(10.3)	13.3
hommes	4.3	4.4	(4.2)	(4.2)	(8.6)	(6.9)	(3.5)
population totale	5.2	5.3	4.2	4.2	7.9	8.8	9.4

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses. Question posée dans le cadre de l'enquête écrite.

Annexe 4 *Problèmes psychiques, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
importants	4.8	6.2	3.0	(3.9)	(4.0)	(3.2)	(3.0)
moyens	14.4	13.3	11.6	9.8	10.6	13.3	15.4
faibles	80.8	80.6	85.4	86.2	85.4	83.5	81.6
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
importants	4.6	3.6	3.9	(0.7)	(2.3)	-	-
moyens	11.5	11.9	9.2	11.1	6.5	9.0	7.9
faibles	84.0	84.5	86.9	88.2	91.2	90.3	90.5
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
importants	4.7	4.9	3.4	2.4	3.2	(2.2)	(2.5)
moyens	12.9	12.6	10.4	10.3	8.6	11.7	12.6
faibles	82.4	82.5	86.1	87.3	88.2	86.0	84.9
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Annexe 5 *Fréquence du sentiment de solitude, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
très souvent	(1.0)	1.6	(0.7)	-	(3.1)	(2.4)	(2.6)
assez souvent	1.9	2.6	2.8	(2.5)	(2.9)	(4.1)	5.0
parfois	28.0	28.2	26.0	24.2	22.7	28.4	28.9
jamais	69.1	67.6	70.4	72.6	71.3	65.1	63.5
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
très souvent	(1.4)	(1.0)	-	-	-	-	-
assez souvent	(1.7)	(2.0)	(1.4)	-	(1.4)	(1.1)	(4.0)
parfois	21.4	19.9	14.4	9.1	11.7	17.2	17.8
jamais	75.5	77.1	83.7	89.2	86.3	80.6	77.3
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
très souvent	1.2	1.3	(0.6)	(0.8)	(1.9)	(1.9)	(1.9)
assez souvent	1.8	2.3	2.2	1.6	2.2	2.9	4.8
parfois	24.7	24.1	20.3	17.1	17.6	23.9	24.8
jamais	72.3	72.3	76.9	80.4	78.2	71.3	68.5
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n <10 ne sont pas indiqués.

Annexe 6 *Proportion (en %) de personnes incapables ou éprouvant de fortes difficultés à lire, entendre ou parler, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
incapacité ou difficultés à lire un livre/journal	-	(1.4)	(1.3)	-	(2.4)	(2.9)	8.7
incapacité ou difficultés à suivre une conversation	-	(0.8)	-	-	-	-	(3.3)
ne peut pas parler sans difficultés	(1.3)	(0.9)	(0.9)	(1.9)	(2.2)	(2.4)	(2.1)

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
incapacité ou difficultés à lire un livre/journal	-	(1.1)	-	-	-	-	(4.0)
incapacité ou difficultés à suivre une conversation	(1.0)	(0.9)	-	-	(2.0)	-	(3.6)
ne peut pas parler sans difficultés	(0.9)	(0.7)	-	-	-	-	(5.7)

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
incapacité ou difficultés à lire un livre/journal	(0.4)	1.2	(1.4)	(1.3)	(2.1)	(2.3)	7.0
incapacité ou difficultés à suivre une conversation	(1.0)	(0.8)	(1.1)	(0.9)	(1.2)	(1.7)	3.4
ne peut pas parler sans difficultés	1.1	0.8	(0.7)	(1.8)	(1.7)	(2.0)	(3.4)

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Annexe 7 *Proportion (en %) de personnes qui éprouvent au moins un des trois troubles considérés (grandes difficultés à lire, à entendre, à parler), dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
au moins une limitation importante	(2.1)	2.8	3.1	(4.0)	5.1	5.8	12.7
pas de limitations importantes	97.9	97.2	96.9	96.0	94.9	94.2	87.3
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
au moins une limitation importante	2.3	2.5	(2.8)	(3.0)	(4.5)	(4.4)	11.8
pas de limitations importantes	97.7	97.5	97.2	97.0	95.5	95.6	88.2
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
au moins une limitation importante	2.2	2.7	3.0	3.5	4.8	5.2	12.5
pas de limitations importantes	97.8	97.3	97.0	96.5	95.2	94.8	87.5
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses.

Annexe 8 *Distance parcourue seul-e sans aide, sans s'arrêter et sans être fortement incommodé-e, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
200 mètres ou plus	99.2	98.6	98.2	97.7	93.5	90.2	79.8
plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres	-	(1.0)	(1.0)	(1.7)	(5.1)	6.5	12.2
incapable de se déplacer ou seulement quelque pas	-	-	(0.7)	-	(1.4)	(3.4)	8.0
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
200 mètres ou plus	99.1	98.1	98.3	97.2	94.1	94.2	89.1
plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres	-	(1.3)	(1.2)	(2.4)	(2.8)	(4.0)	(5.3)
incapable de se déplacer ou seulement quelque pas	-	-	-	-	-	-	(5.7)
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
200 mètres ou plus	99.2	98.3	98.3	97.5	93.7	91.6	83.3
plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres	(0.5)	1.2	(1.1)	(2.0)	4.0	5.6	9.7
incapable de se déplacer ou seulement quelque pas	(0.4)	(0.5)	(0.6)	(0.5)	(2.3)	(2.7)	7.0
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n < 30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n < 10 ne sont pas indiqués.

Annexe 9 Proportion (en %) de personnes incapables ou ayant de grandes difficultés à accomplir sans aide différentes activités de la vie courante, dans la population des 60 ans et plus, selon le groupe d'âge (ESS 2007)

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
faire des achats	(0.8)	(1.3)	(0.9)	-	(3.6)	(4.1)	11.7
faire la lessive	-	-	-	-	-	(1.7)	9.2
faire occasionnellement de gros travaux ménagers	3.2	5.1	5.5	5.9	11.8	17.0	34.4
faire ses comptes	(0.6)	(0.9)	-	(1.7)	(2.7)	(2.4)	8.7
utiliser les transports publics	-	(0.9)	(1.3)	(1.5)	(5.1)	5.6	14.3

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
faire des achats	-	(1.0)	-	-	(2.8)	-	(4.0)
faire la lessive	(1.4)	(2.3)	(2.9)	(5.0)	(5.6)	(5.2)	11.5
faire occasionnellement de gros travaux ménagers	2.4	3.1	4.3	(4.5)	7.6	7.7	21.7
faire ses comptes	(0.9)	(1.2)	-	-	-	-	(3.2)
utiliser les transports publics	(0.5)	(0.9)	(1.4)	-	(2.5)	-	(7.0)

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
faire des achats	(0.6)	(1.2)	(0.8)	(0.8)	3.2	2.9	8.9
faire la lessive	(0.8)	1.5	(1.8)	(2.7)	3.8	2.9	10.0
faire occasionnellement de gros travaux ménagers	2.8	4.1	4.9	5.3	9.9	13.2	29.8
faire ses comptes	(0.7)	1.1	(0.6)	(1.3)	(1.8)	(2.3)	6.7
utiliser les transports publics	(0.5)	0.9	1.3	(1.3)	4.0	3.9	11.6

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les questions ont été posées dans le cadre de l'enquête écrite. Les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n <10 ne sont pas indiqués.

Annexe 10 Proportion (en %) de personnes ayant eu au moins une consultation médicale quelconque au cours des 12 derniers mois et nombre moyen de consultations, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
a consulté (%)	84.9	85.9	86.1	85.1	91.1	91.8	91.3
filtre: nbre moyen de consultations	4.42	5.35	4.83	6.13	6.81	6.22	5.99
écart-type	7.49	9.19	6.57	10.04	12.19	10.30	6.91

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
a consulté (%)	67.0	71.3	80.4	86.1	90.5	89.1	96.8
filtre: nbre moyen de consultations	4.63	5.36	5.58	5.23	5.11	6.96	5.78
écart-type	9.26	9.84	9.47	8.91	7.34	10.42	7.65

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
a consulté (%)	76.0	78.7	83.3	85.6	90.8	90.7	93.3
filtre: nbre moyen de consultations	4.51	5.35	5.19	5.70	6.02	6.51	5.91
écart-type	8.31	9.48	8.10	9.53	10.24	10.34	7.20

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages et moyennes calculés à partir de la base de données pondérée.

Annexe 11 *Proportion (en %) de personnes ayant séjourné à l'hôpital au cours des 12 derniers mois et nombre moyen de séjours, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
a séjourné à l'hôpital (%)	6.8	11.4	9.4	15.4	17.4	18.2	20.0
filtre: nbre moyen de séjours	1.52	1.29	1.51	1.55	1.60	1.55	1.38
écart-type	1.72	0.74	1.15	1.40	1.65	1.14	0.97

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
a séjourné à l'hôpital (%)	8.2	10.4	16.9	14.9	14.3	24.1	18.6
filtre: nbre moyen de séjours	1.55	1.43	1.42	1.43	1.50	1.36	1.51
écart-type	1.65	1.07	1.06	1.01	1.13	1.00	1.22

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
a séjourné à l'hôpital (%)	7.5	10.9	13.1	15.2	16.0	20.5	19.5
filtre: nbre moyen de séjours	1.53	1.35	1.45	1.50	1.56	1.46	1.43
écart-type	1.68	0.91	1.09	1.24	1.46	1.06	1.25

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages et moyennes calculés à partir de la base de données pondérée.

Annexe 12 Proportion (en %) de personnes ayant recouru à SPITEX au cours des 12 derniers mois et régularité du recours, dans la population des 60 ans et plus, selon la structure du ménage et le groupe d'âge (ESS 2007)

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge											
	40-49			50-59			60-74			75+		
	% seul-e	% couple	% autre	% seul-e	% couple	% autre	% seul-e	% couple	% autre	% seul-e	% couple	% autre
a recouru à SPITEX	(1.2)	-	(0.9)	(2.3)	(0.7)	(1.4)	6.4	2.5	-	19.8	5.1	-
filtre: proportion de recours réguliers	-	-	-	(57.1)	-	-	64.9	(41.2)	-	71.6	(48.6)	-

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages et moyennes calculés à partir de la base de données pondérée . Le sous-groupe "Couple" signifie "en couple sans une autre personne". Les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

Annexe 13 Existence d'un ou plusieurs tiers à qui parler de problèmes personnels, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
oui, plusieurs personnes	77.9	74.6	70.7	67.0	68.4	66.3	65.9
oui, une personne	18.8	20.4	24.3	27.3	25.7	27.4	23.8
non	3.3	5.1	5.1	5.7	5.8	6.3	10.4
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
oui, plusieurs personnes	62.1	61.3	56.7	61.2	55.9	60.3	62.0
oui, une personne	32.0	30.5	37.3	33.2	36.8	32.4	29.0
non	6.0	8.2	6.0	5.6	7.3	(7.4)	(9.0)
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
oui, plusieurs personnes	70.1	68.1	63.7	64.3	62.6	64.0	64.4
oui, une personne	25.3	25.3	30.6	30.1	30.9	29.4	25.8
non	4.6	6.6	5.6	5.7	6.5	6.7	9.8
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

Annexe 14 Statut actuel de consommation d'alcool, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
abstinentes à vie	11.9	12.5	13.6	12.1	16.4	20.7	23.9
ex-consommatrices	5.1	5.4	5.4	5.9	7.3	5.8	9.6
consommatrices actuelles	83.1	82.1	81.0	82.0	76.3	73.5	66.5
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
abstinents à vie	4.7	3.2	(2.6)	(3.7)	(2.9)	(2.2)	(5.4)
ex-consommateurs	4.7	5.6	3.6	5.0	(3.9)	(4.7)	(4.5)
consommateurs actuels	90.6	91.3	93.8	91.3	93.2	93.0	90.1
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
abstinent-e-s à vie	8.3	7.9	8.2	8.2	10.1	13.4	17.1
ex-consommateurs/trices	4.9	5.5	4.5	5.5	5.7	5.4	7.7
consommateurs/trices actuel-le-s	86.8	86.6	87.3	86.3	84.1	81.3	75.2
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n <30 sont mis entre parenthèses.

Annexe 15 *Classes de risques de consommation d'alcool (à partir du volume d'alcool pur consommé en moyenne par jour), dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
risque élevé (>40 g/ jour)	(0.9)	(0.7)	-	-	(1.5)	-	-
risque moyen (20-40 g/jour)	2.4	4.7	4.6	6.6	(3.5)	(5.6)	5.0
risque faible (<20 g/jour)	79.7	76.7	75.8	75.2	71.3	66.8	61.2
abstinentes	17.0	17.9	18.8	18.0	23.7	26.5	33.7
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
risque élevé (>60 g/ jour)	1.6	2.8	(2.8)	(3.0)	(2.6)	-	-
risque moyen (40-60 g/jour)	2.9	4.1	5.1	5.9	(4.4)	(4.4)	(3.0)
risque faible (<40 g/jour)	86.1	84.3	86.1	82.5	86.2	87.4	86.1
abstinents	9.3	8.8	6.1	8.6	6.8	(6.9)	(10.0)
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
risque élevé	1.3	1.7	1.7	(1.5)	(2.0)	-	-
risque moyen	2.7	4.4	4.8	6.3	3.9	5.1	4.3
risque faible	82.9	80.4	80.9	78.7	78.2	75.0	70.3
abstinent-e-s	13.2	13.4	12.6	13.6	15.9	18.7	25.0
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus (questions sur la fréquence de consommation et sur les quantités consommées pas posées aux *proxys*); pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n<30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

Les classes de risques sont différentes pour les hommes et les femmes. Les seuils retenus correspondent aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (WHO 2000, International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, Geneva: World Health Organization), basées sur le volume moyen d'alcool consommé par jour (en grammes d'alcool pur).

Les grammes d'alcool pur sont calculés sur la base des questions de fréquence de consommation et de quantités consommées relatives à cinq boissons alcooliques (bière, vin, cidre, spiritueux, alcoops).

Annexe 16 *Fréquence des excès ponctuels (critère: femmes: 4 verres standard ou plus dans une même occasion; hommes: 5 verres standard ou plus), dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
au moins 1x par semaine	(1.0)	(1.5)	(0.9)	-	-	-	-
chaque mois	5.4	4.1	(1.9)	(2.3)	-	-	-
moins d'1x par mois/jamais	76.5	76.4	78.2	79.4	75.0	72.1	66.0
abstinentes	17.0	18.0	19.0	18.1	24.0	26.6	33.4
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
au moins 1x par semaine	2.5	4.0	(4.0)	(1.7)	(3.2)	-	-
chaque mois	8.7	8.9	8.7	6.8	(4.1)	-	-
moins d'1x par mois/jamais	79.4	78.4	81.1	82.9	85.9	88.5	88.2
abstinents	9.4	8.8	6.2	8.6	6.9	(6.9)	(9.9)
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
au moins 1x par semaine	1.8	2.7	2.4	(0.9)	(1.7)	-	-
chaque mois	7.0	6.4	5.3	4.4	(2.2)	(1.9)	-
moins d'1x par mois/jamais	77.9	77.4	79.7	81.0	80.1	78.6	74.1
abstinent-e-s	13.2	13.5	12.6	13.7	16.0	18.7	24.8
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus (question pas posée aux proxys); pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n<30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

En 2007, cette question n'a pas été posée aux personnes dont la fréquence de consommation d'alcool est "1-3 fois par mois", "moins d'une fois par mois" ou "jamais, abstinent-e". Pour ces personnes, l'information manquante concernant la consommation ponctuelle excessive a été remplacée par "moins d'1x par mois/jamais" (pour ceux et celles qui ont répondu "1-3 fois par mois" ou "moins d'une fois par mois") ou par "abstinent-e-s" (pour ceux et celles qui ont répondu "jamais, abstinent-e").

Annexe 17 *Etat de santé autoévalué, dans la population suisse âgée de 60 ans et plus, selon la consommation d'alcool (en fonction du degré de risque pour la santé lié au volume moyen consommé) et selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge							
	60-74				75+			
	abstinence à vie	abstinence actuelle	cons. à faible risque	cons. chronique excessive	abstinence à vie	abstinence actuelle	cons. à faible risque	cons. chronique excessive
	%	%	%	%	%	%	%	%
mauvais à très mauvais	12.1	(8.3)	2.8	-	(6.9)	(12.5)	3.7	-
moyen	27.4	29.2	15.2	(12.0)	41.0	42.2	24.4	(18.4)
bon à très bon	60.5	62.5	81.9	83.7	52.1	45.3	71.9	73.5
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge							
	60-74				75+			
	abstinence à vie	abstinence actuelle	cons. à faible risque	cons. chronique excessive	abstinence à vie	abstinence actuelle	cons. à faible risque	cons. chronique excessive
	%	%	%	%	%	%	%	%
mauvais à très mauvais	-	(19.7)	3.6	(6.0)	-	-	(5.1)	-
moyen	-	(14.8)	12.9	(15.4)	-	(29.2)	21.1	-
bon à très bon	79.1	65.6	83.5	78.6	(80.0)	(62.5)	73.8	(68.0)
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge							
	60-74				75+			
	abstinence à vie	abstinence actuelle	cons. à faible risque	cons. chronique excessive	abstinence à vie	abstinence actuelle	cons. à faible risque	cons. chronique excessive
	%	%	%	%	%	%	%	%
mauvais à très mauvais	12.8	(12.8)	3.3	(5.3)	(6.3)	(11.4)	4.4	-
moyen	23.4	23.7	14.0	13.9	38.9	38.6	22.9	(21.3)
bon à très bon	63.8	63.5	82.7	80.9	54.8	50.0	72.8	70.7
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n<30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

Annexe 18 Proportion (en %) de personnes qui ont pris au moins un des trois médicaments (analgésiques, tranquillisants et somnifères) dans les sept derniers jours, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)

	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
femmes	27.1	30.0	35.0	31.4	43.7	45.3	47.2
hommes	17.3	19.9	21.6	19.4	23.5	26.5	32.4
population totale	22.3	25.1	28.4	25.7	34.5	37.8	41.8

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée.

Annexe 19 *Fréquence de l'usage d'analgésiques au cours des 7 derniers jours, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	5.1	7.4	9.2	8.1	12.4	12.3	16.0
plusieurs fois par semaine	7.0	7.2	6.4	6.6	9.4	12.1	8.7
env. 1 fois par semaine	12.3	10.2	10.2	6.8	11.1	9.0	7.3
jamais	75.7	75.3	74.2	78.5	67.0	66.7	68.0
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	4.2	5.5	6.6	(4.7)	7.4	(5.0)	(7.9)
plusieurs fois par semaine	4.3	4.3	4.5	(5.8)	(4.6)	(5.4)	(5.8)
env. 1 fois par semaine	7.0	7.8	4.9	(4.3)	(6.0)	(6.0)	(7.5)
jamais	84.5	82.5	84.0	85.2	82.0	83.6	78.7
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	4.7	6.4	7.9	6.5	10.1	9.4	13.1
plusieurs fois par semaine	5.7	5.7	5.5	6.2	7.2	9.4	7.7
env. 1 fois par semaine	9.6	9.0	7.6	5.6	8.7	7.8	7.4
jamais	80.0	78.8	79.0	81.6	73.9	73.4	71.9
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n<30 sont mis entre parenthèses.

Annexe 20 *Fréquence de l'usage de tranquillisants au cours des 7 derniers jours, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	2.4	4.3	5.6	4.1	6.3	6.1	5.8
plusieurs fois par semaine	(0.8)	(1.3)	(1.4)	(1.4)	(2.2)	(1.6)	(1.6)
env. 1 fois par semaine	(0.5)	(1.4)	(2.1)	(1.8)	(2.6)	(3.6)	(1.7)
jamais	96.3	93.0	90.9	92.7	88.8	88.8	90.9
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	2.0	2.2	(3.3)	(2.3)	(2.8)	(2.0)	(2.9)
plusieurs fois par semaine	-	-	-	-	-	-	-
env. 1 fois par semaine	-	(0.9)	-	-	-	-	-
jamais	97.1	96.1	95.1	97.2	95.0	93.5	93.0
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	2.2	3.3	4.5	3.2	4.7	4.5	4.7
plusieurs fois par semaine	(0.6)	(1.0)	(1.1)	(0.9)	(1.7)	(2.0)	(1.5)
env. 1 fois par semaine	(0.4)	1.2	(1.4)	(1.1)	(2.0)	(2.9)	(2.1)
jamais	96.7	94.5	93.0	94.8	91.7	90.6	91.7
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; *proxys* exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n<30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

Annexe 21 *Fréquence de l'usage de somnifères au cours des 7 derniers jours, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	(1.5)	3.2	3.5	7.2	8.0	13.3	19.4
plusieurs fois par semaine	(1.1)	2.2	(1.8)	(2.5)	(3.4)	(4.0)	(4.2)
env. 1 fois par semaine	(1.4)	(1.6)	(3.2)	(3.1)	(3.4)	(3.3)	(3.5)
jamais	96.1	92.9	91.5	87.2	85.1	79.4	72.9
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	(1.1)	(1.6)	(2.8)	(3.0)	6.0	(6.6)	8.0
plusieurs fois par semaine	-	(0.8)	-	-	(2.8)	-	(3.9)
env. 1 fois par semaine	(0.9)	(0.8)	(1.7)	-	-	-	-
jamais	97.5	96.8	94.7	94.0	89.6	90.7	85.9
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
chaque jour	1.3	2.4	3.1	5.2	7.1	10.6	15.2
plusieurs fois par semaine	(0.8)	1.6	(1.3)	(2.2)	3.1	(2.7)	4.1
env. 1 fois par semaine	1.1	1.2	2.5	2.2	2.6	(2.7)	3.0
jamais	96.8	94.8	93.1	90.4	87.2	83.9	77.7
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n<30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

Annexe 22 *Consommation d'alcool et usage de médicaments comportant un potentiel de dépendance – combinaisons de fréquences à risque, dans la population des 60 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge (ESS 2007)*

FEMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
méd. quot. - alc. hebd.	2.3	3.5	5.7	(4.0)	(3.1)	(3.9)	5.0
méd. hebd - alc. quot.	(1.3)	(1.7)	(2.6)	3.8	3.6	(5.3)	(3.1)
méd. quot. - alc. quot.	(0.7)	(1.7)	3.2	4.8	(3.6)	(4.8)	5.9
rien/autres combinaisons	95.8	93.1	88.5	87.4	89.6	86.0	86.0
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

HOMMES	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
méd. quot. - alc. hebd.	2.6	1.9	4.1	(1.5)	(2.5)	(3.3)	-
méd. hebd - alc. quot.	(1.5)	3.5	(4.0)	(4.1)	(6.2)	(7.4)	(9.3)
méd. quot. - alc. quot.	(0.8)	(1.7)	4.1	4.1	7.3	(4.4)	8.9
rien/autres combinaisons	95.1	93.0	87.7	90.2	84.0	84.9	78.1
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

POPULATION TOTALE	Groupes d'âge						
	40-49 %	50-59 %	60-64 %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80+ %
méd. quot. - alc. hebd.	2.4	2.7	5.0	2.8	2.9	3.8	4.5
méd. hebd - alc. quot.	1.4	2.6	3.3	4.0	4.8	6.1	5.4
méd. quot. - alc. quot.	0.8	1.7	3.6	4.5	5.3	4.5	7.2
rien/autres combinaisons	95.4	93.0	88.2	88.7	87.0	85.5	83.0
total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Remarques: seules les personnes âgées vivant dans un ménage privé sont prises en compte; proxys exclus; pourcentages par colonnes; pourcentages calculés à partir de la base de données pondérée. Les pourcentages correspondant à n<30 sont mis entre parenthèses; les pourcentages correspondant à n<10 ne sont pas indiqués.

Les combinaisons sont créées indépendamment de la consommation de tabac.

alc.=alcool; méd.=médicament; quot.=consommation quotidienne; hebd.=consommation au moins une fois par semaine mais pas chaque jour