

## ANNEXE 1 : ORGANISATION DU PROJET

### LE COMITÉ D'EXPERTS :

Le projet Vieillessement et Santé a été dirigé, à la demande de Monsieur Pierre-Yves Maillard et sous mandat du Service de la santé publique, par un comité d'experts, composé des membres suivants :

- **Prof. Christophe Büla (présidence)**, chef de service, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
- **M. Patrick Beetschen**, chef de la division « Programmes de Santé Publique et Prévention », Service de la santé publique
- **Dr Stéphane David**, médecin installé, président de l'ALSMAD
- **Mme Carol Gay**, directrice de l'EMS « Le Marronnier »
- **Dr Thomas Giger**, psychiatre/psychothérapeute FFMH installé
- **M. René Goy**, directeur adjoint, Pro Senectute Vaud
- **Prof. Brigitte Santos Eggimann**, responsable de l'Unité des services de santé, IUMSP
- **Prof. Nataly Viens Python**, doyenne Recherche et Développement et professeure à la Haute Ecole de Santé la Source

Le comité d'experts a mené ses réflexions sur la base d'un recensement des initiatives existantes dans le canton, et ce à travers une enquête qui a été envoyée en décembre 2010 - via les réseaux de soins - auprès d'associations et d'organismes faïtiers ayant une activité en lien avec les personnes âgées (cf. annexe 2). Suite aux résultats de l'enquête, le comité a eu la tâche de faire ressortir les principaux axes stratégiques de la politique Vieillessement et Santé sur lesquels se sont ensuite positionnés les différents groupes de travail. Le comité d'experts s'est réuni une quinzaine de fois au total.

### LA DIRECTION DE PROJET :

La direction de projet s'est quant à elle constituée en janvier 2011, suite à la nomination de la cheffe de projet, Mme Eliane Deschamps. Elle est composée des personnes suivantes :

- **Mme Eliane Deschamps**, cheffe du projet « Vieillessement et Santé », Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
- **Mme Noémie Hainard**, appui à Mme Deschamps, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV

La direction de projet a été soutenue, dans le cadre du bureau, par les personnes suivantes :

- **M. Patrick Beetschen**, chef de la division « Programmes de Santé Publique et Prévention », Service de la santé publique
- **Prof. Christophe Büla**, chef de service, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV

Le bureau a eu la tâche de valider, synthétiser et reformuler les différentes recommandations, émises par le comité d'experts et discutées dans le cadre des différents groupes de travail, mais aussi de rédiger et relire les différents chapitres contenus dans le rapport final. Le bureau s'est réuni à intervalle de trois semaines.

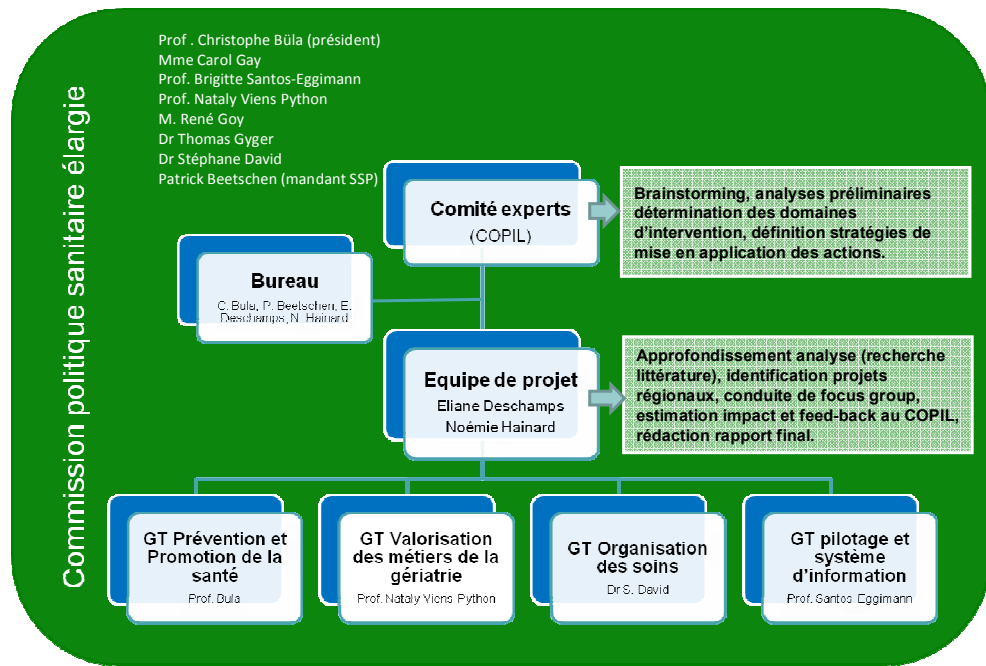


Figure A.1 Organisation du projet Vieillesse et Santé

### LES GROUPES DE TRAVAIL :

Afin de valider les principaux résultats obtenus par l'enquête au sein des Réseaux ainsi que les principaux axes stratégiques émis par le comité d'experts, quatre groupes de travail ont été constitués au travers des thématiques suivantes : « Prévention et Promotion de la santé », « Valorisation des métiers de la gériatrie et formation », « Organisation et coordination des soins » et « Pilotage et système d'information ».

Les missions de ces quatre groupes de travail ont été les suivantes :

- ✓ Se positionner par rapport aux axes stratégiques proposés par le comité d'experts ;
- ✓ Emettre des propositions et des priorités en fonction des constats et des besoins identifiés autant par l'enquête que par l'avis des membres du GT ;
- ✓ Définir/valider les actions permettant de développer les axes stratégiques ;
- ✓ Participer à la réflexion sur l'implémentation des actions ;
- ✓ Apporter une réflexion dans le but d'aboutir à une cohérence cantonale et à un accès à des prestations similaires dans les quatre secteurs du canton.

Chaque groupe de travail s'est réuni au total six fois : une première fois pour une séance d'information puis cinq demi-journées planifiées jusqu'à la moitié du mois de novembre 2011.

Les thématiques qui ont été abordées dans chacun des groupes de travail sont les suivantes :

### GT « Prévention et Promotion de la santé »

- Promotion du vieillissement actif
- Evaluation et interventions sur les déterminants du vieillissement réussi
- Gestion de la prescription médicamenteuse
- Programme de vaccination pour les âgés

### GT « Valorisation des métiers de la gériatrie et formation »

- Cours - types de formation
- Valorisation métiers
- Compétences
- Organisation du travail

### GT « Organisation et coordination des soins »

- Garantir la continuité des soins dans le réseau
- Renforcer la 1ère ligne dans la prise en charge des personnes âgées
- Planifier et adapter les institutions à la vague démographique
- Promouvoir les mesures d'accessibilité et adéquation des soins
- Promouvoir et intégrer l'aide informelle

### GT « Pilotage et système d'information »

- Type de population
- Type de prestations et services
- Type de structures de soins
- Echelle cantonale
- Echelle temporelle

Pour rappel, les noms des membres des différents groupes de travail figurent à la fin de chaque axe du rapport.

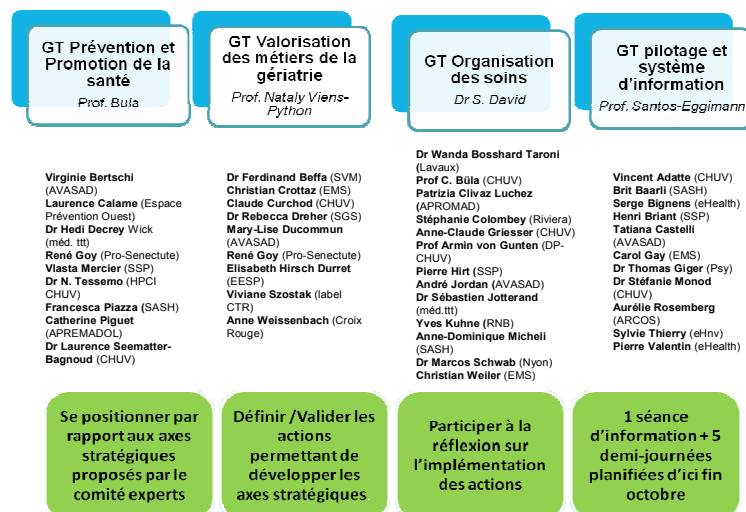


Figure A.2 Composition des différents groupes de travail

### ANNEXE 2 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PARTENAIRES

Comme mentionné ci-dessus, une enquête a été envoyée - via les réseaux de soins - à tous les acteurs en lien avec des personnes âgées, y compris les associations faïtières et les ONG. Il leur a été demandé d'énumérer cinq principaux constats et attentes liés à leur activité ainsi qu'une liste des projets mis en œuvre depuis 2008 ou en cours de développement. Nonante-sept questionnaires ont été renvoyés en retour, avec un très bon retour des acteurs du terrain, notamment des EMS et des communes.

Les informations contenues dans les différents questionnaires ont ainsi permis de consolider la première analyse du comité d'experts, d'identifier les besoins provenant des acteurs du terrain et de faire l'inventaire des projets existants.

Les constats et les attentes qui ressortent des questionnaires ont été classés par thématique :

- *prévention et promotion de la santé ;*
- *organisation du système de soins (structures de soins, processus et type de prestations) ;*
- *formation (par type de profession et par lieux de soins) ;*
- *information et système d'information.*

Ces thématiques ont ensuite été reprises afin de créer quatre groupes de travail décrits ci-dessus (cf. annexe 1).

Institutions	ARC	ARCOS	ASCOR	FSC	RNB	(vide)	Total général
Association						11	11
CVS		1			3		4
Commune	3	1	3	5	12		24
EMS	1	6	8	2	10		27
Espace prévention			1	1			2
Hôpital	2	3	2		3		10
Médecin	5		4		3	2	14
Pharmacie			1				1
Réseau	1	1	1		1		4
<b>Total général</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>13</b>	<b>97</b>

Figure A. 3 Résultats des retours de questionnaires

### ANNEXE 3 : CONSTATS ET ATTENTES ISSUS DE L'ENQUÊTE

DOMAINES	PRINCIPAUX CONSTATS	PRINCIPALES ATTENTES
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes de santé peu ou pas soignés : vue, ouïe, hygiène, troubles de la déglutition des personnes atteintes de troubles cognitifs, obésité, troubles sensoriels</li> <li>• Malnutrition/dénutrition à domicile, en institution</li> <li>• Isolement social, en lien avec le vieillissement des proches aidants</li> <li>• Chutes en institution, malgré les méthodes éprouvées et mises en œuvre, le nombre de chutes reste élevé.</li> <li>• Absence de programme de prévention dans le processus du vieillissement</li> <li>• Soutien et rémunération des activités de prévention primaire insuffisants vs valorisation des actes médicaux seulement. Prévention tertiaire pas couverte par la LAMal.</li> <li>• Difficulté de toucher les classes défavorisées dans le cadre d'activités de prévention primaire</li> <li>• Problématique des transports</li> <li>• Manque d'information sur l'activité physique spécifique des PA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la détection précoce de certaines maladies (santé visuelle liée au diabète, DMLA,...)</li> <li>• Renforcer les liens sociaux et sensibilisation de la population à la solidarité transgénérationnelle</li> <li>• Améliorer la mobilité et la prévention des chutes en institution par programme de formation interne et intégration de physio au sein de l'équipe</li> <li>• Développer l'information sur les prestations disponibles</li> <li>• Mettre en œuvre une vraie pluridisciplinarité autour de projets non médicaux axés sur la prévention.</li> <li>• Développer des programmes interdisciplinaires et y intégrer les aspects de prévention dans les différents domaines.</li> <li>• Suivi de l'accès aux soins aigus et de la paupérisation en lien avec la maladie chronique de notre population âgée.</li> <li>• Mieux reconnaître les prestations de maintien des capacités.</li> <li>• Développer des évaluations gériatriques et des mesures de prévention à domicile.</li> </ul>
<b>Organisation des soins et coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation du travail et structures des lieux d'accueil non adaptée aux situations gériatriques et psycho gériatriques</li> <li>• Importance des soins de proximité dans les régions excentrées</li> <li>• La transmission des informations médicales et médico-sociales est insuffisante pour assurer une continuité des soins satisfaisante,</li> <li>• Système sanitaire pas adapté pour prendre en charge les PA 65+ souffrant de troubles psy pour lesquelles la démence n'est pas prédominante</li> <li>• Système sanitaire pas adapté pour prendre en charge personne vieillissante atteintes de handicap à prédominance fonctionnelle</li> <li>• Bonne organisation du plan canicule, souvent relevé par les communes</li> <li>• Meilleure articulation des services de HOJG avec les CMS du canton</li> <li>• Nécessite d'améliorer entre les différents lieux la coordination des mouvements des PA, notamment aller-retour Hôpital/EMS, accès facilité pour une réhosp. en soins aigus.</li> <li>• Nécessité d'améliorer le processus de gestion des crises et urgences médico-sociales</li> <li>• Pénurie du personnel et difficulté de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'une approche globale permettant le maintien à domicile le plus longtemps possible (gérontechnologie, socialisation, programme de prévention, structures intermédiaires...)</li> <li>• Maintien de cabinets médicaux et d'EMS de proximité.</li> <li>• Soutien au développement de la consultation ambulatoire du service et de l'équipe mobile de psy de la PA</li> <li>• Renforcement des rencontres de collaboration entre partenaires sur le terrain.</li> <li>• Poser un cadre de bonne pratique dans toutes les filières de soins ainsi que critères spécifiques à la PA dans les filières A et B.</li> <li>• Définir le cahier des charges idéal d'un gériatre rattaché à un réseau de soins.</li> <li>• Elaborer des critères de fragilité et mettre en place un processus d'identification précoce des situations et de suivi interinstitutionnel lors de leur parcours dans la filière socio-sanitaire, conduire une réflexion sur la population. Case-management.</li> <li>• Création d'une banque d'informations communes (données médicales et médico-</li> </ul>

	<p>recrutement dans les régions accentué dans les régions excentrées (plus de personnel étranger)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de directives anticipées/représentant thérapeutique</li> <li>• Difficulté de définir une attitude diagnostique/thérapeutique raisonnable pour un patient donné. (en hôpital aussi)</li> <li>• Différence de fonctionnement entre les BRIOS</li> </ul>	<p>sociales) aux partenaires et améliorer la transmission d'informations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un centre de gériatrie régional</li> <li>• Développer des lieux d'hébergement faiblement médicalisé pour placement d'urgence.</li> <li>• Favoriser les plateformes d'échange</li> <li>• Dossier de transmission doit être compatible avec les outils informatique existant ou à créer</li> <li>• Simplifier l'organisation du système de soutien social (saucissonnage et accès à l'information) et adapter les dotations en fonction de cette nouvelle évolution sociétale</li> <li>• Définition d'un contexte de prestations raisonnables</li> <li>• Développement systématique de directives anticipées</li> </ul>
<b>Hôpitaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfert des PA en CTR de plus en plus rapide (manque référent médical A, méconnaissance des syndromes gériatriques en A, problème de la continuité et transmission de l'information,...)</li> <li>• Surcharge des urgences et des services de soins aigus par des patients présentant des syndromes gériatriques et non des problèmes médicaux aigus.</li> <li>• Nécessité de développer la liaison-consultation spécifique à l'âgé dans l'H général.</li> <li>• Saturation des hôpitaux et des CTR</li> <li>• Manque de structure permettant une réadaptation gériatrique ambulatoire en interdisciplinarité</li> <li>• Manque de lits B de réhabilitation pour les PA atteintes de troubles psychiques dans la région Est vaudoise (cf D Fondation de Nant)</li> <li>• Les capacités d'accueil en lits B sont insuffisantes dans la région centre.</li> <li>• L'hospitalisation est souvent l'occasion d'identifier les besoins de prise en charge médico-sociale à domicile ou en institution</li> <li>• Le PA fragilisées font l'objet de multiples hospitalisations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter la consultation mémoire par un dispositif de prise en soins aigu et de réadaptation</li> <li>• Développer le dépistage des syndromes gériatriques. Améliorer l'historique de la médication depuis les soins aigus.</li> <li>• Développer les structures, architecture adéquates pour le grand âge</li> <li>• Favoriser le développement de nouvelles structures et préciser les critères d'admission, le financement, la coordination.</li> <li>• Soutenir le déploiement du centre de compétence pour la PA (cf Fondation de Nant)</li> <li>• Participation renforcée de la psy de l'âge avancé de liaison en milieu somatique.</li> </ul>
<b>Soins à domicile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'aide à domicile la nuit</li> <li>• Manque de continuité de la prise en charge à domicile, tournus continuels des intervenants pour les soins quotidiens a un impact sur l'intimité des PA.</li> <li>• L'offre d'aide et de soins à domicile 24h/24 et 7j/7 est insuffisante pour répondre aux besoins.</li> <li>• Complexification des situations à domicile et des situations avec pathologies de santé mentale</li> <li>• Délai de reprise des prestations des CMS au sortir de l'hôpital/CTR</li> <li>• Difficulté pour médecin ttt/CMS d'anticiper et préparer le passage en EMS, particulièrement pour les situations de couple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de prestations telles que Proxy ?</li> <li>• Développer une offre supplémentaire et différenciée pour le maintien à domicile (achat, enlèvement déchet,...).</li> <li>• Développer des cabinets infirmières-conseils pour les malades chroniques.</li> <li>• Favoriser le suivi des PA et les prestations en principe par les mêmes personnes.</li> <li>• Extension de la couverture horaire et renforcement des capacités de prise en charge</li> <li>• Identification et suivi interinstitutionnel des situations de personnes fragiles à domicile (définition de la fragilité, actions préventives, suivi du parcours,...)</li> <li>• Amélioration de la réactivité des EMS (7j/7)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encouragement de la réflexion sur passage en EMS par médecin ttt/CMS</li> </ul>
<p><b>Structures intermédiaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'appartement protégé dans certaines régions et multitude de projets dans d'autres.</li> <li>• manque de place en UAT (méd. ttt réseau ARC)</li> <li>• lieu de répit en nombre insuffisant, notamment en psycho-gér.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des projets de type « Quartiers solidaires » (en lien avec problème d'isolement)</li> <li>• Favoriser le développement de structure jour/nuit en psycho-gériatrie.</li> <li>• Des subventions pour les PA utilisant des appartements protégés seraient souhaitables</li> <li>• Créer des maisons au milieu de la cité avec infirmière appelable, associées à des activités collectives éventuellement d'utilité publique</li> <li>• Favoriser l'accès aux moyens de bio-télévigilance.</li> <li>• Développement de structures de proximité essentiellement communales axées sur la solidarité entre les âges. Ex. grecs (KAPI), allemands (Arnserg), Français (Arcades)</li> </ul>
<p><b>EMS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nette progression du nombre de personnes atteintes de démences et troubles mnésiques.</li> <li>• Progression de l'âge et du niveau dépendance des PA à l'admission =&gt; conséquence de la progression du maintien à domicile. En principe l'institutionnalisation intervient suite à une hospitalisation et la PA est mal préparée. (cf 75% dans le réseau ARC)</li> <li>• Délai élevé de placement en EMS en cas de troubles psychiques</li> <li>• Certaines PA ne trouvent pas leur place en EMS (polypathologie ou problématique sociale)</li> <li>• Difficile de placer rapidement ou en urgence en EMS (remarque d'un médecin !)</li> <li>• Remise en question de la mission « court séjour » par la politique fédérale, impact de l'introduction de l'outil PLEX (à vérifier !) =&gt; complémentarité avec les CTR ???</li> <li>• Manque de pratique interdisciplinaire en EMS</li> <li>• Délai d'intervention en EMS pour des prises en charge spécifiques trop long pour les clients à état confusionnel aigu.</li> <li>• Les gériatres ne sont pas bienvenus dans les EMS</li> <li>• Se donner les moyens d'accepter plus de couples en EMS (biais du système PLAISIR p/r lourdeur si un des conjoints est un cas léger.</li> <li>• Difficulté d'intégrer dans les EMS des personnes relativement jeunes (65-70 ans).</li> <li>• Les personnes âgées ne rêvent pas de venir en EMS, souvent vécu comme un traumatisme</li> <li>• Structure inadaptée et inconfort des personnes hébergées lié à l'obsolescence des bâtiments.</li> <li>• Nécessité d'avoir une taille critique des EMS ???</li> <li>• Supervision médicale par un médecin répondant</li> <li>• Faible capacité d'accueil des EMS psychogér dans le Nord vaudois, impact important sur le réseau de soins.</li> <li>• Capacités d'accueil insuffisantes dans la région</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduire une réflexion sur le handicap vieillissant (besoins, ressources et compétences à développer)</li> <li>• Développer accès au gériatre en EMS ainsi que l'évaluation gériatrique en amont, avant l'admission en EMS.</li> <li>• Améliorer le délai d'attente de prise en charge en cas de crise aigue psy</li> <li>• Adapter les missions des EMS aux réels besoins</li> <li>• Unifier la dotation requise-financée-réelle</li> <li>• Formation spécifique du personnel en EMS afin de répondre à la complexité des situations et à la prise en charge psychogériatrique.</li> <li>• Favoriser le développement des structures de petite taille « familiales » comme dans les pays nordiques</li> <li>• Développer des EMS sur le concept d'être chez soi (espace privé)</li> <li>• Volet modernisation des EMS à développer</li> <li>• Adaptation de la planification des lits B et C et des structures intermédiaires en fonction des besoins des régions.</li> <li>• Etude de la prescription médicamenteuse en EMS dans le canton de VD</li> </ul>

	<p>centre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et coût des médicaments prescrits en EMS</li> </ul>	
<p><b>Médecins de 1ers recours</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dégradation cognitive des patients difficile à traiter</li> <li>• Gestion difficile des multi pathologies</li> <li>• Polymédication et observance thérapeutique</li> <li>• Dotation préoccupante des régions périphériques en médecins de 1<sup>er</sup> recours.</li> <li>• Difficulté de collaboration avec certains médecins qui ne sont pas intéressés par les aspects psycho sociaux rencontrés à domicile.</li> <li>• Problématiques spécifiques du vieillissement mal connues par les médecins généralistes. Problème quand les PA entrent en EMS et gardent leur médecin ttt.</li> <li>• Je suis pénalisé par les caisses-maladies car je fais trop de visites à domicile</li> <li>• Variation des pratiques ville, campagne et si médecin est responsable de la santé de son patient ou slmt consultant à la demande de ce dernier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La politique Vieillessement et Santé doit s'appuyer sur les médecins de 1<sup>er</sup> recours et leur rôle dans les soins à domicile et les EMS</li> <li>• Valorisation du travail spécifique du médecin de famille véritable coordinateur des soins de la PA</li> <li>• Faire la promotion de la prise en charge des PA par un MPR de référence indépendamment des incitatifs financiers de type Gate-keeping</li> <li>• Assurer la relève médicale dans les régions éloignées</li> </ul>

<p><b>Formation, compétences</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecart entre les compétences nécessaires pour répondre à la complexité des situations gérontologiques (y.c dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé) et la qualification des personnels dans les institutions hospitalières et extra-hospitalières.</li> <li>• Augmentation des exigences étatiques dans les qualifications des professionnels intervenant dans les EMS. Difficulté à trouver du personnel qualifié.</li> <li>• Insuffisance et inadéquation pour intervenir de manière interdisciplinaire dans les situations institutionnelles et à domicile.</li> <li>• La formation du personnel d'accompagnement n'est pas suffisante à domicile comme en EMS</li> <li>• Une partie du personnel semble ne pas avoir choisi des soigner les PA</li> <li>• Accompagnement de la PA demande des compétences spécifiques en lien avec le propre sens de sa vie personnelle. Nécessité de développer du soutien (cours, soutien psychologique, travail sur les émotions,...)</li> <li>• La maladie, la décrépitude et la mort font peur et provoquent un épuisement professionnel. Comment prévenir le burn out et repérer les signes précurseurs dans les régions.</li> <li>• Pénurie de RH avec des compétences spécifiques dans le domaine de la santé (diabète/soins palliatifs/santé mentale/gérontologie...)</li> <li>• Salaires en EMS moins attractifs que dans les hôpitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'attrait des métiers en lien avec la gériatrie (formation, salaires,...)</li> <li>• Valorisation de l'accompagnement d'une personne vieillissante et meilleure reconnaissance de la complexité des interventions et de la coordination des prestations.</li> <li>• Reconnaître les groupes médecins pharmaciens comme lieu de formation</li> <li>• Elargir l'accès à la culture des PA vaudoise et donner des cours de français</li> <li>• Favoriser l'accès aux connaissances générales concernant le vieillissement normal et pathologique, aux caractéristiques de la vieillesse et aux troubles psychiatriques de l'âge avancé, ainsi que du « prendre soin », et pour tous les acteurs du réseau,</li> <li>• Développer une politique coordonnée de formation au prendre soin de la PA</li> <li>• Développer des formations professionnelles sur un mode interdisciplinaire et à la prise en compte et au partenariat avec les proches.</li> <li>• Formation spécifique du personnel en EMS afin de répondre à la complexité des situations et à la prise en charge psychogériatrique.</li> <li>• Organiser tournus de personnel entre structures (EMS vs hôpital)</li> <li>• Former plus de gériatre et développer les partenariats généralistes/gérialtres</li> <li>• Mettre en place une formation en cours d'emploi</li> <li>• Financement garanti pour les remplacements lors des formations</li> <li>• Former plus d'ergo pour les EMS</li> <li>• Mise en place « Equipe de demain », intégration de nouveaux métiers</li> <li>• Organisation de séminaires pratiques au sein de l'EMS</li> <li>• Rendre accessible la formation selon le public cible, et préparer des documentations simples</li> <li>• Favoriser formation pratique</li> <li>• Rendre plus attractif le travail en EMS (Salaires, horaires, facilités de transport, parking, garderie,...)</li> </ul>
<p><b>Information</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important que la population âgée puisse accéder à des informations claires et pertinentes (ex. changement de caisse) sur les structures existantes et sur les prestations sociales</li> <li>• Méconnaissance des systèmes d'aide</li> <li>• Communication entre les différents prestataires insuffisante</li> <li>• Manque d'information au méd. ttt s'il n'est pas placeur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux informer les PA de leurs droits</li> <li>• Promouvoir auprès du public l'image de la PA dépendante</li> <li>• Sensibiliser la population active à se projeter dans le grand âge pour préparer des choix raisonnables</li> <li>• Développer des outils de communication entre partenaires.</li> </ul>

<p><b>Proches aidants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le travail des aidants naturels n'est pas assez reconnu, soutien insuffisant, notamment financier</li> <li>• Accès à l'information des proches aidants sur les offres disponibles concernant l'accueil, l'hébergement temporaire et le soutien</li> <li>• Insuffisance du partenariat avec les familles/les proches</li> <li>• Epuisement, solitude des proches</li> <li>• Une partie non négligeable de la prise en charge des PA repose sur le bénévolat mais lassitude de ce type d'aide peut-être trop sollicité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser et reconnaître le rôle social et sanitaire des proches-aidants ou des bénévoles</li> <li>• Possibilité de vacances avec le conjoint/parent</li> <li>• Intégration des proches aidants dans la conception de la prise en charge</li> </ul>
<p><b>Divers</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitation des séances de physio ou d'autres prestations par la pression des assureurs et augmentation des contrôles</li> <li>• Financement de la dépendance remis en question, certaines prestations ne sont plus remboursées : couches, auto-surveillance des diabétiques, lunettes,...)</li> <li>• Danger pour les aînés relatifs à l'abandon de leurs assurances complémentaires</li> <li>• Problème des transports</li> <li>• L'absence de rbt des frais de déplacement des physios pour ttt aux PA vivant en EMS est de nature à restreindre l'accès aux soins</li> <li>• Inadéquation de l'outil Plaisir. Les Plaisir légers soins rémunératrices pour les EMS sont plus difficiles à placer</li> <li>• Difficulté d'apporter de l'aide au PA vivant seul-e-s ou en couple non utilisateur des CMS</li> <li>• Approche uniquement médicale de la vieillesse</li> <li>• Prestations morcelées servies uniquement en fonction de leur financement.</li> <li>• Poly médication chez les PA</li> <li>• Prise en compte des interventions pharmaceutiques peu considérée par les prescripteurs</li> <li>• Augmentation des difficultés de lecture</li> <li>• Réticence à demander de l'aide financière</li> <li>• Main Tendue : fréquentes idées suicidaires, insécurité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subventionner l'acquisition de moyens auxiliaires</li> <li>• Harmonisation et meilleur rbt des frais de transport</li> <li>• Favoriser une approche globale du financement qui tienne compte aux personnes dépendantes et/ou malades de rester à domicile.</li> <li>• Lobbying au niveau fédéral</li> <li>• Lancer initiative pour une caisse unique</li> <li>• Valorisation des prestataires de qualité, du suivi pharmaceutique et des interventions pharmaceutiques diverses.</li> <li>• Cf Canada : pharmacien au lit du malade dans les hôpitaux qui revoit/prescrit selon les guidelines et fait le lien avec la pharmacien de ville</li> <li>• Adaptation du financement des EMS afin d'éviter les biais de sélection de la clientèle</li> <li>• Création d'un comité de pilotage permanent composé d'experts du vieillissement qui sélectionne les meilleurs projets et appuient leur financement.</li> <li>• Soutien aux organismes qui proposent des activités spécifiques au PA, afin qu'elles bénéficient de tarif préférentiel.</li> <li>• Prise en charge par les assureurs du coût des mesures de prévention</li> </ul>

## ANNEXE 4 : BIBLIOGRAPHIE PAR THÉMATIQUE

## POLITIQUE VIEILLESSE

- Bas P, Plan solidarité - Grand Âge, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 27 juin 2006.
- La mise en œuvre des politiques de la vieillesse, Recommandations aux communes et villes, Groupe de travail *Coordination pour personnes âgées* 2004/2005, Société Suisse de Gérontologie. <http://www.sgg-ssg.ch/cms/media/Publikationen/F%20Umsetzung%20Altersleitbild.pdf> [consulté le 9.12.2011]
- Paccaud F, B Peytremann, M Heiniger, L Seematter-Bagnoud, Vieillesse : éléments pour une politique de santé publique, *Un rapport préparé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive*, Lausanne : décembre 2006.
- Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel, Gouvernement du Québec (2008). [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860\\_PerspectiveVieillesseSante.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillesseSante.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009, Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. [http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- PLAN SOLIDARITE – GRAND AGE Présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille 27 juin 2006. [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan\\_solidarite\\_grand\\_age.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Politique du 3<sup>ème</sup> âge dans le canton de Berne, *Rapport intermédiaire*, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, Avril 2007. [http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/direktion/organisation/alba/publikationen.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/fr/Alter/alterspolitik\\_zwischenbericht\\_2007\\_fr.pdf](http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/direktion/organisation/alba/publikationen.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/fr/Alter/alterspolitik_zwischenbericht_2007_fr.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Postulat Filip Uffer - Pour une politique d'action sociale gérontologique favorisant la participation et l'autodétermination des personnes âgées. Et rapport de la Commission chargée d'examiner l'objet suivant : Postulat Filip Uffer et consorts pour une politique d'action sociale gérontologique favorisant la participation et l'autodétermination des personnes âgées.
- Rapport sur la politique du 3e âge du canton de Berne 2011. [http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/soziales/soziales/alter/Alterspolitik\\_Kanton\\_Bern.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/fr/Alter/Altersbericht\\_2011\\_frz\\_DRUCKVERSION\\_20110630\\_def.pdf](http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/soziales/soziales/alter/Alterspolitik_Kanton_Bern.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/fr/Alter/Altersbericht_2011_frz_DRUCKVERSION_20110630_def.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Rielle Y, R Wirz, R Wiesli, *Politique de la vieillesse dans les cantons*, Rapport mandaté par Promotion Santé Suisse, Berne : juin 2010. [http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/f/gesundheitsfoerderung\\_promotion\\_staerken/Grundlagen\\_Wissen/Wirkungsmanagement/Rapport-politique-de-la-vieillesse-dans-les-cantons-2010.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/gesundheitsfoerderung_promotion_staerken/Grundlagen_Wissen/Wirkungsmanagement/Rapport-politique-de-la-vieillesse-dans-les-cantons-2010.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Stratégie en matière de politique de la vieillesse, *Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 03.3541 Leutenegger Oberholzer du 3 octobre 2003*, 29 août 2007. [http://www.alter-migration.ch/data/5/0\\_Altersbericht\\_f EDI.pdf](http://www.alter-migration.ch/data/5/0_Altersbericht_f EDI.pdf) [consulté le 9.12.2011]

- 6 cibles pour faire face au vieillissement de la population, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Dépôt légal – 1er trimestre 2011. [http://www.agesss.qc.ca/docs/public\\_html/document/Documents\\_deposes/six\\_cibles\\_vieillessement\\_rapport\\_2011.pdf](http://www.agesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/six_cibles_vieillessement_rapport_2011.pdf) [consulté le 9.12.2011]

### PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

- Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées, Promotion Santé Suisse. [http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/d/gesundheitsfoerderung\\_und\\_praeventition/allgemeines/bpgfa/f/Factsheet-BPGFA-f.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praeventition/allgemeines/bpgfa/f/Factsheet-BPGFA-f.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Boyd CM et al. JAMA 2005; 294:716-724.
- Dapp U et al. J Gerontol Biol Sci Med Sci 2011; 66:591-598.
- Deuxième Programme national nutrition santé – 2006-2010 –, Actions et mesures, Ministère de la santé et des solidarités, Septembre 2006.
- Hayward AC et al. BMJ 2006; 333:1241.
- Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment From Evidence to Action, A Background Paper Prepared for the Federal, Provincial and Territorial Committee of Officials (Seniors), Healthy Aging and Wellness Working Group, September 2006.
- Huss A et al. J Gerontol Biol Sci Med Sci 2008; 63:298-307.
- Maruyama T et al. BMJ 2010; 340:c1004.
- Nouvelles approches de la prévention en santé publique, La Documentation française, Rapport document, Centre d'analyse stratégique, n° 25, 2010.
- Prévention dans les soins à domicile APREMADOL, Avant - projet de recherche, Formation, Pratique et Recherche en soins infirmiers Catherine Piguet, Territet - le 6 mars 2010/25 juillet 2010.
- Promotion de l'activité physique, Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées», Résumé et recommandations, février 2010. [http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/d/gesundheitsfoerderung\\_und\\_praeventition/allgemeines/bpgfa/f/BPGFA-Promotion-activit-physique-Rsum-recommandations-2011.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praeventition/allgemeines/bpgfa/f/BPGFA-Promotion-activit-physique-Rsum-recommandations-2011.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- RAND corporation, 2000.
- Rapport final « 50+santé » 2004-2008, « 50+santé – Promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus », Juillet 2008.
- Santschi V et al. Arch Intern Med 2011; 171:1441-1453.
- Spechbach H et al. Rev Med Suisse 2011; 7:1864-1870.
- Spinewine A et al. J Am Geriatr Soc 2007; 55:658-665.
- Stuck AE et al. Soc Sci Med, 1999; 48:445-469.
- Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillessement, Madrid, Espagne, 2002.
- Yarnall et al. Am J Public Health, 2003; 93:635-641.

### ORGANISATION ET COORDINATION DES SOINS

- A Summary of Senior Friendly Care in Toronto Central LHIN Hospitals, December 2010. <http://rgp.toronto.on.ca/PDFfiles/TCLHINSFHSsummaryreportDecember14FINAL.pdf> [consulté le 9.12.2011]
- An Age Old Problem, A review of the care received by elderly patients undergoing surgery, A report by the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (2010). [http://www.ncepod.org.uk/2010report3/downloads/EESE\\_summary.pdf](http://www.ncepod.org.uk/2010report3/downloads/EESE_summary.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Asplund K et al. J Am Geriatr Soc 2000; 48:1381-1388.
- Bachmann S et al. BMJ 2010; 340:c1718.
- Baztán J, Suárez-García F, López-Arrieta, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F, Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis, *BMJ* 2009;338;b50, doi:10.1136/bmj.b50.
- Borgès Da Silva G, Borgès Da Silva R, La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA, *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, volume 36 n° 4 / octobre-décembre 2005.
- Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B., Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "retooling for an aging America" report., *J Am Geriatr Soc.* 2009 Dec;57(12):2328-37.
- Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein D, Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Mar;63(3):321-7.
- Boulton CM, *Gerontologist* 2007; 47: 697-704.
- Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, Sylvia M, Boulton C., A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults, *J Gen Intern Med.* 2008 May;23(5):536-42. Epub 2008 Feb 12.
- Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, Wolff JL, Wegener S, Guided care for multimorbid older adults, *Gerontologist.* 2007 Oct;47(5):697-704.
- Bras P-L, Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis, *Pratiques et organisation des soins*, 2011, n° 1, p. 27-34
- Breton M, J-F Lévesque, R Pineault, W Hogg, L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/24490.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/24490.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Brown R, COORDINATION, Models that Decrease Hospitalizations and Improve Outcomes for Medicare, Beneficiaries with Chronic Illnesses, March 2009. [http://socialwork.nyam.org/nsw/Brown\\_Executive\\_Summary.pdf](http://socialwork.nyam.org/nsw/Brown_Executive_Summary.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Caillet P et al. J Clin Oncol 2011;29 doi/10.1200/JCO.2010.31.0664.
- Caplan GA et al. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1417-1423.
- Counsell S, JAMA 2007 ;298 :2623-2633.
- DeJonge K, G Taler, P Boling, independence at Home: Community-Based Care for Older Adults with Severe Chronic Illness, *Clinics in Geriatric Medicine*, Volume 25, Issue 1, Pages 155-169.

- Di Pollina L, C Gillibert, M Kossovsky, Réseaux de soins intégrés gériatriques, Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2044-7. <http://rms.medhyg.ch/numero-172-page-2044.htm> [consulté le 9.12.2011]
- Ellis G et al. Cochrane Review, 2011.
- Extermann et al. J Clin Oncol 2007;25:1824-1831.
- Fallon WF Jr et al. J Trauma 2006; 61:1040-1046.
- Fortinsky RH et al. J Gerontol Biol Sci Med Sci, 1999; 54:M521-M526.
- Friedman SM et al. Arch Intern Med 2009;169:1712-1717.
- Ghadi V, Veddel I, Routelous C, Stampa (de) M, Ankri J, Cassou B, Lapointe L, Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile, *Santé publique* 2011, volume 23, no 4, pp. 317-328.
- Gill TM et al. JAMA; 2010; 304:1919-1928.
- Gill TM et al. JAMA 2004; 292:2115-2124.
- Höpflinger F, V Hugentobler, Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse, Observations et perspectives.
- Huard P, Schaller P, Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, Pratiques et organisations des soins volume 41, no3, 2010.
- Johri M, Beland F, Bergman H, International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence, *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Mar;18(3):222-35.
- Kane RL, What can improve chronic disease care ?, *J Am Geriatr Soc*. 2009 Dec;57(12):2338-45.
- Kircher TT et al. Age Ageing 2007; 36:36-42.
- Kurtz JE et al. Oncology 2009;77:147-156.
- L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, rapport de synthèse, mai 2011. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000408/0000.pdf> [consulté le 9.12.2011]
- Landefeld CS et al. N Engl J Med, 1995; 332:1338-1344.
- Leff B, Am J Manage Care 2008 ;15 :555-559.
- Les réseaux de soins intégrés, MiseauPoint focus 3 | 2010, Santé Suisse. <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201007281549150.pdf> [consulté le 9.12.2011]
- Neumann MD, et al. J Am Geriatr Soc, 2009;2046-2054.
- Paccaud F et al. Vieillesse : éléments pour une politique de santé publique, 2006.
- Parjer S G, Conroy S, Poor impatient care for older people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 03 February 2011(d373), 0959-8138.
- Rapport PRISMA France, Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action, sous la responsabilité de : Dominique Somme, Olivier Saint-Jean, Décembre 2008.
- Schaller P, C Chichignoud, Cité générations et espace santé, une structure au coeur d'un réseau de soins coordonné et territorialisé pour les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques.
- Seematter L et al. rapport COAV, Raisons de santé 178, 2011.

- Stampa (de) M, Vedel I, Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile, Évaluation du modèle d'intégration des services COPA (Coordination Personnes Âgées) sur le 16ème arrondissement de Paris sous le nom de réseau gérontologique « Ancrage », Rapport Final, Juin 2010.
- Temkin-Greener H, J Gerontol 2008 ;63 :731-738.
- Terret C et al. Lancet Oncol 2009;10:80-87.
- Tinetti M, Fried T, The End of the Disease Era, February 1, 2004 THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE, Volume 116:179-185. [http://mail.legalmed.it/Sito/LEGALMED\\_files/The%20End%20of%20Disease.pdf](http://mail.legalmed.it/Sito/LEGALMED_files/The%20End%20of%20Disease.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, Boonen S, Gosset C, Petermans J, Milisen K, The Effectiveness of Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units: A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jan;58(1):83-92. Epub 2009 Dec 9.
- Vedel I, M De Stampa, H Bergman, J Ankri, B Cassou, E Bagaragaza, J-F Buyks, L Lapointe, Les services intégrés aux personnes âgées dépendantes : de SIPA (Québec) à COPA (France), IRDES Mars 2011.
- Vifian S, Le Centre alternatif à l'hébergement. Enquête et rapport. Fondation Primerocroche. Juin 2011.
- Walter LC et al. JAMA 2001; 285:2987-2994.
- <http://www.sgg-sgg.ch/cms/media/compt%20rendu%2024.4.08/Schaller-Cite%20Generation%20au%20coeur%20dun%20reseau.pdf> [consulté le 9.12.2011]

### VALORISATION DES MÉTIERS DE LA GÉRIATRIE ET FORMATION

- ASI. Soins infirmiers en Suisse : perspectives 2020. Bern, version résumée française, p.20.
- ASSM (2011). Projet « la médecine en Suisse demain » Phase III. Les futurs professionnels des médecins et des infirmiers. Bâle.
- Brown J, M. Nolan et al. (2008) Transforming students' views of gerontological nursing : realising the potential of "enriched" environments of learning and care: a multi-method longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies.* 45(8):1214-1232.
- Chenoweth L, Y.-H. Jeon et al. (2010). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of clinical nursing.* 19(1-2):156-167.
- Crocker Houde S, Devereaux Melillo K. (2009) Caring for an aging population : review of policy initiatives. *Journal of gerontological nursing.* 35(12):8-13.
- Ducharme, F. (2010) « Vieillesse et soins de santé... L'URGENCE d'agir ! » Congrès de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec, Montréal. Rapport provisoire « Politique cantonale Vieillesse et Santé », 8 décembre 2011
- Gallant S, M Clerc, D Gachoud, D Morin, Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers no 106*, septembre 2011.
- Kloster, T., Høie, M. and Skår, R. (2007), Nursing students' career preferences: a Norwegian study. *Journal of Advanced Nursing*, 59: 155–162.
- Lehmann, P., Viens Python, N., Dumas, S., & Guinchard, B. (2010). *Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud*. Mandat du service de la santé publique. Lausanne.

- Ruedin Jaccard, H., Weaver, F., Roth, M., Widmer, M. (2009). Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Observatoire suisse de la santé – Document de travail 35, Neuchâtel (p.56, 67)

### PILOTAGE ET SYSTÈME D'INFORMATION

- Monod S, Hongler T, Castelli T, Clivaz-Luchez P, Bula C. Le Resident Assessment Instrument- Home Care (RAI-Domicile) : ce que le médecin de premier recours doit savoir. Rev Méd Suisse 2011 ;7 :2176-83.
- Santos-Eggimann B, Karmaniola A, Seematter-Bagnoud L, Spagnoli J, Büla C, Cornuz J, Rodondi N, Vollenweider P, Waeber G, Pécoud A. The Lausanne cohort Lc65+: a populationbased prospective study of the manifestations, determinants and outcomes of frailty. BMC Geriatr 2008;8(1):20.
- Santos-Eggimann B. La santé des personnes de 65 à 70 ans: un profil instantané. Rev Méd Suisse 2007;3:2546-51.
- Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Rochat S, Büla C, Pécoud A, Santos-Eggimann B. Personnes âgées hospitalisées au CHUV : Projections jusqu'en 2030. COAV, CHUV, 2011.
- Développement et pilotage de la version francophone de l'instrument Health Risk Appraisal for the Elderly (HRA-E), Rapport ProSana.
- Junod A, S Mizrahi, B Santos-Eggimann, Travaux préparatoires pour l'élaboration d'un système d'information sanitaire destiné au suivi statistique et épidémiologique de la politique gériatrique du canton de Vaud, *Rapport intermédiaire : recherche documentaire sur les indicateurs relatifs aux populations âgées*, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Unité des services de santé, février 2011.

### MÉCANISMES FINANCIERS

- Évaluation de nouveaux modèles de prestation des services médicaux : Inventaire et Synthèse, Groupe de travail Deux : Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada, Août 2003.
- Kosten der Demenz in der Schweiz, Schlussbericht, 22. Februar 2010. [http://www.ecoplan.ch/download/alz\\_sb\\_de.pdf](http://www.ecoplan.ch/download/alz_sb_de.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Stampa (de) M, Modèles d'intégration des services pour les personnes âgées en soins primaires : conditions pour la participation des médecins généralistes, Thèse, Université de Reims, année 2008,
- Systèmes intégrés de santé au Canada : Trois synthèses de politiques, Questions et Réponses, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Juillet 1999.

### DIVERS

- Bergman H (prés.), Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence, *Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*, Québec : mai 2009. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf> [consulté le 9.12.2011]
- Bolzman, C, R Poncioni, M Vial, Personnes âgées immigrées en Suisse : Conditions de vie, accès aux soins et à l'aide socio-gériatrique, *Les cahiers du CEDIC - n° 1*, mai 2007. [http://www.cedic.ch/pxo3\\_02/pxo\\_content/medias/cahier\\_du\\_cedic\\_no\\_1.pdf](http://www.cedic.ch/pxo3_02/pxo_content/medias/cahier_du_cedic_no_1.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Boutrand M, Seniors et cités, *Journal officiel de la République française, avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental*, n° 2009-08, Paris : Journaux officiels.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000140/index.shtml> [consulté le 9.12.2011]

- Emploi des Seniors : pratiques d'entreprises et diffusion des politiques publiques, *Dares Analyses, publication de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques*, septembre 2010, n° 054. [http://www.emploi.gouv.fr/\\_pdf/dares2010\\_054.pdf](http://www.emploi.gouv.fr/_pdf/dares2010_054.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Gimbert V, Malochet G (coordinateurs), Les défis de l'accompagnement du grand âge, Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance, Centre d'analyse stratégique, Rapports et Documents, Juin 2011.
- Guillemard A-M (2010), Les défis du vieillissement. Âge, emploi, retraite : perspectives internationales, Paris : Armand Colin.
- Guillemard A-M (2007), « Une nouvelle solidarité entre les âges et les générations dans une société de longévité », in : Paugam S (dir.), *Repenser la solidarité sociale : l'apport des sciences sociales*, Paris : PUF, p.355-375. <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo05.pdf> [consulté le 9.12.2011]
- Quand la communauté s'unit pour veiller sur la santé de ses aînés Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Anne-Marie Royer et Alex Battaglini. [http://www.csss-iugs.ca/images/from\\_fckeditor/fichiers/co\\_REVA\\_mars2011.pdf](http://www.csss-iugs.ca/images/from_fckeditor/fichiers/co_REVA_mars2011.pdf) [consulté le 9.12.2011]
- Santos-Eggimann B, La santé des personnes de 65 à 70 ans : un profil instantané, Revue Médicale Suisse N° 132, publiée le 07/11/2007. <http://www.sgg-ssg.ch/cms/media/PDF%20Ppt%20Referate%20Monthey%207-10-2010/Brigitte%20Santos-Eggimann%20-%207%20oct.%202010%20SSG.pdf> [consulté le 9.12.2011]

