

Soins de longue durée: les options les plus appropriées, du point de vue des citoyens âgés (Lc65+, n°2)

Brigitte Santos-Eggimann, Nazanin Abolhassani, Nicolas Carvalho, Sarah Fustinoni

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département Épidémiologie et systèmes de santé – DESS
Unité des services de santé (USS)

Juillet 2020

Objectifs

Ce document présente le projet « *Preference for long-term care options in community-dwelling older adults* », inscrit dans le cadre du *Programme National de Recherche 74 - Smarter Health Care (PNR74)*.

Préparé à l'intention des Services de santé publique cantonaux, son but est de **mettre à disposition un matériel (vignettes) permettant de recueillir l'opinion des citoyens âgés** pour l'intégrer à une planification des soins de longue durée qui corresponde à leurs attentes.

Les principaux résultats observés dans le cadre du projet sont résumés afin d'illustrer la démarche. Les préférences étant susceptibles de varier selon l'environnement socio-culturel et sanitaire, la méthode devrait être appliquée localement pour accompagner l'élaboration des politiques cantonales.

Depuis plusieurs décennies la Suisse est confrontée au vieillissement de sa population. L'offre en soins de longue durée s'est développée pour répondre aux besoins médico-sociaux en augmentation, elle s'est aussi diversifiée pour permettre un choix entre différentes options de soins et améliorer en conséquence la qualité de vie des personnes confrontées au déclin fonctionnel. Les soins à domicile ont été mis en place et renforcés pour des motifs à la fois économiques et sociaux, reposant sur l'implication des proches et en particulier sur l'aide informelle fournie par des conjoints eux-mêmes généralement âgés.

Le vieillissement de la population s'accélère actuellement sous la pression de la vague des baby-boomers. Selon le scénario de référence de l'Office fédéral de la statistique,^a la proportion des personnes de 65+ ans passera de 19.2% en 2020 à 26.4% en 2045. Dans le même intervalle, la catégorie « 65+ ans » connaîtra un vieillissement intrinsèque : la proportion en son sein des personnes de 80+ ans passera de 28.6% à 39.2%.

Cette évolution nécessite un ajustement des ressources. La planification des soins de longue durée étant une compétence cantonale, elle suit différentes stratégies, impliquant à des degrés divers les communes dans la définition d'un équilibre entre soins à domicile, établissements médico-sociaux et options intermédiaires. Dans le canton de Vaud par exemple, le déploiement des soins à domicile s'est fait en plaçant des limites à l'expansion de l'offre d'hébergement et en proposant des options alternatives, parmi lesquelles les logements protégés occupent une place prépondérante.

Bien que l'offre médico-sociale interfère dans les choix individuels et familiaux d'allocation de temps et de ressources, les citoyens âgés ne sont en général pas consultés pour façonner une politique qui les concerne pourtant directement. La volonté de maintenir à domicile se heurte aux limites de disponibilité des proches, mal connues mais pouvant générer une utilisation inappropriée des hôpitaux si la planification s'ajuste mal aux attentes.

Matériel et méthodes

La méthode de recueil des opinions adoptée repose sur un questionnaire par vignettes, adressé par courrier à un échantillon représentatif de la population âgée vivant à domicile dans une région donnée.

La population étudiée dans le cadre du projet inscrit au PNR74 est celle de la Cohorte Lc65+ constituée d'échantillons aléatoires de la population lausannoise née avant la guerre (1934 à 1938), pendant la guerre (1939-1943) et au début du baby-boom (1944-1948). Le questionnaire a été adressé en janvier 2017 à 3'535 personnes éligibles âgées de 68 à 82 ans, suivi de deux rappels. Au total, 3'102 personnes (87.8%) ont répondu.

Le questionnaire comprend une série de **10 vignettes** présentant des situations de dépendance fonctionnelle de sévérité croissante. La faisabilité de l'enquête et son acceptabilité ont fait l'objet d'un prétest réalisé dans la même population en 2012.^b

^a OFS. Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, 2015.

^b Santos-Eggimann B, Meylan L. Older citizens' opinions on long-term care options: a vignette survey. *JAMDA* 2017; 18(4):326-334. doi:10.1016/j.archger.2019.03.018.

Vignettes (Tableau 1)

Chaque vignette présente brièvement la situation d'une personne nécessitant de l'aide dans différents domaines déterminant son profil de dépendance :

- **activités instrumentales** de la vie quotidienne (AVQI)
- **activités de base** de la vie quotidienne (AVQB), dépendance modérée (m) ou sévère (s)
- **gestion d'une incontinence**, urinaire (IU) ou mixte (IM)
- **difficultés cognitives** (COG), modérées (m) ou sévères (s)
- **troubles du comportement** de type errance (ERR) ou agressivité vis-à-vis des soignants ou aidants (AGR).

Les AVQI considérées sont préparer les repas, accomplir les travaux ménagers, faire les courses, et utiliser les transports en commun.

Les AVQB considérées sont se lever de son lit, se laver, s'habiller, se lever d'un fauteuil et se déplacer à l'intérieur, utiliser des toilettes, boire et manger. Une dépendance est qualifiée de modérée si elle est limitée aux trois premières activités (la personne ne nécessitant de l'aide que deux fois par jour, matin et soir), et de sévère si elle porte sur une ou plusieurs autres activités, impliquant un besoin d'aide plus fréquent et étalé dans la journée.

Les difficultés cognitives sont considérées comme modérées si la personne conserve son indépendance dans les AVQ ou si le besoin d'aide se limite aux AVQI et à une surveillance pour le maintien d'une d'hygiène acceptable. Elles sont qualifiées de sévères si la personne, confuse, a besoin d'aide pour les AVQB et présente des troubles du comportement.

Le degré de sévérité est implicite, il n'est pas mentionné dans la formulation de la vignette.

Le genre de la personne dépendante présentée dans les vignettes est en alternance masculin et féminin. L'attribution aléatoire de deux jeux de questionnaires, commençant respectivement par la situation d'un homme ou d'une femme, permet d'étudier l'effet du genre sur les opinions exprimées pour chacune des 10 vignettes.

Options de soins de longue durée

Après chaque vignette, l'option la plus appropriée doit être choisie successivement pour deux circonstances sociales :

1. la personne dépendante vit avec un-e conjoint-e valide (**conjoint +**) ;
2. la personne dépendante vit seul-e, ou avec un-e conjoint-e ne pouvant pas l'aider (**conjoint -**).

Trois lieux de prise en charge sont proposés, dont un doit être choisi : le domicile (**D**), un logement protégé (**LP**) ou un établissement médico-social (**EMS**).

La définition donnée du LP est « *un appartement privé offrant : 1) une architecture adaptée permettant l'accès aux personnes à mobilité réduite, 2) un système d'alarme avec un système de réponse aux appels, par exemple en cas de chute, et 3) des espaces communautaires, dans l'immeuble ou à proximité de celui-ci, qui permettent des échanges ou des animations diverses. Des aides (ménage, repas à domicile, etc.) et des soins peuvent y être fournis par un centre médico-social ou une autre organisation de soins à domicile.* »

Dans la situation conjoint +, lorsque le choix a porté sur le domicile ou un logement protégé, il est ensuite demandé de préciser qui doit apporter de l'aide : le-la conjoint-e, des professionnels, ou les deux.

Pour la vignette N°1, présentant une personne avec des troubles cognitifs débutants mais encore indépendante dans les activités de la vie quotidienne, il est en outre possible de choisir une option « sans aide ».

Les options de soins sont ainsi au nombre de 7 (9 pour la vignette N° 1) dans la situation conjoint + :

- D, conjoint
- D, professionnels
- D, mixte
- (pour la vignette N° 1 uniquement : D, personne)
- LP, conjoint
- LP, professionnels
- LP, mixte
- (pour la vignette N° 1 uniquement : LP, personne)
- EMS

et au nombre de 3 dans la situation conjoint - :

- D, professionnels
- LP, professionnels
- EMS.

Afin de tenir compte des particularités de l'échantillonnage dans la Cohorte Lc65+ et de la participation à l'enquête, les préférences présentées dans les Figures 1 et 2 ont été établies sur la base de données pondérées en sorte de refléter la structure d'âge et de sexe de la population vaudoise dans la catégorie de 68 à 82 ans.

L'effet prévisible de l'évolution démographique sur la distribution des préférences dans la population âgée de 68 à 82 ans a été estimé en se référant aux projections de l'Office fédéral de la statistique pour la période 2017-2045 (scénario de référence).

Enfin, des analyses spécifiques ont été consacrées à l'influence du genre sur les opinions exprimées, aux caractéristiques individuelles associées aux choix, ainsi qu'à l'évolution des préférences sur une période de 5 ans au niveau de la population étudiée et des individus qui la composent. Les conclusions exposées ici se réfèrent aux articles publiés pour davantage de détails sur ces analyses.

N°	Composantes	Description
1	COGm	Mme M. jouit d'une bonne mobilité et elle est autonome pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Cependant, depuis quelques temps, il lui arrive d'oublier des petites choses, par exemple ses rendez-vous chez le médecin. Elle s'en sort en notant tout sur des bouts de papier. Elle est à l'aise dans les situations familiales et les environnements connus, mais elle a parfois des difficultés quand elle est confrontée à des situations nouvelles ou à des environnements qu'elle ne connaît pas. Elle s'en rend compte, ceci l'angoisse beaucoup.
2	AVQI	M. T. souffre de troubles respiratoires. Malgré cela, il conserve toute son autonomie pour son hygiène personnelle, il se lave et s'habille seul. Il se déplace lentement, mais sans aide, et il lui arrive de prendre un bus pour se rendre en ville. Cependant, il doit être aidé pour préparer les repas, pour faire les courses et pour faire le ménage, car il s'essouffle vite.
3	AVQI + COGm	Mme R. n'a pas de difficulté d'ordre physique, mais elle a des pertes de mémoire. Depuis quelques temps, elle est désorganisée et s'alimente mal. Elle doit être aidée pour entretenir son ménage, faire les courses et préparer les repas. Bien qu'elle soit capable de se laver, il faut que quelqu'un s'assure qu'elle se douche régulièrement.
4	AVQI + AVQBm	M. V. souffre de troubles neurologiques. Il est important pour lui que les gens sachent qu'il a toute sa tête, que son problème est physique. Il a besoin d'aide pour la préparation des repas, faire le ménage et faire les courses. Il doit aussi être aidé pour se lever de son lit le matin, se laver et s'habiller, mais il peut ensuite se déplacer seul à l'intérieur et parvient à se lever d'un fauteuil. Il est autonome pour boire et manger.
5	AVQI + AVQBm + IU	Mme P. a eu une attaque cérébrale. Elle ne peut plus faire son ménage, ses courses, ni préparer ses repas. Elle a ré-appris à manger seule, mais elle doit se faire aider pour se lever de son lit le matin, se laver et s'habiller. Elle peut se lever du fauteuil et se déplacer à l'intérieur, à l'aide d'une canne. Elle souffre de pertes d'urine accidentelles qu'elle ne peut pas gérer seule, mais elle parvient à retenir ses selles.
6	AVQI + AVQBs	M. D. souffre de troubles neuro-musculaires. Il doit être aidé dans toutes ses activités de la vie quotidienne, y compris pour manger, pour se lever et s'asseoir. Il peut se déplacer seul à l'intérieur à l'aide de cannes. Il n'est pas incontinent mais doit être accompagné pour utiliser les toilettes.
7	AVQI + AVQBm + IM	Mme L. a eu une attaque cérébrale. Elle ne peut plus faire son ménage, ses courses, ni préparer ses repas. Elle a ré-appris à manger seule, mais elle doit se faire aider pour se lever de son lit le matin, se laver et s'habiller. Elle peut se lever du fauteuil et se déplacer à l'intérieur, à l'aide d'une canne. Elle souffre de fréquentes pertes d'urine et de selles qu'elle ne peut pas gérer seule.
8	AVQI + AVQBs + AGR	M. H. souffre de troubles neuro-musculaires. Il doit être aidé dans toutes ses activités de la vie quotidienne, y compris pour manger ou pour s'installer dans son fauteuil électrique avec lequel il se déplace seul à l'intérieur. Il n'est pas incontinent mais doit être accompagné pour utiliser les toilettes. Il accepte mal sa dépendance et se montre souvent très agressif avec les personnes qui s'occupent de lui.
9	AVQI + AVQBs + COGs + ERR	Mme F. souffre d'une maladie neurologique. Elle a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie courante, y compris pour boire et manger. Elle ne parvient plus à nommer les objets et semble perdue. Elle a conservé de bonnes capacités à se déplacer, mais à cause de l'anxiété qu'elle ressent, elle déambule fréquemment sans but précis. Il lui arrive de se perdre lorsqu'elle sort.
10	AVQI + AVQBs + COGs + AGR	M. S. souffre d'une maladie neurologique. Il est constamment couché dans son lit ou assis dans son fauteuil. Il a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie courante, y compris pour boire et manger. Il ne parvient plus à nommer les objets et semble perdu. Il est souvent agité et a des comportements agressifs caractérisés par des injures, des gros mots, des coups, des griffures et des morsures.

AGR=agressivité, AVQB=dépendance dans les activités de base de la vie quotidienne, AVQI=dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne, COG=difficultés cognitives, ERR=errance, IM=difficultés pour la gestion d'une incontinence mixte, IU=difficultés pour la gestion d'une incontinence urinaire, m=modéré, s=sévère

Tableau 1 Composantes et définition des vignettes

Résultats

Distribution des préférences

Quelles que soient les circonstances sociales (conjoint + ou conjoint -), les opinions exprimées reflètent fidèlement la sévérité des difficultés fonctionnelles présentées dans les vignettes. Les Figures 1 et 2 l'illustrent en montrant l'augmentation progressive de la préférence pour l'institutionnalisation, et le recul du domicile comme lieu de prise en charge, lorsque la dépendance s'alourdit. Le lieu de soins préconisé est en outre influencé, comme attendu, par le fait de vivre ou non avec un conjoint pouvant apporter une aide.

La vignette N°1 est particulière car elle n'indique aucune dépendance dans les AVQ, toutefois elle signale des troubles cognitifs débutants. Les préférences pour cette vignette s'orientent vers l'offre de logement protégé plus souvent que pour la vignette suivante dans laquelle un besoin d'aide dans les AVQI est pourtant décrit. Cette observation, faite dans les deux situations sociales, suggère

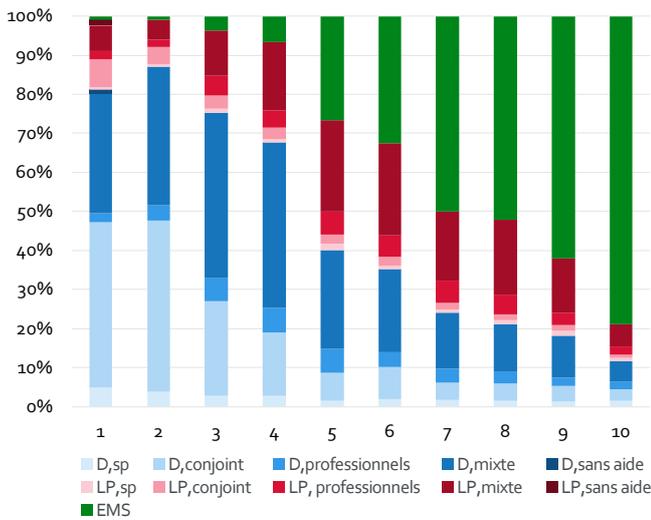
que les répondants ont correctement pris en compte un besoin d'encadrement et de vigilance de personnes déclinant sur le plan cognitif, malgré leur indépendance encore préservée dans les AVQ.

Pour une personne vivant avec un-e conjoint-e valide (Figure 1)

En présence d'un-e conjoint-e valide, l'opinion est unanimement favorable au maintien dans la communauté pour les deux premières vignettes, la prise en charge à domicile étant choisie par huit personnes sur dix et le logement protégé dans les autres cas. Le domicile, en particulier, est privilégié aussi longtemps que l'atteinte des AVQ reste modérée et qu'une aide n'est pas nécessaire pour gérer une incontinence. Les opinions favorables au logement protégé augmentent régulièrement jusqu'à ce qu'apparaissent une dépendance comprenant une incontinence mixte ou des troubles du comportement.

La préférence pour une prise en charge en institution est très marginale pour les quatre premières vignettes. Elle s'accroît nettement quand la dépendance comprend un

besoin d'aide pour gérer une incontinence, s'élève à 50% quand cette incontinence est mixte ou qu'une dépendance même modérée dans les AVQB s'accompagne d'une agressivité, et devient nettement majoritaire en cas de troubles cognitifs sévères.



En abscisse, le numéro de la vignette (1 à 10) se réfère à sa formulation figurant dans le Tableau 1, page 3.
Lieu de prise en charge : D=Domicile, LP=Logement protégé, EMS=Etablissement médico-social.
Soutien en cas de prise en charge à domicile ou en logement protégé : sp=sans précision, mixte=conjoint et professionnels.
Les options « D, sans aide » et « LP, sans aide » n'ont été proposées que pour la vignette 1.

Figure 1 Distribution pondérée des opinions dans la population non-institutionnalisée âgée de 68 à 82 ans, par vignette, pour la situation d'une personne dépendante vivant avec un-e conjoint-e valide.

Lorsque la préférence va au maintien dans la communauté (D ou LP), c'est généralement avec l'aide offerte par le-la conjoint-e que ce choix est envisagé.

Une prise en charge dans la communauté exclusivement par des professionnels n'est qu'exceptionnellement considérée comme la plus appropriée lorsque la personne dépendante vit avec un-e conjoint-e capable d'apporter une aide. En revanche, l'intervention de professionnels en complément de l'aide informelle apportée par le-la conjoint-e (aide mixte) est très souvent préconisée, même dans les situations les plus légères de déficit fonctionnel telles que celles présentées dans les deux premières vignettes. L'aide mixte est ensuite sollicitée par une majorité croissante pour les vignettes suivantes.

Pour une personne vivant seule ou avec conjoint-e invalide (Figure 2)

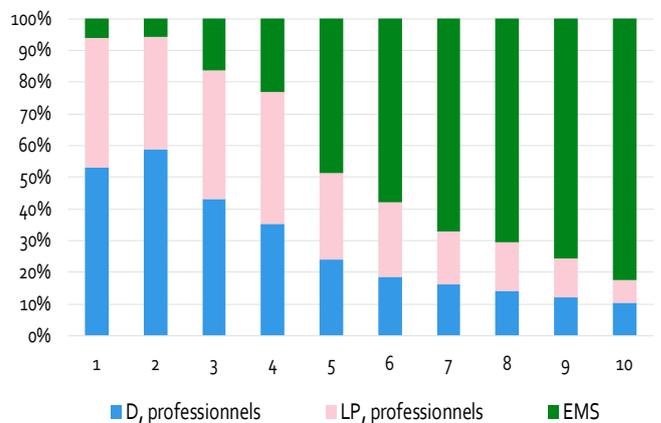
Lorsque la vignette décrit une personne ne pouvant pas recevoir l'aide d'un-e conjoint-e, le maintien dans la communauté n'est jugé nettement préférable que pour les quatre premières vignettes, exposant une dépendance fonctionnelle modérée. Cependant, une fraction importante préconise le recours à un logement protégé, y compris lorsque la dépendance ne porte que sur les AVQI (vignette 2).

Une dépendance pour la gestion d'une incontinence urinaire (vignette 5), ou une dépendance sévère dans les AVQB impliquant la nécessité d'être aidé pour se lever du

fauteuil et se déplacer dans le logement, pour utiliser des toilettes ou pour boire et manger amène un équilibre des préférences entre le maintien dans la communauté et l'institutionnalisation, ceci même si les fonctions cognitives sont intactes (vignette 6).

En présence d'incontinence mixte, de troubles du comportement ou de déficits cognitifs sévères, l'institutionnalisation devient très majoritairement l'option considérée comme la mieux adaptée aux besoins d'une personne ne pouvant pas recevoir une aide informelle à son domicile (vignettes 7 à 10).

La Figure 2 montre aussi que malgré l'évidente difficulté d'un maintien dans la communauté dans les situations de très grande dépendance (notamment pour les deux dernières vignettes), une fraction de 10 à 20% de la population exprime, par ses choix, un refus systématique des soins de longue durée en établissement médico-social.



En abscisse, le numéro de la vignette (1 à 10) se réfère à la définition donnée dans le Tableau 1, page 3.
Lieu de prise en charge : D=Domicile, LP=Logement protégé, EMS=Etablissement médico-social.

Figure 2 Distribution pondérée des opinions dans la population non-institutionnalisée âgée de 68 à 82 ans, par vignette, pour la situation d'une personne dépendante vivant seule ou avec un-e conjoint-e ne pouvant pas apporter une aide.

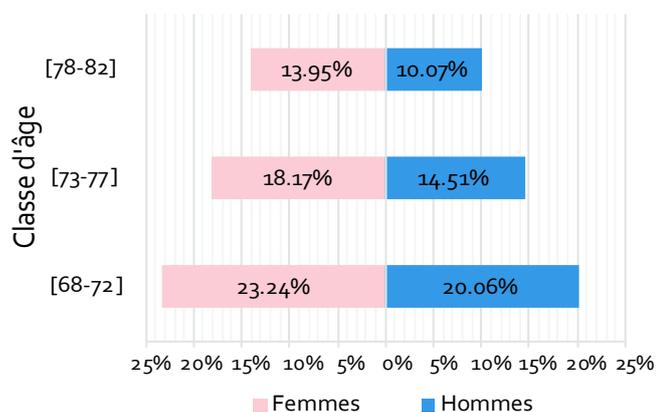
Effet de l'évolution démographique

Pour anticiper l'effet de l'évolution démographique sur les préférences de la population âgée, les opinions recueillies en 2017 ont été appliquées à la population vaudoise âgée de 68 à 82 ans telle que projetée par l'Office fédéral pour les années 2017 et 2045. Cette simulation des préférences dans la population vaudoise à l'horizon 2045 a été réalisée en posant l'hypothèse d'une constance de la distribution des opinions dans chacune des cellules définies par l'âge (en catégories quinquennales) et le sexe.

Comme le montre la Figure 3, la structure interne de la population vaudoise âgée de 68 à 82 ans doit connaître un profond remaniement entre 2017 et 2045, attribuable en particulier à l'avancée en âge des baby-boomers. Pour les hommes comme pour les femmes, en 2017 la proportion des personnes de 68 à 72 ans est près du double de celle des personnes de 78 à 82 ans. En 2045, il est prévu une répartition presque homogène de la population dans les trois classes d'âge quinquennales.

Les résultats de notre simulation, appliquant les préférences exprimées en 2017 à la démographie attendue en 2045, indiquent cependant que l'évolution structurelle marquée ne devrait pas, à elle seule, modifier significativement les préférences de la population. Ceci est dû au fait que les préférences relevées pour les différentes options de soins de longue durée ne sont que très peu influencées par l'âge. Cependant, l'âge n'est pas le seul déterminant temporel de l'évolution des préférences entre 2017 et 2045 ; celles-ci sont aussi susceptibles d'évoluer par des effets de période et de cohorte (voir ci-après).

2017 :



2045 :

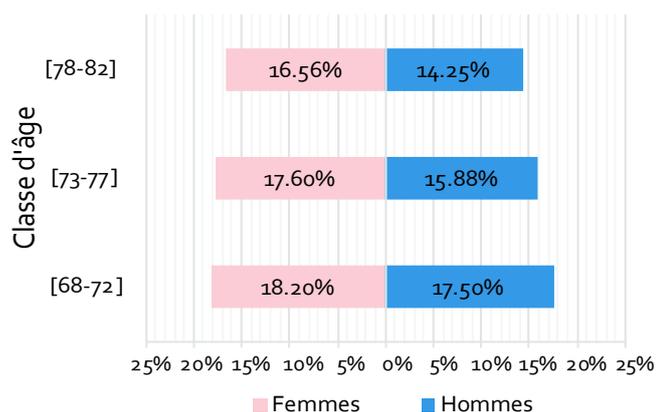


Figure 3 Structure de la population vaudoise âgée de 68 à 82 ans en 2017 et 2045 (source : OFS 2015)

Effet âge-période

Parmi les participants à l'enquête conduite en 2017, quelque 1'596 personnes s'étaient déjà exprimées lors du pré-test réalisé en 2012 sur les mêmes vignettes. Ce collectif permet d'étudier dans quelle mesure les avis changent sur une période de cinq ans, alors que les personnes vieillissent (effet d'âge) et que leur environnement évolue (effet période).

Entre les deux vagues de l'enquête, nous avons enregistré au niveau populationnel une relative stabilité des préférences avec, dans les situations de dépendance fonctionnelle faible à modérée, un déplacement léger mais significatif du domicile vers le logement protégé comme lieu de soins le mieux approprié quelle que soit la situation sociale (conjoint + ou conjoint -). Le choix d'une prise en

charge en EMS est aussi devenu plus fréquent en 2017 lorsqu'une personne vivant avec un-e conjoint-e présente une dépendance modérée dans les AVQB compliquée par une dépendance pour la gestion d'une incontinence urinaire (vignette 5).

Cette relative stabilité dans le groupe masque des changements fréquents d'opinion au niveau individuel entre les deux vagues de l'enquête, surtout au milieu de l'éventail des vignettes. Les caractéristiques personnelles sont peu associées à la stabilité des choix, qui est cependant favorisée par un niveau de scolarité élevé. La stabilité des choix est également plus grande dans la population féminine, particulièrement lorsque la dépendance fonctionnelle présentée dans les vignettes est sévère.

Effet cohorte-période

Les données des deux vagues permettent également de se pencher sur les différences d'opinion entre les cohortes nées (i) avant la guerre versus pendant la guerre, interrogées alors qu'elles étaient dans la tranche d'âge 74-78 ans (en 2012 et 2017, respectivement), ainsi qu'entre les cohortes nées (ii) pendant la guerre versus au début du baby-boom, interrogées à l'âge de 68-73 ans.

Dans les deux cas, un déplacement des préférences a été observé entre le domicile et le logement protégé pour les vignettes présentant une dépendance faible à modérée, le logement protégé étant davantage favorisé par les cohortes les plus récentes à la fois pour les situations conjoint + et conjoint -.

Dans la seconde comparaison, la cohorte des baby-boomers s'est aussi exprimée davantage en faveur d'une prise en charge en logement protégé ou en EMS pour les vignettes présentant une dépendance sévère, sauf pour la dernière vignette.

Ces évolutions sont restées significatives après la prise en considération des différences démographiques, socio-économiques et de santé entre les cohortes.

Effet du genre

Le genre de la personne présentée dans la vignette et celui de la personne répondant au questionnaire sont tous deux susceptibles d'influencer les préférences.^c

Les résultats n'ont montré qu'une faible influence du genre de la vignette, mais des différences significatives entre les répondants masculins et féminins. Les hommes ont plus souvent sélectionné une prise en charge à domicile, avec une aide dispensée par le-la conjoint-e seulement, et les femmes une prise en charge par le-la conjoint-e avec un soutien professionnel à domicile ou en logement protégé, particulièrement lorsque la vignette présente un homme. Les femmes ont aussi davantage choisi l'option d'une prise en charge en EMS en cas de dépendance modérée dans les AVQB accompagnée d'incontinence urinaire à gérer.

Effet d'autres caractéristiques

Enfin l'influence des autres caractéristiques des répondants sur leurs choix a été étudiée sur la base des vignettes 4, 5 et 7, toutes décrivant une dépendance modérée dans les AVQB mais différant sur le plan de la continence.^d

Les analyses indiquent que les facteurs prédisposants (âge, genre, niveau d'éducation) ou favorisant le recours aux soins (rôle de proche-aidant, connaissance des logements protégés, sentiment de support social) des répondants influencent leurs opinions, mais que leurs éventuels besoins personnels (caractéristiques de santé, y compris la déclaration d'une incontinence urinaire) n'ont pas sur ces opinions un effet indépendant.

La comparaison entre ces trois vignettes souligne aussi l'impact considérable qu'a l'incontinence, comme composante de la dépendance, sur l'avis de la population âgée quant au lieu de soins le plus adéquat.

Conclusions

La méthode d'enquête par vignettes, bien acceptée et produisant des résultats cohérents, permet de prendre en considération les attentes de la population âgée pour faire évoluer localement la politique de soins de longue durée.

La seule démographie semble peu susceptible de modifier les préférences malgré un bouleversement attendu dans la structure interne de la population âgée, mais celles-ci peuvent aussi changer par des effets de cohorte et de période.

L'évolution observée à Lausanne met ainsi en évidence un intérêt croissant pour les logements protégés, qui peut refléter l'attente plus marquée des cohortes les plus récentes d'un appui qui ne se limite pas à une aide informelle prodiguée par le-la conjoint-e au domicile. Les baby-boomers choisissent également plus souvent l'EMS en cas de dépendance sévère.

Cependant un effet de période, selon nos analyses, est aussi probable car l'environnement a changé au cours de la période de cinq ans séparant le prétest et l'enquête. L'offre en logements protégés s'est développée dans le canton de Vaud entre 2012 et 2017. Les répondants peuvent en conséquence avoir accru leur familiarité avec ce type de soutien, autrefois rare, et l'envisager plus facilement comme alternative soit à un maintien à domicile, soit à une institutionnalisation. Nos résultats suggèrent davantage le premier cas, compatible avec un effet de cohorte poussant les nouvelles générations à revendiquer des options offrant davantage de sécurité et déchargeant l'entourage.

L'effet du genre des répondants, caractérisé par davantage de soutien préconisé par les femmes, évoque des limites à l'aide informelle que l'on peut attendre des conjoint-e-s, assumée actuellement plus souvent par les femmes que par les hommes.

Parmi ces limites, on relève l'importance de la dépendance pour la gestion d'une incontinence, urinaire ou plus encore mixte, sur l'avis que le domicile n'est plus le lieu de prise en charge le plus souhaitable. Cette observation suggère que la prévention de l'incontinence, ainsi que l'appui de professionnels lorsqu'une aide est nécessaire, pourraient être des pivots de politiques médico-sociales fondées sur la promotion du maintien à domicile.

En raison de probables influences culturelles et environnementales sur les préférences des personnes âgées, la généralisation des résultats observés de cette étude est limitée. La méthode est cependant applicable dans d'autres populations et une réplique dans d'autres contextes est souhaitable pour adapter l'offre aux attentes dans d'autres cantons.

Citation suggérée

Santos-Eggimann B, Abolhassani N, Carvalho N. Soins de longue durée: les options les plus appropriées, du point de vue des citoyens âgés (Lc65+, n°2). Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2020 (Raisons de Santé : Les Essentiels 15a) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/15a>

^cCarvalho N, Meylan L, Blanco JM, Fustinoni S, Abolhassani N, Santos-Eggimann B. Gender differences regarding opinions on long-term care arrangements: a study of older adults in Switzerland. Arch Gerontol Geriatr 2019; Jul-Aug;83:195-203. doi: 10.1016/j.archger.2019.03.018.

^dCarvalho N, Fustinoni S, Abolhassani N, Blanco JM, Meylan L, Santos-Eggimann B. Impact of urine and mixed incontinence on long-term care preference: a vignette-survey study of community-dwelling older adults. BMC Geriatrics. 2020;20(1):69. doi: 10.1186/s12877-020-1439-x.