

## A quel âge est-on vieux ?



© DR

Oui, l'espérance de vie croît. Non, elle n'est pas nécessairement synonyme de « bonne santé ». La différence de l'état de santé des personnes aisées et des personnes pauvres s'accroît.

---

Par Marie-Jeanne Muheim, Fribourg

Lors de la journée de réflexion intitulée « Quels EMS pour demain » [1], François Höpflinger [2] a d'emblée précisé que la santé apparaît comme subjective et est directement liée aux structures de soins.

Selon le professeur zurichois, l'accroissement de la population très âgée a été sous-évaluée en Suisse. Cette « révolution du grand âge », comme elle est appelée aujourd'hui, concerne les personnes de plus de 90 ans et représente une révolution biologique dont les causes et les effets sont encore méconnus. Le Japon a longtemps été réputé pour détenir les records de longévité, mais il est actuellement talonné par la Suisse. Cette augmentation du nombre de personnes très âgées engendre un accroissement parallèle des démences. Sur ce plan, aucune sélectivité sociale n'a été repérée et les personnes atteintes de démence liée au vieillissement vivent elles aussi plus longtemps que par le passé. Ce constat n'est peut-être pas valable partout, mais il l'est en Suisse où les soins professionnels sont de très grande qualité et la bonne santé physique répandue.

### Miracles et mirages du couple

Quant au couple, il représente le « groupe social » le mieux à même d'assurer une plus grande longévité. Précisons : le couple entendu dans un modèle traditionnel, qui ne part pas en vacances séparées, qui a des enfants et des petits-enfants, qui n'est pas isolé. Dans cette configuration, la solidarité familiale ne disparaît pas, mais les conflits sont plus fréquents, en particulier quand il s'agit de s'occuper des parents et d'équilibrer vie professionnelle et familiale. Et contre toute attente, il a été constaté que les fils, aujourd'hui, s'occupent autant de leurs parents âgés que les filles.

François Höpflinger a conclu en plaidant pour plus de soutien à l'aide informelle (les proches, famille ou voisins) et une plus grande professionnalisation des soins. Il a également rappelé la discrédence entre réalité et idéologie. Ainsi,

si la Suisse est le pays qui compte la plus forte proportion de personnes en EMS, le nombre de pensionnaires qui y meurt est aussi en augmentation. Si la Suisse a mis en place des structures de soins aussi développées que celles de la Scandinavie, la mentalité helvétique serait plutôt comparable à celle de l'Italie en ce qui concerne la connotation – négative – du welfare state.

## L'inventivité architecturale

Dans sa conférence, le gérontologue et architecte Félix Bohn a insisté pour que les EMS prévoient désormais plus d'espace individuel, des chambres individuelles, des salles d'eau individuelles aussi, plus de confort et une meilleure couverture assurantielle en cas d'accidents. Quant à la démence sénile, elle nécessite à ses yeux des aménagements spécifiques, moins au niveau des chambres que des espaces communs. Une meilleure répartition de ces espaces permettrait de réduire l'effectif du personnel de soins.

Dans la même logique, l'architecte préconise un extérieur accessible et protégé ainsi que des aménagements simples au niveau des couleurs et de la lumière circadienne (il a cité l'exemple de « [Drie Hoven](#) » à Amsterdam). Sur la base d'une longue expérience dans ce domaine, l'architecte garantit que ces améliorations des EMS se réalisent sans trop de frais, simplement en faisant preuve d'inventivité.

## Un nouveau temps de vie

Pour le démographe Hermann-Michel Hagmann, auteur de « Vieillir chez soi, c'est possible », il faudrait envisager la vieillesse comme un nouveau temps de vie et non comme une catastrophe. Pour lui, l'évolution démographique n'est pas toujours analysée de manière adéquate. Ainsi, la baisse de la mortalité infantile pèse en fait plus que le grand âge dans les statistiques de mortalité.

Malgré tout, il y a cinquante ans, les gens espéraient vivre environ dix ans après la retraite alors que, aujourd'hui, ils peuvent tabler sur une vingtaine d'années. Cette période plus longue a permis à chacun de développer une plus grande responsabilisation et une meilleure prévention basée sur un double principe : le premier centre de santé est le domicile et le premier agent de santé est... soi-même.

Pour H.-M. Hagmann, nous ne sommes plus dans l'ère du patient passif mais du citoyen responsable et adulte. Cela impose un grand changement par rapport à la vision hospitalo-centriste ainsi qu'une modification de vocabulaire : il faut parler de soins « extra-domiciliaires ». On l'aura compris, le point de départ de référence n'est plus l'hôpital ou l'EMS mais bien le domicile de la personne. Si celle-ci est actrice de son destin sanitaire, elle doit aussi être libre dans son choix du lieu de vie.

Actuellement, même si les soins à domicile se développent, ils restent « souffreteux » et clairement insuffisants dans certaines régions. Il manque aussi des soins à domicile disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il manque encore une véritable aide aux proches qui soutiennent les personnes âgées et favorisent grandement le maintien à domicile. Pourquoi tous ces manques ? Certains politiques pensent que tout a déjà été entrepris. Ils imaginent – et le Valaisan de citer le cas de son canton – qu'il est plus valorisant de construire un EMS avec des emplois visibles.

Le démographe suggère plusieurs pistes pour avancer : une meilleure coordination entre réseaux formels et informels, un développement de la solidarité entre grands-parents et petits-enfants, l'appui des proches par des professionnels. Ou encore un partenariat efficace avec les EMS qui permettrait de mettre à disposition des « lits de répit ».

[1] Journée de réflexion organisée par l'[Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées \(AFIPA\)](#), 15 septembre, Fribourg.

[2] Institut de sociologie de l'Université de Zurich.

