

Pensions pour personnes âgées ou encadrement à domicile: facteurs discriminants



Etude conduite dans quatre districts du canton de Fribourg (Suisse)

A. Griffiths, O. Jeanneret, E. Christe, C. Borrini, S. Ingman, G. Demierre

1. D'après un poster présenté aux Journées Scientifiques de la Société Suisse de Médecine Sociale et Préventive. Genève, 23-24 juin 1983.
2. Health Management Institute, Genève.
3. Institut de Médecine Sociale et Préventive, Université de Genève.
4. Médecin Cantonal, Fribourg.

INTRODUCTION

Dans tous les pays où l'espérance de vie a atteint un seuil élevé, la situation et l'intégration sociale des personnes âgées représentent une préoccupation majeure (14). En Suisse, ces problèmes ont été approfondis à plusieurs reprises : par deux rapports d'une commission fédérale en 1968 (5) et en 1979 (6) par une série d'études suscitées par le programme No 3 du Fonds national suisse de la recherche scientifique (11, 12) et par de nombreuses études cantonales telles que celles effectuées à Genève par deux commissions officielles (3, 4).

Ces études, qui ne représentent qu'une petite partie de la littérature publiée, montrent les situations étonnamment variées des personnes âgées en fonction d'une grande gamme de facteurs liés aux personnes (âge, état civil, mode de vie, entourage, ressources économiques, état de santé, etc.) et à leur environnement (région, habitat, offre et type de services, etc.).

Les répercussions sur l'organisation et les prestations du système de santé et, en moindre mesure le poids économique, entraînées par la perte de l'autonomie chez les personnes âgées, représentent une seconde préoccupation essentielle pour la société post-industrielle, au plan international (1, 16), au plan national (8) et au plan cantonal (7, 13). Elles s'observent également dans des manuels de gériatrie (10).

Ces types de préoccupation ont incité notre groupe de recherche ad hoc à soumettre un projet de recherche original (9) dans le contexte du 8ème programme national du Fonds national suisse de la recherche scientifique (15). Le but ultime de ce projet est de fournir les éléments de base d'un système d'information permettant une meilleure adéquation entre les besoins des "clients" et les réponses des institutions de prise en charge, et cela dans le triple contexte de la politique choisie, de sa planification et du fonctionnement pratique du système. A cet effet, il nécessite l'obtention de "profils intégrés" des clients et des institutions, dans les contextes choisis : le canton urbain de Genève et quatre districts francophones du canton de Fribourg, moins urbanisé (2, 9).

Cet article présente les premiers résultats de l'étude conduite dans le canton de Fribourg. Il se borne à :

- décrire le niveau et le type de prise en charge dans les quatre districts de Fribourg,
- identifier et analyser les principaux facteurs qui discriminent les personnes âgées selon qu'elles se trouvent dans l'une ou l'autre des deux catégories de pensions ou qu'elles sont suivies par le service de soins à domicile.

MATERIEL ET METHODES

Suivant le protocole établi pour le projet (2, 9) une équipe de travail a recensé, dans quatre districts francophones du canton (la Sarine, la Gruyère, la Glâne et la Veveyse) l'effectif total des personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge à une date donnée de l'hiver 1982-83 par l'une ou l'autre des trois institutions suivantes :

- homes en partie médicalisés (type D-C de la classification de l'Office fédéral des assurances sociales *),
- maisons de retraite (type D de la même classification),
- services de soins infirmiers à domicile (SSD) de la section fribourgeoise de la Croix-Rouge.

Le tabl. I rassemble ces effectifs et la fig. 1 les situe géographiquement.

TABLEAU I - Effectifs des personnes âgées (65 ans et plus) prises en charge, par district et par type de service.

Service	District	Glâne	Gruyère	Sarine	Veveyse	total
Homes \pm médicalisés HM		58	39	47	76	220
Maisons de retraite MR		120	252	361	47	780
Services de soins à domicile SSD		32	66	75	(a)	173
Total		210	357	483	123	1173

(a) Le district de la Veveyse ne dispose pas d'un SSD.

En rapportant ces effectifs au nombre des personnes âgées, on obtient des taux de prise en charge et des taux d'admission. Les données disponibles ne permettent ici de calculer que les premiers.

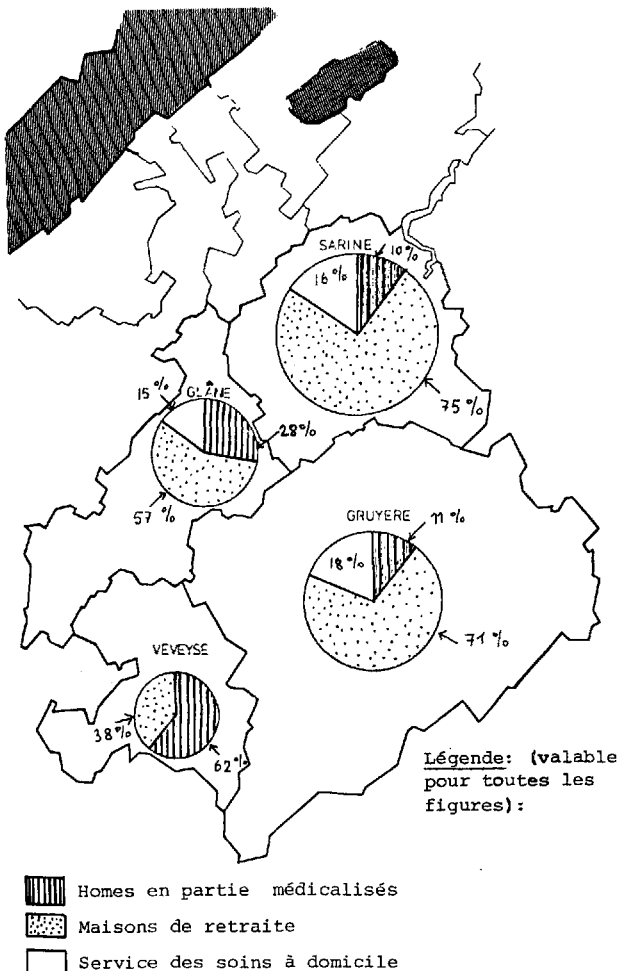
Pour chacune des personnes recensées, l'équipe de recherche a recueilli auprès du personnel de direction ou soignant une série de caractéristiques précises permettant de définir les niveaux de dépendance et de prise en charge des personnes dans chaque institution considérée.

Dans l'ordre du questionnaire, quatre grandes catégories de données ont été recueillies :

- les informations générales: sexe, âge, état civil, lieu de provenance, date d'entrée dans l'établissement et d'autres renseignements d'ordre administratif,
- l'état des capacités physiques et psychiques
- l'intervention des soignants : prestations données ou reçues,
- la présence ou l'absence d'un entourage socio-familial.

* cf. (6), pp. 256-261.

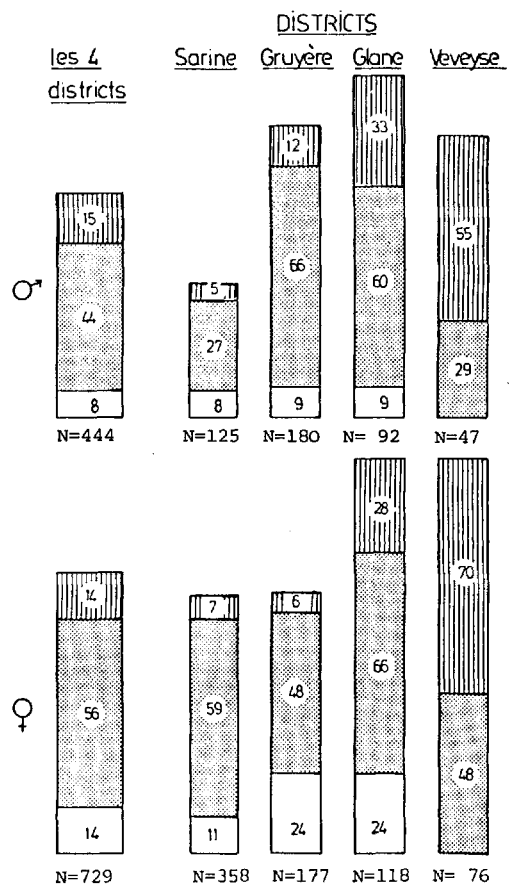
FIG. 1 - Distribution géographique des personnes âgées prises en charge, par type de service. (Effectifs, cf. : Tabl.I).



RESULTATS

Les taux de prise en charge par district, par sexe et type de service, sont présentés à la fig. 2. Il s'en dégage plusieurs points intéressants. Pour l'ensemble des quatre districts, le taux de prise en charge pour les femmes est de 84 ‰, soit 25 % de plus que pour les hommes - on y reviendra -. Pour les deux sexes, environ deux tiers des cas pris en charge se trouvent dans des maisons de retraite. Chez les femmes, le tiers restant est réparti par moitié entre les homes médicalisés et les soins à domicile (SSD), tandis que pour les hommes 2/3 du tiers restant, soit 25 % de l'ensemble, se trouvent dans les homes médicalisés.

FIG. 2 - Taux de prise en charge (en ‰ de la population âgée) par type de service, selon le sexe et le district.



N= indique le nombre de personnes âgées prises en charge. (Population de référence selon recensement fédéral 1980).

Ces données s'articulent sur l'axe d'un modèle d'analyse pré-établi (2). Suivant ce modèle original, la prise en charge d'un individu par un service est en grande partie déterminée par ses incapacités dans les cinq actes de base de la vie quotidienne (s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, utiliser les WC, sortir du lit). Ces actes ont été complétés par onze autres, moins déterminants pour l'autonomie, mais qui peuvent s'ajouter pour devenir une incapacité composée. Ils comprennent des actes tels que porter un verre d'eau, couper ses aliments, faire des courses, etc. Ont aussi été prises en compte des capacités sensorielles (vue, ouïe, etc.) et des capacités psychiques (perception, mémoire, comportement, etc). L'autre versant de la prise en charge comprend des prestations fournies pour faire face à l'incapacité, notamment les soins infirmiers et médicaux, ainsi que les prestations d'encadrement social. Certaines de ces prestations exigent un apport professionnel, notamment les deux premières ; d'autres peuvent être fournies par l'entourage, bien que disponibles dans des services formels. D'où la modulation de la prise en charge par des facteurs sociaux dont quelques-uns des plus importants (tels que la famille et l'entourage, le milieu social, etc) sont pris en compte dans l'analyse.

Quant aux taux de prise en charge globale par district, ils sont quasiment identiques pour les hommes dans la Gruyère et la Veveyse et environ 1/5 plus élevés dans la Glâne. Par contre, ils sont moins de la moitié (40 ‰) dans la Sarine. Pour les femmes, les districts s'appartiennent : la Sarine et la Gruyère à 77/78 ‰ et la Glâne et la Veveyse à 118 ‰.

Il faut souligner que ces taux sont des taux de prise en charge et non des taux d'admission calculés sur la base des populations légalement résidentes dans les districts. Ainsi, une personne prise en charge de façon permanente par une institution est considérée comme y étant légalement résidente. Or, comme le montre le tabl. II, des proportions importantes des pensionnaires dans chaque district auraient leur dernier domicile privé en dehors des districts où ils sont pris en charge. Les taux d'admission (cf. taux de prise en charge) devraient donc se rapporter à la population à risque et non à la population résidente de chaque district. Il est impossible de calculer ces taux de manière satisfaisante pour deux raisons. D'abord parce que les admissions des personnes recensées s'échelonnent sur une vingtaine d'années et ensuite parce qu'il manque des informations sur les résidents des districts étudiés qui sont pris en charge ailleurs.

TABLE II - Provenance des pensionnaires des pensions (hommes médicalisés et maisons de retraite): du domicile ou non ; du district ou non (% du total de chaque district).

	Sarine	Gruyère	Glâne	Veveyse
Viennent :				
- de leur domicile	68	56	86	69
- d'une autre institution	32	44	14	31
Résident :				
- dans le district	75	77	58	38
- hors du district	25	23	32	62

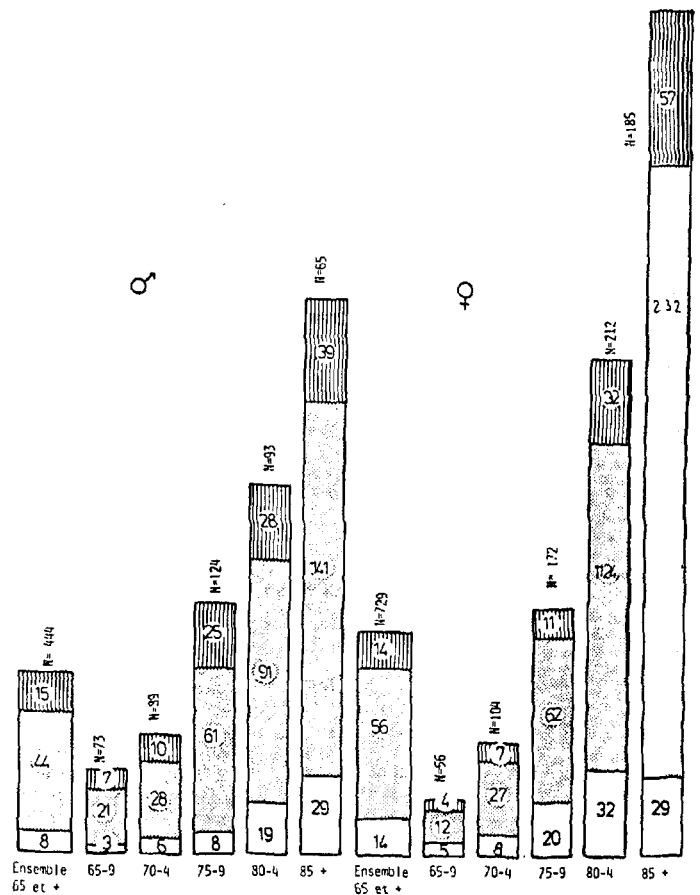
Ainsi le petit district de la Veveyse, tourné vers le bassin lémanique, possède un home médicalisé très moderne doté d'une centaine de lits. Sur 76 personnes âgées de 65 ans et plus recensées dans ce home, 34 ont leur dernier domicile privé dans le district, 31 dans le canton et 11 dans un autre canton. Par contraste, en Sarine, sur 47 personnes recensées dans le home partiellement médicalisé, 43 ont leur domicile privé dans le district, 2 dans le canton et 2 dans un autre canton. Les districts de la Glâne et de la Veveyse fonctionnent donc comme des districts de captation.

La structure de la prise en charge varie autant que le taux global d'un district à l'autre. La Veveyse, qui a le deuxième taux global, n'a pas de SSD et concentre ses prises en charge dans un home médicalisé (65,5 % des hommes et 59,3 % des femmes pris en charge s'y trouvent). Par contre, la Glâne, qui a à peu près le même taux global, n'a qu'un tiers des hommes et moins d'un quart des femmes pris en charge dans ce type d'institution. Dans la Gruyère et la Sarine, la différence est encore plus frappante car les maisons médicalisées n'y jouent qu'un tout petit rôle. Enfin, les soins à domicile montrent beaucoup plus de cohérence: le taux de prise en charge se situe entre 8 et 9 ‰ pour les hommes et à 24 ‰ pour les femmes, sauf dans la Sarine où le taux (de 11 ‰) est plus proche de celui des hommes.

Il a déjà été remarqué que le taux de prise en charge global est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En fait, comme le montre la fig. 3, l'inverse est vrai jusqu'à l'âge de

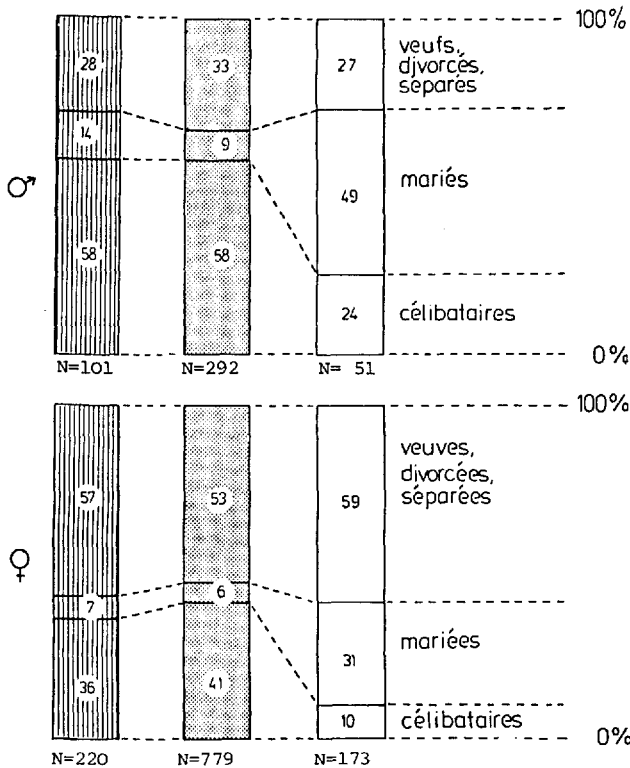
79 ans, mais par la suite le taux des femmes dépasse celui des hommes de plus d'un tiers pour celles âgées de 80 à 84 ans et de plus de la moitié à partir de 85 ans. En outre - phénomène inattendu - ce sont les maisons de retraite, c'est-à-dire l'institution la moins médicalisée des trois, qui absorbent la plus grosse part de l'accroissement avec l'âge et cela chez les femmes comme chez les hommes.

FIG. 3 - Taux de prise en charge (en ‰) de la population âgée par chaque type de service, selon le sexe et le groupe d'âge. N= indique le nombre de personnes âgées prises en charge. (Population de référence: recensement fédéral 1980).



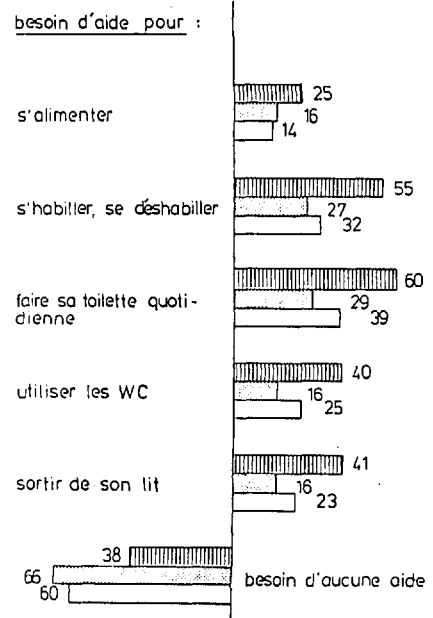
En prenant en compte l'état civil (fig. 4), la proportion des mariés dans les populations institutionnalisées est très basse, allant de 6 à 14 %. Par contre, parmi ceux pris en charge par les SSD, ils sont presque un tiers chez les femmes et la moitié chez les hommes. Le pourcentage des veufs, divorcés et séparés est relativement constant dans les trois services, mais celui des femmes est presque le double de celui des hommes en conséquence de la surmortalité masculine. Dans les SSD, les mariés sont beaucoup plus fréquents, presque un tiers, chez les femmes et environ la moitié chez les hommes.

FIG. 4 - Distribution de l'état civil des personnes âgées prises en charge par chaque type de service, pour chaque sexe.



- une personne sur quatre à domicile,
- une sur dix dans les maisons de retraite,
- une sur 17 dans les homes médicalisés.

FIG. 5 - Pourcentage de personnes âgées ayant besoin d'aide pour des activités quotidiennes données, par type de service. (Effectifs globaux, cf. tabl. I).

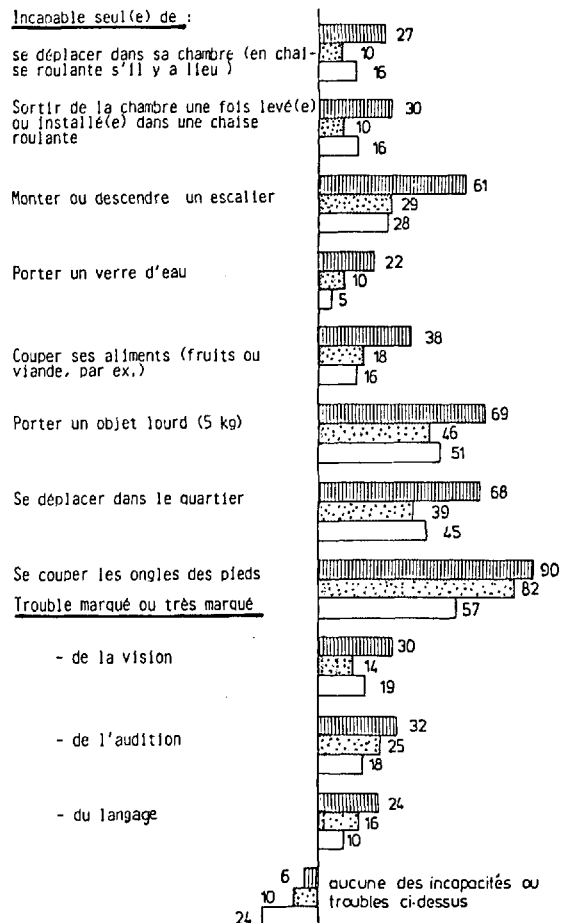


Examinons maintenant les atteintes à l'autonomie de ces 1173 personnes prises en charge, à l'aide de deux indicateurs classiques: le besoin d'aide pour cinq actes de base de la vie quotidienne et l'incapacité fonctionnelle.

A priori, connaissant le profil des services, on pouvait s'attendre à la gradation suivante: maximum d'autonomie à domicile, minimum dans les homes médicalisés, les hôtes des maisons de retraite occupant une situation intermédiaire.

Sauf pour s'alimenter, on constate (fig. 5) que pour les quatre autres actes de base, les besoins d'aide les plus faibles s'observent en réalité dans les maisons de retraite et que ce sont les personnes suivies à domicile qui occupent régulièrement une situation intermédiaire! Notons en outre que, dans l'ensemble, n'ont besoin d'aucune aide pour les cinq actes

FIG. 6 - Pourcentage de personnes âgées atteintes de différentes incapacités, par type de service. (Effectifs globaux, cf. Tabl. I).



- une personne sur trois dans les homes médicalisés,
- deux sur trois dans les maisons de retraite,
- trois sur cinq à domicile.

Dans les trois types de services, les deux besoins d'aide les plus fréquents sont la toilette et l'acte de s'habiller/se déshabiller.

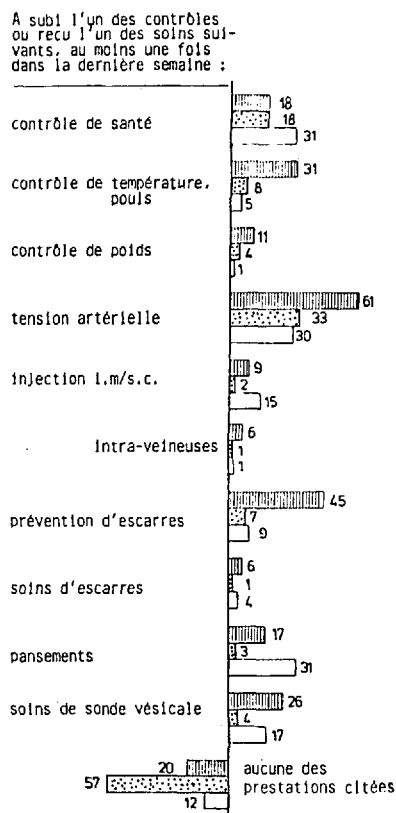
Lorsqu'on investigate la gamme plus large des onze incapacités fonctionnelles de nature physique (motrice ou sensorielle) prises en considération, ces proportions deviennent plus faibles (fig. 6).

Ici, en moyenne, le personnel soignant considèrerait comme capables d'effectuer seules les huit actes de la vie quotidienne et ne ou pas atteintes dans leurs capacités visuelle, auditive ou du langage

Faute de place pour commenter la prévalence respective de ces onze incapacités, on soulignera le fait que la proportion des personnes atteintes qui se trouvent en maison de retraite ou à domicile varie d'une incapacité à l'autre, les personnes en home médicalisé restant régulièrement les plus atteintes, comme on pouvait s'y attendre.

Les prestations (relevant habituellement du nursing) effectuées régulièrement et le nombre des médicaments pris régulièrement constituent deux indicateurs complémentaires utilisés dans cette étude *. Pour ces prestations (fig. 7), on constate que, parmi les personnes placées en maison de retraite, plus de la moitié n'en reçoivent aucune, contre un cinquième au moins dans les deux autres types de service.

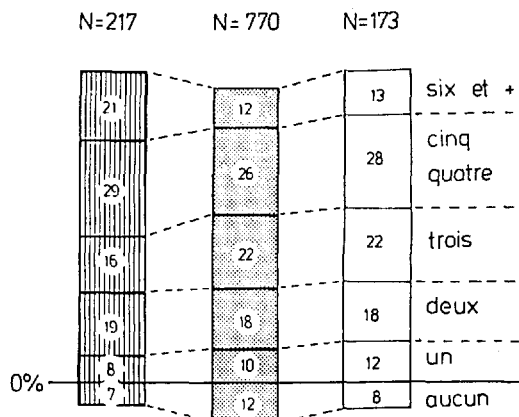
FIG. 7 - Pourcentage de personnes âgées recevant régulièrement des prestations données, au domicile ou dans l'établissement, par type de service. (Effectifs globaux, cf. Tabl. I).



Par rapport aux personnes en institution, celles qui sont suivies par les services de soins à domicile bénéficient plus souvent de contrôles de santé, d'injections (autres qu'intraveineuses) et de pansements. Comme on pouvait s'y attendre, les prestations habituelles en milieu hospitalier caractérisent les homes médicalisés. La polyopathie qui caractérise l'état de santé des personnes âgées (10) entraîne ipso facto la prescription de plusieurs médicaments à prendre régulièrement. Deux personnes sur cinq soignées par les SSD ou résidant en maisons de retraite prennent régulièrement quatre

médicaments ou plus ; cette proportion atteint un sur deux dans les homes médicalisés (fig. 8).

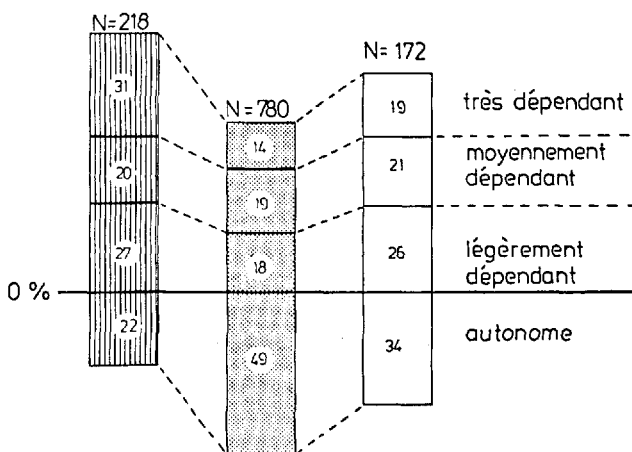
FIG. 8 - Pourcentage de personnes âgées recevant régulièrement des nombres donnés de médicaments, par type de service.



Les proportions de personnes plus ou moins dépendantes, selon une évaluation globale effectuée par le personnel soignant (fig. 9) confirme les contrastes observés à l'aide des indicateurs précédents (fig. 5 à 8).

Les homes partiellement médicalisés regroupent une population plus handicapée. Seulement une personne sur cinq est autonome, et la moitié est très ou moyennement dépendante. Par contre, la moitié des cas placés dans les maisons de retraite sont autonomes et encore un sur cinq n'est que légèrement dépendant. La population suivie par les SSD a le même pourcentage de personnes légèrement et moyennement dépendantes que les maisons médicalisées (47%), mais plus de personnes autonomes et moins de très dépendantes.

FIG. 9 - Pourcentage de personnes âgées évaluées par les soignants à un degré de dépendance donné, par type de service.

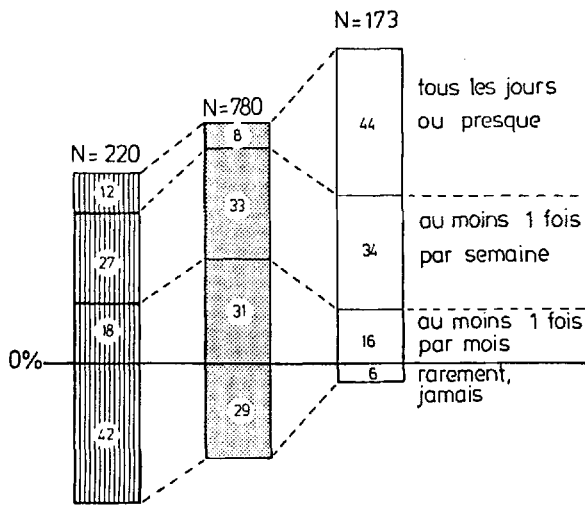


* Rappelons que, pour des raisons d'ordre théorique, éthique et pratique, l'équipe de recherche ne relevait d'information ni sur les diagnostics ni même sur les symptômes ou signes de pathologies observés par le personnel.

Une mesure simple du degré d'isolement social est fournie par l'indication de la fréquence des visites reçues, que le personnel des services étudiés (*) est généralement capable de répartir dans les quatre grandes catégories de la fig. 10.

Chez les personnes prises en charge à domicile, plus de quatre sur dix reçoivent des visites tous les jours ou presque, et seulement une sur cinq rarement ou jamais. Inversement, près d'un pensionnaire des maisons de retraite sur trois, et plus de deux sur cinq dans les homes médicalisés n'en reçoivent que rarement ou jamais.

FIG. 10 - Pourcentage de personnes âgées recevant un nombre donné de visites, par type de service.



Le taux de prise en charge globale par district doit être enrichi de l'analyse de la répartition des types de cas qui utilisent l'une ou l'autre institution. Des typologies, établies en fonction du degré de perte de l'autonomie, doivent permettre de préciser le degré de concentration de cas lourds (ou légers) selon la structure d'accueil. En Gruyère, par exemple, le manque paraît résider au niveau des lits médicalisés. Ce qui implique un hôpital engorgé, un home médicalisé suroccupé et une répartition des cas lourds dans des institutions dont les moyens d'accueil restent réduits.

L'explication de l'excédent du taux de prises en charge observé chez les femmes à partir de 80 ans n'est pas évidente, mais d'autres recherches suggèrent que dans ces groupes d'âge la perte d'autonomie en fin de vie semble beaucoup plus progressive et prolongée chez les femmes que chez les hommes, ce qui se traduirait par des besoins de prise en charge plus élevés. En plus, à cet âge, les hommes ont beaucoup plus souvent conservé leur conjoint à leurs côtés que les femmes et ont, par conséquent, plus de chance de pouvoir supporter un état de dépendance donné sans institutionnalisation.

A part les femmes très âgées, l'autre groupe qui paraît être à haut risque de placement est celui des hommes célibataires. Ils représentent presque 60 % des hommes institutionnalisés, ce qui est quatre à cinq fois plus que leur proportion dans la population âgée en général. En plus, l'origine sociale établie d'après la profession exercée jadis aiderait à préciser le profil du célibataire à haut risque ; par exemple, le district rural de la Gruyère compte un nombre important d'ouvriers agricoles et autres qui, l'âge venant, se dirigent vers des maisons de retraite.

En ce qui concerne les actes de base et les autres incapacités, environ la moitié des personnes vivant dans les homes médicalisés sont incapables de s'habiller, de faire leur toilette et de se déplacer dans le quartier. Leur maintien à domicile serait vraisemblablement impossible même avec un encadrement poussé. Par contre, presque deux sur cinq dans les homes médicalisés et deux sur trois dans les pensions n'ont besoin d'aucune aide pour les actes de base ; la question se pose donc de savoir s'il serait possible de leur assurer une vie indépendante à domicile plus longtemps moyennant un encadrement plus adapté à leurs incapacités ou s'ils sont placés uniquement pour des raisons sociales.

L'ensemble de ces constatations sera revu à la lumière du développement en cours de cette étude : les données comparables recueillies à Genève d'une part, les observations effectuées dans les services hospitaliers fribourgeois et genevois d'autre part, permettront sans doute de donner à ces constatations une assise plus solide.

DISCUSSION

Les variations observées du niveau comme de la structure des prises en charge ne sont pas faciles à interpréter. Sont-elles réelles, malgré l'homogénéité apparente de la population ? Sont-elles artificielles, le classement officiel des services ne reflétant pas vraiment la réalité de la prise en charge ? Ou faut-il conclure que l'offre crée la demande plutôt que l'inverse ?

Le taux de prise en charge globale des femmes l'emporte sur celui des hommes, sauf en Gruyère. Or, ce district rural compte un nombre important d'ouvriers agricoles célibataires qui, l'âge venant, se dirigent vers des maisons de retraite (**). En outre, si les hommes y sont moins nombreux à bénéficier des soins du SSD, ils sont plus nombreux que les femmes dans le home médicalisé, attaché à l'hôpital de Riaz, et dans les maisons de retraite du district.

(*) Dans le cas des SSD, la question excluait évidemment les membres de la famille vivant avec la personne prise en charge.

(**) Les districts de la Glâne et de la Veveyse sont aussi ruraux. Peut-être ont-ils moins d'ouvriers agricoles célibataires ou alors les Glânois se dirigent-ils vers les institutions gruyériennes.

RESUME

Ce travail s'insère dans une étude bi-polaire (Fribourg et Genève) portant sur le recours des personnes âgées aux services médicaux et médico-sociaux, et entreprise dans le contexte du programme national de recherche No 8 (Economie et efficacité du système de santé suisse).

Pour la totalité des personnes prises en charge dans trois types de services (homes en partie médicalisés, maisons de retraite, services de soins infirmiers à domicile) répartis dans quatre districts francophones du canton de Fribourg - soit 1173 personnes âgées de 65 ans et plus -, le personnel de ces services a fourni, à une date donnée, leurs caractéristiques personnelles, l'état de leurs capacités physiques et psychiques, des précisions sur ses interventions auprès d'elles et quelques indications sur leur entourage socio-familial.

Les résultats mettent en évidence des différences entre districts et entre services quant aux taux globaux de prise en charge, à la structure de celle-ci, aux profils respectifs des besoins d'aide et des prestations offertes.

La discussion porte sur les interprétations possibles de ces différences et débouche sur le problème fondamental de l'adéquation entre besoins et offre de prestations.

SUMMARY

This research forms part of a two centre study (Fribourg et Geneva) on the use of medical and socio-medical services by elderly persons. It was undertaken under the auspices of the national research programme No 8 (Efficiency and effectiveness of the Swiss health system).

The study covered 1173 persons aged 65 years or over receiving care in three services (partly medicalized nursing homes, retirement homes and home nursing services) in four french speaking districts of Fribourg Canton. The staff of these services provided cross sectional data on the personal characteristics of their clients or patients, their physical and mental capacities, the specific services provided to them, and some indications on their home circumstances.

The results show differences between districts and services in terms of the overall utilisation rate, its structure, and the detailed profiles of specific needs and services.

The discussion focusses on the possible interpretations of these differences and on the fundamental problem matching services to needs.

ZUSAMMENFASSUNG

Diese Arbeit ist Teil einer Studie in zwei Regionen (Freiburg und Genf) über die Bedürfnisse Betagter nach medizinischen und sozialmedizinischen Dienstleistungen. Die Untersuchung steht in Zusammenhang mit dem Nationalen Forschungsprogramm Nr. 8 (Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit des Schweizerischen Gesundheitswesens).

Für die Gesamtheit der Personen in drei verschiedenen Bereichen (Pflegeheime, Altersheime, Hauskrankenpflegedienste), verteilt in vier französischsprachigen Bezirken des Kantons Freiburg - das heisst für 1173 Betagte im Alter von 65 Jahren und mehr - hat das Personal dieser Bereiche an einem Stichtag Informationen über Personalien, physische und psychische Fähigkeiten sowie die sozialfamiliäre Umgebung geliefert und Angaben über die von Be-

tagten beanspruchten Dienstleistungen gemacht. Die Resultate weisen auf Differenzen zwischen Bezirken und Dienststellen hin bezüglich Inanspruchnahme und Struktur sowohl von Seiten der Bedürfnisse als auch von Seiten der angebotenen Leistungen.

In der Diskussion werden die beobachteten Unterschiede analysiert und es wird auf das Hauptproblem, die Anpassung der offerierten Dienste an die effektiven Bedürfnisse, eingegangen.

REFERENCES

- 1) AUJALEU E.: Les personnes âgées. Problèmes d'hébergement et de soins médico-sociaux. Conseil de l'Europe. Comité d'experts en matière de santé publique. Strasbourg, 73 p (1965).
- 2) CHRISTE E., BORRINI C., GRIFFITHS A.: Modes d'utilisation des services de santé par les personnes âgées: une recherche en cours. Soz.und Präventivmedizin. 27, 328-9 (1982).
- 3) COMMISSION CANTONALE GENEVOISE CHARGÉE D'ETUDIER L'ENSEMBLE DES PROBLEMES RELATIFS A LA VIEILLESSE. Rapport, 1965.
- 4) COMMISSION CANTONALE GENEVOISE CHARGÉE D'ETUDIER L'ENSEMBLE DES PROBLEMES RELATIFS A LA VIEILLESSE. Rapport, 1980.
- 5) COMMISSION D'ETUDE DES PROBLEMES DE LA VIEILLESSE. Les problèmes de la vieillesse en Suisse. Rapport, 1968. Berne, Centrale fédérale des imprimés et du matériel.
- 6) COMMISSION D'ETUDE DES PROBLEMES DE LA VIEILLESSE. Vieillir en Suisse. Rapport, 1979. Berne, Centrale fédérale des imprimés et du matériel.
- 7) DELACHAUX A.: Le problème du placement des vieillards malades et bien portants dans le canton de Vaud. Géront.Clin. 2, 101-111 (1960).
- 8) GILLIAND P.: Vieillissement démographique et politique hospitalière. Lausanne, Dpt de l'Intérieur, Service Sté Publique, Lausanne, 1969.
- 9) GRIFFITHS A., JEANNERET O., RAYMOND L., DEMIERRE G., RAGETH J.P.: Pattern of use of health and related social services by elderly patients: toward an information system for planning and management. Genève, 1980, polycopié, 22 p.
- 10) JUNOD J.P., GODA, G. Gérontologie médico-sociale. In: MARTIN E., JUNOD J.P.: Abrégé de gérontologie. Berne, Huber, 1977 (pp. 63-71) (2e éd).
- 11) PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE No. 3: Problèmes fondamentaux de l'intégration sociale. Plan d'exécution. Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique, Berne (1976) (polycopié 12 pp).
- 12) LALIVE D'EPINAY C. et al.: Vieillesse. Georgi, St-Saphorin, 1983.
- 13) RAGETH J.P.(éd): Les politiques de la vieillesse en Suisse (Jura, Berne, Neuchâtel, Valais, Vaud). Cah. Méd. Soc. 26, 1-77 (1982).
- 14) SELBY Ph., SCHECHTER M.: Aging 2000, a challenge for society (Sandoz Institute for Health and Socio-economic Studies). Lancaster, MTP Press, 1982.
- 15) TSCHOPP P.: Le programme national de recherche sur l'économie et l'efficacité du système de santé en Suisse: objectif scientifique et portée pratique. Soz.und Präventivmedizin. 26, 6-11 (1981).
- 16) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Copenhagen. Protecting the health of the elderly. A review of WHO activities. Public Health in Europe 18. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1983.