

# Dossier Gesund altern in der Schweiz

## AGEING and HEALTH



Between 2000 and 2050, the number of people aged 60 and over is expected to double

In 2050, more than 1 in 5 people will be 60 years or older.



By 2050, 80% of older people will be living in low- and middle-income countries.

### ▶ EVERY OLDER PERSON IS DIFFERENT



Some have the level of functioning of a 30 year old.



Some require full time assistance for basic everyday tasks.

Health is crucial to how we experience older age.

### ▶ WHAT INFLUENCES HEALTH IN OLDER AGE

INDIVIDUAL

ENVIRONMENT THEY LIVE IN



## Gesund altern in der Schweiz

(bk) Erstmals liegt nun auch auf internationaler Ebene vor, was die SAGW schon seit langem vertritt: Im eben veröffentlichten Strategiepapier der Weltgesundheitsorganisation «Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health» wird die Bedeutung der Geistes- und Sozialwissenschaften im Gesundheitssystem hervorgehoben.

Bisher galt als gesund, wer keine Krankheiten hatte. Neu steht nicht die Abwesenheit von Krankheiten im Zentrum, sondern die Lebensqualität. Mit zunehmendem Alter treten auch mehr Krankheiten auf. Während die Patienten bisher lediglich Empfänger medizinischer Leistungen waren, sollen sie neu befähigt und unterstützt werden, ihre Kompetenzen und Ressourcen so zu nutzen, dass sie in der Lebensqualität nicht beeinträchtigt werden. Das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Strategiepapier «Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health» identifiziert fünf Ziele:

1. Fostering healthy ageing in every country.
2. Aligning health systems to the needs of the older populations.
3. Developing long-term care systems.
4. Creating age-friendly environments.
5. Improving measuring, monitoring and understanding.

Im vorliegenden Dossier äussern sich verschiedene Institutionen zu denjenigen drei Zielen, die geistes- und sozialwissenschaftlicher Natur sind. Die Beiträge sind analog dieser Ziele in drei Blöcke unterteilt; nach einer Einleitung von Lea Berger zum bisherigen Engagement der SAGW fasst der Zürcher Gerontologe Prof. Dr. Mike Martin die Ausgangslage zusammen. Es folgen Statements zu Ziel 1 «Gesund altern», zu Ziel 4 «altersfreundliche Umgebungen» und zu Ziel 5 «Verbesserung von

Messung, Monitoring und Verständnis». Insbesondere interessiert dabei die Frage, inwiefern die Schweiz diese Ziele bereits umgesetzt hat und wo noch Handlungsbedarf besteht. Was Lebensqualität ausmacht, wie sie gemessen und gefördert werden kann, ist 2016 Thema von insgesamt drei Workshops der SAGW (siehe Seite 23).

37

### Dossier Gesund altern in der Schweiz

- 37** Gesund altern in der Schweiz
- 38** Die Lebensqualität im Fokus
- 40** Gesund altern in der Schweiz  
*Mike Martin, Lutz Jäncke, Christina Röcke, Hans Rudolf Schelling*
- 43** Gesundes Altern in der Schweiz: Gesundheitspolitische Prioritäten  
*Lea von Wartburg, Margreet Duetz, Stefan Spycher*
- 46** Gesundheit, soziale Ungleichheit und Sozialversicherungen. *Martin Wicki*
- 48** Bei weitem nicht nur eine Frage der Gesundheitspolitik. *Philippe Perrenoud*
- 50** Santé et qualité de vie des personnes âgées  
*Marion Droz Mendelzweig*
- 52** «Altersfreundlich» heisst gesellschaftsfreundlich  
*Kurt Fluri*
- 54** Von der altersfreundlichen zur generationenverbindenden Gemeinde. *Hannes Germann*
- 56** Altersfreundliche Quartiere. *Simone Gretler Heusser*
- 58** Mesurer l'état de santé des personnes âgées: la contribution de l'OFS. *Jean-François Marquis*
- 60** Vieillesse, santé et inégalités sociales: enjeux de mesure. *Claudine Burton-Jeangros*
- 62** Stand und Entwicklung der psychischen Gesundheit im Alter. *Andreas Maercker, Esther Baier-Kreuzer*
- 64** Suivi du vieillissement en Suisse – L'apport des études qualitatives en gérontologie sociale  
*Marion Repetti*

## Die Lebensqualität im Fokus

38

*(lb) Das Strategiepapier der Weltgesundheitsorganisation «Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health» schlägt eine neue Gesundheitsdefinition mit vielfältigen und wichtigen Implikationen vor. Vertreten wird ein Gesundheitsverständnis, welches die dynamische und auf den Alltag bezogene Stabilisierung der Lebensqualität in den Mittelpunkt stellt. Die Erhaltung und die Stärkung von Kapazitäten, die für das Wohlbefinden und die eigenständige Lebensführung nötig sind, werden somit als grundlegend erachtet.*

Was die WHO für den Erhalt und die Stabilisierung der Gesundheit im Alter vorschlägt, wird bereits seit 2013 von der SAGW im Projekt «Gesundheitsforschung» thematisiert, welches mit der Tagung «Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften» (14. Juni 2013, Freiburg) gestartet wurde. Als Basis der Diskussion diente die von der SAGW in Auftrag gegebene Studie «Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung»<sup>1</sup>. Die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen sowie disziplinenübergreifenden Konzepten wurde in den Diskussionen unterstrichen. Aus diesem Bedürfnis heraus schlossen sich Experten verschiedener geistes- und sozialwissenschaftlicher Disziplinen zum «Netzwerk Gesundheitsforschung» zusammen, mit dem Ziel, ein dynamisches, individualisiertes, kontextualisiertes und auf Lebensqualität basierendes Gesundheitsverständnis zu fördern.

### Der NFP-Vorschlag Lebensqualität

Im Rahmen des Netzwerks Gesundheitsforschung wurde 2013 der NFP-Vorschlag «Lebensqualität: Neue Konzepte zur Verbindung von individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen» eingereicht. Dieser geht von einem dynamischen Gesundheits- und Lebensqualitätsverständnis aus, der kontextuelle und individuelle Bedingungen verknüpft und somit eine tragfähige Grundlage für die Gesundheitsförderung, die Krankheitsprävention und den Lebensqualitätserhalt bei gesunden und erkrankten Personen bildet. Die Personen werden dabei als aktiv, in gegebenen biographisch-historischen und soziokulturellen Kontexten handelnd betrachtet. Lebensqualität umfasst objektive wie subjektive Ressourcen und individuelle Bewertungen des körperlichen, materiellen, sozialen und emotionalen Wohlbefindens. Das Verständnis von individuellen, subjektiven Einflussfaktoren (Mikrokontexte) wie auch von externen, strukturellen Faktoren (Makrokontexte) und individuellen Handlungsentscheidungen ist für die Erfassung von Lebensqualität daher unumgänglich.

### Vernetzung und Austausch

Die Vernetzung von Experten unterschiedlicher Disziplinen im Bereich der Gesundheitsforschung wurde von der SAGW und ihren Partnern in der Folge verstärkt. So organisiert die SAGW mit der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) die Reihe «Medical Humanities», in deren Rahmen seit 2012 für Lehrende, Forschende und Praktizierende aus den Fachhochschulen und Universitäten sowie Personen in Gesundheitsberufen jährlich ein Workshop organisiert wird. Ziel dieser Veranstaltungen ist es, interessierte Wissenschaftler aus der Medizin und den Geisteswissenschaften zusammenzuführen, den Forschungsstand zu den «Medical Humanities» mit Blick auf die medizinische Praxis zu analysieren und den Dialog zwischen Kultur- und Sozialwissenschaftlern sowie Medizinern anzuregen.

---

<sup>1</sup> Bänziger, A., Treusch, Y., Rüesch, P. und Page, J. (2012), *Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung*. Eine Standortbestimmung im Auftrag der SAGW, Bern: SAGW.

**Ein Gesundheitsverständnis «sur mesure»**

Seit längerer Zeit zeichnen sich Entwicklungen ab, welche den Begriff «Gesundheit» in ein neues Licht setzen:

- Der stetige technische Fortschritt schwächt die Alltagsrelevanz von Krankheit, da die medizinisch als «krank» bezeichneten Fälle zunehmen.
- Die Langlebigkeit einer immer älter werdenden Bevölkerung ist mit Mehrfacherkrankungen und Multimorbidität verbunden, was zur Folge hat, dass ein wachsender Teil der Bevölkerung nicht nur länger lebt, sondern auch länger mit Krankheiten leben muss. Die zunehmende Zahl von Betroffenen von Multimorbidität fordert neue Behandlungskonzepte und -strategien.
- Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartungen steigt die Anzahl der Personen, welche trotz gesundheitlichen Einschränkungen ein selbstbestimmtes Leben führen wollen.

Diese Entwicklungen fordern ein Gesundheitsverständnis, in welchem das Individuum und seine Alltagsbezüge in den Vordergrund rücken und das dem aktuellen gesellschaftlichen Kontext angepasst ist. Der Patient soll nicht länger nur als Empfänger von medizinischen Leistungen, sondern vielmehr als ein mit Kompetenzen versehener Akteur im Gesundheitssystem betrachtet werden. In Hinblick auf seine Kompetenzen, Ressourcen und Handlungsfähigkeiten, welche durch physiologische, psychologische, soziale und kulturelle Determinanten beeinflusst werden, erweist sich die traditionelle, pathogenetisch ausgerichtete Definition von Gesundheit als zu eindimensional: Krankheit und Gesundheit können nicht als rein medizinische Sachverhalte verstanden werden, sondern erfordern eine sozial- und geisteswissenschaftliche Erfassung.

Am Beispiel der Healthy-Aging-Forschung zeigt das neue WHO-Strategiepapier die Eignung von sozialwissenschaftlichen Ansätzen und Methoden zur Bewältigung von gesundheitlichen Problemlagen und Herausforderungen deutlich auf. Gemäss Prof. Dr. Mike Martin (siehe S. 40) «wird die zukünftige Healthy-Aging-Forschung Fachleute für die Kontextualisierung von Verhalten und Erleben von Individuen benötigen (...). *Man könnte sagen, dass die WHO gerade das Zeitalter der Geistes- und Sozialwissenschaften in der Gesundheitsforschung eingeläutet hat.*»

In drei Workshops wird in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit dem International Normal Aging and Plasticity Imaging Center INAPIC (Universität Zürich) der Lebensqualitätsansatz weiter präzisiert und werden insbesondere Grundlagen für dessen Operationalisierung und praktische Implementierung geschaffen (siehe Ankündigung auf S. 25).

**Weitere Informationen**

Unter folgendem Link finden Sie weitere Informationen über das Thema sowie Publikationen der SAGW und des Netzwerks Gesundheitsforschung: <http://www.sagw.ch/gesundheit>

Detailliertere Informationen über die Tagung «Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften» und deren Outcomes befinden sich im Dossier «Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften» des SAGW-Bulletins 3/2013: <http://www.sagw.ch/bulletin>

## Gesund altern in der Schweiz

Mike Martin, Lutz Jäncke, Christina Röcke,  
Hans Rudolf Schelling, Universität Zürich

40

Die WHO hat in ihrem 2015 erschienenen «World Report on Ageing and Health» ein in mehrfacher Hinsicht neuartiges Konzept des «Healthy Aging» definiert. Mit diesem Modell werden drei wesentliche Paradigmen verändert: Individuen und Kontexte statt Symptome rücken in den Mittelpunkt, Wege zur Stabilisierung funktionaler Zielgrössen im Alltag werden erforscht und Healthy Aging wird als ein Prozess verstanden, nicht als ein Status.

Diese Paradigmen tragen neuen Entwicklungen bei der Messung von Gesundheitsaktivitäten, der Entwicklung von funktionalen Lebensqualitäts- und Gesundheitsmodellen und neuen Forschungsdesigns zur Bereitstellung wissenschaftlicher Evidenz über die Wirksamkeit individuell angepasster Interventionen Rechnung.

### Individuum im Mittelpunkt

Die bisherige Definition der WHO ging davon aus, dass Gesundheit mehr sei als die Abwesenheit von Erkrankungen, beispielsweise auch die Abwesenheit sozialer oder finanzieller Deprivation. Dies stellt eine symptomorientierte Sicht der Gesundheit dar, weil die An- oder Abwesenheit von Beeinträchtigungen für die Feststellung von Gesundheit relevant ist. Dies erklärt auch die Forschungsanstrengungen, möglichst frühe Marker für spätere Erkrankungen zu bestimmen, um damit den Ausbruch von Erkrankungen zu vermeiden. Hiermit wird die Symptomatik und nicht das Individuum in den Fokus der Altersforschung gerückt.

Aus Sicht einer einzelnen Person in ihren Kontexten, die die neue WHO-Definition in den Mittelpunkt stellt, sind bei praktisch allen älteren Personen sowohl Eigenschaften und Aktivitäten beobachtbar, die konventionell als «beeinträchtigt» diagnostiziert werden können, als auch Eigenschaften, Ressourcen und Aktivitäten, für die das nicht gilt. Healthy-Aging-Forschung nach der neuen WHO-Definition unterscheidet also Individuen nicht auf-

grund einiger weniger ihrer Eigenschaften als «gesund» oder «krank». Vielmehr ist die Konsequenz, systematisch das individuell charakteristische dynamische Zusammenspiel von Eigenschaften und Aktivitäten zu untersuchen, das diesem Individuum die Stabilisierung seiner Lebensqualität erlaubt. Dies ist auch praktisch relevant, weil es Evidenz für die Wege schafft, die einer Person auch bei Beeinträchtigungen die Aufrechterhaltung von Lebensqualität ermöglicht.

### Funktionale Zielgrössen im Vordergrund

Die neue WHO-Definition von Healthy Aging unterscheidet sich in einem weiteren wichtigen Punkt von der bisherigen: Sie fordert, funktionale Fähigkeiten einzelner Personen, etwa ihre Fähigkeit zur Stabilisierung von Lebensqualität, als Zielgrösse der Versorgung und der finanziellen Inzentivierung von Versorgungsleistungen zu nutzen. Dieser Ansatz, «from volume to value», schlägt vor, von Richtlinien zur Versorgung wegzukommen, die von einer notwendigen Passung der Behandlung zum Symptom als alleiniger Zielgrösse der Gesundheitsversorgung ausgehen. Stattdessen werden evidenzbasierte Richtlinien benötigt, die die individuelle und alltägliche Funktionalität («what people have reason to value») zu einer zentralen Zielgrösse der Gesundheitsversorgung machen. Dies wird neue Standards, Mess- wie Analyseverfahren zur Erfassung alltagsrelevanter Gesundheitsaktivitäten erfordern.

Wie kann einerseits der Individualität wichtiger Zielfunktionen und andererseits dem Anspruch auf systematische Evidenzgewinnung gleichzeitig Rechnung getragen werden? Hierzu gibt es bestehende Lösungen. So können individuell passende Interventionen durch standardisierte Entscheidungs-«Flowcharts» zugewiesen und mithilfe von randomisiert-kontrollierten Studien unterschiedliche systematische Zuweisungsregelsysteme bezüglich ihrer Wirksamkeit verglichen werden.

### Healthy Aging als Prozess

Die Betonung von Healthy Aging als einem Prozess der Stabilisierung von individuell bevorzugten Zielfunktionen ist ebenfalls neuartig. Es klingt vorerst vielleicht seltsam, sich auf die Stabilisierung und nicht die Verbesserung von Lebensqualität zu konzentrieren. Bei der funktionalen Lebensqualität geht es indessen darum, eine komplexe, aus mehreren jeweils kompensatorischen Teilprozessen zusammensetzbare und kontextualisierte Funktion zu stabilisieren.

Das zugrunde liegende Modell wurde in der Schweiz entwickelt und als «funktionale Lebensqualität» bezeichnet. Die Grundidee dabei ist, dass Individuen in nicht vollständig vorhersehbaren Umwelten (wie dem Alltag) nur durch den jeweils passenden Einsatz unterschiedlicher Fähigkeiten und Aktivitäten in unterschiedlichen Kontexten das stabile Erreichen von wichtigen komplexen Zielfunktionen wie eben «Lebensqualität» gelingt. Was zur Stabilisierung führt, ist die systematische Antizipation von und Reaktion auf wechselnde Anforderungen. Mit anderen Worten kann es sein, dass man, um autonom zu sein, an verschiedenen Tagen verschiedene Teilprozesse einsetzen muss. Entsprechend sind zur Stabilisierung von Lebensqualität zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Interventionen notwendig. Damit wäre es die Aufgabe der Interventionsforschung, Modelle zu entwickeln, aus denen die situativ und individuell erforderlichen Interventionen abgeleitet werden können.

### Fazit

Mit der von der WHO vorgestellten Definition von Healthy Aging mit ihrer neuen Sicht auf die Möglichkeiten zur Stabilisierung der funktionalen Lebensqualität ergibt sich für die Alterns- und Gesundheitsforschung und für die Versorgung ein enormes Innovationspotenzial.

Erstens lässt sich damit der *Alltag als Forschungsfeld der Grundlagenforschung erschliessen*. Die Auswirkungen von Interventionen auf das Erreichen alltäglicher Outcomes

und Ziele können konzeptionell und empirisch hergeleitet und quantitativ untersucht werden. Damit können sie zu Zielgrössen der Gesundheitsversorgung werden und es wäre für Kostenträger nachweisbar, in welchem Ausmass dies gelingt.

Zweitens kommt der fachlichen Kompetenz zur Interpretation der *Bedeutung, die ein einzelnes Verhalten im Hinblick auf die Gesundheit einer Person hat* und die vom Kontext innerhalb und ausserhalb einer Person abhängig ist, zukünftig entscheidende Bedeutung zu. Damit wird die zukünftige Healthy-Aging-Forschung Fachleute für die Kontextualisierung von Verhalten und Erleben von Individuen benötigen – Fachleute aus der Geschichtsforschung, der Ethnologie, der Theologie, aus den Sprachwissenschaften, der Ethik, der Soziologie und der Psychologie, um nur einige zu nennen. Man könnte gewissermassen sagen, dass die WHO gerade das Zeitalter der Geistes- und Sozialwissenschaften in der Gesundheitsforschung eingeläutet hat.

---

## Zu den Autoren

### Mike Martin



Prof. Dr. Mike Martin (1965) ist seit 2002 Professor für Gerontopsychologie und Gerontologie an der Universität Zürich. Er ist Direktor des Zentrums für Gerontologie und Co-Direktor des Universitären Forschungsschwerpunkts «Dynamik Gesunden Alterns». Zentraler Forschungsgegenstand ist die längsschnittliche Untersuchung gesundheits- und lebensqualitätsstabilisierender Ressourcen-Entwicklung im Alter ab 50 Jahren. Martin ist Mitglied des Editorial Board der Zeitschriften Gesundheitspsychologie, Gerontology sowie Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry und vertritt dort die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung.

### Christina Röcke



Dr. Christina Röcke (1977) ist seit 2009 Wiss. Geschäftsführerin des Kompetenzzentrums für Plastizität im Alter (INAPIC) und seit 2013 des Universitären Forschungsschwerpunkts «Dynamik Gesunden Alterns» an der Universität Zürich. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf der Entwicklung und Regulation emotionaler Prozesse und subjektiven Wohlbefindens im Zusammenspiel mit anderen Kernfacetten der Gesundheit und Lebensqualität (z. B. Kognition, Aktivitäten, Motivation, Alltagskontext) über kurze und längere Zeiträume im späteren Erwachsenenalter und Alter. Röcke ist Mitglied des Editorial Board der Zeitschriften Gerontology und Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry.

### Lutz Jäncke



Prof. Dr. Lutz Jäncke (1957) ist seit 2002 Ordinarius für Neuropsychologie an der Universität Zürich. Er ist Direktor des International Normal Aging and Plasticity Imaging Center (INAPIC) und des Universitären Forschungsschwerpunkts «Dynamik Gesunden Alterns». Zentraler Forschungsgegenstand ist die funktionelle und auditorische Plastizität des menschlichen Gehirns. Lutz Jäncke ist Herausgeber und Editorial Board Member verschiedener führender Fachzeitschriften aus dem Bereich der kognitiven Neurowissenschaften, Autor und Co-Autor von mehr als 350 Arbeiten sowie Autor mehrerer Fachbücher.

### Hans Rudolf Schelling



Hans Rudolf Schelling (1961) ist seit 2003 Geschäftsführer des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich (ZfG). Seine Forschungsschwerpunkte sind die Sozialpsychologie und die Soziologie des Alter(n)s, Altersbilder, Einstellungen zum und im Alter sowie Sozial- und Evaluationsforschung. Er war Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie (SGP; 1999–2005) und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP; 2002–2008). Schelling ist Redaktionsmitglied der Zeitschrift «Angewandte GERONTOLOGIE Appliquée» (AGA).

# Gesundes Altern in der Schweiz: Gesundheitspolitische Prioritäten

Lea von Wartburg, Margreet Duetz, Stefan Spycher,  
Bundesamt für Gesundheit

*Den meisten älteren Menschen in der Schweiz geht es gut. Sie sind mit ihrem Leben zufrieden und verfügen über gute soziale, finanzielle und gesundheitliche Ressourcen. In zwei Bereichen besteht aber Handlungsbedarf: bei der Verbesserung der Lebensqualität von hochaltrigen Menschen und bei der Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten. Mit seinen Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und der Gesundheitsversorgung trägt der Bund dazu bei, ein gesundes Altern für alle Menschen in der Schweiz zu ermöglichen.*

Die Menschen in der Schweiz werden immer älter. Die Lebenserwartung hat seit 1900 von 46,2 auf 81,0 Jahre für die Männer und von 48,8 auf 85,2 Jahre für die Frauen zugenommen.<sup>1</sup> Auch die Anzahl der älteren Menschen in der Schweiz wird grösser. Gemäss den Prognosen des Bundesamtes für Statistik steigt der Anteil der 65-jährigen und älteren Menschen von aktuell rund 18 Prozent auf über 27 Prozent im Jahr 2040. Innerhalb dieser Altersgruppe steigt vor allem der Anteil der hochaltrigen Menschen (80 Jahre und mehr) an, von rund 28 Prozent auf 36 Prozent bis 2040.<sup>2</sup>

Die selbst eingeschätzte Lebenszufriedenheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz ist hoch.<sup>3</sup> Zudem sind Rentnerinnen und Rentner am häufigsten sehr zufrieden mit der eigenen finanziellen Situation (71,4%).<sup>4</sup>

Fast 80 Prozent der 75-jährigen und älteren Männer und knapp 70 Prozent der 75-jährigen und älteren Frauen sind gemäss der Schweizer Gesundheitsstatistik körperlich aktiv oder teilsaktiv.<sup>5</sup> Ältere Menschen sind in einem hohen Masse freiwillig engagiert: In keiner Altersgruppe wird mehr informelle Freiwilligenarbeit, d. h. persönliche Hilfeleistungen für Verwandte und Bekannte, geleistet als in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen.<sup>6</sup>

Viele ältere Menschen können bis ins hohe Alter zu Hause leben: Bei den 80- bis 84-Jährigen sind dies noch rund 90 Prozent.<sup>7</sup>

## «Fostering Healthy Ageing»: Handlungsbedarf für die Schweiz?

Damit verfügen ältere Menschen in der Schweiz über viele Ressourcen, die zu einem gesunden Altern beitragen. Dies wird durch die Tatsache bestätigt, dass bei beiden Geschlechtern die Zahl der gesunden Lebensjahre («Healthy Life Years») zunimmt: Personen im Alter von 65 Jahren konnten 2012 noch 14,2 (Frauen) bzw. 13,6 (Männer) gesunde Jahre erwarten.<sup>8</sup>

Wo liegt also der Handlungsbedarf in der Schweiz, um ein gesundes Altern gemäss dem WHO-Strategiepapier zu fördern? Insbesondere zwei Bereiche sind zentral: Erstens geht es darum, der zunehmenden Bevölkerungsgruppe der hochaltrigen Menschen eine gute Lebens-

<sup>1</sup> Bundesamt für Statistik: Bevölkerungsbewegung – Indikatoren. Lebenserwartung. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>

<sup>2</sup> Bundesamt für Statistik: Bevölkerungsstand und -struktur – Indikatoren. Bevölkerung nach Alter. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>

<sup>3</sup> Bundesamt für Statistik BFS (2015): Statistischer Sozialbericht Schweiz 2015, S. 67.

<sup>4</sup> Bundesamt für Statistik BFS (2015): Statistischer Sozialbericht Schweiz 2015, S. 70.

<sup>5</sup> Bundesamt für Statistik BFS (2014): Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel, S. 19.

<sup>6</sup> Bundesamt für Statistik (2015): Indikatoren zur Alterssicherung. Kommentierte Resultate der Schlüsselindikatoren 2012. BFS Aktuell, S. 7.

<sup>7</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011): Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in der Schweiz. Medienmitteilung vom 19.5.2011.

<sup>8</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern, S. 98.

qualität bis zuletzt zu ermöglichen. Zweitens gibt es grosse gesundheitliche Ungleichheiten in Bezug auf das Altern in der Schweiz.

#### **Herausforderung Hochaltrigkeit**

Erst im hohen Alter nehmen chronische Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und funktionelle Einschränkungen zu. So verdoppelt sich ab 80 Jahren der Anteil der Personen mit eingeschränktem Seh- oder Hörvermögen, während sich der Anteil der Personen mit beeinträchtigtem Gehvermögen mehr als verdreifacht.<sup>9</sup> Viele ältere Menschen sind in einem Zustand der Gebrechlichkeit, was z. B. ein hohes Risiko für Stürze mit sich bringt.

Auch die Prävalenz der Demenz steigt mit dem Alter stark an. Über 65 Prozent der Menschen mit Demenz sind über 80 Jahre alt. Fast ein Fünftel der demenzerkrankten Personen ist über 90 Jahre.<sup>10</sup> Die Mehrzahl der Menschen stirbt heute im Alter von über 80 Jahren.<sup>11</sup>

Das hohe Lebensalter ist zwar nicht mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen, aber es bleibt die Tatsache, dass mit steigendem Alter das Risiko ansteigt, hilfe- und pflegebedürftig zu werden.<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> Bundesamt für Statistik BFS (2014): Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel, S. 62.

<sup>10</sup> Ecoplan (2013): Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage. Bericht vom 27. März 2013 zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, S. 6.

<sup>11</sup> Bundesamt für Statistik BFS (2013): Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, S. 1.

<sup>12</sup> Höpflinger, François (2014): Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen, S. 16. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>

#### **Herausforderung gesundheitliche Ungleichheiten**

In der Schweiz gibt es eine Ungleichheit hinsichtlich der Gesundheit der einzelnen Bevölkerungsgruppen. Mit zunehmendem Alter geht die Schere zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung auseinander. Der Gesundheitszustand der älteren, seit langem in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten ist mit Ausnahme der Personen aus Nord- resp. Westeuropa deutlich weniger gut. Man kann darin auch die Wirkungsweise eines sozialen Gradienten (Bildung, Einkommen, beruflicher Status) hinsichtlich der Gesundheit erkennen.<sup>13</sup> So gehen etwa ein tieferes Einkommen und tiefere Bildung mit erhöhter Morbidität und Mortalität einher.<sup>14</sup>

#### **Aktivitäten des Bundes**

Die Förderung des gesunden Alterns in der Schweiz hat eine hohe Priorität. In seiner langfristigen Gesundheitspolitik «Gesundheit2020» sieht der Bundesrat Handlungsfelder und Massnahmen vor, welche die Chancengleichheit und die Lebensqualität fördern und dazu beitragen, das Ziel «fostering healthy ageing» der WHO zu erreichen.

---

<sup>13</sup> Bundesamt für Statistik BFS (2014): Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel, S. 65.

<sup>14</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern, S. 38.

So entwickelt das Bundesamt für Gesundheit BAG zurzeit gemeinsam mit seinen Partnern eine Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, deren Wirkung besonders auch im Alter greifen soll. Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für hochbetagte Menschen setzt der Bund zusammen mit den Kantonen die Nationale Demenzstrategie und die Nationale Strategie Palliative Care um. Ziel des Projektes «Koordinierte Versorgung» ist es, die Gesundheitsversorgung für (hoch-) betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten zu verbessern. Die Situation der Angehörigen, die oft bei der Pflege und Betreuung von hochbetagten Menschen involviert sind, soll mit dem Aktionsplan Angehörigenpflege gestärkt werden. Zudem hat der Bundesrat beschlossen, eine Strategie zur Langzeitpflege zu formulieren.

Das BAG fördert die gesundheitliche Chancengleichheit bzw. den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit derzeit bereits als Querschnittsaufgabe. Beispielsweise wird die Förderung der Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten im Rahmen des Programms «Migration und Gesundheit» des BAG zusammen mit Partnern angegangen. Das BAG ist aber auch daran, eine umfassende Strategie zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu entwickeln.

#### **Handlungsbedarf: Forschung und Koordination**

Aus gesundheitspolitischer Sicht besteht vor allem in einem Bereich Handlungsbedarf, um das Ziel der WHO-Berichtes zu erreichen. Es mangelt an einer übergeordneten Koordination aller Aktivitäten im Bereich des «Healthy Ageing». Ein solches gemeinsames Dach, an dem sich die vorhandenen Projekte und Massnahmen ausrichten, könnte die WHO-Strategie bieten, wenn sie voraussichtlich im Mai 2016 von der World Health Assembly verabschiedet wird.

#### **Zu den Autoren**

##### **Stefan Spycher**



Dr. Stefan Spycher (49) ist seit 2008 Vize-direktor des Bundesamtes für Gesundheit und verantwortlich für den Direktionsbereich Gesundheitspolitik. Zuvor war er Leiter des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums ([www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)) (2006–2008) sowie Mitinhaber und Geschäftsleiter des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien ([www.buerobass.ch](http://www.buerobass.ch)) (1992–2006). Stefan Spycher studierte in Bern, Basel und Bonn Ökonomie und Politikwissenschaften. Seine Dissertation schrieb er über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung.

##### **Margreet Duetz Schmucki**



Dr. med. Margreet Duetz Schmucki studierte in Amsterdam Humanmedizin und erwarb in der Schweiz den Facharztstitel Prävention und Gesundheitswesen. Sie leitet am Bundesamt für Gesundheit die Sektion Nationale Gesundheitspolitik, in welcher u. a. die Themen Demenz, Palliative Care, koordinierte Versorgung und psychische Gesundheit bearbeitet werden.

##### **Lea von Wartburg**



Lea von Wartburg arbeitet seit 2008 im Bundesamt für Gesundheit, Sektion Nationale Gesundheitspolitik. Sie leitet die «Nationale Strategie Palliative Care» von Bund und Kantonen und das Projekt «Koordinierte Versorgung», eine Massnahme der gesundheitspolitischen Agenda «Gesundheit2020» des Bundesrates. Sie hat an der Universität Zürich Publizistikwissenschaften und Soziologie studiert.

## Gesundheit, soziale Ungleichheit und Sozialversicherungen

Martin Wicki, Bereich Forschung und Evaluation,  
Bundesamt für Sozialversicherungen

46

*Gesundes Altern beginnt nicht erst mit dem nahenden oder eingetroffenen Pensionsalter. Vielmehr prägen – neben genetischen Dispositionen – Lebens- und Arbeitsbedingungen in früheren, ja oft gar in frühesten Lebensabschnitten stark die Selbstwahrnehmung, das Körperempfinden und das gesundheitsbezogene Verhalten, was wiederum die gesellschaftliche Teilhabe mitprägt.*

Nicht nur beeinflusst die Schichtzugehörigkeit, allen voran der Bildungsstatus, die Lebenserwartung – gemessen an der Anzahl Bezugsjahre der Altersrente – signifikant, auch das selbst wahrgenommene physische und psychische Wohlbefinden korreliert in allen Altersklassen erheblich mit der Schichtvariablen. Und wie epidemiologische Daten etwa bei Nikotinkonsum oder Übergewicht zeigen, sind auch Zusammenhänge beim Gesundheitsverhalten nachweisbar.

Dem Sozialstaat kommt die Aufgabe zu, Instrumente zum sozialen Ausgleich zu schaffen. Auf der Bundesebene sind dies in erster Linie die Sozialversicherungen. Anders als Privatversicherungen funktionieren sie nicht strikt nach versicherungsmathematischen Prinzipien, sondern sie enthalten politisch festgelegte Solidaritätstransfers.

### Krankenversicherung und AHV

Krankenversicherer dürfen in der Grundversicherung bei der Prämienfestlegung keine Unterschiede nach Alter oder Geschlecht machen, wodurch ein Transfer von den Risikokollektiven männlich bzw. jung zu weiblich bzw. alt stattfindet. Wegen der Einheitsprämien in der Krankenversicherung fehlt hingegen jeglicher einkommensbezogene Ausgleich, ausser dass kantonal sehr unterschiedlich gestaltete Prämienverbilligungen die Prämienlast für moderatere Einkommenschichten etwas abfedern.

Relativ stark umverteilend wirkt die AHV: Die Beiträge werden auf das gesamte Einkommen, also gegen oben in der Einkommensskala unbegrenzt, erhoben, während – vollständige Beitragsjahre vorausgesetzt – die Höhe der AHV-Renten sich in einer engen Bandbreite – im Verhältnis 1:2 – bewegt.

### Invalidenversicherung

Das Invalidenversicherungsgesetz hält im Zweckartikel fest, Invalidität sei «mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen (zu) verhindern, vermindern oder beheben». Das Eingliederungsziel als Maxime besteht seit dem Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1961, wird aber erst seit der 5. Revision konsequent angewandt und mit Massnahmen unterstützt. Die

Formulierung im erwähnten Zweckartikel, wonach die IV «zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen» soll, ist keine Übernahme des funktionalen Gesundheitsbegriffs der WHO («mit gesundem Körper an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnehmen und teilhaben können»), sondern rührt daher, dass die IV im Kern keine Gesundheits- sondern eine Erwerbsersatzversicherung ist. In der Konsequenz jedoch weist die Eingliederungslogik in eine ähnliche Richtung wie der WHO-Begriff, weshalb die Entwicklungen in dieser Sozialversicherung besonders spannend zu beobachten sind.

### **Aktiv am Leben teilnehmen**

Zu Recht fordern heute gesundheitlich eingeschränkte Menschen vermehrt ihr Recht auf Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Teilhabe. Galt früher eine Rente als Mittel zur Partizipation, so wird heute auch deren exkludierendes Potenzial problematisiert. Eingliederung auf möglichst allen Ebenen auch unter schwierigen gesundheitlichen Bedingungen erweist sich als eine äusserst komplexe Aufgabe, an deren Um- oder Durchsetzung viele Akteure bzw. Politikfelder beteiligt sein müssen, was Sensibilisierung erfordert.

Auch im Alter möglichst gesund am «normalen» Leben teilnehmen zu können, ist heute immer mehr Menschen vergönnt, und es werden viele neue Wohn-, Lebens- und Betreuungsformen angeboten, die dies begünstigen. Einige besser Qualifizierte beklagen die «Altersguillotine», das starre Pensionsalter 64/65, während sich andere relativ unbeschwert frühpensionieren lassen. Demgegenüber ist vielen schlechter Qualifizierten das reguläre Pensionsalter zu hoch angesetzt, sie können sich aber mit einer Frühberentung einhergehende Einbussen bei der Altersrente kaum leisten. Ein sozial abgestuftes flexibilisiertes Rentenalter für alle, wie in vereinzelt Branchen bereits sozialpartnerschaftlich umgesetzt, würde breitere Schichten einen angenehmeren Lebensabend geniessen lassen.

---

### **Zum Autor**

#### **Martin Wicki**



Lic. phil Martin Wicki, Soziologe, war mehrere Jahre in organisations- und bildungssoziologischen Forschungsprojekten beschäftigt. Er arbeitet im Bundesamt für Sozialversicherungen als Forschungs- und Evaluationsmanager und leitet seit 2006 das Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung. Seit 2013 ist er Vorstandsmitglied der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft SEVAL.

## Bei weitem nicht nur eine Frage der Gesundheitspolitik

Regierungsrat Philippe Perrenoud, Gesundheits- und Fürsorgedirektor Kanton Bern

48

*Die Gesundheitspolitik in der Schweiz ist nach wie vor dominiert von Themen der stationären und ambulanten Versorgung. Diese hat durchaus auch eine wichtige Funktion für die Erhaltung der Gesundheit im Alter. Als Gesundheitsdirektor und Präsident der GDK befasse ich mich denn auch schwerpunktmässig mit Fragen der Planung und Finanzierung des Versorgungssystems.*

Nichtsdestotrotz sind wir kantonalen Gesundheitsverantwortlichen uns im Klaren, dass der Gesundheitszustand der Menschen in der Schweiz zu 60 Prozent von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik in engeren Sinn bestimmt wird. Einflussreich sind etwa die Bildung, die soziale Sicherheit, die Arbeitssituation oder das Einkommen, die Umwelt, der Verkehr oder die Wohnsituation.

Mit einer Reihe von Elementen aus der Strategie Gesundheit 2020 wollen Bund und Kantone diese gesellschaftlichen und umweltbedingten Determinanten durch eine intensivierete Zusammenarbeit zwischen den Akteuren gezielt verbessern. Wie diese Zusammenarbeit mit Fokus auf das Thema «Gesund altern in der Schweiz» konkret aussehen kann, zeigen die folgenden Beispiele.

### **Projekt «via – Gesundes Altern»**

Das Projekt «via – Gesundes Altern» entstand vor fünf Jahren auf Initiative des Kantons Bern und der Stadt Zürich. Heute wird es in zehn Kantonen unter Leitung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz umgesetzt. Es beinhaltet Massnahmen in den Bereichen Bewegungsförderung, Sturzprävention, Ernährung und Soziale Teilhabe und setzt auf die Partizipation älterer Menschen, auf Chancengleichheit, Einbezug der Hausärztinnen und -ärzte sowie Beratung und Kurse.

Die Gesundheitsförderung bei Menschen über 65 soll dazu beitragen, dass die Lebenserwartung bei guter Gesundheit weiter steigt. Gemäss Berechnungen der Eidgenössischen Finanzverwaltung kann das Kostenwachstum im Gesundheitswesen mit diesem Konzept des «healthy ageing» deutlich gebremst werden.

### **Sozialer Status und Bildung**

Gesundheitszustand und Lebenserwartung hängen in der Schweiz stark ab vom sozialen Status und von der Bildung. Gemäss der Ende 2015 vom European Observatory publizierten Analyse zu unserem Gesundheitssystem leben Männer in der Schweiz mit einer Volksschulbildung rund fünf Jahre weniger lang als Männer mit einer tertiären Ausbildung. Um diesen grossen Unterschied langfristig verkleinern zu können, braucht es Programme, die die ganze Lebensspanne abdecken und sich um die Chancengleichheit ab Lebensbeginn kümmern.

Viele Kantone setzen deshalb auf Massnahmen der «Frühen Förderung». Dabei sind Mütter/Väterberatungen, Kindertagesstätten und Kindergärten besonders wichtige Orte. Die *Tripartite Agglomerationskonferenz (TAK)*, in der alle 3 Staatsebenen vertreten sind, hat mit dem Projekt «Aufwachsen» eine Koordinationsrolle übernommen. Wichtig ist in diesem Projekt der Einbezug der Migrationsbevölkerung und anderer vulnerabler Gruppen.

### **Armut und Gesundheit**

Armut und Gesundheit sind Themen, die sehr starke Wechselwirkungen haben. Als Gesundheits- und Sozialdirektor ist es mir ein besonderes Anliegen, die Verbindung dieser Themen zu betonen. Der Kanton Bern ist in seinem vierten Gesundheitsbericht 2010 diesem Zusammenhang vertieft nachgegangen. Mit dem Nationalen Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut 2014–2018 hat der Bund Initiativen in den Bereichen wie Bildung, Wohnen, berufliche Eingliederung und Unterstützung von Familien angestossen.

Aufseiten der GDK sind uns auch der gesicherte Zugang zum Gesundheitswesen für alle und die Finanzierbarkeit der Krankenkassenprämien und anderer Gesundheitsausgaben für sozial Schwächere wichtig. Zusammen mit meinen Kolleginnen und Kollegen der Sozialdirektorenkonferenz SODK setze ich mich für eine enge Verknüpfung dieser Themen ein.

### Verbesserungspotenzial

Gibt es noch Verbesserungspotenzial in Bezug auf die WHO-Ziele? Mit den laufenden Prozessen für die Bekämpfung der Armut, der Prävention nicht übertragbarer Krankheiten und im Bereich Gesundes Altern haben wir eine gute Grundlage, um auf die Herausforderungen zu reagieren, die die demografische Entwicklung mit sich bringen.

Die verschiedenen Politikbereiche arbeiten aber noch zu wenig vernetzt und die politischen Entscheide sind nicht ohne Widersprüche. Wenn es uns gelingt, die Themen Gesundheit, Armut und Alter kohärenter und koordinierter anzugehen, werden wir – da bin ich überzeugt – der kommenden Generation von älteren Menschen gute Rahmenbedingungen im Sinne der WHO-Ziele anbieten können.

---

### Zum Autor

#### Philippe Perrenoud



Dr. Philippe Perrenoud hat an der Universität Bern Medizin studiert und später seinen Dokortitel an der Universität Basel erworben. Ab 1984 hat er sich in der Psychiatrie und Psychotherapie in diversen öffentlichen Spitälern spezialisiert und den Titel als Dr. med. FMH in 1992 erworben. Ab 1993 war er als Chefarzt in der öffentlichen Psychiatrie im

Berner Jura tätig. Im 2000 wurde er als Direktor der Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland – Berner Jura nominiert. Motiviert durch seine Arbeit und die Schicksale seiner Patienten trat Philippe Perrenoud 1997 der SP bei. Von 2001 bis 2006 war er Mitglied der Interjurassischen Versammlung – interkantonales Gremium zur Beilegung der Jurafrage. Im Frühling 2006 wurde er in den bernischen Regierungsrat gewählt, wo er die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) übernahm. Von 2010 bis 2011 war er Regierungspräsident und im Frühling 2014 war seine Wiederwahl für eine dritte Legislatur. Zudem ist er seit dem 1. Juli 2014 Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK).

## Santé et qualité de vie des personnes âgées

Marion Droz Mendelzweig, Haute Ecole de la Santé  
La Source, Lausanne

50

*Les monitorings de la santé effectués en Suisse indiquent que la qualité des soins y est estimée bonne. Les différentes mesures de contrôle des modes de financement ne semblent pas se faire au détriment de la qualité des prestations. Cependant, l'examen de ces questions au prisme du profil des patients indique que la prise en charge des soins est moins favorable aux patients chroniques ou multimorbides.*

Les associations de proches relèvent l'absence de couverture pour les tâches d'encadrement des malades et leur insuffisance pour les frais d'assistance<sup>1</sup>. Pour les proches disposant de ressources financières modestes, l'accompagnement de leur parent âgé est un défi. Il est à craindre que le fractionnement des services gériatriques sur les plans organisationnel, structurel, administratif, soit facteur d'inefficacité comme source d'inégalités pour les bénéficiaires de prestations. La volonté des politiques sanitaires de dissocier les prestations liées à la maladie de celles liées aux soins semble avoir pour effet de prêter aux patients âgés et leurs proches aidants.

### Vieillir à domicile

Le maintien à domicile est une composante importante de l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées. Vieillir chez soi est un souhait largement partagé. Ce souhait pose un enjeu sociétal, tant sa réalisation dans des conditions de confort et de sécurité satisfaisant l'ensemble des acteurs concernés – personnes âgées, proches, professionnels – nécessite des planifications et des organisations partagées. A ce titre, la prévalence des troubles démentiels est un bon analyseur des dispositions appliquées pour faciliter le maintien à domicile.

Le nombre de personnes atteintes de démence parmi les clients des services d'aide et de soins à domicile n'est pas connu précisément. Toutefois, une étude suisse<sup>2</sup> indique que près de 40% des malades bénéficiant des prestations d'aide et de soins à domicile sont des personnes démentes. Le coût des prestations du maintien à domicile est estimé à 302 millions de francs en 2007. L'ampleur du phénomène, à laquelle la démence participe en bonne partie sans en être l'unique raison, invite à interroger les mesures développées.

A titre d'exemple, le canton de Vaud se distingue par une attention poussée et des efforts remarquables<sup>3</sup>. Il détient les taux d'institutionnalisation les plus bas de Suisse. Ce succès est porté au crédit d'une stratégie, instaurée dès les années 1980, pour des prises en charge interdisciplinaires des personnes âgées à domicile dans le cadre des centres médico-sociaux (CMS). Cependant, plusieurs inconnues pèsent sur ce système, au nombre desquelles les difficultés à financer les soins non imputables à l'assurance de base figurent à l'avant-scène.

Le maintien à domicile se traduit aussi par de nouvelles formes d'habitat. Différentes formules de domiciles communautaires, associés à des aides et soins ambulatoires, apparaissent témoignant d'une volonté de plus en plus répandue d'échapper aux structures institutionnelles dans le grand vieillissement. Elles obtiennent des soutiens du secteur public, attestant que la prise en considération des personnes âgées dépendantes n'est plus exclusivement de la responsabilité des personnes concernées, mais un engagement social, politique et éthique.

---

<sup>1</sup> <http://www.alz.ch/index.php/239/items/financement-des-soins-pomme-de-discorde-le-sujet-reste-dactualite.html>, page consultée le 22.7.2015.

---

<sup>2</sup> ECOPLAN 2010, cité par Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (Eds.) (2011): La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse: Editions Hans Huber.

<sup>3</sup> Politique cantonale vieillissement et santé, 2012: [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante\\_social/services\\_soins/rapport\\_version\\_finale-11janv2012.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/rapport_version_finale-11janv2012.pdf) (repéré le 02.10.15).

### Prévenir la maltraitance

En Suisse, l'intérêt pour la maltraitance envers les personnes âgées est une préoccupation récente. Quelques scandales, dont certains se sont déroulés dans des institutions de long séjour, en ont été l'élément déclencheur. Un rapport sur la population âgée en Suisse datant de 2000 est la seule source permettant d'apprécier le phénomène à l'échelle nationale: 3,9% des personnes de plus de 65 ans vivant en ménage privé affirmaient avoir vécu des actes de violence au cours des 12 derniers mois<sup>4</sup>. Le sujet n'ayant pas été jugé prioritaire, il a été retiré des enquêtes ultérieures sur la santé en Suisse. Faute d'étude de prévalence, il existe toutefois suffisamment de signes pour justifier un maintien en alerte. En Suisse romande des structures de prévention se sont constituées. L'information du grand public, la sensibilisation du personnel soignant et l'orientation des personnes concernées dans le réseau fait partie de leur fonction.

### Favoriser l'autodétermination en fin de vie

Soulager le vieillissement, c'est également avoir la garantie de traitements en fin de vie respectueux des volontés des personnes. L'introduction de la Loi sur la protection de l'adulte en 2013 vient en écho au discours dominant favorable à l'autodétermination pour les soins en fin de vie. Les directives anticipées sont un élément fort des mécanismes promus à ce titre. Un document formalisé ne donne cependant pas raison des détails auxquels les professionnels se confrontent. Cela a été observé en EMS, avec les cas, de plus en plus fréquents, de troubles démentiels en fin de vie, où c'est par le maintien de la communication avec les patients et leurs proches que les professionnels se montrent le plus attentifs à ce souci de l'autodétermination.

### L'auteure

#### Marion Droz Mendelzweig



Marion Droz Mendelzweig achieved a PhD in Anthropology at the University of Lausanne (Switzerland). She teaches anthropology of health at undergraduate level in the Bachelor of Nursing at the University of Applied Sciences of Western Switzerland. She is in charge of the Research Unit on Health and Ageing where she conducts research projects

centred on ageing and health. Her focus is on cerebral ageing, subject that she tackles in a critical anthropology perspective. The topics of her works relate to medicalisation of ageing and professional care work to elders, elders with dementia in particular. Her interests lie in the area of citizenship with an attention to the diverse ways ageing with dementia is being addressed as object of medical care and is being neglected as the contemporary feature of being an elder citizen.

<sup>4</sup> Office fédéral de la statistique (2000): Les personnes âgées en Suisse. Neuchâtel: OFS.

## «Altersfreundlich» heisst gesellschaftsfreundlich

*Kurt Fluri, Stadtpräsident und Nationalrat, Solothurn, Präsident des Schweizerischen Städteverbandes*

52

*Der demografische Wandel wird die Städte stark fordern. Es werden dort aber bereits heute gute und praxisorientierte Ideen entwickelt. Mit diesem Know-how können die Städte eine Schlüsselrolle in der Alters- und Generationenpolitik spielen.*

In Solothurn helfen Pensionärinnen und Pensionären in der Primarschule. Sie lösen mit den Kindern die Hausaufgaben und bringen ihnen das Lesen bei. Das Projekt «Seniorinnen und Senioren in der Schule», das in verschiedenen Schweizer Städten durchgeführt wird, ist beispielhaft. Es trägt zu genau jenen Zielen bei, die die Weltgesundheitsorganisation WHO mit ihrem Aktionsplan zum Alter verfolgt: das gesellschaftliche Bild des Alt-Werdens aufzuwerten, und zu ermöglichen, dass ältere Menschen am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Alt zu werden soll in Zukunft nicht mehr nur heissen, den Ruhestand zu geniessen, sondern – wenn man dies wünscht – weiterhin im städtischen Leben mit dabei zu sein.

### **Es profitieren alle**

Die Schweizer Städte und der Schweizerische Städteverband haben sich in den letzten Jahren intensiv mit dem demografischen Wandel auseinandergesetzt. In vielen Städten und Gemeinden wurden interessante Vorhaben lanciert. So wurde in Luzern beispielsweise ein vierjähriges Pilotprojekt durchgeführt, das unterschiedlichste Aktivitäten koordinierte: vom Bepflanzen des Gemeinschaftsgartens bis zur öffentlichen Informationsbörse der Altersorganisationen. Oftmals zeigen solche Projekte, wie auch das Beispiel der «Senioren in der Schule», dass ein Engagement zugunsten der Betagten nicht nur zu deren Nutzen ist. Im Gegenteil, es profitieren alle Generationen: beim Schulprojekt die Kinder, die Eltern, die Lehrer und die Senioren selbst. Dies gilt auch anderswo: Ein rollstuhlgängiger Park ist auch mit einem Kinderwagen

besser zugänglich, und Quartierarbeit, die den Zusammenhalt fördert, nützt allen, die dort wohnen. «Altersfreundlich» heisst deshalb sehr oft auch «gesellschaftsfreundlich».

### **Strategische Arbeit geleistet**

Die WHO listet verschiedene Massnahmen auf, um «altersfreundliche Umgebungen» (environments) zu schaffen. So etwa Informationskampagnen, die Förderung der sozialen Einbindung, Massnahmen gegen Altersarmut und Alters-Wohnangebote. Damit sollen zwei Hauptziele erreicht werden: eine Verbesserung der öffentlichen Alterswahrnehmung («combat ageism») und grössere Unabhängigkeit für die Betagten («enable autonomy»). In beiden Schwerpunktbereichen sind die Schweizer Städte aktiv. 95 Prozent der städtischen Altersleitbilder enthalten Überlegungen zur Selbständigkeit (Autonomie) der älteren Bevölkerung. Dies hat eine Studie des Städteverbandes 2014 ergeben. Dieselbe Erhebung zeigt auch, dass das Thema «Einbezug und Partizipation» in 87 Prozent der Altersleitbilder erläutert wird. Die differenzierten und umfassenden Strategiepapiere legen eindrücklich dar, dass sich die Städte bewusst sind, welche Herausforderungen auf sie zukommen.

Die Studie des Städteverbandes erklärt auch, welches Thema den Städten am meisten Kopfzerbrechen bereitet: das Wohnen. Es ist der Themenbereich, der in den Altersleitbildern mit der grössten Häufigkeit behandelt wird. Zentral ist die Verfügbarkeit von altersgerechten Appartements, etwa solchen, die rollstuhlgängig sind oder über einen Lift verfügen. Die Wohnthematik betrifft aber nicht nur die «Infrastruktur». Das Wohnen ist ein Thema, das zahlreiche Verknüpfungen aufweist. So erleichtert eine Wohnung in einem nachbarschaftlichen Quartier beispielsweise die Pflege von sozialen Kontakten. Und eine gute ÖV-Anbindung ermöglicht es älteren Menschen, länger selbständig unterwegs zu sein.

### Gute Ideen teilen

Gerade weil es in der Alterspolitik viele Abhängigkeiten gibt, birgt sie für die Städte grosse Herausforderungen. Es sind nun gute und umsetzbare Ideen gefragt, zumal vielenorts auch die finanziellen Mittel knapper werden. Damit wegweisende Ideen eine breite Wirkung entfalten, gilt es sicherzustellen, dass die Städte von ihren Erfahrungen auch gegenseitig profitieren können. Der Schweizerische Städteverband hat die Alterspolitik zu einem Schwerpunktthema gemacht, und seit kurzem gehört ihm auch das «Netzwerk altersfreundlicher Städte» an, das sich ebendiesem Erfahrungsaustausch widmet.

Der Strategieplan der WHO betont richtigerweise, dass für eine zielgerichtete Alterspolitik alle Staatsebenen zusammenarbeiten müssen. Hierbei geht es nicht zuletzt darum, das Engagement, das die Städte in diesem Bereich heute schon leisten, zu honorieren. Beeindruckend ist etwa der Pioniergeist, den die Stadt St. Gallen an den Tag legt. Sie «bürgt» für ein sogenanntes «Zeitvorsorgemodell»: Ältere Menschen unterstützen Betagte, die Hilfe nötig haben. Die Leistungen werden auf einem Konto «gutgeschrieben» und können später bezogen werden, wenn man selbst Hilfe braucht. Das innovative Projekt wurde kürzlich auch mit dem «Prix Excellence publique» der Schweizerischen Gesellschaft für Verwaltungswissenschaften SGVW ausgezeichnet.

---

### Zum Autor

#### Kurt Fluri



Kurt Fluri wurde 1955 in Solothurn geboren. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften an den Universitäten Bern und Basel - Abschluss als lic. iur. 1981 sowie als Rechtsanwalt und Notar 1984 - führte er während neun Jahren sein eigenes Anwaltsbüro in Solothurn. Für die FDP war Kurt Fluri zunächst im Gemeinderat von Solothurn, ab 1989 im Kantonsparlament und seit 1993 Stadtpräsident. Seit Oktober 2003 ist er Nationalrat. Kurt Fluri ist Präsident des Schweizerischen Städteverbandes, der Stiftung Landschaftsschutz Schweiz und der Regionalverkehr Bern-Solothurn AG. Er ist verheiratet und Vater von fünf Kindern.

---

### Weitere Informationen

[www.staedteverband.ch](http://www.staedteverband.ch)  
[www.altersfreundlich.net](http://www.altersfreundlich.net)

## Von der altersfreundlichen zur generationenverbindenden Gemeinde

Hannes Germann, Präsident des Schweizerischen Gemeindeverbandes

54

*Die meisten Schweizer Gemeinden haben in den letzten Jahren eine Strategie zur Alterspolitik entwickelt. Für eine generationenübergreifende Ausrichtung sind die vorhandenen Altersleitbilder und -konzepte unter Einbezug der verschiedenen Akteure gemeinsam weiterzuentwickeln.*

Was zeichnet eine *altersfreundliche* Gemeinde aus? Ist diese Frage richtig gestellt, wenn zum ersten Mal in unseren Breiten von einer Vier-Generationen-Gesellschaft die Rede ist? Unsere heutige Gesellschaft besteht aus Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen, Menschen im mittleren Alter, Seniorinnen und Senioren im nachberuflichen Alter sowie hochbetagten Mitmenschen. Welches *Alter* ist also gemeint, und wann ist eine Gemeinde *altersfreundlich*? Die Antwort liegt dort, wo und wie innerhalb einer Gemeinde die vier Generationen als gleichwertige Gruppierungen im Alltag wahrgenommen werden, einbezogen sind und wo und wie sie am gesellschaftlichen Leben aktiv teilhaben. Die Vielfalt von Generationen übergreifenden Engagements und Vorhaben ist beinahe unbegrenzt: Grosseltern betreuen und fördern ihre Enkel, während die Eltern ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Lokale Jugendtreffs bieten eine Jugendjobbörse an, wo Jugendliche an Seniorinnen und Senioren vermittelt werden, damit sie gegen ein Taschengeld kleinere Arbeiten wie Reinigung, Gartenarbeit, Smartphone-Support, Einkäufe usw. übernehmen. Seniorinnen und Senioren betreuen und unterstützen Hochbetagte bei verschiedenen Anliegen und Ansprüchen des Alltags. Emeritierte Lehrpersonen führen Schul- oder Gemeindebibliotheken, engagieren sich zugunsten kultureller und gesellschaftlicher Angebote. Rentnerinnen und Rentner begleiten Jugendliche beim Übergang von der obligatorischen Schulzeit in den Berufsalltag. Seniorinnen und Senioren leisten in der Flüchtlingsbetreuung sprachliche und kulturelle Übersetzungsdienste. Vieles entsteht und entwickelt sich, ohne dass die kommunalen Behörden und Verwaltungen etwas initiieren, dazu tun

müssen. Und dennoch könnten die vorhandenen Ressourcen, Kompetenzen und Fähigkeiten noch stärker aktiviert, besser gebündelt und Potenziale optimal genutzt werden, wenn einer generationenübergreifenden Ausrichtung höhere Bedeutung zugemessen würde.

### **Was kann eine Gemeinde tun, damit sie «altersfreundlicher» wird?**

Die meisten Schweizer Gemeinden haben in den letzten Jahren allein oder im Verbund mit anderen Gemeinden ein Altersleitbild oder ein Alterskonzept erarbeitet. Sie sind somit «in line» mit der globalen Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health). Was in diesen Strategiepapieren auf den ersten Blick überzeugend wirkt, ist in Wirklichkeit noch zu wenig greifbar und nachhaltig. So zeigte eine Studie im Auftrag der Pro Senectute Kanton Bern und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern («Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden», November 2011) auf, dass in den Bereichen «Hilfe, Pflege und Betreuung», «Essen, Ernährung», «Aktivitäten, soziale Kontakte» sowie «Gesundheit, Prävention» entsprechende Ziele und Massnahmen weitgehend oder zumindest teilweise umgesetzt wurden. Dagegen sei der Anteil *nicht* umgesetzter Ziele und Massnahmen in den Bereichen «Wohnen im Alter», «Einbezug der älteren Bevölkerung» und «Fachkräfte und Freiwillige» am höchsten. Gerade bei den drei letztgenannten Themenfeldern besteht Handlungsbedarf. Will eine Gemeinde *altersfreundlicher* werden, sind Strategien und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren weiterzuentwickeln. Eine erfolgsversprechende Alterspolitik beruht auf Information, Koordination, Kooperation und Monitoring. Oberste Priorität haben Autonomie, Partizipation, Austausch und Begegnung. Die traditionellen Altersbilder, wonach nach dem Ausscheiden aus den bisherigen beruflichen und familiären Verpflichtungen eine Lebensphase mit Abbau und Krankheit folgt, sind überholt.

### Wie kann sich eine Gemeinde «altersfreundlich» positionieren?

Nach innen: Die vorhandenen Altersstrategien (Altersleitbilder und -konzepte) sind unter Einbezug der gesellschaftlichen Veränderungen, demografischen Entwicklungen und künftigen Herausforderungen periodisch zu überprüfen und neu auszurichten. Strategien lassen sich am besten erarbeiten und umsetzen, wenn Akteure und Anbieter sowie Vertreterinnen und Vertreter aller Generationen sich zu einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung verpflichten. Dadurch entstehen neue Netzwerke, Wissen und Erfahrungen werden ausgetauscht, Lücken und Doppelspurigkeiten bei Angeboten erkannt und beseitigt. Nebst kommunalen Arbeitsmodellen lassen sich gleichzeitig regionale strategische Zusammenarbeitsformen entwickeln. Ein wichtiger Teil ist die Kommunikation: Gemeinden kommunizieren über Websites, Informationsblätter und Zeitschriften, Wegweiser, Aushängetafeln, Gemeindeversammlungen und andere Veranstaltungen. Diese Kommunikationsmittel tragen, wenn gebündelt und zielgerichtet eingesetzt, wesentlich zur zeitgerechten Information und Meinungsbildung bei.

Nach aussen: Gemeinden stehen im Wettbewerb zueinander. Sie können sich gegenseitig in ihrer *Alters-/Generationenfreundlichkeit* vergleichen, fördern und verbessern. Was in der einen Gemeinde taugt, kann der anderen Gemeinde Impulse zur Entwicklung eigener Ideen geben. Regional: Mittlere und kleinere Gemeinden verfügen nicht immer im gleichen Ausmass über Ressourcen und Kompetenzen wie grössere Gemeinden. Ausserdem sind Gemeinden von mittlerer Grösse überblickbarer als grosse Gemeinden. Ein regionaler Austausch drängt sich im Interesse und zur Erreichung einer gemeinsamen *altersfreundlichen, generationenübergreifenden Entwicklung* auf.

### Die kommunalen Behörden auf dem Weg zu einer generationenverbindenden Siedlungspolitik

Private und institutionelle Investoren wie Immobiliengesellschaften und Vorsorgestiftungen haben erkannt, dass das Angebot für autonomes Wohnen zunehmend einem Bedürfnis von Jung und Alt entspricht. Seit Jahren werden Überbauungen mit unterschiedlichen Wohnungsgrössen alters-/behinderten-/familiengerecht geplant und gebaut. Die politischen Behörden können diesen Prozess massgebend beeinflussen und vorantreiben, indem sie bei Siedlungsrichtplänen, Ortsplanungen und Umzonungen, beim bedarfsgerechten Ausbau des öffentlichen Verkehrs, beim Fördern von Beratungs- und Informationsangeboten sowie bei der Freiwilligenarbeit gezielt Akzente und richtungsweisende Rahmenbedingungen setzen. Mit der Zeit entstehen generationenverbindende Siedlungen bzw.

Überbauungen mit Dienstleistungen wie Spitex, Physiotherapie, Kindertagesstätten, Spielgruppen, Fahrangeboten, Generationentreffpunkten sowie verschiedenen Beratungs- und Hilfsangeboten. Solche Modelle sind zukunftsgerichtet; sie tragen zu vielfältigen sozialen Kontakten bei. Freiwillige und professionelle Unterstützungs- und Hilfsangebote werden aufgebaut und ergänzt; es entwickelt sich ein generationenverbindendes Zusammenleben mit hoher Lebensqualität.

### Von der altersfreundlichen zu einer generationenverbindenden Schweiz

Viele Städte und Gemeinden engagieren sich bereits heute mit vorbildlichen Konzepten, Projekten und Initiativen für die gesellschaftliche Partizipation, Gesundheitsförderung und Prävention. Die Schweiz ist auf gutem Weg, sich von einer altersfreundlichen zu einer generationenverbindenden Gesellschaft hin zu entwickeln.

55

#### Zum Autor

##### Hannes Germann



Hannes Germann (1956) bildete sich nach seinem Erstberuf Lehrer zum Betriebsökologen weiter. Seit 2002 ist er Ständerat, 2014 war er Ständeratspräsident. Zuvor war er Gemeindepräsident in Opfertshofen SH (1997–2008), Kantonsrat SH (1997–2000) und Erziehungsrat SH (1993–1996). Seit 1999 ist Hannes Germann Präsident des Schweizerischen Gemeindeverbandes. Er ist auch beim Hauseigentümerverband, beim Verband Schweizerischer Gemüseproduzenten sowie bei der Industrie-Vereinigung Schaffhausen aktiv. Hannes Germann ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Er ist auch beim Hauseigentümerverband, beim Verband Schweizerischer Gemüseproduzenten sowie bei der Industrie-Vereinigung Schaffhausen aktiv. Hannes Germann ist verheiratet und hat zwei Kinder.

## Altersfreundliche Quartiere

Simone Gretler Heusser, Hochschule Luzern

56

*Möglichst lange in der eigenen Wohnung bleiben können. Auch im Alter noch selbständig unterwegs sein können. Und vor allem: auch im Alter noch dazugehören, sich nicht überflüssig fühlen. So lassen sich die Aussagen von Menschen zusammenfassen, die nach ihren Bedürfnissen im Alter gefragt werden.*

Das neue Gesundheitsverständnis, wie es das Strategiepapier «Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health» der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorschlägt, umfasst neben der intrinsischen (Gesundheits-)kapazität einer Person auch ihre vielfältigen Interaktionen mit der Umgebung. Wie gesund – im Sinne der WHO – ich im Quartier zu altern vermag, hat also etwas damit zu tun, wie meine Beziehung zu meinen Angehörigen und der Quartierarbeiterin ist (Personen), ob ich Zugang zu Spitex oder der Pro Senectute finde (Organisationen), ob meine Bushaltestelle beleuchtet, meine Wohnung treppenfrei zugänglich ist und ob ich meinen täglichen Bedarf an Lebensmitteln in der Nähe abdecken kann (Infrastruktur). Und es hängt auch davon ab, wie das Erwachsenenschutzrecht ausgestaltet ist und ob ich darüber informiert bin sowie welche Altersbilder ich selber und meine Umgebung pflegen (Politiken).

Diese Elemente – sie könnten natürlich auch anders aussehen als die obengenannten Beispiele – bilden zusammen mit der intrinsischen Kapazität die funktionale Fähigkeit (functional ability), welche die Möglichkeiten des von der WHO angestrebten healthy ageing umschreibt. Die Strategie und die Definition sind neu, das Ziel jedoch ist alt: Schon die zweite Weltversammlung über das Altern der Vereinten Nationen, welche im April 2002 in Madrid stattfand, hielt die «Schaffung eines förderlichen und unterstützenden Umfelds» als Aktionsrichtung fest.

### Altersfreundliche Quartiere in der Schweiz

Als wie altersfreundlich können nun die Quartiere in der Schweiz bezeichnet werden? So wenig wie es DAS Alter gibt (oder DIE Schweiz), so wenig gibt es DIE altersfreund-

lichen Quartiere. Es entspricht dem Subsidiaritätsprinzip und dem föderalistischen System der Schweiz, dass es auch keine flächendeckenden Programme zu altersfreundlichen Quartieren gibt. Es gibt jedoch zahlreiche Initiativen und Projekte, welche durchaus ein altersfreundliches Quartier zum Ziel haben. Gerade in den Städten, aber auch in Gemeinden, oft initiiert von einem Quartierverein oder einer vorausdenkenden (ehemaligen) Gemeinderätin, ist vieles in Bewegung.

### Lebensqualität im Alter

Lebensqualität im Alter ist unmittelbar von der nächsten Umgebung geprägt. Diese Erkenntnis hat sich bei allen Akteuren im Altersbereich weitgehend durchgesetzt. Der Grundsatz «ambulant vor stationär» beispielsweise macht nur dann Sinn, wenn neben der pflegerischen Betreuung durch Spitexdienste auch die tägliche Versorgung sowie soziale Kontakte und Beteiligung, Bildungsmöglichkeiten, Bewegung und Sicherheit zugänglich sind. Dies zeigen auch die Projekte zu altersfreundlichen Quartieren in Luzern und Solothurn, welche das Institut für Soziokulturelle Entwicklung (ISE) der Hochschule Luzern begleitet hat. Was genau gefragt ist, um ein Quartier altersfreundlich zu machen, hat das ISE mit Quartierbewohnerinnen und Quartierbewohnern partizipativ erhoben. So unterschiedlich die untersuchten Quartiere und die verwendeten Methoden waren – die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung für ein altersfreundliches Quartier bewegen sich immer um die Themen Wohnen (inklusive Möglichkeit, in eine kleinere Wohnung im Quartier umziehen zu können), Versorgung, Mobilität, Teilhabe, Sicherheit, Pflege. Vor allem für alleinlebende Personen ist es oft wichtig, sich durch nachbarschaftliche Kontakte vor der Gefahr abzusichern, beispielsweise nach einem Sturz tagelang nicht gefunden zu werden; deshalb und auch bei Fragen der Versorgung (Hilfe beim Einkaufen) kommt der Nachbarschaftshilfe häufig eine grosse Bedeutung zu.

Ein weiteres zentrales Thema ist die Pflege, heutzutage meist in erster Linie die ambulante Pflege zuhause durch Spitexdienste. Aber auch die stationäre Pflege und Betreuung hat durchaus einen Quartierbezug. So ist beispielsweise für die Alterszentren der Stadt Zürich ihr Selbstverständnis als offene Häuser und Treffpunkte für alle Generationen in den Quartieren ein Schwerpunkt; zudem wollen sie in ihrer dezentralen, quartierorientierten Struktur ihren Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglichen, nach dem Übertritt ins Alterszentrum im Quartier zu verbleiben.

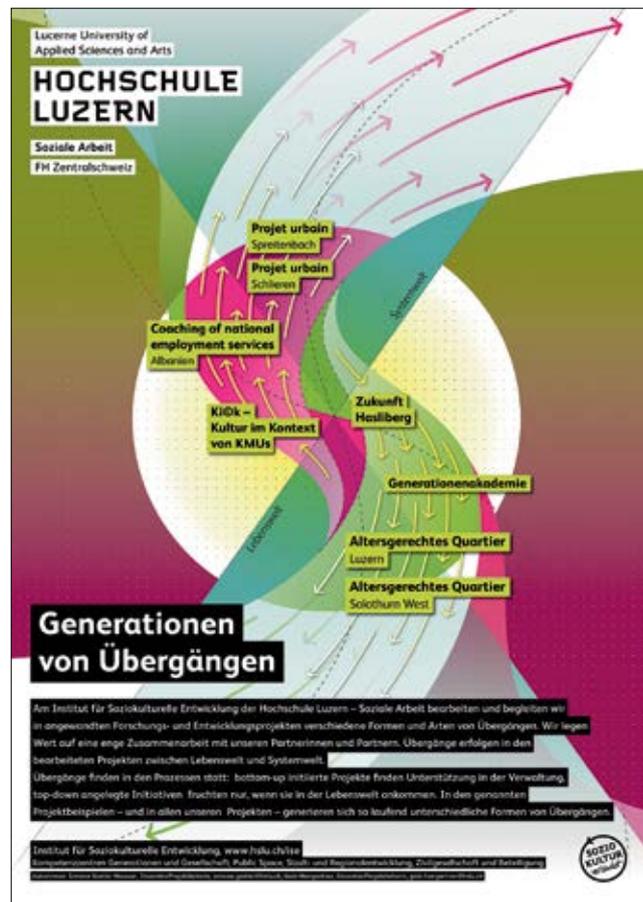
Im Jahr 2014 hat die Age Stiftung Schweiz das Programm Socius gestartet. Begleitet durch gemeinsame Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch arbeiten Ver-

tretenungen zehn ausgewählter Projekte an bedürfnisorientierten Unterstützungssystemen für die ältere Bevölkerung. Dabei geht es in erster Linie darum, die Zusammenarbeit von Behörden und Freiwilligen, ambulanten und stationären Leistungserbringern sowie Organisationen im Altersbereich allgemein zu entwickeln und zu verbessern.

### Handlungsbedarf auf politischer Ebene

Der Handlungsbedarf in der Schweiz liegt auf der politischen Ebene. Eine altersfreundliche Politik wird nicht auf Quartierebene definiert. Dies haben wir im Luzerner Projekt gesehen, diesen Schluss zieht auch François Höpflinger im Socius-Programm. Das gute Zusammenleben im Quartier kann eine gute Sozialpolitik sowie eine allgemein altersfreundlich ausgerichtete Politik nicht ersetzen. Es zeigt sich jedoch, dass Massnahmen auf Quartierebene sich in verschiedener Hinsicht unmittelbar auf die Lebensqualität im Quartier auswirken – und zwar für alle Menschen im Quartier. Es geht also darum, sowohl «bottom up» als auch «top down» einen Dialog zwischen Quartierbewohnenden und Stadtbehörden einzurichten. Die soziokulturelle Animation, wie sie am ISE gelehrt wird, nimmt genau diese intermediäre Position zwischen Lebenswelt der Akteure und System ein. Quartierarbeit, wie sie beispielsweise in Solothurn mit dem Projekt zum altersfreundlichen Quartier geschaffen wurde, sorgt dafür, dass dieser Dialog fliesst. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Anliegen, welche im Quartier eruiert wurden, jedoch nicht innerhalb des Quartiers zu beantworten sind, und Quartierinitiativen, bei welchen die Quartierbewohnerinnen und -bewohner direkt und autonom aktiv werden.

Im ersten Fall geht es darum, die kommunalen Dienste auf kleinere oder grössere Mängel aufmerksam zu machen. Dies können Hinweise auf gefährliche Strassenübergänge, fehlende Sitzgelegenheiten oder fehlende öffentlich zugängliche Toiletten sein. Im zweiten Fall handelt es sich um Vorschläge, bei welchen der Stadt lediglich eine Rolle als Ermöglicherin zukommt, welche finanzielle oder technische Unterstützung bieten kann. Wenn auch Alterspolitik nicht auf Quartierebene entschieden wird, so können Quartierinitiativen doch ganz entscheidend zum «gelingenden», «guten» oder eben gesunden Altern beitragen. Sie können Verbesserungen erzielen, welche mehr Sicherheit oder eine bessere Versorgung gewährleisten. Vor allem aber ermöglichen sie den Beteiligten soziale Teilhabe, sinnhaftes Tun und die Aneignung ihres Quartiers als Erzählung und als gebaute und gelebte Struktur.



Simone Gretler Heusser ist Mitautorin der Publikation «Generationen von Übergängen».

### Zur Autorin

#### Simone Gretler Heusser



Simone Gretler Heusser, lic. phil., Master of Public Health, 1964, Dozentin an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie leitet dort das Kompetenzzentrum Generationen und Gesellschaft und ist Studienleiterin des Master of Advanced Studies in Altern und Gesellschaft. Ihre Schwerpunkte liegen u. a. im demographischen Wandel, der alternden Gesellschaft und in der Quartier- und Stadtteilentwicklung. Im Rahmen ihrer Tätigkeit hat sie verschiedene angewandte Forschungsprojekte zu Altersgerechten Quartieren geleitet.

## Mesurer l'état de santé des personnes âgées: la contribution de l'OFS

Jean-François Marquis, section Santé,  
Office fédéral de la statistique

58

*La santé, pluridimensionnelle, ne se laisse pas réduire à un indicateur unique. Par suite, c'est un ensemble de sources complémentaires qu'il faut mobiliser pour dessiner une cartographie de la santé de la population et de ses évolutions. L'Office fédéral de la statistique (OFS) y contribue avec plusieurs statistiques qui, pour la plupart, ne concernent pas spécifiquement les personnes âgées<sup>1</sup>.*

Ces statistiques répondent à des besoins en information variés et reposent sur des méthodes très diverses de récolte des données (enquêtes, relevés exhaustifs de données administratives, registres, etc.). Deux grands groupes peuvent être mis en évidence, dès lors qu'il est question de la santé des personnes âgées.

### Les enquêtes auprès de la population

L'enquête suisse sur la santé (ESS), répétée à intervalle de cinq ans depuis 1992, a le double avantage de fournir des données représentatives pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, premièrement, et, deuxièmement, concernant de très nombreuses facettes de la santé et de ses déterminants, comme les maladies chroniques (diabète, dépression, ...), les comportements en matière de santé, ou le recours à la prévention ou aux soins<sup>2</sup>. Cela rend possible l'analyse des interactions entre ces différentes dimensions, ainsi que de leurs liens avec la santé auto-évaluée («santé subjective») et avec le sentiment de bien-être.

L'ESS permet en particulier de documenter la fréquence des limitations fonctionnelles (vue, ouïe, locomotion...) et des limitations dans les activités de la vie quo-

tidiennes (faire sa toilette, s'habiller, ...), qui jouent un rôle crucial pour la santé des personnes âgées. Par contre, cette enquête n'inclut pas les résidents des établissements médico-sociaux (EMS). Or, près de 6% de la population de 65 ans et plus, et même 17% des 80 ans et plus, vivent dans un EMS. C'est pour combler cette lacune que l'OFS a réalisé en 2008/9 une enquête représentative sur la santé des personnes âgées en institution (ESAI)<sup>3</sup>. Celle-ci a recueilli des données sur des dimensions importantes pour la santé des personnes de grand âge, comme les limitations fonctionnelles et dans les activités de la vie quotidienne, bien sûr, mais également comme les troubles cognitifs, les troubles du comportement et la démence. La réunion des données de l'ESS et de l'ESAI permet ainsi d'avoir une vue plus complète de la santé des personnes âgées, ainsi que l'illustre le graphique ci-dessous au sujet des limitations dans les activités de la vie quotidienne. La sixième édition de l'ESS aura lieu en 2017. Une deuxième édition de l'ESAI n'est pas planifiée pour l'instant.

### Des relevés documentant les problèmes de santé diagnostiqués par des professionnels, médecins en particulier

Ces informations sont plus objectives et précises, d'un point de vue médical, que celles fournies par les personnes interrogées lors d'enquêtes. Mais elles ne peuvent pas être généralisées sans autre à l'ensemble de la population: les maladies à l'origine d'un décès ou d'une hospitalisation ne sont pas représentatives de l'ensemble des problèmes de santé auxquels la population est confrontée dans les différentes époques de la vie. Par ailleurs, les liens entre ces maladies diagnostiquées et le bien-être ne peuvent pas être étudiés directement.

Parmi ces relevés, les plus importants sont:

— la *statistique des causes de décès*<sup>4</sup>. Introduite en 1876, elle est la plus ancienne source de données sur la santé de la population. Elle est décisive pour suivre l'évolution de l'importance relative des maladies provoquant le décès et étudier leur part respective selon l'âge. L'intérêt de ces informations pour apprécier la santé des personnes âgées est manifeste: six personnes sur sept ont 65 ans et plus au moment de leur mort et, souvent, la maladie à l'origine du décès a aussi marqué la der-

<sup>1</sup> Cf. [www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch) pour une vue d'ensemble et régulièrement actualisée des données de l'OFS pour le thème de la santé.

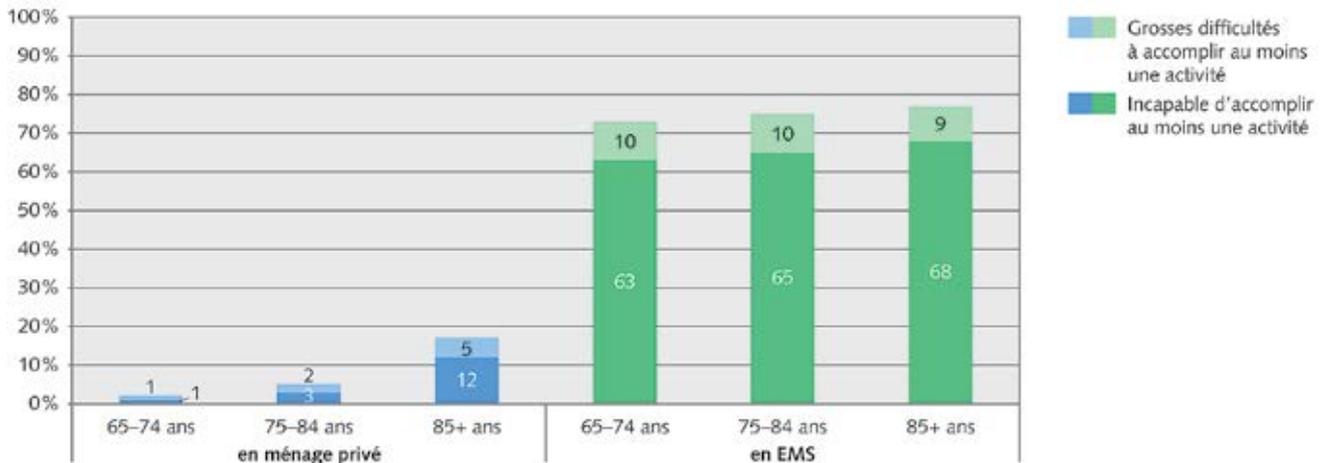
<sup>2</sup> Cf. OFS (2014), Statistiques de la santé 2014, Neuchâtel, et les Tableaux standard de l'ESS 2012.

<sup>3</sup> Cf. OFS (2012), Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions, Neuchâtel.

<sup>4</sup> Cf. OFS (2014), La mortalité en Suisse et les principales causes de décès en 2012, Neuchâtel.

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

Part de la population de 65 ans et plus



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

59

nière période de leur vie. Ces données mettent par exemple en évidence l'importance de la démence, responsable aujourd'hui de 15% des décès de personnes âgées de 85 ans et plus. Les données des causes de décès, combinées avec celles des registres du cancer, permettent aussi un suivi détaillé du cancer, dont plus de deux personnes sur cinq sont atteintes au cours de leur vie, souvent à un âge avancé.

— *les relevés auprès des services de santé.* Depuis la fin des années 1990, la *statistique médicale des hôpitaux* recueille pour toutes les personnes hospitalisées les diagnostics médicaux ayant motivé leur prise en charge et les traitements suivis. Chaque année, près d'un quart des personnes âgées de 65 ans et plus sont hospitalisées. De son côté, la *statistique des institutions médico-sociales* recense toutes les personnes résidant en EMS et mesure leurs besoins en soins<sup>5</sup>. La mise en commun de ces deux relevés permet aussi de suivre les parcours entre domicile, hôpital et EMS. De son côté, la *statistique de l'aide et des soins à domicile* comptabilise le nombre de personnes ayant recours à de tels services, dont trois quarts ont 65 ans ou plus, et la durée

des prestations fournies, indice des besoins dans ce domaine. Enfin, le projet MARS (*Modules ambulatoires des relevés sur la santé*) prévoit d'étendre le recueil des informations à toutes les personnes recourant à une prise en charge ambulatoire, à l'hôpital ou en cabinet médical. Une vue plus complète des problèmes de santé nécessitant une prise en charge sera alors possible, en particulier pour les personnes âgées.

### L'auteur

#### Jean-François Marquis



Jean-François Marquis est responsable de la diffusion à la section Santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS). A ce titre, il coordonne notamment des publications de synthèse comme la *Statistique de la santé*, paraissant tous les cinq ans (dernière édition en 2014) et une *Statistique de poche annuelle* (première édition: décembre 2015), disponibles sur les pages santé du portail de l'OFS ([www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)). Il travaille également sur la thématique des relations entre conditions de travail et santé et a publié plusieurs études sur ce thème. Historien de formation, J.-F. Marquis est également détenteur d'un master of advanced studies en économie et management de la santé.

<sup>5</sup> Cf. OFS (2015), Indicateurs des établissements médico-sociaux, Neuchâtel.

## Vieillessement, santé et inégalités sociales: enjeux de mesure

Claudine Burton-Jeangros, Université de Genève

60

*Le vieillissement de la population a de multiples implications sociales et médicales. Pour mieux les comprendre, il est essentiel de disposer de mesures adéquates de l'état de santé des personnes âgées et de leurs besoins en matière de prise en charge, liés à la dégradation progressive de leur santé. Dans ces mesures, il est important de considérer comment différents facteurs sociaux affectent à la fois les chances d'être en bonne ou mauvaise santé et les réponses qui sont apportées à différentes catégories sociales.*

L'augmentation continue de l'espérance de vie est bien documentée et explique la place croissante occupée par les personnes âgées au sein de la population. Les importants progrès rapportés dans ce domaine ne doivent cependant pas masquer la persistance de fortes inégalités: entre pays d'une part, la Suisse se situe en effet tout en haut du classement avec une espérance de vie à la naissance supérieure à 80 ans alors que celle-ci reste inférieure à 55 ans dans certains pays africains; au sein d'un même pays d'autre part, avec un écart atteignant par exemple 20 ans aux Etats-Unis entre les catégories sociales les plus favorisées et celles qui le sont le moins. Au-delà d'un allongement socialement marqué de la durée de la vie, il est aussi nécessaire d'évaluer la part de l'espérance de vie en bonne santé, soit la part de la vie qui est vécue sans limitations fonctionnelles. En Suisse elle se situe légèrement en-dessous de 70 ans. A cet égard aussi, il faut s'attendre à des inégalités entre catégories sociales.

### **Inégalités entre groupes sociaux**

De manière générale, on peut se réjouir de voir une présentation plus systématique des indicateurs de santé selon des déterminants sociaux et économiques dans les statistiques officielles en Suisse. Toutefois l'évaluation du système de santé réalisée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2011 regrettait le

manque d'informations dans ce domaine. Plus spécifiquement, les analyses centrées sur la santé des personnes âgées tendent souvent à occulter les inégalités entre groupes sociaux, comme si le poids des déterminants sociaux de la santé disparaissait avec l'avance en âge. La perspective du parcours de vie souligne toutefois combien les trajectoires de santé se construisent tout au long des étapes de la vie, autour de processus d'accumulation des avantages pour les uns et d'accumulation des désavantages pour les autres. Elle invite par ailleurs à interpréter les différences en matière de santé entre les hommes et les femmes à la lumière de leurs modes de vie différenciés au cours de leur vie, en raison d'inégalités structurelles de genre qui orientent les parcours féminins et masculins.

### **Intervention du système de santé**

Ces différentes considérations mettent en avant la diversité des situations en matière de santé parmi les personnes âgées et donc de leurs besoins. Le système de santé peut intervenir sur ces inégalités sociales de deux manières: premièrement au niveau de l'accès aux soins, deuxièmement à travers la prise en charge des personnes une fois qu'elles sont entrées dans le système. En Suisse, la Loi sur l'assurance-maladie (Lamal) vise à assurer un accès universel aux soins. Il est cependant connu qu'elle n'élimine pas le poids financier du coût des soins, à travers les primes d'assurances et les mécanismes de franchises. Par ailleurs, il est particulièrement important d'être attentif aux potentielles discriminations liées à l'âge dans la prise en charge. En effet, l'âgisme des soignants, soit des préjugés fondés sur l'âge, est un phénomène documenté, mais peu mesuré de manière systématique. Or, il faut pouvoir s'assurer que les besoins accrus associés au cumul d'attributs sociaux moins valorisés (être âgé, provenir d'un milieu social défavorisé, être une femme) reçoivent des réponses adéquates dans les structures de soins.

### Les désavantages s'héritent

Enfin, dans un mouvement général de prise en charge se déplaçant du milieu stationnaire vers le milieu ambulatoire, la distribution inégale des ressources socio-économiques risque ici aussi d'accroître les écarts entre les plus nantis et les plus pauvres. En raison du rôle central des proches aidants dans ce mouvement, ce transfert peut également représenter une charge pour les conjoints et/ou les enfants des personnes concernées, impliquant à son tour des risques pour leur santé et renforçant par là-même les mécanismes d'accumulation des désavantages.

### Considérer les trajectoires socio-économiques

Ces considérations relatives à la mesure des inégalités sociales de santé chez les personnes âgées mettent donc en évidence la nécessité de disposer d'indicateurs prenant en compte les trajectoires socio-économiques des générations successives et de documenter comment les dispositifs de prise en charge parviennent, ou pas, à réduire les inégalités sociales au sein de la population âgée. Ces mesures sont nécessaires pour soutenir des politiques publiques qui soient capables de considérer les mécanismes de stratification liés à l'âge sans oublier les mécanismes de stratification liés aux positions socio-économiques.

---

### L'auteure

#### Claudine Burton-Jeangros



Claudine Burton-Jeangros est professeure associée au Département de sociologie de l'Université de Genève. Ses travaux portent sur les liens entre inégalités face à la santé et trajectoires sociales dans le cadre du Pôle national de recherche LIVES «surmonter la vulnérabilité – perspective du parcours de vie». Elle étudie également comment les

risques et les mesures préventives en santé publique sont interprétés par les différents acteurs impliqués dans leur gestion.

## Stand und Entwicklung der psychischen Gesundheit im Alter

Andreas Maercker, Esther Baier-Kreuzer, Universität Zürich

62

Die psychische Gesundheit ist unbestritten ein wichtiger Teil der Gesamtgesundheit im Alter. Traditionell wird sie auf zwei verschiedenen Wegen erfasst und untersucht: direkt anhand von Gesundheitsindikatoren und indirekt als Fehlen oder als geringstmögliche Ausprägung von Krankheitsvariablen. Da im psychischen Bereich Krankheiten international als Störungen bezeichnet werden, geht es bei Letzterem um die Untersuchung von psychischen Störungen, ihrem Ausmass (Prävalenz) und den Bedingungsfaktoren ihrer Entwicklung.

### Gesundheitsindikatoren

Ein gut funktionierendes Gesundheitsmonitoring-System der Schweiz erlaubt bereits heute profunde Aussagen zu den Indikatoren der psychischen Gesundheit im Alter. Drei Institutionen stellen dafür Datensammlungen regelmässig zur Verfügung.

#### Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) berichtet in seinem nationalen Gesundheitsbericht 2015 von guter und sehr guter selbstwahrgenommener Gesundheit. Die Prozentanteile bei Personen über 85 Jahre, die in Privathaushalten leben, liegen bei 57% und bei Personen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, bei 47%. Weitere Daten liegen zur Lebensqualität, dem Energie- und Vitalitätsniveau, zu Einschränkungen des täglichen Lebens, erhaltenen Besuchen in Alters- und Pflegeheimen sowie für verschiedene Fortbewegungsarten vor (Obsan, 2015).

#### Bundesamt für Statistik

Auch das Bundesamt für Statistik (BfS) führt Erhebungen durch. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 ergab ähnlich hohe Werte wie im Obsan-Gesundheitsbericht 2015 für gute und sehr gute selbstberichtete Gesundheit: Bei den über 75-Jährigen lag der Prozentanteil bei 62% (BfS, 2013).

#### Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften

Das Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften (FORS) kann auf die Bereiche der europäischen oder internationalen Survey-Studien zurückgreifen, welche die Schweiz betreffen, und diese untereinander vergleichen. Aus dem «European Social Survey» ergab sich bezüglich der subjektiven Lebensqualität der über 65-Jährigen ein sehr hoher Wert von 44% (9 und 10 auf einer 10er-Skala) (FORS, 2014). Damit erreicht die Schweiz im Bereich der subjektiven Lebensqualität höhere Werte als Spanien, Schweden, Deutschland, Grossbritannien und Frankreich.

### Psychische Störungen und ihrer Bedingungen

Das Bundesamt für Statistik fasst überdies auch Daten für psychische Störungen zusammen: Indikatoren für eine Majore Depressions-Diagnose (verschiedene Ausprägungsgrade von mild bis schwer) zeigen 17% der 65- bis 74-Jährigen und 22% der über 75-Jährigen. Im Vergleich mit jüngeren Altersgruppen, bei denen die Werte im Mittel bei 28% liegen, sind dies geringere Raten. Pathologische Schlafstörungen kommen bei über 65-Jährigen bei 6% vor, im Vergleich von 4% bei jüngeren Menschen und von 10% der Altersgruppe im Vorpensionsalter. Erhebliche Einsamkeitsgefühle – die ein Bedingungsfaktor für psychische Störungen sind – treten bei 65- bis 74-Jährigen bei ca. 5% auf, in den jüngeren Altersgruppen ist dies nur ein Prozentpunkt weniger. 2012 befanden sich 1–3% der über 65-Jährigen aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung und damit halb so viele wie in den jüngeren Altersgruppen (BfS, 2015).

Klassischerweise ist die Untersuchung psychischer Störungen im Alter ein Feld der universitären Forschung, z. B. in Form gross angelegter Studien wie der Zurich Longitudinal Study of Cognitive Aging (ZULU) oder der Zurich Older Age Study. Die letztgenannte Studie wurde zwischen 2003 und 2004 durchgeführt und gibt Auskunft zu Depression und Trauma- und belastungsbezogenen Störungen. Bei den über 65-Jährigen Untersuchten waren

mit 12% die Befunde bei den Depressionen niedriger als die des BfS, weil eine spezifischere Methodik angewandt wurde. Eine anhaltende Trauerstörung nach dem Tod eines Angehörigen hatten rund 4% (Maercker et al., 2003). Für die wichtigste neuropsychiatrische Störung älterer Menschen, die Demenz, liegen betreffend die Schweiz vorwiegend nur ältere und auf Zürich beschränkte Angaben vor (Gostynski et al., 2002). Demnach haben bei den 75- bis 79-Jährigen 9% und bei den über 90-Jährigen 25% eine Demenz; die Daten zeigen den international bekannten Trend eines signifikanten Altersanstiegs.

Wissenschaftlich gearbeitet und in umfangreichen, publizierten Studien auf ihre Bedingungsfaktoren analysiert wird fast ausschliesslich nur mit den Daten der universitären Forschung. Dies entspricht auch der wissenschaftlichen Arbeitsweise in der Schweiz – allerdings werden in zu wenigen akademischen Forschungszentren hierzu systematische Untersuchungen durchgeführt.

### Der WHO-Plan zu Alter und Gesundheit

Im WHO-Plan wird der psychischen Gesundheit bzw. dem angezielten Zurückdrängen von psychischen Altersstörungen gebührend Platz gewidmet. Die Schweiz hat eine vorbildliche Gesundheitsberichtserstattung, die jetzt schon viele Bedingungsfaktoren für eine hohe subjektive Gesundheit und Lebensqualität regelmässig erfasst, wie Einsamkeit, Kontakthäufigkeiten, Energie- und Vitalitätsniveau sowie Tagesaktivitäten. Damit könnte man sich weitgehend zufriedengeben. Ein Ziel der WHO ist es allerdings, die Untersuchungsmethoden international anzugleichen und über all die bestmöglichen Verfahren einzusetzen, was auch für die Schweiz noch ein Ziel wäre. Die explizite Untersuchung häufiger psychischer Störungen wie Demenz, Depressionen und Anhaltende Trauerstörung gehört ebenfalls zu einer entwickelten Sorge um die psychische Gesundheit einer Gesellschaft. Hierzu gibt es in der Schweiz noch vergleichsweise wenige und lokal begrenzte Ansätze – und damit durchaus ein Verbesserungspotenzial im Sinne des WHO-Entwicklungsplans.

## Zu den Autoren

### Andreas Maercker



Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, geb. 1960 in Halle (Salle), ist Psychotherapeut und Professor für Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich. Nach seiner Promotion zum Doktor der Medizin an der Humboldt-Universität Berlin folgte die Promotion in Psychologie am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Seine Forschungsschwerpunkte sind Traumafolgestörungen und Alterspsychotherapie.

### Esther Baier-Kreuzer



lic. phil., Esther Baier-Kreuzer, geb. 1976 in Zürich, ist Mitarbeiterin am Psychologischen Institut der Universität Zürich und Fachreferentin für Psychologie, Psychiatrie und Medizin an der Zentralbibliothek Zürich.

## Literatur

- BfS: Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2013). Gesundheitsbefragung 2012. Abgefragt am 23.11.2015, von [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/ess/04.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html)
- BfS: Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2015). Abgefragt am 23.11.2015, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/04.html>
- FORS: Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften (2014). Abgefragt am 23.11.2015, von <http://forscenter.ch/de/our-surveys/international-surveys/european-social-survey/>
- Gostynski, M., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., Michel, J., & Herrmann, F. (2002). Prävalenz der Demenz in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47, 330–335.
- Maercker, A.,ENZLER, A., Grimm, G., Helfenstein, E., Hintermann, D., Hörler, E., et al. (2003). The Zurich Older Age study on PTSD and grief-related disorders: First results from a representative sample. *Gerontologist*, 43 (Suppl. 1), 574–575.
- Obsan: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz: Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe.

## Suivi du vieillissement en Suisse – L’apport des études qualitatives en gérontologie sociale

Marion Repetti, Institut des Sciences Sociales, Université de Lausanne

64

Dans son programme visant l’amélioration de la santé des personnes âgées dans le monde, l’OMS encourage les Etats à développer des outils d’analyse du vieillissement. L’organisation appelle en particulier à mettre en place des démarches d’analyse statistique de type hypothético-déductif. Dans ce but, elle propose un certain nombre d’indicateurs estimés pertinents, en particulier concernant l’évaluation des «aptitudes fonctionnelles» et des «capacités intrinsèques».<sup>1</sup>

Les analyses quantitatives du vieillissement ont l’avantage de fournir des données à large échelle. En Suisse, de nombreuses études statistiques et démographiques – produites notamment par l’Office fédéral de la statistique – fournissent des informations sur l’état de santé des personnes âgées à l’échelle du pays. Elles indiquent par exemple que celles-ci bénéficient d’une «qualité de vie (...) potentiellement élevée» de plus en plus longtemps, l’espérance de vie en bonne santé étant passée de 63,9 ans pour les hommes et 65,3 ans pour les femmes en 1992 à respectivement 69,4 et 70,3 ans en 2007<sup>2</sup>. En ce sens, la Suisse répond donc aux appels de l’Organisation mondiale de la santé à promouvoir un vieillissement en bonne santé.

### Personnes âgées sous pression

Pourtant, certaines études en gérontologie sociale révèlent aussi que, pour des raisons politiques, économiques et sociales, les personnes âgées en Suisse sont mises sous pression. Celle-ci résulte d’une injonction qui leur est faite à bien vieillir, en particulier à conserver leur autonomie en restant actifs et en bonne santé. Elles sont appelées à contribuer ainsi au contrôle des conséquences attribuées au vieillissement démographique et aux soins de longue durée<sup>3</sup>. Ceci contribue à développer chez les aînés un sentiment de manquer de place reconnue dans la société et d’être «de trop»<sup>4</sup>. Ce constat rejoint les affirmations de B. Weil de l’organisation de prévention du suicide IPSILON qui déclarait en 2013 que «le taux de suicide chez les personnes âgées monte en flèche» et constitue un «énorme problème»<sup>5</sup>. Mais ces phénomènes sont rarement analysés de manière approfondie à l’échelle du pays.

### Etudes qualitatives en manque de reconnaissance...

Par conséquent, les études qualitatives en gérontologie sociale portant sur le vécu des personnes âgées – et des personnes qui les entourent et les soutiennent comme les proches aidants – mettent en lumière certains aspects du

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé. 2015. *Projet 0: Stratégie et plan d’action mondiaux sur le vieillissement et la santé*. OMS, p. 26.

<sup>2</sup> Office fédéral de la statistique (OFS). *Espérance de vie en bonne santé*: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/21/02/ind32.indicator.70201.3202.html?open=703,702#702> (4 décembre 2015).

<sup>3</sup> Repetti, M. (2015). *Retired People Facing Active Ageing*. *Revue suisse de sociologie*, 41 (3), p. 419–435; Leimgruber, M. (2013). *La sécurité sociale au péril du vieillissement. Les organisations internationales et l’alarmisme démographique (1975–1995)*. *Le Mouvement Social*, (244), 31–45.

<sup>4</sup> Coutaz, M. et Morisod, J. (2012). *Je suis vieux, malade, donc j’«EXIT»?* *Revue Médicale Suisse*, 8, p. 1886–1889.

<sup>5</sup> O’Dea, C. (2013). *En baisse, le taux de suicide reste alarmant*. *Swiss Info*: [http://www.swissinfo.ch/fre/d%C3%A9sesp%C3%A9rance\\_en-baisse-le-taux-de-suicide-reste-alarant/36673392](http://www.swissinfo.ch/fre/d%C3%A9sesp%C3%A9rance_en-baisse-le-taux-de-suicide-reste-alarant/36673392) (4 décembre 2015).

vieillesse que les analyses quantitatives et hypothético-déductives tendent à laisser dans l'ombre. Elles affinent la compréhension du phénomène, objectif que l'OMS appelle de ses vœux.

Néanmoins, ces approches souffrent d'un manque de reconnaissance dans le champ scientifique et politique. La mode est au chiffre pourrait-on dire: il est attribué davantage de crédibilité aux études statistiques et hypothético-déductives qu'aux démarches qualitatives et de tendance plus inductive et suivant une «logique de la découverte»<sup>6</sup>. Ce phénomène résulte de la montée en puissance des sciences dites «dures» au détriment d'autres démarches scientifiques.<sup>7</sup>

### ... et pourtant elles sont importantes

En conclusion, soulignons que l'étude du vieillissement et notamment de la santé des personnes âgées constitue un champ prolifique d'investigation scientifique et un objet politique d'actualité en Suisse. Il est donc important de relever que les analyses qualitatives approfondies de cet objet mériteraient d'être davantage reconnues et encouragées. Elles donnent accès à une compréhension fine de ce que vivent les personnes âgées et peuvent ainsi favoriser une meilleure adéquation des dispositifs visant un maintien d'un bon état de santé en vieillissant.

### L'auteure

#### Marion Repetti



sociales dans le contexte de transformations de l'Etat social.

Marion Repetti est sociologue de la vieillesse. Après avoir exercé quelques années comme assistante sociale, elle a effectué une thèse de doctorat sur l'histoire et l'actualité de la politique de la vieillesse en Suisse. Elle travaille actuellement à l'Université de Lausanne et poursuit ses recherches sur la thématique de la vieillesse, de la migration et des politiques

<sup>6</sup> De Bruyne, P., Herman, J. et De Schoutheete, M. (1974). *Dynamique de la recherche en sciences sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, p. 27.

<sup>7</sup> Cho, J. et Trent, A. (2009). Validity in Qualitative Research Revisited. *Qualitative Research*, 3 (6), 319-340.