

Utilisation des services

On considère de plus en plus que les prestations servies aux personnes âgées doivent non seulement répondre aux impératifs fondamentaux de leur existence de tous les jours, mais aussi créer les conditions nécessaires à leur maintien dans la société, à leur autonomie et à leur épanouissement, en dépit du vieillissement et des contraintes physiques et mentales dont elles souffrent. Les prestations qui peuvent contribuer à préserver le mode de vie des personnes âgées sont d'ordres très divers (90).

Lorsqu'on veut servir des prestations à ces personnes, il faut d'abord penser à celles qui sont déjà offertes à tous les membres de la société (91). Toutefois, en raison des processus du vieillissement d'une part, de l'évolution rapide de l'environnement de l'autre, les soins et les prestations sociales aux personnes âgées imposent des contraintes particulières. L'organisation des services doit revêtir une certaine flexibilité qui tienne compte en premier lieu des besoins de toute la population, en deuxième lieu de la nécessité de prestations spéciales.

Il importe que les services destinés aux personnes âgées soient accessibles, adaptables et humanisés. Ces services fonctionnent mieux, semble-t-il, lorsqu'ils entretiennent des rapports étroits avec les services de protection sociale et de santé publique. Toutes les actions qui visent à améliorer les conditions de vie des personnes âgées doivent surmonter les obstacles administratifs et professionnels qui se trouvent sur leur route (92). A ce propos, le principal problème de politique sociale consiste à savoir comment affecter au mieux les ressources limitées dont dispose la société pour satisfaire les besoins des personnes âgées comme ceux des autres composantes de la population.

On a vu, ces dernières années, que les personnes âgées recourent aux services sociaux et de santé trois à quatre fois plus que ne le laisserait prévoir leur proportion dans la population (93, 94). C'est pourquoi il est absolument indispensable d'étudier et d'analyser les besoins des personnes âgées en ce domaine (90, 95).

On a récemment élaboré, à partir de l'expérience pratique et des connaissances apportées par la gérontologie, un système de services qui tient autant que possible compte de la situation globale des personnes âgées. Ces services ont été classés d'après les besoins fondamentaux de l'être humain ou bien d'après les capacités et les ressources des personnes âgées elles-mêmes (30). D'autres classifications partent des altérations organiques résultant du vieillissement (95-97), auquel cas on considère que les prestations viennent

compenser les infirmités de la vieillesse. On a suggéré de distinguer les prestations en tenant compte de plusieurs variables à la fois, par exemple l'âge, la capacité fonctionnelle et les conditions de vie, ce qui met en relief le caractère d'«options» attaché à ces prestations (31). En les systématisant, on a, entre autres, essayé de les hiérarchiser ou d'établir une certaine continuité, où prévention, aide, rééducation et protection forment un tout articulé (31, 98-100).

La nécessité d'offrir des prestations aux personnes âgées tient le plus souvent à la médiocrité de leurs conditions de vie, à leur solitude, à leurs difficultés relationnelles, à leur mauvaise santé physique ou mentale et à leurs infirmités fonctionnelles. L'analyse des besoins des personnes âgées a permis de dégager les groupes les plus exposés qui sont les suivants : les invalides, les sujets à la personnalité altérée, les isolés sociaux, les handicapés physiques ou mentaux, enfin les grands vieillards. Les grandes catégories de prestations comprennent les aides ménagères, les soins personnels (par exemple les services de soins infirmiers) et l'intégration sociale (c'est-à-dire l'établissement et l'entretien de contacts sociaux) (101).

Même s'il est nécessaire de développer les prestations, il ne faut pas oublier que les services officiels ne suffisent pas à répondre à tous les besoins des personnes âgées dont les relations sociales, familiales par exemple, continuent à déterminer de façon décisive les conditions de vie (102).

Lorsqu'on veut porter un jugement, dans une optique internationale, sur la qualité des services sociaux et de santé destinés aux personnes âgées, il faut savoir que les besoins de ces personnes dépendent étroitement du contexte socio-économique, politique et culturel du pays où elles vivent. La structure, le financement et la raison d'être des services diffèrent selon les pays. En raison, toutefois, du caractère universel des processus du vieillissement, les comparaisons internationales, dont plusieurs ont été réalisées au cours des dix à quinze dernières années, ont dégagé des modèles communs d'organisation des systèmes de prestations (101, 103, 104). A ce sujet, il faut considérer que l'étude des conditions de vie des personnes âgées au Danemark, en Angleterre et aux Etats-Unis a défriché le terrain (10). Même si cette étude n'a pas essentiellement mis l'accent sur la comparaison des besoins, ses résultats ont fait apparaître des différences considérables d'utilisation des services entre, d'une part l'Angleterre et le Danemark, d'autre part les Etats-Unis, dans les premières années 60. Les services sociaux et de santé officiels étaient beaucoup plus développés dans les deux premiers pays que dans le dernier.

Huit pays (la République fédérale d'Allemagne, le Canada, les Etats-Unis, la France, Israël, la Pologne, le Royaume-Uni et la Yougoslavie) ont servi de base à une comparaison des services sociaux et de santé pour personnes âgées (105), qui a conduit à deux grandes conclusions : premièrement, que les services ambulatoires pour personnes âgées doivent s'appuyer sur une solide infrastructure; deuxièmement, qu'il existe dans tous les pays un noyau de services sociaux individuels qui répondent aux besoins des personnes âgées. Cette étude a révélé que les plus grands utilisateurs des services (sauf pour l'occupation du temps libre) étaient les 75 ans ou plus, qui constituaient aussi le groupe dont l'effectif augmentait le plus parmi les

personnes âgées. Les services les plus courus combinaient prestations de santé et prestations sociales. Les prestations à domicile, quand elles existent, semblent contribuer beaucoup à aider les personnes âgées à demeurer chez elles. L'aide et les soins matériels revêtent une importance manifeste dans tous les pays. Les auteurs de l'étude ont critiqué le compartimentage et l'absence d'organisation dans la fourniture de prestations.

Le Centre européen de formation et de recherche en action sociale, le Centre européen de coordination de recherche et de documentation en sciences sociales et la Division des affaires sociales de l'Organisation des Nations Unies (101) ont eux aussi réalisé, à la fin des années 70, une étude transnationale européenne, avec la participation de l'Autriche, du Danemark, de la Grèce, de la Hongrie, des Pays-Bas, de la Pologne et de la Yougoslavie. Cette étude portait en particulier sur les problèmes des services ambulatoires. L'action sociale en faveur des personnes âgées, malgré les structures sociales différentes de ces pays, se heurtait partout aux mêmes difficultés. Tous les pays avaient une nette tendance à développer leurs services sociaux et de santé ambulatoires, mais ce développement était plus ou moins avancé. En tête, on trouvait le Danemark et les Pays-Bas.

Toutes les comparaisons se sont heurtées à plusieurs difficultés théoriques, méthodologiques et pratiques.

Le présent chapitre concerne en premier lieu l'utilisation des services de santé, mais porte aussi sur celle de quelques services sociaux, telle qu'elle ressort des réponses aux interviews. Le but recherché consistait à connaître l'utilisation des services en s'appuyant sur les déclarations des personnes interrogées. L'enquête a couvert les douze mois précédant les interviews. Les déclarants devaient dire s'ils avaient eu recours, pendant cette période, à des services sociaux ou de santé. L'étude des services de santé est beaucoup plus complète que celle des services sociaux, car les premiers sont en général plus répandus et présentent plus de similitudes entre eux dans les différents pays.

L'étude des services de santé a englobé les services de consultations externes, les services hospitaliers et la consommation de médicaments. On a, d'autre part, demandé aux personnes âgées si elles jugeaient les services de santé accessibles ou non. Les questions sur les services sociaux ne portaient que sur des prestations de base, par exemple l'aide à domicile, certaines commodités (repas à domicile, blanchissage, pédicure) et l'assistance sociale.

Utilisation des services de santé ambulatoires

Toutes les personnes qui vivaient chez elles ont été interrogées sur leur utilisation de ces services pendant les douze mois écoulés. Elles avaient recouru le plus souvent aux services médicaux en appelant le médecin à leur domicile ou en allant le consulter. C'est à Bruxelles, Florence, Kiev et Louvain, en Basse-Ombro, dans la région Midi-Pyrénées et en Haute-Normandie, entre autres, que les médecins visitaient fréquemment les malades à domicile, ce qu'ont confirmé 50% environ des déclarants. Les médecins visitaient très rarement les patients à domicile au Koweït et à Tampere. Le nombre des visites à domicile s'accroissait avec l'âge des patients, et les médecins se rendaient plus souvent au domicile des femmes qu'à celui des hommes (tableau 41).

Inversement, la proportion de patients qui allaient consulter un médecin décroissait avec l'âge. Cette tendance n'apparaissait d'ailleurs pas évidente en Grèce rurale, au Koweït, ni à Tampere, non plus que, pour les femmes, à Bialystok. Le nombre des consultations chez le médecin était le plus élevé à Berlin-Ouest (67-93%) et à Tampere (75-87%) et les chiffres variaient sensiblement parfois d'un centre à l'autre dans le même pays, par exemple entre Zagreb et Belgrade (tableau 42).

Les personnes âgées appelaient rarement le médecin par téléphone, sans que cela ait, semble-t-il, de rapport avec l'âge. Par contre, la proportion de femmes qui appelaient le médecin par téléphone était supérieure à celle des hommes. C'est à Florence (pour 14-20% des femmes et 8-19% des hommes) et à Bucarest (pour 15-32% des hommes et 7-25% des femmes) que les personnes âgées appelaient le plus souvent le médecin par téléphone. Les taux correspondants des autres régions se situaient en moyenne au-dessous de 10%.

Sauf en Pologne, rares étaient les personnes âgées qui consultaient un dentiste; leur nombre était particulièrement bas en Grèce et en Amiatia occidentale, où seuls environ 10% au maximum des sujets s'étaient rendus chez le dentiste dans les douze mois écoulés (tableau 43). Les pourcentages étaient plus faibles chez les sujets plus âgés et apparemment plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Les femmes, semble-t-il, cessent de se faire soigner les dents environ cinq ans plus tôt que les hommes, d'abord entre 65 et 70 ans, et encore plus après 70 ans, bien que cela ne soit pas le cas dans tous les centres, par exemple à Tampere. Les hommes consultaient en moyenne le dentiste deux fois par an dans la plupart des centres. Les femmes ne le consultaient nulle part aussi souvent que les hommes; ainsi, elles s'y rendaient en moyenne une fois par an à Belgrade, à Berlin-Ouest, en Grèce rurale, à Louvain, en Haute-Normandie, en Amiatia occidentale et à Zagreb.

Presque partout, sauf à Tampere, la proportion de personnes âgées qu'un médecin avait examinées à leur domicile au moins une fois dépassait de beaucoup celle des sujets visités par une infirmière de santé publique. Dans ce dernier cas, les chiffres des visites étaient le plus élevés à Belgrade, où ils variaient entre 24 et 50%, et en Haute-Normandie (18 à 55%); les proportions augmentaient avec l'âge, et étaient quelque peu plus fortes dans le cas des femmes que dans celui des hommes (tableau 44).

Dans la plupart des centres, seul un petit nombre de déclarants se rendaient chez une infirmière de santé publique, par exemple — pour les proportions les plus élevées au cours des douze mois écoulés — 20-42% des hommes et 17-46% des femmes de Tampere, ou 18-41% des hommes et 21-44% des femmes de Bucarest. On n'a pas constaté de nettes différences selon le sexe, mais la proportion se situait au niveau le plus bas chez les sujets des deux groupes les plus âgés. La contribution des infirmières de santé publique aux prestations destinées aux personnes âgées varie beaucoup selon les pays (tableau 45).

Il est très rare que les personnes âgées appellent une infirmière de santé publique par téléphone. La proportion de celles qui l'avaient fait variait dans tous les centres et à tous les âges, chez les hommes comme chez les femmes,

entre 0 et 6%, proportion bien en-dessous des chiffres correspondants, eux-mêmes assez bas, des appels aux médecins. Le tableau 46 donne le nombre moyen des visites de médecins et d'infirmières : la fourchette entre les centres et entre les zones est très large, puisqu'elle s'étend de 2 à 32.

Environ la moitié des personnes âgées de Tampere, de Bialystok et de Belgrade avaient passé un examen aux rayons X dans les douze mois écoulés. C'est en Amiatia occidentale, au Koweït, à Louvain et dans le Midi-Pyrénées que les proportions étaient le plus faibles, même si elles ne descendaient pas au-dessous d'environ 25%. Les chiffres pour les deux groupes les plus âgés dénotaient une légère baisse de fréquence des examens, sans guère de différences entre les centres; les membres de ces groupes avaient subi un examen aux rayons X une fois depuis douze mois. On a relevé des fréquences moyennes de deux examens chez les hommes comme chez les femmes au Koweït et en Haute-Normandie, et de deux examens chez les hommes à Tampere; ces fréquences restaient constantes dans tous les groupes d'âges.

À Berlin-Ouest, Tampere, Florence, Bucarest et Belgrade, plus de la moitié des hommes avaient subi des examens de laboratoire, et une proportion aussi élevée s'observait chez les femmes de ces cinq centres, de même qu'en Haute-Normandie et à Bialystok. Le pourcentage diminuait légèrement pour les deux groupes les plus âgés dans certains centres seulement (tableau 47). La fréquence médiane des examens de laboratoire était d'une fois par an. Des fréquences de deux fois par an pour les hommes et les femmes de Tampere et de Berlin-Ouest, et de deux fois par an pour les hommes seulement de Haute-Normandie, de Belgrade et du Koweït, ont été observées. Toutefois, dans ce dernier pays, les femmes avaient subi des examens de laboratoire trois à quatre fois au cours des douze mois écoulés.

C'est à Bucarest, Belgrade, Berlin-Ouest et Bialystok qu'on a constaté les pourcentages les plus élevés de personnes ayant subi un électrocardiogramme (ECG) dans les douze mois écoulés. Les ECG de personnes âgées étaient plus rares que les examens aux rayons X et les analyses de laboratoire. La fréquence médiane était partout d'un ECG par an.

Dans le domaine de la rééducation, c'est-à-dire du recours à un physiothérapeute ou un ergothérapeute, les chiffres montrent que moins de 1% des déclarants avaient consulté un ergothérapeute. Ils avaient le plus souvent fait appel à un physiothérapeute, surtout à Bucarest (5-29% des femmes et 4-26% des hommes), à Louvain (5-19% des femmes) et à Tampere (7-22% des femmes) dans les douze mois écoulés. Dans tous les autres centres, les chiffres étaient inférieurs.

Utilisation des services hospitaliers et jugement sur leur accessibilité

Les proportions de personnes âgées qui avaient séjourné dans un hôpital général dans les douze mois précédant la visite des enquêteurs variaient entre 2 et 30%. Elles différaient d'un centre à l'autre, mais on a observé un net écart entre le groupe le plus jeune et le groupe le plus âgé, et le nombre des hommes hospitalisés était supérieur à celui des femmes (fig. 25). Les chiffres

les plus élevés ont été constatés à Tampere (12–30%) et en Basse-Ombroine (12–28%), les plus bas à Bialystok et Louvain. Ils variaient aussi parfois d'un centre à l'autre dans le même pays.

Comme les séjours de moins d'une journée étaient plus fréquents dans certains centres, la durée des hospitalisations variait de l'un à l'autre de deux ou trois semaines à trois ou quatre mois. Aucune relation évidente n'a pu être décelée entre l'âge, le sexe et la durée de l'hospitalisation (tableau 48), mais, dans certaines zones, et par exemple en Grèce rurale, il se pourrait que les hospitalisations prolongées traduisent la pénurie d'autres services (sociaux par exemple).

Les interventions chirurgicales sont relativement rares. La proportion de sujets qui avaient été opérés sous anesthésie générale n'atteignait 10% dans aucun centre, ni dans presque aucun groupe d'âges, chez les hommes comme chez les femmes. La proportion la plus élevée, quel que soit le groupe d'âges, était de 5% (en Amiata occidentale et à Bialystok).

On a demandé aux déclarants de dire s'ils jugeaient les services médicaux et hospitaliers accessibles ou non. Environ un tiers des personnes vivant à Tampere, contre 20 à 25%, suivant l'âge, à Belgrade, trouvaient plutôt difficile d'accéder à un médecin. C'est à Bucarest, dans la région Midi-Pyrénées et à Louvain que les sujets rencontraient le moins de difficultés à ce propos, puisque la proportion des insatisfaits y était inférieure à 5% (fig. 26).

Ce sont les hommes des deux groupes les plus jeunes d'Amiata occidentale qui ont déclaré avoir le plus de mal à accéder à un dentiste. Quelque 50% d'entre eux, contre 20% environ à Belgrade et au Koweït et un très petit nombre ailleurs, étaient de cet avis (tableau 49).

C'est à Belgrade et à Tampere que les sujets ont déclaré avoir le plus de mal à accéder aux hôpitaux, et les femmes plus que les hommes (23 à 57% d'entre elles à Tampere et 32 à 47% à Belgrade). Environ un quart des personnes âgées du Koweït, de Bialystok et de Florence, et une proportion plus faible dans les autres régions, ont jugé les hôpitaux assez peu accessibles. On ne dispose pas de renseignements sur Kiev, ni sur Berlin-Ouest.

Consommation de médicaments

La consommation de médicaments sur ordonnance pendant la semaine précédant l'enquête était la plus faible à Kiev (16 à 35%). La proportion de sujets qui prenaient des médicaments sur ordonnance augmentait avec l'âge, sauf dans certains centres où elle diminuait dans les deux groupes les plus âgés. Comme les personnes interrogées vivaient chez elles, il se peut qu'une sélection se soit opérée du fait de la proportion accrue de sujets de ces âges qui vivaient dans des établissements. Les femmes consommaient plus souvent que les hommes des médicaments sur ordonnance (tableau 50).

La consommation médiane, dans les trois mois précédents, de médicaments prescrits s'établissait au plus bas (1,6) chez les hommes de 65–69 ans et de 85–89 ans en Amiata occidentale, et au plus haut (4,4) chez les femmes de 70–74 ans en Haute-Normandie. Les chiffres de l'échantillon total variaient de 1,7 à 3,1 chez les sujets les plus jeunes, de 1,8 à 4,4 chez les 70–74 ans, et de 1,9 à 3,9 chez les 80–84 ans.

Tableau 41. Pourcentages de sujets examinés à leur domicile par un médecin dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	14	45	31	58	64	64	43	50	67	62	74	68
Louvain	43	47	56	66	72	69	53	57	61	74	79	84
Berlin-Ouest	9	8	13	25	26	32	11	15	15	18	36	36
Tampere	0	2	4	8	6	2	1	2	7	7	9	15
Midi-Pyrénées	36	38	49	55	79	79	39	40	57	65	67	81
Haute-Normandie	37	48	48	65	77	71	52	59	65	77	62	87
Grèce rurale	19	20	29	28	53	35	27	35	40	39	40	36
Florence	32	45	49	60	67	72	49	51	51	60	75	77
Basse-Ombroine	47	43	45	49	60	74	52	50	54	65	63	68
Amiata occidentale	32	33	41	33	45	49	32	29	33	51	55	61
Koweït	2	2	5	1	8	9	1	1	4	3	5	14
Bialystok	7	27	16	29	38	—	13	38	27	41	55	—
Bucarest	6	19	17	31	31	57	18	30	22	30	45	64
Kiev	46	53	50	59	59	65	62	60	64	58	55	64
Belgrade	14	26	22	37	35	48	26	27	26	41	50	59
Zagreb	12	14	21	28	30	35	18	17	27	33	34	39

^a Numéro 185 du code.

Tableau 42. Pourcentages de sujets ayant consulté un médecin à son cabinet dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	75	64	69	58	48	36	63	59	59	48	30	37
Louvain	46	43	43	27	35	21	61	41	46	43	13	13
Berlin-Ouest	86	87	87	84	88	76	93	90	87	83	78	67
Tampere	79	87	76	75	78	80	83	81	85	80	77	84
Midi-Pyrénées	77	68	60	57	50	20	63	68	51	51	40	19
Haute-Normandie	58	55	55	50	58	43	62	65	48	40	42	25
Grèce rurale	46	53	70	62	72	68	64	67	77	73	61	58
Florence	64	80	78	72	62	51	79	80	69	59	56	42
Basse-Ombone	70	73	71	75	58	37	84	80	78	66	51	32
Amiata occidentale	68	71	72	69	67	44	80	78	77	67	54	32
Koweït	24	36	43	33	43	47	41	29	35	42	51	42
Bialystok	71	59	56	67	59	—	63	70	72	65	63	—
Bucarest	72	78	76	90	58	50	79	86	85	87	61	51
Kiev	66	64	63	67	58	53	75	72	59	49	27	25
Belgrade	70	72	76	75	66	60	75	81	75	73	61	40
Zagreb	49	39	45	40	53	20	44	56	50	47	44	29

^a Numéro 186 du code.

Tableau 43. Pourcentages de sujets ayant vu un dentiste dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	13	10	31	12	8	8	33	8	7	18	7	0
Louvain	25	9	5	7	9	2	18	9	2	6	8	0
Berlin-Ouest	20	19	19	14	7	6	31	28	16	8	6	8
Tampere	23	20	19	4	8	9	29	26	19	12	5	5
Midi-Pyrénées	13	18	19	12	8	2	24	12	12	9	6	2
Haute-Normandie	25	7	6	12	12	7	23	14	6	7	7	0
Grèce rurale	7	9	10	5	2	6	13	8	8	5	5	2
Florence	22	19	15	10	11	8	16	14	15	12	7	1
Basse-Ombone	24	22	11	9	7	5	23	15	10	3	4	3
Amiata occidentale	8	9	6	6	4	1	10	7	3	4	1	5
Koweït	16	21	15	14	18	8	11	19	22	16	14	4
Bialystok	81	48	36	72	47	—	76	52	17	37	6	—
Bucarest	15	16	13	14	2	7	18	38	23	18	5	4
Kiev	26	20	19	16	9	8	28	21	16	11	7	2
Belgrade	24	18	16	8	10	7	25	12	11	8	9	1
Zagreb	21	17	14	15	5	0	27	12	13	13	6	3

^a Numéro 191 du code.

Tableau 44. Pourcentages de sujets examinés à domicile par une infirmière ou une visiteuse sanitaire dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	10	0	4	7	8	0	17	14	11	17	11	8
Louvain	3	0	2	2	4	14	3	3	7	11	18	19
Berlin-Ouest	2	0	4	2	7	5	2	1	2	2	12	11
Tampere	1	3	9	12	16	1	4	2	9	19	28	37
Midi-Pyrénées	17	21	13	23	42	32	22	26	24	36	20	32
Haute-Normandie	22	18	28	41	44	21	24	34	35	53	52	25
Grèce rurale	6	4	5	5	7	8	8	4	6	8	7	6
Florence	3	4	9	6	3	6	5	4	6	5	5	6
Basse-Ombone	2	2	6	4	4	10	3	0	6	8	5	9
Amiata occidentale	0	0	1	1	1	1	0	3	1	3	1	1
Koweït	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	4
Bialystok	3	12	7	7	6	—	4	12	6	11	25	—
Bucarest	15	17	13	19	22	26	16	26	18	15	16	28
Kiev	4	13	15	9	17	14	11	16	16	13	13	7
Belgrade	24	25	26	42	50	49	29	32	41	41	46	49
Zagreb	1	1	4	13	12	12	2	6	7	8	12	6

^a Numéro 198 du code.

Tableau 45. Pourcentages de sujets s'étant rendus chez une infirmière dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)												
	Hommes						Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	
Bruxelles	0	3	8	0	0	0	13	4	4	0	0	4	
Louvain	0	3	2	2	0	0	6	0	2	3	3	0	
Berlin-Ouest	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	
Tampere	36	42	32	28	20	27	37	42	46	39	19	17	
Midi-Pyrénées	1	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	0	
Haute-Normandie	3	0	10	6	14	0	15	10	11	7	0	0	
Grèce rurale	17	16	20	18	16	20	21	21	21	21	7	19	
Florence	0	0	3	1	3	1	3	4	1	1	2	0	
Basse-Ombone	1	1	1	2	2	0	0	2	2	0	1	1	
Amiata occidentale	1	0	0	1	1	1	2	3	8	1	1	1	
Koweït	2	5	3	3	2	2	2	1	7	6	2	4	
Bialystok	10	10	8	12	11	—	11	16	10	18	12	—	
Bucarest	28	38	28	41	18	33	26	32	44	38	21	23	
Kiev	3	7	12	11	5	1	4	13	12	6	4	3	
Belgrade	12	16	16	19	16	11	12	18	24	21	17	8	
Zagreb	0	0	0	1	0	2	0	1	2	2	2	0	

^a Numéro 199 du code.

Tableau 46. Nombre moyen de visites d'un médecin ou d'une infirmière dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	7,8	5,0	9,0	16,8	14,0	8,9	12,0	9,0	13,3	10,8	13,1	10,8
Louvain	10,7	7,7	11,7	9,7	12,5	21,1	15,9	15,6	16,7	19,6	17,0	32,2
Berlin-Ouest	12,2	10,6	12,4	16,0	16,5	11,4	12,9	15,3	13,3	11,6	21,4	17,1
Tampere	4,8	4,7	7,1	6,5	4,6	4,9	4,6	5,9	6,4	6,3	5,6	8,6
Midi-Pyrénées	7,8	11,0	8,6	10,8	14,4	15,9	8,1	11,2	8,8	13,9	10,5	12,8
Haute-Normandie	8,8	8,3	9,4	10,9	13,2	6,9	11,9	13,9	13,2	16,2	18,7	15,8
Grèce rurale	3,6	4,3	5,6	8,5	9,0	8,5	5,3	7,8	8,0	8,0	5,5	9,9
Florence	5,3	8,6	14,2	12,2	10,6	12,1	11,8	9,9	10,6	10,7	10,4	12,3
Basse-Ombone	6,7	5,7	6,1	7,7	8,0	6,9	7,2	7,2	6,9	6,8	6,3	8,2
Amiata occidentale	6,3	6,4	6,4	9,1	7,7	5,1	8,4	8,5	9,4	9,2	6,9	5,4
Koweït	1,5	2,8	2,1	2,3	3,4	4,6	3,8	1,7	3,5	5,2	3,9	3,2
Bialystok	7,2	8,2	6,8	9,6	8,1	—	6,1	11,1	8,9	8,9	10,1	—
Bucarest	3,5	6,6	5,7	14,1	6,1	7,6	10,0	9,5	11,8	12,0	7,3	7,3
Kiev	7,3	12,6	12,1	12,5	10,8	10,0	9,3	12,5	12,5	8,4	8,9	5,7
Belgrade	7,4	9,3	11,0	15,1	12,5	10,3	9,6	11,8	12,8	11,9	11,4	11,0
Zagreb	3,3	4,0	5,1	7,0	6,8	7,6	5,2	7,8	5,5	6,1	9,6	6,0

^a Variable dérivée 101.

Tableau 47. Pourcentages de sujets ayant subi des analyses de laboratoire dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	46	45	48	42	46	36	50	50	37	28	26	30
Louvain	20	23	20	22	26	22	53	30	33	23	32	29
Berlin-Ouest	67	68	58	63	57	44	64	69	68	56	44	53
Tampere	59	62	51	58	53	58	53	59	66	60	46	59
Midi-Pyrénées	52	52	46	48	37	39	36	42	48	44	37	27
Haute-Normandie	51	47	58	50	47	21	49	58	64	47	42	25
Grèce rurale	20	23	35	29	33	20	28	35	33	33	27	21
Florence	48	60	63	57	50	48	56	65	49	54	50	39
Basse-Ombone	48	46	44	45	38	34	52	50	40	45	31	26
Amiata occidentale	37	34	44	27	22	16	39	44	40	33	20	28
Koweït	29	32	31	38	45	37	30	40	43	45	36	49
Bialystok	58	53	43	47	40	—	60	52	57	51	43	—
Bucarest	68	67	67	81	51	45	68	71	67	74	49	38
Kiev	45	43	46	49	38	25	56	55	35	30	21	16
Belgrade	66	58	55	54	55	46	56	63	63	55	54	38
Zagreb	38	36	39	42	44	34	49	45	41	31	32	26

^a Numéro 189 du code.

Tableau 48. Durée moyenne (en jours) de séjour en hôpital général dans les 12 mois écoulés^a

	Groupes d'âges (en années)											
	Hommes						Femmes					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	28,5	12,0	5,7	31,2	39,7	90,0	46,5	25,5	41,2	11,7	41,5	32,0
Louvain	76,3	5,0	16,0	17,3	14,5	53,5	10,0	18,5	30,3	39,5	40,5	15,3
Berlin-Ouest	35,4	28,7	62,4	30,1	32,2	51,5	29,6	42,7	33,5	52,1	54,9	50,4
Tampere	14,5	11,6	22,1	19,1	22,5	20,4	11,4	13,2	16,8	17,3	25,3	19,0
Midi-Pyrénées	19,3	20,9	22,4	31,1	15,8	45,7	36,0	33,6	19,5	26,8	10,3	50,3
Haute-Normandie	17,0	19,4	16,3	22,1	14,7	8,0	16,9	11,0	23,5	15,9	33,7	82,5
Grèce rurale	24,5	55,3	78,6	80,0	46,1	9,9	15,1	39,0	49,8	49,8	28,0	73,0
Florence	38,0	21,4	47,2	21,0	23,6	26,9	23,7	20,1	24,1	25,7	36,2	22,3
Basse-Ombone	32,6	18,7	19,9	13,9	16,2	22,8	22,4	17,0	17,9	23,4	23,5	26,4
Amiata occidentale	32,3	20,8	25,2	31,3	28,9	25,4	18,0	22,1	25,3	31,8	25,0	31,9
Koweït	18,7	23,2	40,2	22,7	32,4	25,9	11,9	19,4	29,2	26,9	41,6	23,6
Bialystok	44,2	23,1	29,9	35,2	28,1	—	5,0	36,6	46,3	42,0	21,3	—
Bucarest	18,0	32,3	43,6	46,1	30,0	24,0	22,3	25,5	30,0	22,4	34,6	22,8
Kiev	36,5	32,2	56,8	37,2	56,0	32,3	25,1	35,9	30,1	45,7	25,8	59,3
Belgrade	23,8	32,5	32,6	36,1	31,2	34,5	32,7	36,5	39,4	32,5	38,9	44,9
Zagreb	38,2	31,8	37,8	37,6	42,4	33,3	33,3	26,7	29,8	21,6	26,9	18,3

^a Numéro 205 du code.

Tableau 49. Pourcentages de sujets qui jugeaient difficile d'accéder à un dentiste^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	7	7	0	4	4	0	7	5	0	7	12	0		
Louvain	3	0	2	0	5	0	0	0	0	6	0	0		
Berlin-Ouest	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Tampere	8	8	4	4	4	4	8	11	6	11	5	3		
Midi-Pyrénées	6	4	6	13	10	8	6	4	9	9	8	1		
Haute-Normandie	5	6	10	0	8	0	9	6	6	5	0	33		
Grèce rurale	2	7	2	5	3	4	4	2	4	4	2	3		
Florence	7	6	6	9	9	3	8	11	3	8	9	9		
Basse-Ombone	4	5	7	6	2	4	9	9	7	6	3	3		
Amiata occidentale	31	33	15	15	12	10	27	19	22	15	16	3		
Koweit	13	5	20	18	21	31	15	16	15	28	16	26		
Bialystok	3	6	8	2	4	—	8	6	5	9	1	—		
Bucarest	10	0	0	0	0	9	13	11	7	7	5	1		
Kiev	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Belgrade	22	22	19	17	16	12	26	16	25	22	23	14		
Zagreb	2	10	6	8	6	11	10	3	8	12	4	5		

^a Numéro 216.3 du code.

Tableau 50. Pourcentages de sujets ayant pris des médicaments sur ordonnance dans les 7 jours précédant l'entretien, et nombre médian de médicaments consommés^a

		Groupes d'âges (en années)											
		Hommes						Femmes					
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	Pour cent	71	48	64	82	50	77	67	82	89	76	77	70
	Médiane	1,9	2,6	2,0	3,1	1,5	3,1	3,1	1,5	3,1	3,1	3,2	3,4
Louvain	Pour cent	43	60	71	75	69	63	74	67	86	81	70	83
	Médiane	2,9	2,1	2,0	2,1	2,0	2,5	2,1	2,4	3,0	3,5	2,9	2,6
Berlin-Ouest	Pour cent	65	68	75	82	83	79	72	79	83	81	91	87
	Médiane	2,5	2,4	2,4	3,0	2,8	3,0	2,5	2,5	2,8	2,7	3,0	2,9
Tampere	Pour cent	65	67	69	72	79	67	64	76	72	79	71	84
	Médiane	2,3	2,2	2,3	2,3	3,2	2,9	1,7	2,5	2,7	2,6	2,3	3,2
Midi-Pyrénées	Pour cent	55	66	72	68	95	82	71	76	74	83	74	78
	Médiane	2,1	2,8	2,9	2,9	3,2	3,5	2,2	2,9	3,2	3,0	2,9	3,0
Haute-Normandie	Pour cent	54	67	70	73	79	67	66	79	78	81	83	75
	Médiane	2,8	2,9	3,1	2,9	2,9	2,5	2,5	3,2	4,4	3,4	3,4	4,5
Grèce rurale	Pour cent	30	43	49	54	47	76	38	63	64	67	60	61
	Médiane	1,8	2,0	2,3	2,5	2,4	2,1	1,8	2,2	2,2	2,3	2,4	2,2
Florence	Pour cent	43	63	70	77	77	78	67	73	69	86	88	87
	Médiane	2,0	2,3	2,7	2,2	2,4	2,8	2,2	2,0	2,3	2,2	2,6	2,4
Basse-Ombone	Pour cent	49	51	56	66	61	71	62	64	69	74	80	76
	Médiane	2,0	2,1	1,9	2,1	2,3	2,3	1,7	2,2	2,0	2,4	2,4	2,3

Tableau 50 (suite)

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Amiata occidentale	Pour cent	45	54	55	65	62	59	61	67	70	75	75	72	
	Médiane	2,0	1,6	1,8	1,9	2,4	2,0	2,0	1,9	2,1	2,2	2,0	2,0	
Koweït	Pour cent	26	35	30	40	51	44	51	50	59	63	58	46	
	Médiane	2,7	2,6	2,5	2,8	2,2	2,6	2,3	2,7	2,9	2,3	2,5	2,8	
Bialystok	Pour cent	38	57	49	53	66	—	60	74	65	61	68	—	
	Médiane	2,4	3,3	3,4	3,4	2,8	—	2,5	3,6	3,1	3,9	3,9	—	
Bucarest	Pour cent	38	67	74	81	67	67	73	74	81	88	79	73	
	Médiane	1,9	2,2	2,3	2,6	2,6	2,3	2,2	2,8	2,3	3,0	2,2	2,4	
Kiev	Pour cent	16	23	27	34	29	35	24	29	35	27	35	21	
	Médiane	2,5	2,2	2,2	2,4	2,1	2,4	1,9	2,8	1,9	2,3	2,3	2,8	
Belgrade	Pour cent	59	64	70	74	74	74	71	77	82	80	84	82	
	Médiane	2,3	2,2	2,8	2,8	2,9	2,9	2,2	2,4	2,7	3,0	3,1	3,2	
Zagreb	Pour cent	51	54	65	67	74	81	65	77	79	76	78	78	
	Médiane	2,6	2,9	2,6	2,9	3,2	4,5	2,3	2,7	2,8	2,6	2,7	2,8	

^a Numéro 220 du code.

Tableau 51. Pourcentages de sujets ayant pris, dans les 7 jours précédant l'entretien, des médicaments achetés sans ordonnance^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	7	3	23	4	17	31	10	18	4	17	7	12		
Louvain	6	9	10	20	7	12	27	15	15	14	14	3		
Berlin-Ouest	15	13	19	23	24	33	19	22	15	24	28	22		
Tampere	19	22	25	31	22	29	40	26	41	38	42	43		
Midi-Pyrénées	9	13	8	13	5	1	11	10	16	7	11	8		
Haute-Normandie	10	14	19	9	23	7	14	18	9	12	3	0		
Grèce rurale	13	9	15	13	25	3	16	16	21	12	16	11		
Florence	22	8	14	18	13	22	32	20	17	16	10	13		
Basse-Ombone	15	15	17	18	9	15	17	14	14	22	16	22		
Amiata occidentale	22	10	10	13	9	13	13	9	14	5	13	11		
Koweït	9	9	6	16	13	10	15	26	22	14	10	15		
Bialystok	13	15	15	21	24	—	19	26	22	36	24	—		
Bucarest	37	21	46	39	25	29	56	59	60	49	38	30		
Kiev	19	12	27	16	25	26	26	19	25	25	24	22		
Belgrade	17	18	21	19	16	8	22	21	18	14	16	23		
Zagreb	23	21	19	15	16	38	26	33	23	31	21	29		

^a Numéro 222 du code.

Tableau 52. Pourcentages de personnes ayant, dans les 12 mois écoulés, reçu une aide à domicile, occasionnellement ou régulièrement^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	0	0	0	12	13	15	10	4	4	14	7	7		
Louvain	3	0	0	5	2	0	6	3	5	11	3	3		
Berlin-Ouest	4	4	9	11	15	24	8	7	9	17	27	35		
Tampere	9	21	25	34	41	55	17	11	18	45	47	75		
Midi-Pyrénées	1	0	3	4	3	10	2	3	4	5	10	7		
Haute-Normandie	1	1	0	7	12	13	1	3	9	9	21	0		
Grèce rurale	5	6	3	5	13	3	4	5	7	8	7	6		
Koweït	1	2	2	6	13	21	15	14	20	18	28	33		
Bialystok	0	1	0	1	4	—	1	5	2	4	7	—		
Bucarest	49	40	50	63	80	95	44	45	55	68	80	89		
Kiev ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Belgrade ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Zagreb ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

^a Numéros 245.2 et 245.3 du code. Les centres italiens ne sont pas représentés dans ce tableau, car six personnes seulement y ont déclaré avoir bénéficié d'une aide à domicile.

^b Plus de 65% d'informations manquantes.

Tableau 53. Pourcentages de personnes ayant, dans les 12 mois écoulés, eu recours aux services d'un podologue, occasionnellement ou régulièrement^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	7	3	19	22	25	44	40	27	26	41	52	38		
Louvain	3	0	2	10	17	2	26	18	21	21	31	13		
Berlin-Ouest	8	8	12	16	19	31	24	23	30	32	43	42		
Tampere	0	4	6	12	10	15	17	25	21	27	20	23		
Midi-Pyrénées	5	4	1	2	8	6	16	14	23	16	12	16		
Haute-Normandie	8	5	5	9	16	7	15	18	21	21	28	50		
Grèce rurale	2	1	1	4	7	8	1	4	6	4	2	6		
Florence	0	0	0	0	1	0	3	1	0	1	1	0		
Koweït	1	6	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1		
Bialystok	0	0	0	0	0	—	5	5	2	0	0	—		
Bucarest	3	10	15	7	11	21	36	36	28	32	32	31		
Kiev ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Belgrade ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Zagreb ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

^a Numéros 247.2 et 247.3 du code. Les pourcentages étaient nuls en Basse-Ombroine et en Amiatata occidentale.

^b Plus de 90% d'informations manquantes.

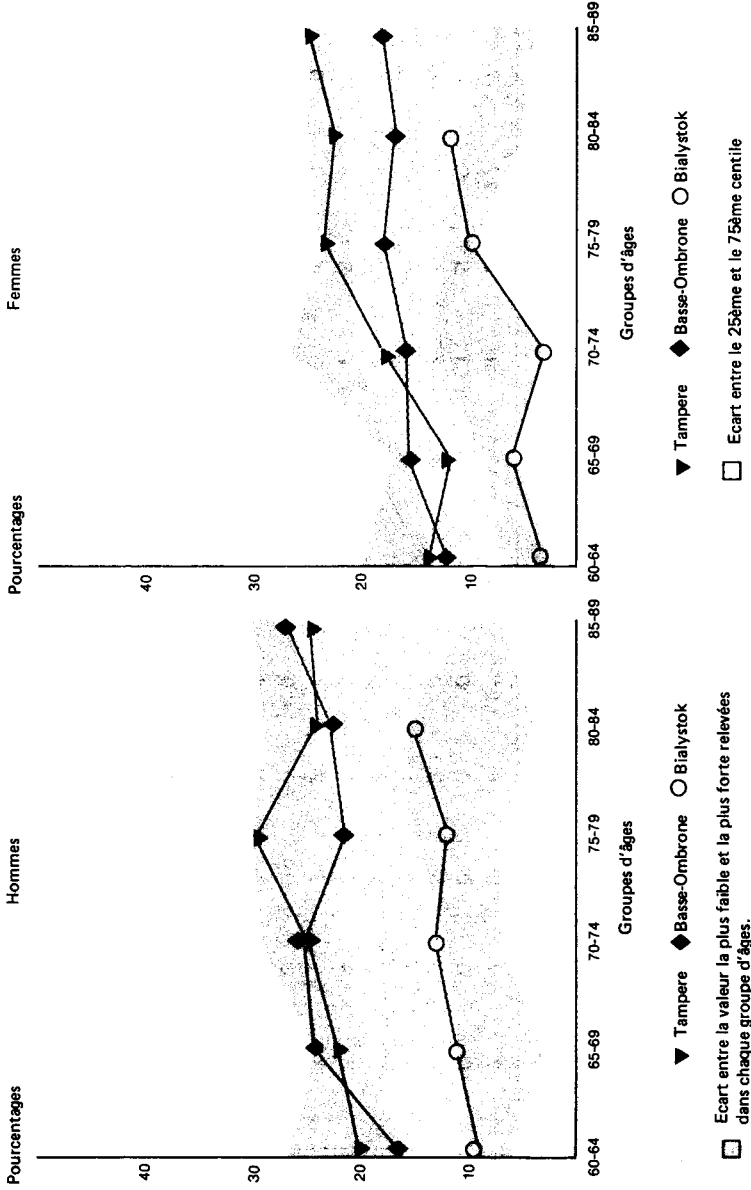
Tableau 54. Pourcentages de personnes ayant, dans les 12 mois écoulés, contacté un travailleur social, occasionnellement ou régulièrement^a

	Groupes d'âges (en années)													
	Hommes							Femmes						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	7	7	8	8	21	8	17	9	8	17	7	4		
Louvain	0	0	0	0	0	0	3	3	5	0	0	3		
Berlin-Ouest	4	3	6	7	4	7	6	7	6	9	15	6		
Tampere	4	2	8	9	11	15	5	11	7	9	13	28		
Midi-Pyrénées	0	1	1	4	0	2	4	4	7	2	5	5		
Haute-Normandie	6	4	2	0	5	0	1	1	9	9	10	0		
Grèce rurale	3	1	0	2	4	0	0	0	1	3	0	0		
Florence	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Basse-Ombone	1	2	3	1	4	2	3	1	8	2	6	6		
Amiata occidentale	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	2		
Koweït	2	1	2	2	3	2	3	3	2	1	0	8		
Bialystok	2	3	2	5	9	—	6	10	3	7	14	—		
Bucarest	13	16	9	12	4	10	7	12	13	10	12	5		
Kiev ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Belgrade ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Zagreb ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

^a Numéros 248.2 et 248.3 du code.

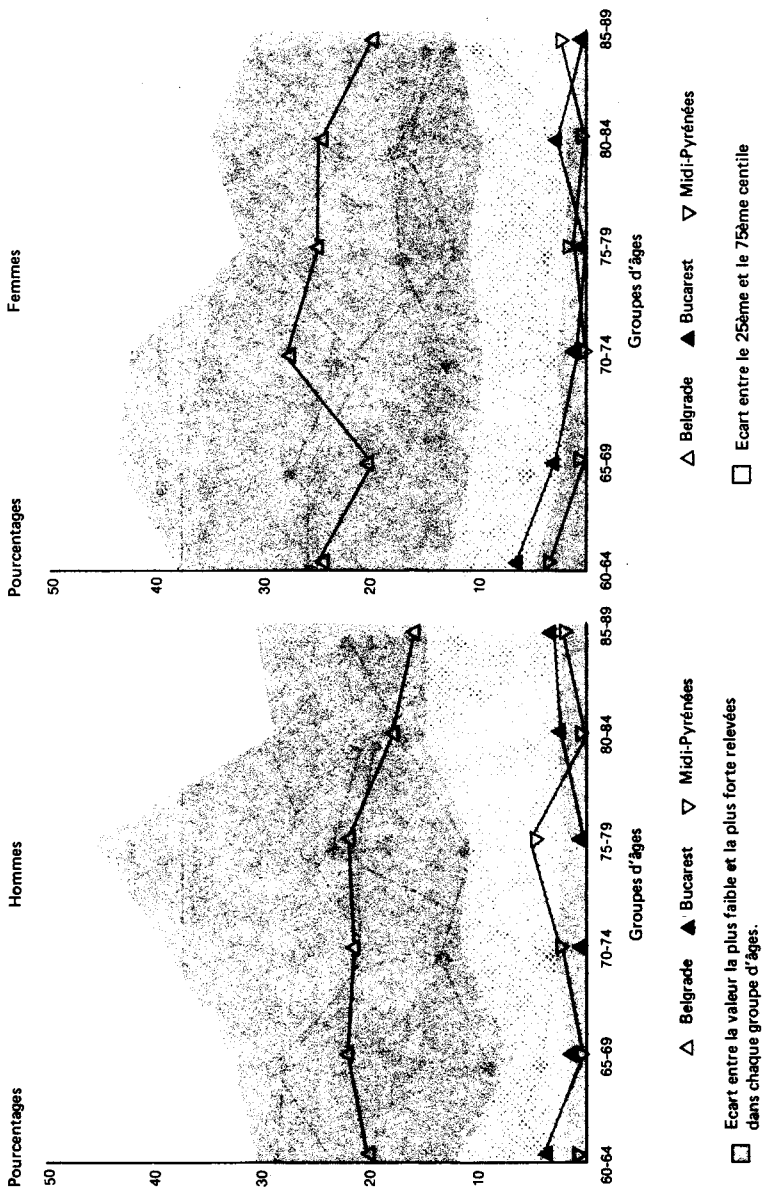
^b Plus de 90% d'informations manquantes.

Fig. 25. Pourcentages de sujets ayant séjourné en hôpital général dans les 12 mois écoulés^a



^a Numéro 204 du code.

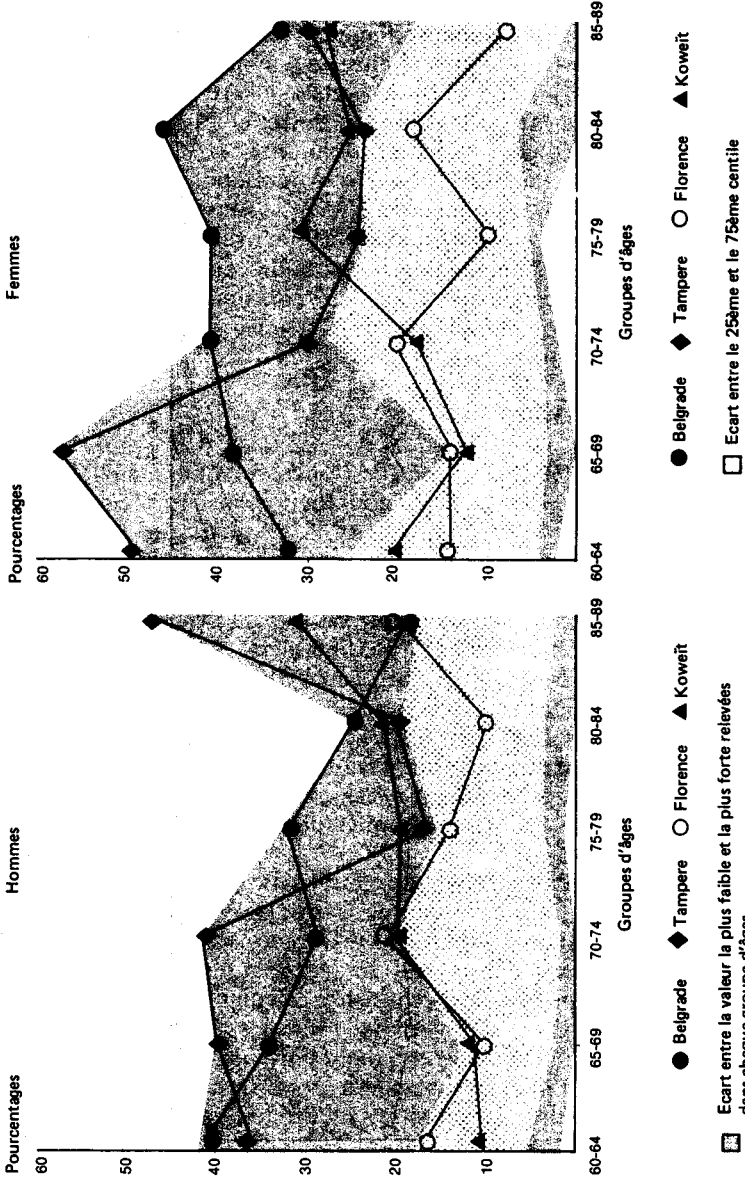
Fig. 26. Pourcentages de sujets estimant difficile d'accéder à un médecin^a



□ Ecart entre la valeur la plus faible et la plus forte relevées dans chaque groupe d'âges.

^a Numéro 215.3 du code.

Fig. 27. Pourcentages de sujets estimant difficile d'accéder à un hôpital^a



^a Numéro 217.3 du code.

La proportion de sujets qui consommaient des médicaments de leur propre initiative était inférieure à celle des consommateurs de médicaments sur ordonnance (tableau 51). C'est à Berlin-Ouest, Kiev, Florence, Zagreb, Tampere et Bucarest que la consommation de médicaments sans ordonnance était la plus forte, notamment chez les femmes de Tampere (26-43%) et de Bucarest (29-60%), contre 18-31% et 21-46% respectivement pour les hommes. Les chiffres variaient, selon les centres et les âges, de 2 à 60%. La consommation de médicaments sans ordonnance était la plus faible dans la région Midi-Pyrénées (2 à 15%). Celle d'hypnotiques variait sensiblement suivant les centres et les proportions étaient le plus élevées à Bucarest, à Louvain, en Haute-Normandie et dans la région Midi-Pyrénées. Environ un tiers des femmes y consommaient des hypnotiques, avec des différences entre les groupes d'âges. La proportion d'hommes consommateurs d'hypnotiques était en général quelque peu plus faible. La consommation d'hypnotiques était très faible au Koweït et en Amiata occidentale.

Utilisation des services sociaux

Les prestations sociales dont il a été question dans l'étude étaient l'aide et les repas à domicile, le blanchissage, la podologie et l'assistance sociale. Etant donné la diversité des systèmes nationaux, la proportion de personnes âgées qui ont répondu aux questions sur ces prestations était inférieure à 10% dans certains centres, par exemple pour les cinq prestations à Kiev, Belgrade et Zagreb, pour toutes les prestations sauf l'assistance sociale en Basse-Ombone, et pour le blanchissage à Berlin-Ouest.

On a cherché à savoir si les personnes âgées avaient déjà utilisé ces prestations et, si oui, de façon occasionnelle ou régulière. Le faible pourcentage des réponses obtenues dans certains centres peut s'expliquer par le fait que, si un certain type de prestation n'était pas courant ou n'existait pas, les personnes interrogées n'ont pas jugé nécessaire de répondre (comme pour le blanchissage à Berlin-Ouest). Les enquêteurs n'ont coché que les réponses positives.

Pour se faire une idée générale de l'utilisation déclarée des prestations sociales, il a été décidé de ne retenir dans tous les centres (même dans ceux qui avaient obtenu un faible pourcentage de réponses) que les personnes qui avaient déclaré recourir à la prestation en question occasionnellement ou régulièrement. L'étape suivante a consisté à calculer la proportion d'utilisateurs de cette prestation dans tous les centres, par rapport à toutes les personnes qui vivaient chez elles et qui ont participé à l'enquête. Ainsi, 100 moins la proportion d'utilisateurs égale la proportion de personnes âgées qui n'avaient pas du tout utilisé les prestations, ou sur lesquelles on ne possédait pas de renseignements.

Il ne faut pas perdre de vue que le concept de prestations sociales n'a pas nécessairement été compris de la même façon dans tous les centres. Dans certains d'entre eux, les réponses ont tenu compte des prestations organisées officiellement pour les personnes âgées, dans d'autres de l'aide de la famille, des amis ou des voisins, et dans d'autres encore de ces deux formes d'aide.

Aide à domicile

La proportion de bénéficiaires d'une aide à domicile était en général plus forte dans les groupes les plus âgés (tableau 52), avec une différence plus marquée vers 75 ans. Les pourcentages différaient nettement selon les centres et atteignaient les valeurs les plus élevées à Bucarest et Tampere. Soixante à 90% des sujets des trois groupes les plus âgés, et presque 50% de ceux des groupes les plus jeunes, recevaient cette aide à Bucarest; à Tampere, les chiffres s'élevaient à 34-75% dans les trois groupes les plus âgés, et à près de 20% dans les plus jeunes. Venaient ensuite Berlin-Ouest, le Koweït, Belgrade et Zagreb, où 20 à 33% des personnes les plus âgées bénéficiaient de cette forme d'aide. Bialystok était la plus défavorisée à cet égard. Les centres italiens (Florence, Basse-Ombone et Amiata occidentale) sont exclus du tableau, car six personnes seulement y ont déclaré avoir reçu une aide à domicile.

Il semble qu'il y ait plus de femmes que d'hommes, surtout dans les groupes les plus âgés, à bénéficier d'une aide à domicile, avec cependant des différences selon les groupes d'âges et les centres. Un accroissement linéaire de la proportion des bénéficiaires avec l'âge et une proportion plus forte de femmes parmi ces bénéficiaires ont été observés, surtout à Berlin-Ouest et au Koweït.

Repas à domicile et blanchissage

Les repas à domicile et le blanchissage étaient tellement peu répandus chez les personnes âgées que l'on n'a pas jugé utile d'y consacrer un tableau. C'est en Grèce rurale et à Bucarest que ces personnes utilisaient le plus les services de repas à domicile (33-54% en Grèce). Puisqu'il s'agissait de zones rurales, ces chiffres élevés correspondent probablement à une aide de voisins par exemple. Dans les trois groupes les plus âgés, notamment, les chiffres pour Bucarest s'élevaient entre 16 et 42%. Les chiffres correspondants étaient bien plus faibles à Tampere (15% des femmes de 85-89 ans) et à Berlin-Ouest (12% des hommes de 70-75 ans). Les proportions maximales s'établissaient comme suit dans les autres centres : Midi-Pyrénées 3%, Haute-Normandie 5%, Basse-Ombone 1%, Amiata occidentale 1%, Koweït 7%, Bialystok 2%, Kiev 2%, Zagreb 7%. Personne à Florence n'avait eu recours à ces services. Ce sont surtout les personnes les plus âgées qui en avaient bénéficié.

Les personnes âgées utilisaient encore moins les services de blanchissage que les services de repas. Le centre de Bucarest est celui qui se distinguait le plus à cet égard, car 22-35% des sujets des trois groupes les plus jeunes et 45-69% des plus âgés ont déclaré utiliser ces services. Les chiffres correspondants étaient de 0-8% à Bruxelles, 6-20% en Grèce rurale, 2-10% au Koweït, 0-14% à Kiev, 1-10% à Belgrade et 0-5% à Zagreb. Les autres centres n'ont mentionné que quelques utilisateurs, ou pas du tout. Ce sont les groupes les plus âgés et les hommes, du moins dans ces groupes, qui utilisaient le plus ces services, mais les différences étaient infimes.

Podologie

Il faut remarquer qu'à quelques exceptions près, les femmes recouraient beaucoup plus souvent aux services d'un podologue que les hommes (tableau 53). La proportion d'utilisateurs était plus forte à Bruxelles (26-52% pour les femmes, 6-42% pour les hommes), à Bucarest (28-36% pour les femmes, 3-21% pour les hommes), à Berlin-Ouest (23-41% pour les femmes, 1-25% pour les hommes) et en Haute-Normandie (15-50% pour les femmes, 5-16% pour les hommes). Par contre, la proportion d'utilisateurs était faible, et bien en-deçà de 10%, en Grèce rurale, à Florence, au Koweït et à Bialystok; il n'y avait eu aucun utilisateur en Amiata occidentale ni en Basse-Ombroze.

Les enquêteurs n'ont pu constater de relation systématique entre l'âge d'une part et l'utilisation des services d'un podologue d'autre part, cette dernière étant souvent plus ou moins la même quel que soit l'âge, par exemple parmi les femmes de Tampere, de la région Midi-Pyrénées et de Bucarest. On peut noter, un peu plus nettement chez les hommes que chez les femmes, une augmentation modérée de l'utilisation de ces services avec l'âge, à Bruxelles, Bucarest et Berlin-Ouest par exemple, et la différence entre hommes et femmes était ainsi légèrement plus faible dans les deux groupes les plus âgés.

Services d'assistance sociale

Les proportions de personnes âgées visitées par un travailleur social dans les douze mois précédant l'enquête étaient les plus fortes à Tampere (2-15% pour les hommes, 5-28% pour les femmes), à Bucarest (4-16% pour les hommes, 5-13% pour les femmes) et à Bruxelles (7-21% pour les hommes, 4-17% pour les femmes) (tableau 54); cependant, la proportion moyenne n'atteignait, même dans ces centres, qu'environ 10%. C'est chez les hommes de 80-84 ans à Bruxelles et les femmes de 85-89 ans à Tampere que l'on trouvait les proportions les plus élevées (19 et 28% respectivement). Les contacts avec des travailleurs sociaux étaient presque aussi fréquents à Berlin-Ouest que dans les centres mentionnés plus haut, mais inférieurs à 10% ailleurs : très peu de personnes âgées ont mentionné la visite de travailleurs sociaux en Amiata occidentale, à Florence et en Grèce rurale par exemple. Les contacts avec des travailleurs sociaux devenaient plus fréquents avec l'âge, partout sauf à Bucarest où ils étaient plus courants dans les groupes les plus jeunes. Les différences selon le sexe étaient négligeables.

Conclusions

Les services de santé et les services sociaux dont il a été question ici jouent un rôle capital dans la vie des personnes âgées, mais l'organisation, le besoin et l'utilisation de ces services diffèrent de toute évidence d'une région à l'autre en raison de l'hétérogénéité des conditions de vie, des structures socio-économiques, des cultures et des traditions. Les services officiels seulement, dans quelques pays, et les arrangements privés ou les réseaux de voisins et

d'amis, dans d'autres, satisfont très différemment les besoins des personnes âgées. L'organisation des services combine souvent les deux formes d'assistance (101).

La présente étude fait ressortir des différences non seulement entre pays et entre cultures, mais aussi entre zones rurales et urbaines. Les services de santé sont vraisemblablement plus répandus que les services sociaux, et plusieurs pays ne disposent encore guère de services sociaux à l'intention des personnes âgées. Dans de nombreuses régions, certaines des questions posées sur ces services notamment étaient sans objet; c'est ce qui explique vraisemblablement la faible proportion de réponses obtenues dans certains centres.

Les résultats montrent que les personnes âgées utilisent très couramment les services de santé et qu'avec l'âge les femmes y recourent un peu plus fréquemment que les hommes. Les prestations de santé ambulatoires les plus courantes étaient, de loin, celles des médecins. Le recours aux différents types de prestations médicales, déterminé par la structure du système de santé de chaque pays, variait selon les centres. Ainsi, les docteurs avaient l'habitude de faire des visites à domicile dans certains centres, alors que c'était exceptionnel dans d'autres. Il en allait de même des prestations des infirmières de santé publique, qui n'offraient que rarement des prestations ambulatoires dans la plupart des centres. Vu l'état de santé et la capacité fonctionnelle des personnes âgées en général, les prestations de rééducation étaient notoirement insignifiantes.

La combinaison de la consommation de prestations ambulatoires et de prestations hospitalières explique très probablement les grandes différences de durée moyenne des hospitalisations. Les prestations ambulatoires de rééducation, entre autres, permettent de raccourcir la durée des soins hospitaliers.

Il est significatif que les personnes interrogées dans certains centres ont jugé difficile d'accéder aux services de santé, et que jusqu'à 50% des membres de certains groupes ont déclaré avoir du mal à obtenir des soins médicaux ou hospitaliers. Même si ces appréciations peuvent parfois avoir été provoquées par une réorganisation récente ou en cours du système, et ne reflètent pas nécessairement la véritable situation, il faut en tenir compte pour la création de services.

Les consommations nettement différentes de médicaments selon les centres peuvent s'expliquer par les mêmes raisons que les différences constatées dans le cas des autres prestations : en effet, l'état de santé et les composantes psychosociales influent à la fois sur le recours aux prestations de santé et sur la consommation de médicaments, de même d'ailleurs que la facilité avec laquelle on peut se procurer ces médicaments et que les habitudes de prescription des médecins.

La consommation de prestations sociales diffère peut-être encore plus d'une région à l'autre que celle de prestations de santé. Plus les personnes âgées avancent en âge et plus elles recourent à la forme la plus élémentaire de prestation sociale qui est l'aide à domicile avec le service des repas et le blanchissage. Une forte proportion des sujets, et même leur majorité dans certaines régions, recevaient une aide à domicile. Bien qu'on n'ait pas

cherché à déterminer l'origine de cette aide, il est vraisemblable que, dans certaines régions, en Grèce rurale par exemple, elle avait un caractère non officiel (amis, voisins ou famille). Ailleurs, par contre, une grande partie des prestations provenaient de services officiels. Dans de nombreux centres, le service des repas et celui du blanchissage à domicile n'étaient pas chose courante.

Les citadins faisaient plus souvent appel aux services d'un podologue, qui contribuent largement à entretenir la capacité fonctionnelle des personnes âgées. On a noté que la consommation de cette prestation différait selon le sexe, la proportion de femmes qui l'utilisaient étant, en général, plusieurs fois supérieure à celle des hommes.

Les habitants des centres urbains rencontrent aussi plus souvent un travailleur social et, dans certaines régions, quelque 10 à 20% de personnes âgées en moyenne avaient été en relation avec un travailleur social durant les douze mois précédant l'enquête. Des publications récentes sur les moyens d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées ont insisté sur l'importance des prestations des travailleurs sociaux, considérant que les besoins et les problèmes des personnes âgées sont les mêmes que ceux des sujets plus jeunes et qu'il faut y faire face avec l'aide d'un professionnel (92, 106, 107).

Malgré les grandes différences constatées, les résultats montrent que les sujets les plus âgés ont davantage besoin de prestations sociales et de prestations de santé. L'état de santé et la condition sociale sont profondément imbriqués, et il importe donc que l'assistance sociale et les services de santé publique se développent en étroite coopération. Cette coopération doit conduire à la création d'un système de prestations vaste et complexe qui réponde le plus globalement possible aux besoins des personnes âgées, tout en leur assurant des soins et une aide personnalisés. Abstraction faite des besoins essentiels, il faudrait prêter l'attention qui convient aux besoins psychologiques des personnes âgées.

Il n'est cependant ni souhaitable ni possible de répondre à tous les besoins de ces personnes par la voie officielle. Une partie de la tâche doit incomber à la personne elle-même, à ses proches et à ses amis, ainsi qu'à des aides bénévoles. L'action sociale en faveur des personnes âgées devra, dans l'avenir, s'attacher de plus en plus à conserver à ces personnes un entourage individualisé.

