EU-Atlas

Démence & Immigration

Estimation du nombre, de la situation en matière de soins et des politiques concernant les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans l'UE, l'AELE et le Royaume-Uni.

DZNE
Universitätsmedizin Greifswald
Community Medicine
Avec le soutien de la
Robert Bosch Stiftung

EU-Atlas

Démence & Immigration

Estimation du nombre, de la situation en matière de soins et des politiques concernant les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans l'UE, l'AELE et le Royaume-Uni.

Auteurs principaux : Monsees J[1], Schmachtenberg T[1], Leiz M[2], Cardona MI[1], Thyrian JR[1,2]
Auteurs collaborateurs : Stentzel U[2], van den Berg N[2], Hoffmann W[1,2]
Traduction professionnelle en français : Lingua-World GmbH
Révision de la langue française : Adel Afi
Mise en page et conception de la couverture : 4h-digital.de
Impression : Steffen Media GmbH
Éditeur : Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
Veuillez citer comme suit : Monsees J[1*], Schmachtenberg T[1*], Leiz M[2], Cardona MI[1], Stentzel U[2,] van den Berg N[2], Hoffmann W[1,2], Thyrian JR[1,2]: EU-Atlas: Démence et Immigration - Estimation du nombre, de la situation en matière de soins et des politiques concernant les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans l'UE, l'AELE et le Royaume-Uni. Rostock/Greifswald: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen; 2021.
ISBN : 978-3-9823426-2-7
[*] Premiers auteurs contribuant à parts égales

Affiliations :
[1] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Site Rostock/Greifswald, Ellernholzstraße 1-2, 17489 Greifswald, Germany
[2] Institute for Community Medicine, Department of Health Care Epidemiology and Community Health, University Medicine Greifswald, Ellernholzstraße 1-2, 17489 Greifswald

Remerciements :
Nous tenons à remercier la Robert Bosch Stiftung pour le financement de ce projet.
Nous tenons à remercier tous les experts qui ont participé aux entretiens pour leur précieuse contribution à notre travail.

Les auteurs

Chers lecteurs, Chères lectrices

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez aux thèmes de la démence et des migrations ! L'ouvrage que vous êtes sur le point de lire est le résultat de deux ans et demi de travail intensif, qui a été un parcours passionnant pour toutes les personnes qui y ont contribué.

En 2018, notre équipe de recherche du Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) sur le site de Rostock/Greifswald, a été sélectionnée par la *Robert Bosch Stiftung*, pour mener à bien cet important projet. En avril 2019, notre équipe a officiellement été formée et a commencé à travailler en étroite collaboration avec l'institut de médecine communautaire sur ce sujet intéressant et sous-étudié à ce jour. Avec le recul, nous affirmons avoir commencé notre travail avec, certes, des connaissances de base sur la démence et la migration, mais surtout avec de la curiosité, l'envie d'accumuler des connaissances, de l'enthousiasme et la volonté de jeter la lumière sur un sujet qui ne reçoit pas l'attention qu'il mérite et dont il a besoin. Tout au long de ces deux ans et demi, nous avons parfois été dépassés tant par la complexité du sujet que par la diversité des points de vue et avons appris à connaître quel phénomène unique et multiforme nous décrivions.

Assez rapidement nous avons élaboré un plan et dès le mois d'octobre 2019, nous étions en mesure d'organiser et de mener à bien un atelier, afin de présenter et de discuter de notre projet, de notre démarche et de nos premiers résultats préliminaires avec des experts dans les domaines de la démence et de la migration, lors de la 29e conférence Alzheimer Europe à La Haye. Les excellentes réactions ont été mises à profit pour mieux ajuster notre travail et notre stratégie afin de les rendre plus appropriés à ce domaine de recherche. En 2020, nous avions envisagé d'approfondir l'étude dans tous les pays par le biais de recherches documentaires et de calculs statistiques, mais également via des visites et des entretiens avec des experts dans toute l'Europe. Cependant, l'apparition de la pandémie de COVID 19 a mis fin aux rencontres personnelles qui étaient initialement prévues. De ce fait, nous avons dû nous adapter et organiser de plus en plus de vidéoconférences. Ces entretiens nous ont donné l'occasion d'avoir des discussions fascinantes avec des spécialistes compétents, qui ont tous été d'une grande aide et nous ont donné des aperçus singuliers des situations de soins dans différents pays européens !

Toutefois, la collecte de toutes les données et informations n'a constitué qu'une étape. Pour nous chercheurs, la diffusion de ce travail nous a fait découvrir un sujet passionnant : la conception de la mise en page de cet atlas, la création d'un site Internet et la planification d'événements pour faire connaître l'atlas aux parties prenantes, aux politiciens, aux prestataires de services et aux personnes concernées. Lors de cette période, nous avons étroitement collaboré avec différents professionnels dévoués et compétents dans les domaines de la communication scientifique, de la conception de sites web et de la programmation, de la mise en page et de la création graphique comme de l'impression, mêlant le plaisir de la création et de l'apprentissage.

Au final, nous avons créé quelque chose dont nous sommes fiers, et nous avons apprécié l'occasion de mettre à profit nos connaissances sur un sujet aussi fascinant que celui-ci. Nous tenons à remercier la *Robert Bosch Stiftung* pour le financement de ce projet particulier, tous les experts qui ont soutenu notre travail en nous donnant des conseils et/ou en partici-

pant aux entretiens et les professionnels qui ont contribué à la création de cet atlas ! Enfin, nous espérons que notre travail sera bénéfique à toutes les personnes concernées par la démence et l'immigration, sur le plan personnel et/ou professionnel !

Jessica Monsees, Tim Schmachtenberg und Dr. Jochen René Thyrian
au nom de toute l'équipe

Robert Bosch Stiftung

Au sein de notre société en pleine évolution démographique, la démence représente un défi particulier en raison du grand nombre de personnes touchées, de la perte de mémoire qui est une caractéristique essentielle de la maladie et, du déficit de solutions thérapeutiques à ce jour. Selon les estimations, le nombre de personnes atteintes de démence en Europe va augmenter de manière significative dans les années à venir : alors qu'en 2010, près de 10 millions de personnes vivaient avec une démence dans les pays européens, en 2030, on s'attendra à une augmentation significative, estimée à 40 %, qui atteindra environ 14 millions de personnes. En raison de la mobilité interne en Europe et de l'immigration en provenance de l'extérieur de l'Union, la question de la démence devient également de plus en plus importante pour les personnes âgées issues de l'immigration et leurs familles. Notamment parce que ces personnes sont confrontées à des difficultés supplémentaires. Par exemple, au cours de la maladie, la langue apprise dans le pays d'accueil peut facilement être oubliée. Le travail biographique, qui fait preuve de succès dans le cas de la démence, est cependant rendu plus difficile, car les caractéristiques et les coutumes du pays d'origine ne sont pas connues. Enfin, l'accès aux informations médicales et l'adéquation entre les soins médicaux et infirmiers peuvent ne pas être totalement satisfaisants en raison des barrières linguistiques et des différences culturelles.

Les remèdes efficaces commencent par une meilleure connaissance de la situation. Cependant, la base de données sur la prévalence et la situation en matière de santé et de soins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Europe, est difficile d'accès. Les évaluations liées à l'analyse des différents pays européens ne sont que rudimentaires et ne permettent pas de faire des déclarations fiables sur la situation des soins des personnes concernées.

Cet atlas européen du Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) de Rostock/Greifswald permet de combler d'importantes lacunes au niveau des connaissances. Grâce au financement de « l'Atlas de l'UE : Démence et immigration », nous espérons soutenir l'échange transnational, la mise en réseau et la coopération entre les acteurs de la politique, de la science, de la pratique et des domaines professionnels, dans l'intérêt des personnes concernées et de leurs familles.

Professeur Dr. Joachim Rogall
Président et directeur général
Conseil d'administration

Alzheimer Europe

Suite au vieillissement de nos sociétés, le nombre de personnes atteintes de démence augmente. De nombreuses personnes qui ont émigré en Europe dans les années 1960, atteignent aujourd'hui un âge où la probabilité de développer une démence et de nécessiter des soins, est nettement plus élevée. Par conséquent, le nombre de personnes issues de groupes ethniques minoritaires en Europe et atteintes de démence devrait également augmenter au cours des prochaines décennies.

Malgré cela, un récent rapport d'Alzheimer Europe a révélé un manque général de soins et de soutien interculturels appropriés, tant pour les personnes atteintes de démence que pour leurs soignants informels, issus de groupes ethniques minoritaires. Dans ce rapport, nous avons formulé un certain nombre de recommandations sur la manière d'améliorer la sensibilisation et la compréhension de la démence, d'encourager la recherche d'aide pour les personnes concernées, de développer des méthodes de diagnostic et d'évaluation adaptées à la culture et, de promouvoir des soins et un soutien adaptés à la culture.

Cet atlas européen sur la démence et la migration fournit des informations supplémentaires indispensables sur le nombre de personnes atteintes de démence et de soignants provenant de l'immigration ou de groupes ethniques minoritaires. Tous les pays européens seront confrontés à un nombre croissant de cas et les systèmes de soins de santé devraient trouver des solutions pour assurer un diagnostic, des soins et un traitement meilleurs et appropriés sur le plan culturel. Malgré ces tendances démographiques, cette excellente publication souligne que rares sont les stratégies de lutte contre la démence et les lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement qui tiennent compte des besoins et des expériences spécifiques de ces derniers. En procédant à un examen approfondi de la littérature et à une analyse des stratégies nationales en matière de démence et des lignes directrices concernant les soins et le traitement, les auteurs relèvent des lacunes et des bonnes pratiques qui, espérons-le, conseilleront et accompagneront les pays qui souhaitent développer l'assistance et les soins interculturels.

Je tenais à féliciter les auteurs pour leur analyse approfondie, les profils nationaux instructifs de 32 pays européens, les conclusions et recommandations importantes qu'ils formulent. J'espère que ce rapport sera largement lu par les décideurs politiques, les prestataires de soins de santé et les associations Alzheimer nationales et qu'il sera considéré comme un appel à l'action pour mieux prendre en compte les besoins du nombre croissant de personnes atteintes de démence issues de groupes ethniques minoritaires.

Jean Georges
Directeur exécutif d'Alzheimer Europe

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

La mondialisation, résultat de la pression économique et des migrations forcées par le sous-développement, la guerre et des famines, a remodelé nos sociétés au cours des dernières décennies. Les migrations ne sont pas un phénomène nouveau en Europe et le mélange de différentes ethnies a créé de nombreux défis. La diversité des cultures, des modes de vie, des habitudes alimentaires et hygiéniques a donné lieu à de nouvelles interactions complexes entre le patrimoine génétique et les influences environnementales acquises. Dans les sociétés modernes, ce phénomène est illustré par la prise en considération des modèles typiques de facteurs de risque de maladie communs à nos communautés, par les populations migrantes.
Le défi posé par la diversité des facteurs génétiques et épigénétiques dans les populations autochtones et migrantes est complexe. Il va de la compréhension de la diversité génétique aux mesures visant à améliorer les protocoles de soins sélectifs.
L'alimentation et le mode de vie jouent un rôle important. Cependant, les soins de santé et la prévention des maladies, tout en augmentant la longévité des populations migrantes, ont également accru le risque de pathologies chroniques liées à l'âge, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies neurodégénératives, dont notamment la démence.
Le *Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen* (DZNE) est un organisme de recherche national fondé par le gouvernement fédéral et les gouvernements des États fédérés d'Allemagne, dont la mission est de comprendre, prévenir et guérir les maladies neurodégénératives. Depuis sa création en 2009, le DZNE a pour objectif de mener des recherches de haute qualité sur ces pathologies, y compris des recherches visant à améliorer les soins de santé. Sous la direction du professeur René Thyrian et de ses collègues, le DZNE utilise des méthodes quantitatives pour estimer la prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration, des analyses qualitatives du discours sur les plans de démence et les lignes directrices de soins, ainsi que des entretiens qualitatifs (basés sur des lignes directrices) avec des experts nationaux, pour obtenir des informations sur les services de soins disponibles pour les personnes issues de l'immigration atteintes de démence. Les personnes originaires de l'étranger qui développent une maladie, constituent un groupe particulièrement vulnérable et nécessitent des soins spécifiques. L'objectif est de proposer des mesures initiales pour répondre aux besoins liés à la démence des personnes migrantes, de leurs familles et de leurs soignants.
L'atlas européen sur la démence et les migrations, financé par la *Robert Bosch Stiftung*, vise à consolider et à analyser les informations sur les migrations en Europe et leurs conséquences sur nos systèmes de santé. Il estime le nombre de personnes issues de l'immigration susceptibles d'être atteintes de démence et prend en considération le fait que les plans nationaux de lutte contre la démence ainsi que les lignes directrices nationales en matière de soins et de traitement de la démence des pays européens accordent ou non une attention suffisante au contexte migratoire. Il examine la situation en matière de soins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, ainsi que les services de soins de santé disponibles pour ce groupe en Europe, et se concentre sur les recommandations possibles pour des soins adaptés à la culture.

Préface

Le DZNE salue l'initiative de la *Robert Bosch Stiftung* de soutenir ce travail et se réjouit de contribuer à la publication de l'atlas européen sur la démence et la migration.
Cordialement,

Prof. Pierluigi Nicotera, MD PhD
Directeur scientifique et président du Conseil exécutif

Sommaire

1. Introduction 13
2. Méthode 17
2.1 Définitions 17
2.1.1 Les personnes issues de l'immigration 17
2.1.2 Niveau individuel/local/régional/national 17
2.1.3 Politiques, lignes directrices, recommandations 18
2.1.4 Soins hospitaliers et soins ambulatoires 18
2.1.5 Soins de santé et services de santé 18
2.2 Atelier d'experts lors de la 29e conférence Alzheimer Europe 20
2.3 Histoire de la migration 21
2.4 Nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence 21
2.4.1 Niveau NUTS 21
2.4.2 Données et taux de prévalence de la démence 22
2.4.4 Cartes 23
2.4.5 Tableaux 24
2.4.6 Exceptions 24
2.5 Plans nationaux de lutte contre la démence 25
2.5.1 Sources de données 26
2.5.2 Procédures 26
2.5.3 Langues des plans nationaux de lutte contre la démence 27
2.6 Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence 27
2.6.1 Sources des données 27
2.6.2 Procédures 28
2.6.3 Langue des lignes directrices nationales en matière de soins aux personnes atteintes de démence 29
2.7 Entretiens avec des experts 29
2.7.1 Guide d'entretien 30
2.7.2 Évaluation des données 30
2.7.3 Changements dus à la pandémie de COVID-19 31
2.8 Éléments importants concernant la prestation de soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence 31
2.8.1 Collecte des données 32
2.8.2 Base de données 33
2.8.3 Évaluation des données 33
3. Résultats 36

3.1 L'histoire des migrations en Europe 36
3.1.1 Les vagues de l'histoire des migrations européennes depuis le début du XIXe siècle 36
3.1.2 Situation actuelle dans les pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni 38
3.3 Plans et stratégies nationaux/nationales de lutte contre la démence : Focus sur la migration 47
3.3.1 Résultats de la première recherche du 1er juin 2019 47
3.3.2 Résultats de la mise à jour des données le 4 janvier 2021 50
3.3.3 Résumé des résultats 51
3.4 Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la dé-mence : la migration en ligne de mire 53
3.4.1 Résultats 53
3.5 Conclusions sur les documents nationaux relatifs à la démence : la migration en ligne de mire 60
3.6 Situation en matière de soins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et services de santé disponibles 60
3.6.1 Aspects généraux sur les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence 61
3.6.2 Soins 62
3.6.3 Intégration et fourniture d'informations aux personnes issues de l'immigration (et atteintes de démence) 64
3.6.4 Soins professionnels 65
3.6.5 Soutien aux aidants familiaux 67
3.6.6 Conclusions 67
3.7 Profils des pays 69
3.7.1 Allemagne 71
3.7.2 Autriche 95
3.7.3 Belgique 111
3.7.4 Bulgarie 127
3.7.5 Chypre 141
3.7.6 Croatie 147
3.7.7 Danemark 153
3.7.8 Espagne 171
3.7.9 Estonie 185
3.7.10 Finlande 191
3.7.11 France 209
3.7.12 Grèce 217
3.7.13 Hongrie 235
3.7.14 Irlande 247

3.7.15 Islande....265
3.7.16 Italie....271
3.7.17 Lettonie....279
3.7.18 Liechtenstein....285
3.7.19 Lituanie....293
3.7.20 Luxembourg....299
3.7.21 Malte....307
3.7.22 Norvège....313
3.7.23 Les Pays-Bas....337
3.7.24 Pologne....357
3.7.25 Portugal....371
3.7.26 La République Tchèque....385
3.7.27 Roumanie....397
3.7.28 Royaume-Uni....411
3.7.26 Slovaquie....459
3.7.30 Slovénie....471
3.7.31 Suède....483
3.7.32 Suisse....495
4. Éléments importants pour la prestation de soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence....508
5. Discussion....512
6. Limitations....520
7. Conclusion....525
8. Abréviations....529
9. Figures....531
10. Tableaux....543
11. Annexes....549
11.1 Organisations ayant répondu....549
11.2 Interview guide....551
11.3 Guide d'entretien....560
11.4 Definition of key terms on the topic of dementia and migration....569
11.5 Définition de termes clés relatifs à la démence et à l'immigration....570

< retour au sommaire

1. Introduction

La migration à l'échelle mondiale a eu lieu dès le XV^e siècle, lorsque l'Europe a commencé son expansion culturelle, économique et politico-territoriale. Au début, les Européens migraient principalement en Europe, mais entre le début du XIX^e et le début du XX^e siècle, la situation a changé et les Européens ont commencé depuis lors à migrer vers d'autres parties du monde [1]. A partir du XIX^e siècle, l'émigration et l'immigration en Europe peuvent être divisées en différentes vagues, avec une Europe initialement un continent d'émigration, qui se transformait progressivement en une destination d'immigration. Ces vagues se caractérisent par des guerres, des migrations de travail, l'effondrement des systèmes et des crises économiques. À la mi-2020, d'après le portail de données sur les migrations, le nombre total de migrants internationaux s'élevait à 280,6 millions dans le monde. Ce portail de données fournit des statistiques et des informations sur les données migratoires mondiales et fait partie de la *International Organization for Migration* (IOM). Sur les 280,6 millions de migrants, 86,7 millions vivent en Europe, dont 16,2 % sont âgés de 65 ans ou plus (environ 14 millions) [2]. Ce groupe est exposé au risque de développement de maladies associées à l'âge, parmi lesquelles la démence occupe une place importante. Le risque de développer cette pathologie augmente avec l'âge. Par exemple, la prévalence de la démence en Europe est estimée à 1,5 pour la tranche d'âge des 65-69 ans et à 24,9 pour les 85-89 ans [3]. La démence affecte le fonctionnement cognitif et est souvent associée à des problèmes de motivation, de contrôle émotionnel ou de comportement social. La mémoire, le langage, l'orientation, la capacité d'apprentissage ou la pensée ne sont que quelques-unes des fonctions qui s'aggravent au cours de ce syndrome chronique et progressif. L'impact ne se limite pas à la personne atteinte, car la démence a également des répercussions sur les familles et les soignants. Outre les personnes atteintes de démence et leurs familles, cette maladie a un impact social et économique considérable [4].

Selon Barbarino et al. (2020), plus de 50 millions de personnes ont été touchées par la démence dans le monde en 2020. Ce nombre devrait passer à 152 millions d'ici 2050 [5]. D'après l'annuaire 2019 d'Alzheimer Europe sur la démence en Europe, « Dementia in Europe Yearbook 2019 » , le nombre de personnes atteintes de démence en Europe était de 9,78 millions en 2018 et devrait atteindre les 18,85 millions de personnes en 2050 [3]. La recherche a mis en évidence que les personnes issues de l'immigration présentent souvent un risque plus élevé de démence que la population non issue de l'immigration. Par exemple, la prévalence de la démence est plus élevée chez les personnes noires originaires des Caraïbes au Royaume-Uni que chez les personnes blanches nées au Royaume-Uni () [6]. Aux Pays-Bas, il a été démontré que la démence et les troubles cognitifs légers étaient plus répandus chez les immigrants non occidentaux que dans la population autochtone [7]. Une analyse de 2019 estime à environ 475 000 le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans l'Union européenne (UE) et les États membres de la *European Free Trade Association* (EFTA) [8].

Non seulement les personnes issues de l'immigration présentent un plus grand risque de démence, mais leurs diagnostics sont nettement moins bons. Par exemple, le rapport d'Alzheimer Europe intitulé « Le développement de soins et de soutien interculturels pour les personnes atteintes de démence issues de groupes ethniques minoritaires », datant de 2018, souligne de manière très détaillée les différents problèmes auxquels les personnes issues de l'immigration sont confrontées lorsqu'elles tentent d'obtenir de l'aide en matière

de démence auprès des systèmes de santé. Il souligne en outre que des mesures peuvent être prises pour adapter les services et les informations aux besoins de cette population et pour former des soignants pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Chez ces personnes, il y a souvent un manque de connaissances sur la démence, le système de santé et ses services, et sur la manière d'obtenir un soutien. De plus, le système de santé n'est souvent pas équipé pour prendre en charge cette population et ne dispose pas de services adaptés à ses besoins. En outre, les professionnels de la santé et les prestataires de services peuvent avoir des opinions erronées envers les personnes issues de l'immigration. En effet, ils peuvent, par exemple, penser que certains groupes de personnes issues de l'immigration dont la culture est basée sur le familisme, et préfèrent s'occuper des membres de la famille malades à la maison, où dans ce cas, ils n'auraient pas besoin d'un soutien spécialisé venant de l'État. Ce ne sont là que quelques-uns des défis et problèmes existants que ce rapport met en évidence. Un aperçu plus détaillé et récent de ce sujet est fourni par Gove et al. (2018) [9].

Les défis mentionnés ci-dessus et l'augmentation prévue du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les années à venir constituent un défi d'une ampleur inconnue pour les systèmes de santé en Europe et dans le monde. Pour relever ce défi et fournir aux personnes concernées le meilleur soutien et les meilleures informations possibles, les systèmes de santé, les professionnels de la santé, les responsables politiques et les parties prenantes ont besoin de plus d'informations sur cette population vulnérable et sa situation. Il est nécessaire de disposer de données sur le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, sur la manière dont elles sont prises en charge dans les systèmes de soins et de la santé à l'heure actuelle et sur les possibilités d'amélioration. Ces connaissances peuvent non seulement guider les personnes et les organisations qui travaillent avec les gens au quotidien, mais aussi, et c'est tout aussi important, être utiles pour le développement stratégique des systèmes de santé et de leurs services au niveau politique dans les lois, les politiques, les stratégies et les plans d'action. Cet atlas est spécialement destiné à être utilisé dans ce dernier cas.

Il existe des données concernant le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Europe, mais elles sont rares. En outre, certaines données sont manquantes en ce qui concerne l'ensemble des pays de l'UE et de la EFTA ainsi que pour le Royaume-Uni, réparties selon le pays de naissance. Dans différents pays, il existe de plus en plus de stratégies, de plans et de lignes directrices sensibilisant à la démence et discutant de l'amélioration des traitements et des soins pour les personnes atteintes de démence et leurs familles. Cependant, à la connaissance de l'auteur, aucune donnée n'a été produite pour donner une vue d'ensemble de la prévalence de la démence, ni de documents nationaux sur la démence en Europe mettant l'accent sur les personnes issues de l'immigration.

Après avoir constaté cette absence d'information, l'objectif était de créer un atlas qui fournisse : (1) des données de prévalence et une présentation graphique pour les 27 États membres de l'UE et les 4 États membres de la EFTA ainsi que pour le Royaume-Uni ; (2) des analyses des plans nationaux de lutte contre la démence (PND) et des lignes directrices en matière de diagnostic, de traitement et de soins ; et (3) des analyses des systèmes de soins et de la santé en termes de services et de soutien qu'ils offrent aux personnes concernées. Cet atlas met l'accent sur la démence chez les personnes issues de l'immigration. Il

s'agit d'un complément à la vaste littérature et aux connaissances sur la démence, et d'une ressource précieuse en raison de l'attention particulière qu'il porte à la situation des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence.

Le terme « migration » étant largement utilisé et comportant de nombreuses facettes et implications, le fait d'étiqueter un groupe de personnes comme ayant un passé migratoire pose des problèmes de définition à plusieurs niveaux [9]. L'origine migratoire est associée, par exemple, à l'ethnicité, à la culture, à la socialisation et à certains stéréotypes. Le fait de considérer les personnes issues de l'immigration comme un seul groupe risque de méconnaitre l'hétérogénéité de ce groupe et il convient d'être très prudent lorsque l'on tire des conclusions. Le groupe est hétérogène et, tout en l'examinant d'un point de vue national ou même européen, le défi consiste à définir de qui l'on parle, quelle situation est décrite et quelles conclusions peuvent être tirées. Cela va de pair avec des limitations de la comparabilité et peut-être une simplification excessive de la situation. Les auteurs sont conscients de ce défi, mais pour rendre les analyses possibles, une définition est nécessaire et des limites doivent être prises en compte. L'atlas se concentre principalement sur les mesures visant à améliorer la situation en matière de soins des personnes qui ont immigré dans le pays européen où elles vivent actuellement. Pour illustrer certains domaines de discussion : dans cet atlas, les auteurs ne font pas spécifiquement référence aux « groupes ethniques minoritaires », comme cela est utilisé dans de nombreuses études et rapports internationaux. Les défis spécifiques des personnes issues de l'immigration abordés dans cet atlas diffèrent des défis rencontrés par les personnes issues de groupes ethniques minoritaires qui peuvent vivre dans le pays respectif depuis des générations. Bien qu'il existe de nombreuses similitudes et intersections entre ces groupes, tous les membres d'une minorité ethnique ne sont pas des migrants [9]. Dans certains pays européens, certains groupes ethniques minoritaires ont des droits spécifiques (par exemple, concernant les informations linguistiques et adaptées à la diversité culturelle) dont les personnes issues de l'immigration ne bénéficient pas à l'heure actuelle dans la plupart des pays [10]. Dans le même ordre d'idées, les auteurs ne font pas non plus référence à des groupes ayant un certain bagage culturel, une ethnicité commune, etc. dans leurs analyses. Ceci est reconnu dans les sections sur les limites et les auteurs pensent que les analyses ont un avantage évident à faire avancer le domaine et les soins de santé pour ce groupe vulnérable.

Références

1. Oltmer J : Globale Migration : Geschichte, Gegenwart, Zukunft. [https ://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252254/globale-migration?p=all]. (2018). Consulté le 15 février 2021.
2. International Organization for Migration : Total number of international migrants at mid-year 2020 : Europe ; 2021.
3. Alzheimer Europe : Dementia in Europe Yearbook 2019 : estimating the prevalence of dementia in Europe. In. Luxembourg : Alzheimer Europe ; 2020.
4. World Health Organization : Dementia. [https ://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia]. (2020). Consulté le 16 février 2021.
5. Barbarino P, Lynch C, Bliss A, Dabas L, Alzheimer's Disease International : From Plan to Impact III In : *Maintaining dementia as a priority in unprecedented times.* 2020.
6. Adelman S, Blanchard M, Rait G, Leavey G, Livingston G : Prevalence of dementia in African-Caribbean compared with UK-born White older people : two-stage cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2011, 199(2) :119-125.

7. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, Schmand B, de Rooij SE : Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands : a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016, 31(9) :1040-1049.

8. Canevelli M, Lacorte E, Cova I, Zaccaria V, Valletta M, Raganato R, Bruno G, Bargagli AM, Pomati S, Pantoni L *et al* : Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. *European Journal of Neurology* 2019, 26(9) :1191-1199.

9. Alzheimer Europe : the development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. In. Luxembourg : Alzheimer Europe ; 2018.

10. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R. What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. J Public Health (Berl.) 2021.

2. Méthode

Pour atteindre l'objectif de ce projet, le travail a été divisé en différents lots. L'histoire de la migration a été illustrée, le nombre de personnes issues de l'immigration et présumées être atteintes de démence a été estimé, les plans nationaux de lutte contre la démence (PND) et les lignes directrices sur le traitement, les soins et le diagnostic ont été analysés et des entretiens avec des experts sur l'état actuel des soins de santé ont été menés pour les États membres de l'UE et de la EFTA et le Royaume-Uni.

2.1 Définitions

2.1.1 Les personnes issues de l'immigration

Le fait qu'il n'existe actuellement aucune définition commune des personnes issues de l'immigration au niveau européen constitue un défi majeur pour les études comparatives. Les différents pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni utilisent des termes différents dans les documents nationaux officiels pour cette population. Voici, par exemple, les termes utilisés dans les lignes directrices nationales sur les soins aux personnes atteintes de démence : immigrant, personnes issues de minorités (Norvège) ; personnes issues de groupes ethniques minoritaires (Royaume-Uni) ; personnes issues de groupes culturels ou religieux différents (Espagne) ; et personnes d'origines culturelles ou linguistiques différentes personnes nées à l'étranger (Suède). En outre, la définition du terme « migrant », fréquemment utilisé, varie également [1]. Par exemple, au Royaume-Uni, un migrant peut être une personne dont le pays de naissance est différent du pays de résidence, dont la nationalité est différente du pays de résidence, ou qui change de pays de résidence habituelle pour une période d'au moins un an [2]. En Allemagne, le concept d'origine migratoire est basé sur la nationalité de l'individu et de ses parents ; c'est-à-dire que ceux qui ne sont pas nés avec la nationalité allemande ou qui ont au moins un parent qui n'est pas né avec la nationalité allemande sont considérés comme des personnes issues de l'immigration. [3].

Afin de pouvoir comparer les données (nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, résultats des entretiens avec les experts) au niveau européen, une utilisation uniforme des termes et une définition claire du terme utilisé étaient nécessaires. Dans cette étude, la définition des Nations Unies est utilisée, car elle est le point central des bases de données et des ensembles de données spécifiques aux migrations internationales (par exemple, le portail de données sur les migrations de la IOM) et, cette définition est également utilisée par la plupart des bureaux statistiques nationaux des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni. C'est pourquoi, il s'agit, d'après les auteurs, de la définition la plus appropriée pour comparer les données sur la démence et la migration au niveau européen. En outre, la définition est également claire et comporte un critère d'intégration et d'exclusion bien défini.

Les Nations unies définissent les personnes issues de l'immigration comme étant des personnes résidant dans un autre pays que celui dans lequel elles sont nées [4]. Par conséquent, dans cette étude, toutes les personnes qui résident dans leur pays d'origine, y compris les descendants d'immigrants nés à l'étranger, sont exclues.

Cette étude inclut toutes les personnes âgées (65 ans ou plus) qui résident dans un pays de l'UE, de la EFTA ou au Royaume-Uni et qui sont nées à l'étranger.

2.1.2 Niveau individuel/local/régional/national

Niveau individuel : Représente des individus tels qu'un ou plusieurs soignants ou médecins. Il s'oppose au niveau organisationnel,

qui comprend une ou plusieurs organisations telles que les maisons de retraite, les services de soins infirmiers ou les hôpitaux, et au niveau systémique, qui comprend, par exemple, le système de santé avec toutes les organisations, les professionnels et les planificateurs de soins.

Niveau local : niveau des villes, municipalités ou communautés individuelles.

Niveau régional : Comprend plusieurs villes, municipalités ou communautés situées sur un certain territoire géographiquement contigu.

Niveau national : Niveau des États-nations. Lorsqu'il fait référence à des mesures au niveau national, il s'agit de mesures prises par le gouvernement national et ses représentants, ministères ou institutions, ou par d'autres organisations nationales qui ont une pertinence nationale ou dont les fonctions concernent l'ensemble du pays.

Les services de santé au niveau national : Définis comme tous les services impliquant des soins de santé, tels que l'information, le soutien, le conseil, le diagnostic ou les plans de traitement, qui ne sont pas limités à des régions, des entreprises ou des institutions spécifiques et qui sont mentionnés dans les documents nationaux officiels par des représentants du pays (par exemple, des représentants des ministères de la santé, d'autres membres du gouvernement ou des représentants de sociétés professionnelles nationales).

2.1.3 Politiques, lignes directrices, recommandations

Politiques : Instructions pour action publiée par des institutions juridiquement légitimes qui doivent être suivies de manière contraignante et qui reflètent l'état des connaissances de la science médicale à un moment donné [5-7].

Lignes directrices : une aide à la décision non contraignante sur le plan juridique, élaborée de manière systématique et fondée sur des données scientifiques, concernant les procédures appropriées pour des problèmes de santé spécifiques [8, 9].

Recommandations : Suggestions, conseils, astuces ou stratégies de solution consensuelles pour les questions sélectionnées. Elles sont fondées sur des preuves scientifiques relativement plus faibles et ont un caractère normatif moindre que les lignes directrices [5, 7].

2.1.4 Soins hospitaliers et soins ambulatoires

Par soins hospitaliers, les auteurs sous-entendent l'hébergement, les soins et le traitement permanents d'une personne ayant besoin de soins dans un établissement de soins.. Les maisons de soins infirmiers, les hospices et les établissements de réadaptation en sont des exemples [10].
Les soins ambulatoires comprennent le soutien aux personnes, nécessitant des soins, et à leurs proches en leur fournissant les soins médicaux ou non médicaux à leurs domiciles. Un prestataire de soins à domicile offre un soutien quotidien au patient et à sa famille, ce qui permet aux aidants familiaux de mieux organiser les soins et les autres obligations, comme le travail ou la garde des enfants, et de fournir le meilleur niveau de soins possible à la personne vivant avec la maladie [11].

2.1.5 Soins de santé et services de santé

Modèle de soins intégratifs, ségrégatifs et hybrides

Les auteurs ont défini le modèle de soins intégratif comme étant un modèle dans lequel les personnes issues de l'immigration bénéficient des services habituels avec les non-migrants (personnes sans passé migratoire).
Dans un modèle de soins ségrégatifs, les per-

sonnes issues de l'immigration ou les groupes de migrants individuels se voient proposer des services spécialisés qui leur sont adaptés (d'après Kaiser 2009 [12]).

Un modèle de soins hybride comprend à la fois des éléments intégratifs et ségrégatifs. Ce modèle existe, par exemple, lorsque le système de santé comporte des zones où les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence bénéficient des mêmes services que la population autochtone, ainsi que des zones où des services de soins spécialisés sont fournis à cette population ou à certains groupes de cette population.

Intégration des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les soins de santé

D'une manière générale, l'intégration est définie comme l'implication sociale des personnes ou leur participation à la vie de la société [13]. En ce qui concerne le sous-système social des soins de santé et la population visée par cette étude, l'intégration est l'implication des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans le système de santé.

Concrètement, l'intégration des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans le système de soins de santé signifie que : 1. Les prestataires de services de santé (par exemple, les médecins généralistes, les spécialistes, les maisons de retraite et les prestataires de soins à domicile) sont sensibilisés aux besoins uniques (par exemple, culturels ou linguistiques) que peuvent avoir les personnes issues de l'immigration ou les personnes issues de certains groupes de migrants atteints de démence. 2. Les prestataires de services offrent aux personnes issues de l'immigration des services de soins, de traitement et de soutien adaptés non seulement à leurs besoins culturels et linguistiques, mais aussi à leurs besoins individuels. 3. Les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence bénéficient de ces services. 4. Les personnes issues de l'immigration savent que les services sont adaptés à leurs besoins. En incluant les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les services proposés à ce groupe doivent être validés et évalués par eux. L'intégration ne peut être considérée comme réussie que si les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ont le sentiment de participer au système de santé et à ses services, et si elles ont le sentiment que les professionnels travaillant dans le système sont attentifs à leurs besoins individuels.

Participation au développement des services de santé

Un élément clé de l'intégration est la participation des personnes atteintes de démence ainsi que des membres de leur famille, en particulier les aidants familiaux, au développement et à la mise en œuvre de structures et de services de soins spécialisés destinés aux personnes atteintes de démence. L'approche participative signifie que les services de soins spécifiques aux personnes issues de l'immigration ne seraient pas seulement développés pour, mais aussi *par* ou au moins *avec ces derniers*. La pleine participation signifie que leurs points de vue sont pris en compte tout au long du processus de développement. Une façon de mettre en œuvre une telle approche est de les intégrer dans les équipes de projet respectives. Une autre possibilité est de leur demander systématiquement, avant le début de la phase de développement, quels sont leurs besoins essentiels et quels types de services de soins leur seraient utiles. En outre, ils devraient avoir la possibilité d'évaluer la mise en œuvre des services spécialisés dans les phases de développement et de suivi. Dans les deux cas, les services de soins conçus doivent être systématiquement validés dans la pratique des soins par les personnes issues

de l'immigration et atteintes de démence et/ou leurs aidants familiaux.

Soins adaptés à la diversité culturelle

Les soins adaptés à la diversité culturelle sont l'orientation des pratiques de soins et des traitements en fonction de la culture spécifique à laquelle appartient la personne qui a besoin de soins [14]. Ces soins se caractérisent par une orientation interculturelle (une attitude qui est en harmonie avec l'identité culturelle, idéologique et religieuse [15] des soignants professionnels individuels), une ouverture interculturelle (une stratégie qui met l'accent sur l'égalité d'accès et la qualité des services pour les personnes d'origines culturelles différentes) des structures de soins, et une compétence interculturelle (capacité à tirer des formes concrètes d'action et d'interaction de ces positions [16]) des soignants professionnels et des structures [14]. Pour le personnel infirmier, les soins adaptés à la diversité culturelle signifie prendre en compte de manière consciente, cohérente et continue les dimensions culturelles et liées à la migration dans la relation de soins. En d'autres termes, on attend d'eux qu'ils acceptent et respectent les modes de vie, les traditions, les valeurs et les croyances des personnes ayant besoin de soins [17].

L'objectif central des soins adaptés à la diversité culturelle est de reconnaître et de satisfaire les besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration et de permettre un accès égal aux soins. La connaissance et l'appréciation des différences culturelles, tant de la part du personnel soignant que des personnes nécessitant des soins, devraient permettre d'améliorer la relation de soins et de développer la compétence interculturelle de l'établissement de soins concerné [18].

Pour être en mesure de fournir des soins adaptés à la diversité culturelle, le personnel de santé doit accomplir ses tâches, telles que la documentation détaillée de l'histoire de vie et de l'anamnèse, d'une manière qui tienne compte du contexte culturel des patients et de la façon dont elle peut affecter leurs besoins en matière de soins de santé. De plus, des normes de soins et, en particulier, une procédure standardisée d'information du personnel infirmier, doivent être définies [18].

Soins interculturels

Par « soins interculturels », on entend qu'un soignant professionnel s'occupe d'une personne nécessitant des soins qui a un contexte culturel différent et que la pratique des soins est basée sur la compréhension mutuelle des cultures respectives (d'après Yakar und Alpar 2018 [19]).

Vulnérabilité des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Dans le contexte des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, un groupe est décrit comme vulnérable dans cette étude lorsque ses membres ont un risque plus élevé de développer une démence, que la maladie survient en moyenne plus tôt dans leur vie, que l'évolution de la maladie est négative (par ex. dégénérescence plus rapide des capacités cognitives, moins bons résultats en matière de santé), que les effets négatifs de la maladie sont plus importants (par exemple, perte de la connaissance de la langue du pays d'accueil, perte d'emploi, besoin antérieur de soins), que la situation en matière de soins empire, ou encore qu'ils sont affectés par des inégalités telles que le sous-diagnostic ou l'insuffisance de l'offre.

2.2 Atelier d'experts lors de la 29e conférence Alzheimer Europe

Une étape essentielle de ce projet a été le recrutement d'experts. Les experts ont été recrutés à la suite d'un appel officiel lancé par d' « *European Foundations Initiative on De-*

mentia (EFID) », Alzheimer Europe, du réseau « *Early detection and timely INTERvention in DEMentia* » (INTERDEM), le réseau *European Network of Intercultural Elderly Care* (ENIEC) et des sociétés Alzheimer de l'UE, des pays de la EFTA et du Royaume-Uni. Dans cet appel, une brève description du projet a été donnée ainsi qu'une invitation à soutenir ce projet, à assister à un atelier d'experts lors de la 29e conférence Alzheimer Europe à La Haye en octobre 2019, et à participer à un entretien. Ayant reçu l'appel, les organisations l'ont ensuite transmis à leurs partenaires figurant dans leurs listes de diffusion. Les experts potentiels intéressés ont contacté l'équipe du projet et ont été invités à participer à l'atelier d'experts. Lors de cet atelier, le projet a été présenté avec le guide d'entretien afin d'obtenir des réactions, de discuter de l'approche prévue avec les experts et d'ajuster les lots de travail.

2.3 Histoire de la migration

Une analyse documentaire a été menée pour déterminer l'histoire de la migration. À cette fin, les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont été utilisés pour rechercher la littérature scientifique (y compris les documents rédigés par des historiens, des politologues et d'autres experts en migration). En outre, des documents politiques, des rapports européens et nationaux sur les migrations, des données provenant d'offices statistiques nationaux et de bases de données internationales telles que le portail de données sur les migrations, ainsi que des articles provenant de sites Internet consacrés aux migrations, tels que ceux du Migration Policy Institute ou de la IOM, ont été étudiés. La recherche a été limitée aux documents publiés en anglais et en allemand. La date de sélection des moteurs de recherche et des sites Internet était le 1er juillet 2019. Pour chaque pays et pour l'histoire de la migration au niveau européen, différents documents, rapports et données ont été évalués et un consensus a été établi à partir des résultats de cette évaluation. Pour l'analyse de l'histoire des migrations au niveau européen, la période allant du début du XIXe siècle à aujourd'hui a été prise en compte. Cette période a été choisie parce qu'elle fournit un contexte utile pour les migrations actuelles, les flux migratoires historiques et actuels, la composition de la population migrante européenne et l'importance historique et actuelle des migrations en Europe. Le choix de cette période, et notamment l'intégration du XIXe siècle, permet notamment d'illustrer les changements intervenus en Europe en termes de direction des migrations. Pour présenter l'histoire migratoire des différents pays, aucune période uniforme n'a été définie, car les évolutions dans les différents pays varient considérablement. Il y a des pays qui ont une longue histoire migratoire, où les développements ou les évènements des siècles passés ont une influence majeure sur les modèles de migration actuels ou, du moins, contribuent à la compréhension des développements récents, et il y a des pays où le sujet de la migration n'a joué un rôle pertinent que pendant quelques décennies. En outre, les termes utilisés pour décrire la population respective (par exemple, migrant, immigrant, émigrant, réfugié, travailleur invité) ont été repris des documents originaux pour décrire l'histoire migratoire des différents pays.

2.4 Nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

2.4.1 Niveau NUTS

Le système « Nomenclature des Unités territoriales statistiques » (NUTS) est un système de classification géographique qui subdivise les pays de l'UE et du Royaume-Uni en niveaux hiérarchiques : NUTS0, NUTS1, NUTS2, et NUTS3. Il existe également un système de codification

NUTS pour les pays hors de l'UE. Il s'agit des pays de la EFTA, des pays qui rejoignent l'UE et des pays de l'UE potentiels. NUTS0 correspond à l'État membre. Les régions NUTS1 (grandes régions) abritent 3 à 7 millions de personnes. Les régions NUTS2 (régions de taille moyenne) sont habitées par environ 800 000 à 3 millions de personnes tandis que les régions NUTS3 (petites régions) comptent 150 000 à 800 000 résidents. L'objectif de cette subdivision est « ...La collecte, le développement et l'harmonisation des statistiques régionales de l'UE ; les analyses socio-économiques des régions ; (...) ; l'élaboration des politiques régionales de l'UE ;... » [20, 21].

Dans les sections suivantes, les procédures prévues seront expliquées en premier. Comme elles n'étaient pas applicables à tous les pays, la section « Exceptions » décrira les approches modifiées qui ont été adoptées pour ces cas.

2.4.2 Données et taux de prévalence de la démence

Pour déterminer le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les offices statistiques des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni ont été sollicités afin d'obtenir des données réparties selon les différentes ethnies sur les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus, et vivant dans les pays respectifs. Ces données ont été recherchées pour les régions NUTS3. Les offices statistiques ont soit fourni des données, soit un lien vers un portail de données statistiques dans lequel les données ont pu être obtenues. Pour des raisons de protection des données, seuls quelques pays tels que la Finlande, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, la Roumanie, la Slovénie et le Royaume-Uni, ont pu fournir les données requises sur les régions NUTS3. Parce que seuls quelques pays pourraient fournir des données NUTS3, il a alors été décidé d'afficher les données NUTS2 au lieu des données NUTS3. Certains pays, comme la Bulgarie ou la Roumanie, n'affichent pas les données en dessous d'une certaine valeur pour des raisons de protection des données. Les données seront présentées sous forme de nombres entiers de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence pour l'ensemble du pays (NUTS1 ou NUTS0) et NUTS2. Les données seront également présentées comme les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence par rapport à l'ensemble de la population âgée de 65 ans ou plus du pays respectif (pour 100 000) et par rapport à la population issue de l'immigration et âgée de 65 ans ou plus (pour 10 000). Ces deux éléments seront affichés pour l'ensemble du pays et le niveau NUTS2, si disponible. Les valeurs inférieures à 5 ne seront pas affichées pour des raisons de confidentialité. Les nombres entiers inférieurs à cinq ne seront pas affichés pour des raisons de protection des données.

Les taux de prévalence de la démence utilisés pour les calculs sont tirés du « World Alzheimer Report 2015 » d'Alzheimer's Disease International (ADI). Dans ce rapport, l'ADI décrit les taux de prévalence de la démence pour différentes parties du monde (par exemple, l'Afrique du Nord, l'Europe centrale, les Caraïbes, l'Asie du Sud et l'Océanie) ainsi que pour le monde dans son ensemble. Ces taux de prévalence concernent les personnes âgées de 60 ans ou plus [22]. Il a été décidé d'utiliser le taux de prévalence de la démence du pays dans lequel les personnes vivent. Les données de cet atlas se réfèrent principalement à des personnes âgées de 65 ans ou plus - à l'exception de la Bulgarie, de la Lituanie, de Malte et de la Pologne dont les données se réfèrent à des personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans ou plus - ce qui indique le risque que le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence est sous-estimé.

2.4.3 Calculs

Pour déterminer le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus, le taux de prévalence de la démence d'un pays a été appliqué à chaque groupe ethnique vivant dans ce pays et dans les régions uniques NUTS2. Ces chiffres entiers ont été pris et mis en relation avec :
a) l'ensemble de la population âgée de 65 ans ou plus de ce pays ou des régions NUTS2 (pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus), selon la formule suivante

$$\frac{\textbf{PwM atteintes de démence * 100,000}}{\textbf{Population des 65 ans et plus}}$$

b) la population issue de l'immigration âgée de 65 ans ou plus de ce pays ou de la région NUTS2 (pour 10 000 habitants issus de l'immigration âgés de 65 ans ou plus) selon la formule suivante

$$\frac{\textbf{PwM atteintes de démence * 10,000}}{\textbf{Population issue de l'immigration parmi les 65 ans et plus}}$$

2.4.4 Cartes

Les cartes ont été créées sur la base des données estimées sur les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Le programme qui a été utilisé est ESRIÒArcGISä 10.7.1 Esri Inc., Redlands/Californie (USA). Les offices statistiques qui ont fourni des données se réfèrent au système NUTS 2016 ou 2010 qui a été utilisé pour la création des cartes. Pour représenter les pays non-européens et les eaux, « World Countries » ou « World Ocean Background » d'Esri ont été utilisés [23, 24].
Au total, cinq cartes différentes ont été conçues pour afficher les données. Pour l'ensemble du pays, il y a une carte avec un diagramme à barres affichant le nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence et une carte avec un diagramme circulaire montrant le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus dans ce pays. Ces données ont toujours été présentées pour l'ensemble de la population (avec et sans contexte migratoire) et pour les cinq pays dont sont originaires la plupart des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les autres pays d'origine ont été regroupés dans la catégorie « autres » En outre, des cartes choroplèthes ont été créées. Une carte choroplèthe montre combien de personnes atteintes de démence d'une ethnie particulière vivent dans les différentes régions NUTS2 du pays concerné. Celles-ci ont été préparées pour la population sans passé migratoire et les cinq principaux pays d'origine. La catégorisation dans les cartes choroplèthes suit la médiane de la population autochtone pour la population sans passé migratoire. Pour les différentes ethnies, il s'agit de la médiane de toutes les personnes issues de l'immigration de ces cinq groupes ethniques combinés.
Au niveau NUTS2, on trouve deux cartes pour chaque pays. Une carte montre le nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence dans un diagramme à barres et l'autre carte représente le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus dans ce pays dans un diagramme circulaire.
En outre, deux cartes choroplèthes pour l'Europe sont incluses. Une carte montre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les États de l'UE et de la EFTA et au Royaume-Uni. L'autre montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus. Pour ces cartes, les catégories ont été créées

en utilisant l'algorithme des *Natural Breaks* de Jenks. Cet algorithme regroupe les cas ayant une valeur similaire en une seule catégorie. De cette façon, la différence interne (ou variance) des catégories est faible, tandis que les différences entre les catégories sont aussi grandes que possible [25].
Dans les cartes ainsi que dans les tableaux, des codes sont utilisés pour les pays. Les codes pays se trouvent dans la liste des abréviations (chapitre 8).

2.4.5 Tableaux

Des tableaux sont fournis afin d'illustrer chaque chiffre pertinent figurant sur les cartes : un tableau pour l'ensemble du pays et un tableau pour les régions NUTS2. Les deux tableaux montrent le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence (nombres entiers), les personnes provenant de l'immigration et atteintes de démence pour 10 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus (prévalence/10 000 habitants issus de l'immigration âgés de 65 ans ou plus) dans le pays ou dans la région NUTS2 respective, et les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus (prévalence/100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus) dans le pays ou dans la région NUTS2. Ces données sont présentées pour l'ensemble de la population (avec et sans contexte migratoire) et pour les cinq principaux pays d'origine des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les autres pays d'origine sont regroupés dans la catégorie « autres », qui est calculée en soustrayant la population non-migrante atteinte de démence et les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence des cinq premiers pays d'origine du nombre total de personnes atteintes de démence vivant dans le pays ou dans la région NUTS2 respectivement. Dans la section « Prévalence/10 000 habitants issus de l'immigration âgées de 65 ans ou plus », aucun chiffre n'est indiqué pour la population non- issue de l'immigration. Pour calculer cette valeur, seuls les personnes issues de l'immigration ont été inclus dans le calcul, ce qui fait que la population sans migration n'est pas pertinente pour cette section.

2.4.6 Exceptions

Pays avec un seul niveau NUTS

Un certain nombre de pays ne sont pas différenciés par les régions NUTS1, NUTS2 et NUTS3 car la répartition par région NUTS n'est pas appliquée de la même manière à tous les pays. Certains pays ne sont pas si grands et n'utilisent qu'un seul niveau NUTS dans son ensemble, tandis que d'autres sont simplement divisés en régions NUTS1 et NUTS3. C'est pourquoi, dans cet atlas, pour certains pays, seules les données concernant l'ensemble du pays sont présentées. Cela concerne Chypre, l'Estonie, l'Islande, le Liechtenstein, le Luxembourg, la Lettonie, Malte et l'Irlande du Nord.

Pays dont les données ne concernent que l'ensemble du pays bien qu'ils aient des régions NUTS2

Certains pays ne détenaient pas ce type de données nécessaires au niveau NUTS2. Ces pays étaient la Croatie, la France, l'Italie, la Lituanie et la Suède. Pour la Croatie et la Lituanie, seules les données NUTS1 ont pu être obtenues, tandis que les données pour la France concernaient les personnes âgées de 55 ans ou plus. L'Italie n'avait pas de données sur le pays d'origine, car elle n'avait enregistré que des régions plus grandes, plutôt que des pays individuels, comme lieux d'origine des personnes issues de l'immigration. La Suède n'a fourni que des données pour l'ensemble du pays. Dans ces cas, les données pour l'ensemble du pays ont été utilisées.

Pays avec des données au niveau NUTS1 au lieu du niveau NUTS2

Pour l'Allemagne et l'Angleterre, il a été décidé de présenter les données au niveau NUTS1 plutôt qu'au niveau NUTS2 car le nombre de régions NUTS2 était si important qu'il n'a pas été possible de représenter toutes les données sur les cartes de manière lisible.

Données obtenues auprès d'Eurostat et non des offices statistiques

Pour trois pays, les données sur les personnes issues de l'immigration de 65 ans ou plus disponibles auprès des offices statistiques ne répondaient pas aux exigences de cet atlas. Ces pays étaient la France, l'Italie et le Luxembourg. Le Luxembourg n'a pas fourni une grande sélection de différents pays d'origine, tandis que les données pour la France concernaient les personnes âgées de 55 ans ou plus. Les données pour l'Italie se référaient soit aux lieux de résidence précédents, soit à la région du continent dans laquelle une personne était née, mais pas aux pays individuels. Par conséquent, le système de statistique européen (Eurostat) a été consulté pour acquérir les données requises.

Pays dont des cartes choroplèthes sont manquantes

L'Angleterre et le Pays de Galles n'ont que quatre cartes choroplèthes chacun. Pour l'Angleterre, aucune donnée n'est disponible pour la population non-issue de l'immigration, et seule la catégorie « UK » a été utilisée pour regrouper tous les pays du Royaume-Uni. Par conséquent, il n'existe pas de carte choroplèthe pour la population autochtone d'Angleterre. Concernant le Pays de Galles, une carte choroplèthe pour l'Inde était censée être présentée, mais le pays n'a pas fourni de données sur les personnes issues de l'immigration étant originaires d'Inde au niveau NUTS2, de sorte à ce que cette carte choroplèthe manque également.

Modifications des calculs

Pour l'Angleterre, la catégorie « autres » est générée en additionnant les personnes issues de l'immigration de tous les pays d'origine en dehors des cinq, qui sont les plus pertinents. Ceci s'explique par le fait que les données concernant la population sans antécédent migratoire ne sont pas encore disponibles.

2.5 Plans nationaux de lutte contre la démence

Les PND ont été soumis à une analyse qualitative du discours basée sur le modèle de Reiner Keller (2011). Cette approche adopte la logique de recherche ouverte de la recherche sociale qualitative. Les méthodes proposées aident à structurer le processus d'analyse, mais ne constituent pas des règles pour le processus de recherche. L'analyse du discours s'est concentrée sur l'analyse des processus de communication naturels dans différents contextes. Dans le cas de cette étude, on s'est servi de pratiques discursives sous la forme de documents nationaux. Cette approche sociologique de la connaissance vise à identifier les processus et les pratiques de production de connaissances au niveau des champs institutionnels. Cette méthode peut être utilisée pour déterminer comment et dans quelle mesure les discours établissent ou organisent les relations entre les phénomènes. [26]. Ainsi, ce modèle est une approche appropriée pour révéler dans quelle mesure l'attention est accordée au niveau national à la relation entre la démence et la migration et quelles sont les connaissances disponibles ou transmises sur les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Cette méthode permet d'obtenir une vue d'ensemble des ressources de connaissances stabilisées au niveau institutionnel en matière de situation de soins des personnes atteintes de démence.

2.5.1 Sources de données

Les sources d'information pour l'identification des PND étaient les suivantes : la plateforme en ligne d'Alzheimer Europe [27], le « *Dementia in Europe Yearbook 2018* » [28], l'aperçu des plans de lutte contre la démence de l'ADI de 2018 [29] et le rapport « *From Plan to Impact III - Maintaining Dementia as a Priority in Unprecedented Times* » de 2020 [30]. La plateforme en ligne d'Alzheimer Europe et les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont servi de base de données pour les documents. Ces sources de données ont été sélectionnées parce qu'elles répondaient le mieux au critère d'une large accessibilité publique. Elles devraient servir de principale source d'informations sur les démences aux proches des personnes atteintes, aux prestataires de soins et aux décideurs politiques. Les bases de données ont été examinées à deux dates : 1er juin 2019 et 4 janvier 2021. À la suite de la première recherche effectuée le 1er juin 2019, le corpus de données pour l'analyse des PND des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni comprenait 30 documents provenant de 23 pays. En plus des dix-huit PND de 16 pays de l'UE, des quatre PND de trois pays de la EFTA et des six PND de quatre pays du Royaume-Uni, un autre document national d'Angleterre et d'Irlande du Nord valide au moment de la recherche a été pris en compte (car les PND de ces deux pays n'étaient plus valides en 2019). En Belgique, le plan de lutte contre la démence de la région septentrionale de la Flandre a été pris en considération, car la Belgique est un État fédéral et la démence n'est traitée qu'au niveau de la Flandre (langue officielle : néerlandaise) ou de la communauté francophone (Wallonie, partie de Bruxelles) [31]. Par conséquent, il n'existe pas de plan de lutte contre la démence pour l'ensemble de la Belgique. Les deux autres régions, Bruxelles-Capitale et la Wallonie, ne disposent pas d'un plan de lutte contre la démence. Le corpus de données a ensuite été élargi pour inclure les PND trouvés lors de la deuxième recherche du 4 janvier 2021 (huit PND de six pays de l'UE et de deux pays de la EFTA). En outre, neuf documents nationaux supplémentaires sur la démence provenant de cinq pays de l'UE et de l'Angleterre ont été trouvés lors de la recherche de PND, qui ont également été examinés pour une référence de migration et pris en compte dans les profils individuels des pays. Le corpus de l'analyse comparative des PND, dont les résultats sont présentés au chapitre 3.3, comprend 38 documents. (30 documents de la première recherche et 8 de la deuxième recherche). Le corpus pour les analyses spécifiques aux pays, dont les résultats sont inclus dans le chapitre 3.7, comprend 47 documents. Tous les documents utilisés dans l'analyse comparative et les analyses par pays ont été publiés au cours de la période 2008-2020.

2.5.2 Procédures

Ces documents ont été systématiquement passés au crible pour vérifier leur pertinence par rapport à la migration. La première étape a consisté à déterminer si les documents comportaient des chapitres distincts sur la migration. Ensuite, les PND ont été examinés en fonction des termes clé suivants : minorités, minorité, migration, culture, ethnique, origine, migrant, sensible, culturel, divers, diversité et langue. Si le thème de la migration a été trouvé, une analyse de contenu de la section dans laquelle il se trouvait sera effectuée. À cette fin, les contenus ont été paraphrasés, des mémos et des commentaires ont été ajoutés, et les passages de texte ont été codés en utilisant la stratégie du codage ouvert. Les catégories découlent du contenu des documents. Tout d'abord, le contenu a été grossièrement structuré en fonction de la description du problème et des actions des catégories, puis affiné en fonction des catégories présentées dans le tableau 2 de la section 3.3.1. Celles-ci ont été

choisies parce qu'elles décrivent au mieux le contenu des sections relatives à la migration et qu'elles incluent les éléments clés de la problématique. Ensuite, le contenu des énoncés a été reconstruit de manière interprétative et analytique. Puis les résultats ont été interprétés et évalués [26]. Les données ont d'abord été interprétées individuellement pour chaque pays, puis de courts profils par pays ont été établis et, enfin, les résultats ont été comparés.

2.5.3 Langues des plans nationaux de lutte contre la démence

Lors de la recherche de PND, des termes anglais et allemands ont principalement été utilisés. Si aucun document n'a pu être trouvé de cette manière, une recherche a été effectuée en utilisant des termes traduits dans la langue nationale respective. Au total, 47 documents ont été examinés, dont 23 étaient disponibles en anglais et huit en allemand, la langue maternelle des auteurs. Ces huit documents en allemand proviennent des pays suivants : Autriche (deux), Allemagne (quatre), Liechtenstein (un), et Suisse (un). Neuf des 16 documents restants (de France, d'Italie, du Luxembourg, des Pays-Bas (deux), de Pologne, du Portugal (deux) et d'Espagne) ont été traduits à l'aide du programme de traduction DeepL. Les sept autres documents provenant de Chypre, de la République Tchèque, de la Hongrie, de l'Islande, de la Norvège, de la Slovénie et de la Suède ont été trouvés (sur Google Search) et passés au crible en traduisant les mots-clés dans les langues nationales respectives à l'aide de Google Translate.

2.6 Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Les lignes directrices nationales des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni pour la prise en charge et le traitement des patients atteints de démence ont également été systématiquement analysées en utilisant la méthode d'analyse qualitative du discours de Keller (2011). En principe, les mêmes étapes d'analyse ont été réalisées que pour l'étude des PND. Les documents ont été obtenus avec l'aide d'organisations non-gouvernementales (ONG) nationales, de ministères et de sociétés professionnelles. Les organisations ont été contactées (par courriel) au cours de la période : 2 mai-11 juillet 2019.

2.6.1 Sources des données

Les organisations suivantes ont été contactées pour obtenir des informations sur l'existence de lignes directrices, de politiques et de recommandations nationales : sociétés Alzheimer nationales (n = 28), ministères nationaux de la Santé ou des affaires sociales (n = 32) et sociétés professionnelles nationales de gériatrie, de gérontologie ou de neurologie (n = 27) de 27 pays de l'UE, de quatre pays de la EFTA et de quatre pays du Royaume-Uni. Les sociétés Alzheimer ont été contactées en premier (les 2 et 3 mai 2019), les ministères de la santé en second (les 20 et 21 mai 2019) et les sociétés professionnelles en troisième (les 10 et 11 juillet 2019). Il a été demandé à ces organisations s'il existait des lignes directrices en matière de soins ou de traitement pour les personnes atteintes de démence au niveau national et comment ces documents pouvaient être consultés. Le taux de réponse était légèrement supérieur à 39 % (33 organisations sur 87 ont répondu). Il était particulièrement élevé dans les ministères nationaux de la santé ou des affaires sociales (près de 72 %, soit 23 sur 32), mais nettement plus faible dans les sociétés nationales Alzheimer (environ 21 %, soit six sur 28), et les sociétés professionnelles nationales de gériatrie, de gérontologie ou de neurologie (près de 15 %, soit quatre sur 27). Les ministères et les sociétés professionnelles ont été identifiés par une re-

cherche sur Google, tandis que le site Internet d'Alzheimer Europe a servi de base pour les données de contact des sociétés Alzheimer [30]. Pour remplacer les organisations qui n'ont pas répondu, une recherche sur Google a été effectuée pour trouver des institutions de recherche, des facultés universitaires, des établissements médicaux, des cliniques ou des ONG, et une recherche sur PubMed a été effectuée pour trouver des chercheurs traitant du sujet de la démence dans les différents pays, auxquels nous avons ensuite écrit. Dans deux cas (Slovaquie et Pologne), les ambassades respectives en Allemagne et les ambassades allemandes dans les capitales respectives ont également été contactées. Enfin, des réponses ont été reçues de 47 organisations de 35 pays et il a donc été possible de créer un profil pour chaque pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni. La liste des organisations ayant répondu est jointe en annexe (tableau 4). Afin d'inclure des documents provenant du plus grand nombre de pays possible, aucune définition ou restriction n'a été faite. Tous les documents proposés par ces organisations ont été inclus dans cette étude. Les organisations ont soit envoyé les documents elles-mêmes, soit indiqué les plateformes en ligne où ils étaient accessibles. Ainsi, les sites Internet des sociétés nationales Alzheimer, des ministères de la Santé, des différentes sociétés professionnelles (gériatrie, neurologie, psychologie) et des associations (association médicale) ont servi de sources de données. En outre, une recherche sur Google a été effectuée. Le corpus de documents concernant cette analyse était composé de 45 documents provenant de 29 pays (36 documents provenant de 21 pays de l'UE, six documents provenant de quatre pays de la EFTA et trois documents provenant de quatre pays du Royaume-Uni). Dans l'analyse comparative des lignes directrices nationales en matière de traitement et de soins (chapitre 3.4.1), les deux documents de la Croatie et du Liechtenstein, qui ont été pris en compte dans les profils nationaux respectifs, ont été exclus, car ils ne sont pas des documents nationaux (Croatie et Liechtenstein) et ne contiennent pas de recommandations, de lignes directrices ou de lignes directrices sur les soins aux personnes atteintes de démence (Liechtenstein). Le corpus comprend donc 43 documents.

2.6.2 Procédures

Les documents étaient hétérogènes et contenaient différents types de documents avec des définitions différentes des politiques, des lignes directrices et des recommandations. Pour structurer ce corpus, les documents ont été assignés à des catégories standardisées (pour un aperçu et une définition de ces catégories, voir la section définitions ci-dessous dans ce chapitre). Ensuite, le contenu des documents a été décrit. Tout d'abord, les tables des matières ont été examinées pour trouver un chapitre existant sur la migration. Ensuite, le texte continu a été passé au crible des termes clés suivants : minorités, minorité, migration, culture, ethnique, origine, migrant, sensible, culturel, divers, diversité, langue, origine, non-occidental, caractéristique, communautés, religieux, natif, et invité. Si une référence à la migration a pu être identifiée, le contenu de la section concernée a été soumis à une analyse détaillée.

Les données ont été analysées selon le schéma suivant : 1. Les passages pertinents du texte ont été lus à plusieurs reprises. 2. Le contenu a été résumé. 3. Des notes et des commentaires ont été attribués aux différents passages du texte. 4. Les passages de texte ont été codés. 5. Le contenu des déclarations a été enregistré et reconstruit de manière interprétative et analytique. 6. Les résultats empiriques ont été interprétés et évalués. 7. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de textes. Dans les commentaires, on a noté les critères utilisés pour formuler les codes respectifs et les

attribuer à un passage de texte, et dans les mémos, on a documenté les autres considérations, idées et hypothèses concernant le passage de texte spécifique. Pour le codage des passages de texte, la stratégie de codage ouvert a été utilisée [26]. Le tableau 3 du chapitre 3.4.1 montre les catégories dérivées des documents qui ont été analysés. Comme pour l'analyse des PND, les données ont d'abord été interprétées individuellement pour chaque pays, puis des profils nationaux succincts ont été établis, et enfin, les résultats ont été comparés.

2.6.3 Langue des lignes directrices nationales en matière de soins aux personnes atteintes de démence

Lors de la collecte des données, ce sont pour l'essentiel les langues anglaise et allemande qui ont été utilisées. Les institutions et les experts des différents pays ont été contactés en anglais et les pays germanophones (Allemagne, Autriche, Suisse, Liechtenstein et Luxembourg) en allemand. Dans certains pays (principalement d'Europe de l'Est), après une certaine période sans réponse, un contact de suivi a été établi dans la langue nationale respective. À cette fin, le programme de traduction DeepL, Google Translate, et le soutien d'un locuteur natif de l'environnement des auteurs ont été utilisés. Les 45 documents envoyés par les institutions et les experts étaient pour la plupart (29) rédigés dans les langues nationales respectives. Huit documents (un de l'Angleterre, du Pays de Galles, de l'Écosse, de l'Irlande, de Malte, de la Flandre, de l'Espagne et des Pays-Bas) étaient disponibles en anglais, et huit documents (trois de la Suisse, deux de l'Autriche, un de l'Allemagne, du Liechtenstein et du Luxembourg) en allemand. Sur les 28 documents publiés exclusivement dans les langues maternelles respectives, neuf (quatre par la France, trois par la Belgique/Flandre, un par les Pays-Bas et le Portugal) ont été traduits avec l'aide de DeepL. Les 20 documents restants ont été recherchés par mots-clés dans les langues nationales respectives à l'aide de Google Search, Google Translate et d'un locuteur natif (polonais/expert dans certaines langues apparentées d'Europe de l'Est). Les documents ont été traduits en utilisant la version Pro du service de traduction DeepL et le traducteur Google. Les résultats des analyses des PND et des lignes directrices de soins ainsi que les autres résultats préliminaires du projet ont été discutés, en mettant l'accent sur la démence et la migration, avec divers experts de différents pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni (Belgique/Flandre, Bulgarie, Danemark, Angleterre, Pays-Bas, Norvège, Portugal et Roumanie) lors d'un atelier à La Haye (Pays-Bas) en 2019 et d'une session de projet lors de la conférence virtuelle Alzheimer Europe 2020.

2.7 Entretiens avec des experts

En plus des analyses de documents, il a été décidé de mener des entretiens avec des experts en matière de démence et de migration. Cette démarche visait à obtenir d'autres points de vue sur le sujet et à recevoir des réponses approfondies sur la façon dont la situation des soins se présentait dans la pratique. De cette manière, il a également été possible de vérifier si les PND et les lignes directrices reflétaient la situation réelle en matière de soins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et des membres de leur famille, ou s'ils sont déconnectés des pratiques du milieu médical.

Les experts qui ont participé à l'atelier d'experts ont été invités à prendre part aux entretiens. Comme il n'a pas été possible de trouver des experts pour chaque pays lors de ce premier processus de recrutement, les chercheurs et les prestataires de soins ont été contactés lors d'événements ou de présentations sur le thème de la démence et de la mi-

gration. En outre, des bases de données telles que PubMed ont été consultées pour trouver des articles sur la démence et la migration, et les auteurs concernés ont été contactés. Nous avons effectué des recherches sur Google pour trouver des soignants familiarisés avec ce sujet et écrit aux rédacteurs ou aux auteurs des PND, aux ministères nationaux de la santé, aux sociétés professionnelles et aux sociétés Alzheimer.

Le premier entretien a été réalisé en personne tandis que les autres ont été menés via la plateforme de vidéoconférence Zoom sur une période de 12 mois. Au total, 25 experts de 17 pays ont été interrogés : Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Finlande, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Suède et Angleterre. Pour presque tous les pays, des entretiens oraux ont été menés. La seule exception est l'experte de la Suède qui a fourni des déclarations écrites. Les entretiens ont été menés en anglais dans presque tous les pays, à l'exception de l'Allemagne, du Liechtenstein et du Luxembourg, où ils se sont déroulés en allemand. Ces experts étaient des chercheurs, des planificateurs de soins, des soignants et des représentants d'associations de lutte contre la démence ou de sociétés Alzheimer. Ainsi, cette étude inclut des représentants des personnes atteintes de démence, mais surtout des représentants des structures scientifiques et médicales. Les participants n'étaient pas toujours des experts dans le domaine de la démence et de la migration, car la démence chez les immigrants n'est pas un sujet d'étude important dans certains pays. Par conséquent, dans de tels cas, des experts en santé et en migration ou des experts en démence ont été interrogés ou une table ronde a été organisée avec des experts en démence et des experts en migration. Pour quelques pays, comme les États baltes, aucun chercheur ou prestataire de soins travaillant sur ce sujet n'a pu être trouvé. Dans certains cas, le thème de l'immigration ne joue pas un rôle majeur et le sujet de la démence est rarement abordé. Dans l'ensemble, le recrutement d'experts a constitué un défi qui a été intensifié par la pandémie de COVID-19. Depuis le début de la pandémie, par exemple, plusieurs pays ont mis un certain temps à nous répondre.

2.7.1 Guide d'entretien

Les questions des entretiens proviennent d'articles scientifiques, de rapports nationaux et internationaux ainsi que de l'analyse des PND. La source principale a été le rapport d'Alzheimer Europe « Le développement des soins et d'un soutien interculturels aux personnes atteintes de démence issues de groupes ethniques minoritaires » de 2018. Les sujets de l'entretien ont été les suivants : questions générales, soins, intégration et information des personnes issues de l'immigration (et atteintes de démence), soins professionnels et soutien aux membres du personnel soignant. Avant l'entretien, les experts ont reçu le guide d'entretien ainsi qu'un document contenant les définitions des termes clés et la proposition de recherche de ce projet. En outre, les experts ont reçu une rémunération de 400 € pour leur participation à cette interview. Le guide d'entretien et le document contenant les termes clé se trouvent en annexe en anglais et en allemand.

2.7.2 Évaluation des données

Les entretiens, qui ont duré 90 minutes en moyenne, ont été enregistrés puis transcrits. Les règles de transcription de l'analyse qualitative de contenu de Kuckartz (2010) ont été appliquées et une transcription verbatim a été réalisée. L'évaluation des entretiens a été basée sur la méthode d'analyse de contenu qualitative de Mayring (2014). Pour structurer le contenu, une combinaison de catégorisation déductive et inductive a été utilisée.

Tout d'abord, trois catégories ont été déduites des catégories de l'agenda des entretiens : 1. services et informations pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, 2. qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans les soins de santé, 3. soutien aux aidants familiaux. Les sections de texte se rapportant directement à l'un de ces trois sujets ont été affectées aux catégories et extraites. Les autres sections n'ont pas été incluses car elles n'apportent pas de réponse directe aux principaux objectifs des entretiens et de l'atlas. Ensuite, le matériel extrait a été trié et le contenu a été résumé en catégories individuelles. Ensuite, des sous-catégories ont été dérivées des données de manière inductive. Des sous-thèmes ont été formés pour les trois thèmes principaux et des termes génériques associés au phénomène respectif décrit. Finalement, un système final de catégories a été créé et le matériel a été sélectionné, reformulé et intégré aux profils de pays de l'atlas.

Pour quelques pays (8), des entretiens ont été menés avec plusieurs experts. Dans les profils nationaux, les îprincipales déclarations de tous les experts ont été mentionnées et les déclarations divergentes des différents experts d'un même pays ont été marquées en conséquence. Dans le chapitre 3.6 « Situation en matière de soins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et services de soins médicaux disponibles pour ce groupe en Europe », où les résultats sont d'abord présentés de manière quantitative et chiffrée, seule une réponse par pays a été prise en compte. Dans la plupart des cas, surtout parmi les experts qui ont été interrogés ensemble, les principales déclarations ont convergé. Cela n'a pas été le cas à deux reprises - une fois pour les deux expertes de Bulgarie et une fois pour leurs deux homologues du Liechtenstein. Dans les deux cas, la réponse de l'expert qui, selon une auto-évaluation effectuée au début de l'entretien, avait la plus grande expertise dans ce domaine et qui a justifié la réponse donnée, a été pondérée.

2.7.3 Changements dus à la pandémie de COVID-19

La pandémie mondiale liée au COVID-19 a nécessité des changements dans les procédures prévues. Pour les entretiens, le plan initial était de rendre visite aux experts dans leurs pays respectifs et de réaliser des entretiens individuels. Toutefois, en raison de l'aggravation des risques sanitaires et des interdictions de voyager, le format a été modifié et les entretiens se sont déroulés par vidéoconférence. Par ailleurs, les circonstances résultant de la COVID-19 et la nécessité de s'y adapter ont entraîné une prolongation de six mois de la durée du projet.

2.8 Éléments importants concernant la prestation de soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Afin de fournir un bref aperçu des éléments clés d'une prise en charge adaptée à la culture qui tienne compte des besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence selon l'état actuel des connaissances scientifiques, une analyse systématique d'articles de revues scientifiques évaluées par des pairs, de déclarations orales à orientation scientifique issues de présentations lors de conférences, de plans gouvernementaux de lutte contre la démence et de rapports internationaux et de lignes directrices à orientation médicale sur la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence a été réalisée. Ainsi, trois modèles méthodologiques ont été combinés (triangulation) comme suit. Pour la collecte des décla-

rations des articles scientifiques, on a appliqué l'analyse systématique de la littérature de Becker (2018) ; pour l'évaluation des données, l'analyse du discours de Keller (2011) ; et pour le codage, l'analyse de contenu qualitative de Mayring (2014).

2.8.1 Collecte des données

1. Pour identifier les articles pertinents dans les revues scientifiques, les bases de données PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, et PsycINFO sur la plateforme EBSCOhost et la base de données PubMed ont été passées au crible. Ainsi, les termes clés - care, Versorgung, dementia, Demenz, migration et Migration - ont été utilisés. Dans cette analyse, seuls les articles en allemand et en anglais ont été pris en compte, car ils représentent respectivement la langue maternelle et la deuxième langue des auteurs. L'étude couvre la période du 1er janvier 2009 au 1er novembre 2019. Cette période est basée sur la validité des recommandations d'action issues des lignes directrices et des PND de divers pays européens. Dans la plupart des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni, la validité des lignes directrices et des plans de démence est de cinq ans. Étant donné que les recommandations d'action de deux documents successifs ne diffèrent souvent que marginalement et que des divergences manifestes n'apparaissent qu'après un intervalle de plus de 10 ans, cette période a été utilisée comme base pour cette analyse. La recherche dans la base de données a été limitée aux résumés et aux titres, car l'étude était censée ne prendre en compte que les articles portant sur les soins aux personnes atteintes de démence. Les critères de recherche formels étaient les suivants : langue : allemand et anglais ; date de publication : 1er janvier 2009-1er novembre 2019, type de publication : accès libre, et date de recherche : 1er novembre 2019. Les termes de recherche et les résultats étaient les suivants : PubMed : (((Versorgung [Titre/Abstract] OR care [Titre/Abstract])) AND (Demenz [Titre/Abstract] OR dementia [Titre/Abstract])) AND (Migration [Titre/Abstract] OR migration [Titre/Abstract]) : 17 occurrences ; EBSCOhost : base de données : PsycARTICLES, Collection Psychologie et Sciences du Comportement, PsycINFO : (((Versorgung ou soins [Résumé])) AND (Demenz ou démence [Abstract])) AND (Migration ou migration [Abstract]) : 21 coups. Ainsi, le nombre total d'articles après exclusion des doublons était de 25.

Après l'exclusion de quatre articles en raison de la date de publication et de quatre articles en raison de l'application de critères de qualité matérielle exigeant l'intégration d'éléments/mesures sur le thème de la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, le corpus comprenait n = 17 articles.

2. Ensuite, les documents suivants ont été intégrés dans le corpus :

Les PND des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni, qui étaient disponibles via le site Internet d'Alzheimer Europe ou le moteur de recherche Google au 1er novembre 2019

- → Les lignes directrices de soins aux personnes atteintes de démence reçues jusqu'au 1er novembre 2019 des sociétés nationales d'Alzheimer, des ministères de la Santé et des sociétés professionnelles de gériatrie, de gérontologie et de neurologie des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni. Ces lignes directrices ont été fournies en réponse aux demandes qui ont été envoyées entre le 2 mai et le 11 juillet 2019.
- → Les articles référencés dans les articles dérivés systématiquement
- → Les rapports internationaux, livres, bases de données et sites Internet disponibles en ligne au 1er novembre 2019 contenant des éléments ou des mesures relatifs à la prise en charge des personnes issues de

l'immigration et atteintes de démence. Ils ont été trouvés par une recherche sur Google à l'aide de plusieurs mots-clés tels que : rapport/livre/base de données/site Internet et démence et migration, soins aux personnes atteintes de démence, ou migrants et santé.

3. Enfin, les déclarations orales sont issues de présentations de conférences, d'ateliers et de panels de discussion dans les pays de l'UE sur le thème de la démence et de la migration. Seules les contributions provenant d'événements auxquels les auteurs ont assisté ont été prises en compte. Les auteurs ont évalué les programmes de divers événements organisés au niveau de l'UE et ont assisté à ceux qui mettaient en avant des sujets que les auteurs jugeaient pertinents dans le contexte de la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. En outre, un événement de la Société Alzheimer allemande au cours duquel des scientifiques, des praticiens et des aidants familiaux ont donné leur avis sur le thème de la démence et de la migration a été organisé.

2.8.2 Base de données

La recherche a donné les résultats suivants : n = 113 documents, livres, bases de données et sites Internet et n = 4 évènements. Après avoir passé en revue le contenu de ces textes et évènements, les fragments de discours suivants sont restés : n = 64 documents, livres, bases de données et sites Internet et n = 4 évènements. Leur répartition est la suivante : 28 articles scientifiques ; 15 lignes directrices nationales ; 11 PND ; 6 rapports internationaux sur la démence, la santé et la migration ; 2 livres sur la démence et la migration ; 1 base de données avec des initiatives sur les soins interculturels ; 1 site Internet sur la santé et la migration ; la réunion du North Sea Dementia Group 2019 ; la conférence Alzheimer Europe 2019 ; la conférence européenne sur la santé publique 2019 ; et le symposium sur la démence et la migration de la société Alzheimer allemande 2019. Ces textes, publications et évènements constituent la base de données des résultats de cette étude.

2.8.3 Évaluation des données

Les sections pertinentes du texte et les contributions orales ont été reformulées ; des mémos et des commentaires ont été ajoutés ; et le texte a été codé [26]. Une combinaison de catégorisation déductive et inductive a été utilisée. Premièrement, les catégories ont été tirées d'autres lignes directrices sur les soins prodigués aux personnes atteintes de démence [33-37]. Ces catégories ont été attribuées aux différentes sections du texte. À partir des données qui n'ont pas pu être codées de cette manière, les catégories de contenu ont été agrégées. Ensuite, l'ensemble des catégories a été structuré en formulant des catégories principales. Puis une structure grossière a été générée à partir des catégories principales, et le contenu a été structuré [38]. Un consensus a été établi, les principales déclarations ont servi de base et les déclarations divergentes ou singulières ont été exclues [39]. Ensuite, les principales déclarations ont été résumées en un catalogue de mesures et finalement structurées.

2.9 Références

1. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR : How is migration background considered in the treatment and care of people? A comparison of national dementia care guidelines in Europe. *BMC Public Health* 2020, 20(1) :1555.
2. Sturge G : Migration Statistics. Édité par House of Commons Library : House of Commons Library ; 2019.
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge : Migrations-hintergrund (Definition). [https ://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?lv3=3198544]. (2019). Consulté le 11 novembre 2019.
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division : International Migration 2019 ; 2019.
5. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinsichen Fachgesellschaften : Leitliniengrundlagen. [https ://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen]. (2016). Consulté le 30 septembre 2019.
6. Stein K, Rieder A : Konzept zur Erstellung einer Leitlinie zur Behandlung, Betreuung und Sekundärprävention des Post-Myocardinfarkt im Rahmen eines österreichischen Disease Management Programmes In. Wien : Competence Center Integrierte Versorgung der WGKK ; 2007.
7. Hermanek P : Standard, Richtlinie oder Leitlinie : Definition und praktische Relevanz. *Der Onkologe* 1998, 4 :382-386
8. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinsichen Fachgesellschaften : Curriculum Qualitätssicherung : Ärztliches Qualitätsmanagement. In., vol. 10. Köln ; 1996.
9. Field M, Lohr K : Clinical practice guidelines : directions for a new program. Washington DC : National Academy Press ; 1990.
10. VFR Verlag für Rechtsjournalismus : Stationäre Pflege : Wer kommt für die Unterbringung im Heim auf? [https ://www.familienrecht.net/stationaere-pflege/], (2021). Consulté le 23 février 2021.
11. Bundesministerium für Gesundheit : Pflegedienst und Pflegesachleistungen. [https ://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegedienst-und-pflegesachleistungen.html]. (2019). Consulté le 24 juillet 2020.
12. Kaiser C : Ältere Migranten und Demenz : Versorgungssitutation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken : VDM Verlag Dr. Müller ; 2009.
13. Schneider G : Das junge Politik-Lexikon von www.hanislauland.de. In. Bonn : Bundeszentrale für politische Bildung ; 2020.
14. Dömling G : ‚Kennzeichen kultursensibler Pflege'. In. Berlin : Diakonie Deutschland, Sozialwissenschaftliches Institut der EKD, Bundesakademie für Kirche und Diakonie Fachhochschule der Diakonie ; 2010-2012.
15. Diakonie Württemberg : Interkulturelle Orientierung als diakonische Qualität. In. Stuttgart : Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg ; 2010.
16. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege : Nationaler Aktionsplan Integration 2012 – Bericht der Freien Wohlfahrtspflege. In. Berlin ; 2012.
17. PRO PflegeManagement : Das bedeutet kultursensible Altenpflege für Ihre tägliche Arbeit. [https ://www.ppm-online.org/was-ist-kultursensible-altenpflege/]. (2019). Consulté le 24 juillet 2020.
18. Forum Verlag : Kultursensible Pflege : Definition, Konzept und Tipps für die Praxis [https ://www.forum-verlag.com/blog-gp/kultursensible-pflege]. (2018). Consulté le 24 juillet 2020.
19. Yakar HK, Alpar SE : Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences* 2018, 11(3) :1396.
20. Statistisches Bundesamt : Europa - NUTS-Klassifikation : Die Einteilung der Europäischen Union in EU-Regionen.
21. Eurostat : Methodological manual on territorial typologies : 2018 edition. In. Édité par Angelo-Tosheva V, Müller O ; 2019.
22. Alzheimer's Disease International, Wimo A, Ali G-C, Guerchet M, Prince M, Prina M, Wu Y-T : The global impact of dementia : An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. In. London : Alzheimer's Disease International ; 2015.
23. Esri : World Ocean Background ; 2010.
24. Esri : World Countries ; 2013.
25. Geospatial Analysis : Introduction and terminology. [https ://www.spatialanalysisonline.com/HTML/index.html]. (2020). Consulté le 23 février 2021.
26. Keller R : Diskursforschung : eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. In. Édité par Bohnsack R, Flick U, Lüders C, Reichertz J, vol. 14. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften ; 2011.

27. Alzheimer Europe : National Dementia Strategies : a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https ://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.

28. Alzheimer Europe : Dementia in Europe Yearbook 2018 : Comparison of national dementia strategies in Europe. In. Luxembourg : Alzheimer Europe ; 2018.

29. Alzheimer's Disease International : from plan to impact : progress towards targets of the Global action plan on dementia. In. London : Alzheimer's Disease International ; 2018.

30. Barbarino P, Lynch C, Bliss A, Dabas L, ALzheimer's Disease International : From Plan to Impact III In : *Maintaining dementia as a priority in unprecedented times.* 2020.

31. Flemish Expertise Centre on Dementia Care : Nationale behandelingsrichtlijnen voor dementie in Vlaanderen. In., Conversation par E-mails edn ; 2019.

32. Alzheimer Europe : Our members. [https ://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Who-we-are/Our-members]. (2020). Consulté le 17 juin 2019.

33. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde ; Deutsche Gesellschaft für Neurologie : S3-Leitlinie ‚Demenzen' (langversion – januar 2016) ; 2016.

34. Dorner T, Rieder A, Stein K : Besser Leben mit Demenz : Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Wien : Competence Center intregrierte Versorgung ; 2011.

35. Fröschl B, Antony K, Pertl D, Schneider P : Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz. In. Édité par Gesundheit Österreich GmbH. Wien ; 2015.

36. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften : Medizin-ethische Richtlinien : Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. In. Édité par Wissenschaften SAdM ; 2017.

37. Schweizerische Alzheimervereinigung : Demenz : Diagnose, Behandlung und Betreuung. In. Édité par Alzheimervereinigung S. Yverdon-les-Bains ; 2014.

38. Mayring P : Qualitative Content Analysis : Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution. Klagenfurth (Austria) : Beltz ; 2014.

39. Becker W : Systematische Literaturanalyse. In : *Geschäftsmodellinnovationen als Wettbewerbsvorteil mittelständischer Unternehmen, Management und Controlling im Mittelstand.* edn. Wiesbaden : Springer Gablder ; 2018.

3. Résultats

3.1 L'histoire des migrations en Europe

La migration en Europe n'est pas un phénomène moderne ou récent. Depuis le début de l'histoire de l'humanité, la migration a été un élément majeur de l'évolution des sociétés. La migration mondiale à plus grande échelle a commencé au XV^{e} siècle, lorsque l'Europe commence à s'étendre dans le monde entier sur le plan politique, territorial, économique et culturel. Jusqu'au début du XIX^{e} siècle, l'émigration des Européens vers d'autres régions du monde était encore modérée [1].

3.1.1 Les vagues de l'histoire des migrations européennes depuis le début du XIX^{e} siècle

L'histoire récente de la migration peut être divisée en six vagues :

1re vague : Début du XIX^{e} siècle-début du XX^{e} siècle : L'Europe est un continent d'émigration et plus de 60 millions d'Européens quittent le continent pour l'Amérique du Nord et du Sud (la plupart pour les États-Unis), l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

2^{e} vague : Début de la Première Guerre mondiale - fin des années 1940 : les deux guerres mondiales entraînent d'importants mouvements internes et intercontinentaux. Pendant les guerres, des soldats d'Asie, d'Afrique et des Caraïbes sont également recrutés par les puissances coloniales, et plusieurs milliers d'entre eux restent en Europe à la fin de la guerre. Après la Seconde Guerre mondiale, des mouvements migratoires massifs ont lieu en raison du déplacement de groupes ethniques entiers (par exemple dans les anciens territoires orientaux allemands).

3^{e} vague : De 1950 au milieu des années 1970 : début de l'immigration massive en Europe. D'importants groupes de migrants immigrent des anciennes colonies européennes et des pays en développement vers la France, la Royaume-Uni, la Belgique, le Portugal et les Pays-Bas. Dans les années 1950 et 1960, les pays du noyau industriel (occidental) que sont l'Allemagne, l'Italie du Nord, la Suisse, l'Autriche, la France, la Belgique, les Pays-Bas, le Luxembourg, la Royaume-Uni (Angleterre), le Danemark et la Suède recrutent également des travailleurs immigrés dans les pays moins développés tels que l'Espagne, l'Italie, la Yougoslavie, la Grèce, l'Irlande (vers la Royaume-Uni) et la Finlande (vers la Suède). À partir des années 1960, les employeurs allemands, belges, néerlandais, français et scandinaves commencent à recruter des travailleurs originaires de Turquie, du Maroc, d'Algérie et de Tunisie, ainsi que de certaines anciennes colonies comme le Sénégal ou le Mali (anciennes colonies françaises) et les Caraïbes (colonie britannique). Grâce à des soldes migratoires positifs, la population en Europe augmente d'environ 10 millions de personnes.

4^{e} vague : Milieu des années 1970-début des années 1990 : l'arrêt du recrutement de travailleurs immigrés par la plupart des pays d'Europe du Nord et de l'Ouest pendant la récession économique du milieu des années 1970 a pour conséquence qu'un grand nombre de migrants s'installent de manière permanente dans les pays d'accueil et y font venir leurs familles. Le regroupement familial à partir des États du Maghreb, de la Turquie et d'autres pays d'origine a caractérisé le processus migratoire européen. En outre, l'arrêt des recrutements provoque un déplacement de la migration de la main-d'œuvre vers les États périphériques d'Europe du Sud, qui passent l'un après l'autre du statut de pays d'émigration à celui de pays d'immigration. Après la reprise de la croissance économique à partir

du milieu des années 80 et la transformation structurelle de l'économie en une économie axée sur les services, la demande de travailleurs migrants peu ou hautement qualifiés dans les pays industriels centraux augmente à nouveau.

5e vague : Début des années 1990– 2007 : après l'effondrement des systèmes communistes, la fin de la guerre froide et les guerres de Yougoslavie, les pays d'Europe centrale et orientale (Pologne, Ukraine, Albanie, Roumanie, Bulgarie et États baltes) sont devenus d'importants pays d'origine des migrants se rendant en Europe occidentale et méridionale, et en partie des pays de transit et d'immigration indépendants. En outre, les périphéries sud et ouest (Irlande, Italie, Espagne) se sont imposées comme des pays de destination. En outre, l'immigration en provenance d'Afrique a augmenté depuis le milieu des années 1990. Au début du XXIe siècle, l'immigration en provenance d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, ainsi que d'Amérique latine, a également augmenté de manière significative. Dans l'ensemble, on constate une diversification des pays d'origine et des motifs de migration (par exemple, infirmières et médecins des Philippines ; réfugiés et demandeurs d'asile d'Afrique, du Moyen-Orient, d'Asie, des Balkans et de l'ancienne Union soviétique ; étudiants de Chine).

6e vague : Depuis 2008 : la crise économique mondiale de 2008 a été le point de départ de la phase actuelle de stabilisation de la migration intra-européenne et d'augmentation de l'immigration de citoyens non-européens. La crise a d'abord entraîné une diminution des migrations au sein et à destination de l'UE et a stimulé l'émigration de pays particulièrement touchés par la crise, comme la Grèce, l'Espagne, le Portugal et l'Irlande, vers l'Europe du Nord. À partir de 2012, l'immigration en provenance de pays non membres de l'UE a augmenté, notamment en raison des conflits syrien et ukrainien. En outre, certains pays comme l'Allemagne, la Suède, le Danemark et le Royaume-Uni ont lancé des programmes de recrutement d'étudiants internationaux et de migrants hautement qualifiés, et l'UE a mis en place un programme de résidence et de travail à l'échelle européenne pour les immigrants non-européens (système de carte bleue). En 2015, au sein de l'UE les migrations s'élevaient à 1,4 million, et les migrations légales en provenance des pays tiers à 2,4 millions. Alors que la Roumanie et la Pologne sont les principaux pays d'origine de la migration au sein de l'UE, la Syrie et l'Ukraine sont devenues les principaux pays d'origine de la migration externe [2-5].

3.1.2 Situation actuelle dans les pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni

Tableau 1 : Aperçu des données migratoires des pays de l'UE/AELE/UK

Pays	Nombre de migrants*[1] en 2019	Part des migrants dans la population totale en 2019	Évolution de la population des migrants entre 1990 et 2019	Solde migratoire*[2] (taux*[3]) 2020	Nombre total de nouveaux migrants en 2013	Stock de migrants: Les 3 principaux pays d'origine 2013
Allemagne	13,1 million	15,7%	222,03%	2,7 million (6,6)	692.700	Turquie (1.543.787) Pologne (1.146.754) Fédération de Russie (1.007.536)
Autriche	1,8 million	19,9%	226,93%	325.000 (7,4)	101.900	Allemagne (199.935) Serbie (174.437) Turquie (165.206)
Belgique	2 million	17,2%	153,85%	240.000 (4,2)	118.300	Italie (189.367) France (155.879) Les Pays-Bas (148.440)
Bulgarie	168.500	2,4%	783,72%	- 24.000 (- 0.7)	18.600	Fédération de Russie (19.733) Roumanie (6.371) Ukraine (6.193)
Chypre	191.900	16%	438,13%	25.000 (4,2)	13.100	Royaume-Uni (42.854) Grèce (27.912) Géorgie (17.994)
Croatie	518.100	12,5%	108.98%	- 40.000 (- 1.9)	10.400	Bosnie-Herzégovine (499.059) Serbie (118.071) Slovénie (47.768)
Danemark	722.900	12,5%	307,36%	76.000 (2,6)	60.300	Allemagne (35.316) Turquie (32.829) Pologne (30.931)

Pays	Nombre de migrants*[1] en 2019	Part des migrants dans la population totale en 2019	Évolution de la population des migrants entre 1990 et 2019	Solde migratoire*[2] (taux*[3]) 2020	Nombre total de nouveaux migrants en 2013	Stock de migrants: Les 3 principaux pays d'origine 2013
Espagne	6,1 million	13.1%	742,45%	200.000 (0,9)	280.800	Roumanie (797.603) Maroc (745.674) Équateur (451.184)
Estonie	190.200	14,4%	49,79%	19.600 (3,0)	4.100	Fédération de Russie (159.036) Ukraine (21.014) Biélorussie (12.419)
Finlande	383.100	6,9%	605,21%	70.000 (2,5)	31.900	Fédération de Russie (68.434) Suède (36.117) Estonie (34.013)
France	8,3 million	12,8%	140,68%	182.600 (0,6)	332.600	Algérie (1.406.845) Maroc (911.046) Portugal (629.118)
Grèce	1,2 million	11,6%	194,14%	- 80.000 (- 1,5)	57.900	Albanie (574.840) Bulgarie (55.988) Roumanie (38.597)
Hongrie	512.000	5.3%	147,34%	30.000 (0,6)	39.000	Roumanie (232.793) Allemagne (33.896) Ukraine (31.632)
Irlande	833.600	17,1%	365,61%	118.000 (4,9)	59.300	Royaume-Uni (253.605) Pologne (124.566) Lituanie (37.823)
Islande	52.400	15,5%	545,83%	1.900 (1,1)	6.400	Pologne (9.357) Danemark (3.066) Suède (1.876)
Italie	6,3 million	10.4%	450,00%	744.700 (2,5)	307.500	Roumanie (1.008.169) Albanie (448.657) Maroc (425.188)

Pays	Nombre de migrants*[1] en 2019	Part des migrants dans la population totale en 2019	Évolution de la population des migrants entre 1990 et 2019	Solde migratoire*[2] (taux*[3]) 2020	Nombre total de nouveaux migrants en 2013	Stock de migrants: Les 3 principaux pays d'origine 2013
La République Tchèque	512.700	4,8%	464,40%	110.100 (2,1)	30.100	Ukraine (127.239) Slovaquie (73.437) Vietnam (61.744)
Les Pays-Bas	2,3 million	13.4%	191,67%	80.000 (0,9)	129.400	Turquie (303.483) Suriname (191.182) Maroc (173.489)
Lettonie	237.300	12.4%	36,73%	- 74.200 (- 7.6)	8.300	Fédération de Russie (146.628) Biélorussie (49.235) Ukraine (36.106)
Liechten-stein	25.500	67%	233,95%	No data	696	2013: Pas de données 2016: Suisse (3.612) Autriche (2.203) Italie (1.572)*[4]
Lituanie	117.200	4,2%	33,55%	- 163.900 (- 11.6)	22.000	Fédération de Russie (62.143) Biélorussie (35.708) Ukraine (13.322)
Luxembourg	291.700	47,4%	256,33%	48.700 (16,3)	21.100	Portugal (85.716) France (32.752) Italie (18.667)
Malte	84.900	19.3%	562,25%	4.500 (2,1)	8.400	Royaume-Uni (11.429) Australie (5.463) Canada (2.136)
Norvège	867.800	16,1%	450,57%	140.000 (5,3)	68.300	Pologne (76.184) Suède (53.082) Allemagne (30.819)
Pologne	656.000	1,7%	59,64%	- 147.000 (- 0,8)	220.300	Ukraine (221.307) Allemagne (81.779) Biélorussie (81.363)

Pays	Nombre de migrants*1 en 2019	Part des migrants dans la population totale en 2019	Évolution de la population des migrants entre 1990 et 2019	Solde migratoire*2 (taux*3) 2020	Nombre total de nouveaux migrants en 2013	Stock de migrants: Les 3 principaux pays d'origine 2013
Portugal	888.200	8,7%	203,81%	- 30.000 (- 0,6)	17.600	Angola (161.395) Brésil (138.664) France (93.781)
Roumanie	462.600	2,4%	340,65%	- 370.000 (- 3,8)	153.600	Moldavie (49.785) Italie (27.462) Bulgarie (18.271)
Royaume-Uni	9,6 million	14,1%	259,46%	1,3 million (3,9)	526.000	Inde (756.471) Pologne (661.482) Pakistan (476,144)
Slovaquie	188.000	3,4%	455,21%	7.400 (0,3)	5.100	La République Tchèque (83.050) Hongrie (15.895) Ukraine (9.398)
Slovénie	253.100	12,2%	142,11%	10.000 (1)	13.900	Bosnie-Herzégovine (98.501) Croatie (49.475) Serbie (36.719)
Suède	2 million	20%	253,55%	200.000 (4)	115.800	Finlande (167.185) Irak (130.449) Pologne (76.848)
Suisse	2,6 million	29,9%	185.71%	260.000 (6,1)	160.200	Allemagne (356.974) Italie (260.746) Portugal (202.745)
UE/AELE/ UK	61,657,700				3.635.596	

*1 Le taux de migration nette est le nombre d'immigrants moins le nombre d'émigrants pour 1000 habitants de chaque pays au cours des cinq dernières années précédant 2020, *2 immigrants moins émigrants (au cours des 5 dernières années), *3 immigrants moins émigrants pour 1 000 habitants (au cours des 5 dernières années), sources : Colonnes 2 à 6 : OIM (Organisation internationale pour les migrations) 2019 : Portail de données de migration, colonne 7 : Nations unies, Département des affaires économiques et sociales 2013 : Division de la population. Tendances du stock de migrants internationaux : La révision de 2013, *4 Colonne 7 Liechtenstein : Office des statistiques (Principauté du Liechtenstein) 2017 : Le Liechtenstein en chiffres 2018, en gras : Chiffre le plus élevé par colonne

Le tableau 1 présente les principales données sur la migration dans les différents pays de l'UE et de la EFTA et au Royaume-Uni. La population migrante (née à l'étranger) de tous les États de l'UE et de l'ETFA et du Royaume-Uni compte près de 61,7 millions de personnes. Environ 70 % de tous les migrants de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni vivent en Allemagne (13,1 millions), au Royaume-Uni (9,6 millions), en France (8,3 millions), en Italie (6,3 millions) et en Espagne (6,1 millions). En ce qui concerne la proportion d'immigrants dans la population totale, elle est la plus élevée au Liechtenstein, au Luxembourg, en Suisse, en Suède et en Autriche. Au Liechtenstein, environ deux tiers de la population sont nés à l'étranger ; au Luxembourg, c'est un peu moins de la moitié ; en Suisse, presque un tiers ; et en Suède et en Autriche, environ un cinquième. Cependant, il existe des différences fondamentales entre les pays ayant la plus forte proportion de migrants et les pays ayant le plus grand nombre de migrants en termes de régions d'origine dominantes. Au Liechtenstein et au Luxembourg, les groupes de migrants les plus importants proviennent d'autres États de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni et de pays voisins ayant la même langue nationale, par exemple, de la Suisse et de l'Autriche vers le Liechtenstein, et du Portugal et de la France vers le Luxembourg. En revanche, en Allemagne (en provenance de Turquie, de Russie) et en Royaume-Uni (en provenance d'Inde, du Pakistan), plusieurs États non-membres de l'UE figurent parmi les principaux pays d'origine des migrants. Dans 23 des 31 États de l'UE et de la EFTA et au Royaume-Uni, les migrants représentent plus de 10 % de la population totale. En Finlande, en Hongrie, en République Tchèque, en Lituanie, en Slovaquie, en Roumanie, en Bulgarie et en Pologne, la population migrante et surtout la proportion de migrants dans la population totale sont plutôt faibles (moins de 7 %). Le Portugal a une population de migrants légèrement plus importante que ces pays (888 200), mais la proportion de migrants y est également inférieure à 10 % (8,7 %). Depuis 1990, la population migrante a été multipliée par près de huit en Bulgarie (le chiffre le plus élevé de tous les États de l'UE/EFTA/RU), par près de six en Finlande, et par près de cinq en Slovaquie et en République Tchèque. En outre, au cours des cinq dernières années avant 2020, la République Tchèque a enregistré un solde migratoire positif de 110 100 personnes, la Finlande de 70 000 personnes, la Hongrie de 30 000 personnes la Slovaquie de 7 400 personnes. Cela montre que même dans certains des pays où la population migrante est actuellement relativement importante, le nombre d'immigrants et la proportion de la population migrante sont en augmentation. Dans ces pays, les migrants viennent presque exclusivement des régions voisines et principalement des pays voisins immédiats. La Lituanie et la Pologne sont les deux seuls pays dont la proportion de migrants est inférieure à 10 % (4,2 et 1,7 %), dont le solde migratoire est nettement négatif (-163 900, -147 000) et dont la population de migrants est en baisse par rapport à 1990 (environ un tiers, presque la moitié). Dans tous les pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni, à l'exception de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie et de la Pologne, la population migrante a augmenté depuis 1990 et dans 20 des 32 pays, elle a plus que doublé. Le solde migratoire a été positif dans 23 pays (au cours des cinq dernières années avant 2020). En termes entiers, c'est en Allemagne qu'elle était la plus élevée (2,7 millions), et en termes de taille de population, c'est au Luxembourg qu'elle était la plus élevée (taux de migration

nette[1] : 16.3). En 2013, on comptait plus de 3,6 millions de nouveaux migrants internationaux dans l'ensemble des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni, dont la plupart en Allemagne (692 700). Près de 65 % des nouveaux migrants vivaient en Allemagne, au Royaume-Uni (526 000), en France (332 600), en Italie (307 500), en Espagne (280 800) et en Pologne (220 300). L'exemple de la Pologne montre que l'immigration de migrants internationaux revêt une importance capitale même (et surtout) dans les pays d'émigration traditionnels. Dans l'ensemble, la migration, et notamment l'immigration de migrants internationaux, représente un élément central du changement social en Europe, qui se caractérise par la mondialisation et la numérisation. Au cours des dernières décennies, la plupart des États de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni sont devenus des pays d'immigration dont les populations migrantes ont augmenté de manière significative et vont probablement croître à un rythme rapide à l'avenir [6].

3.1.3 Références

1. Oltmer J : Globale Migration : Geschichte, Gegenwart, Zukunft. [https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252254/globale-migration?p=all]. (2018). Consulté le 26 février 2020.
2. de Haas H : European Migrations : Dynamics, Drivers, and the Role of Policies. In. Luxembourg : Publications Office of the European Union ; 2018.
3. Brüggemann-Buck I : Migration in Europa : Wanderungsbewegungen und ihre politischen Auswirkungen im Rahmen der Europäischen Integration. Marburg : Philipps-Universität Marburg ; 1999.
4. Garcés-Mascareñas B, Penninx R : Integration Processes and Policies in Europe : Contexts, Levels and Actors. Cham : Springer 2016.
5. Hansen R : Migration to Europe since 1945 : Its History and its Lessons. The Political Quarterly 2003, 74(s1) : 25-38.
6. International Organization for Migration : Migration Data Portal ; 2019.

1 Le taux de migration nette est le nombre total d'immigrants moins le nombre annuel d'émigrants pendant la période (au cours des 5 dernières années avant 2020) pour 1 000 personnes de la population du pays concerné.

3.2 Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Europe

Comme le décrit l'histoire des migrations de l'Europe dans son ensemble et des différents pays, l'Europe est à la fois un continent d'émigration et d'immigration. Toutefois, le nombre et la proportion de personnes issues de l'immigration varient considérablement d'un pays à l'autre. Des pays comme l'Allemagne, la France, l'Espagne et l'Italie sont des pays d'immigration typiques. C'est pourquoi le nombre de personnes issues de l'immigration qui y vivent est plus élevé que dans d'autres pays d'Europe qui ne sont peut-être pas des pays de destination attrayants, ou qui ne sont que des pays de transit, ou encore dans lesquels les gens séjournent temporairement pour le travail et vont ensuite ailleurs.

Si l'on considère la population des personnes issues de l'immigration âgées d'au moins 65 ans, il apparaît que ces groupes de migrants sont principalement originaires d'un autre pays européen. Bien sûr, il y a des exceptions. Par exemple, en France : deux des plus grands groupes de migrants sont constitués de personnes originaires d'Algérie et du Maroc, tandis qu'aux Pays-Bas, ils proviennent d'Indonésie et du Suriname. Les pays européens qui accueillent le plus grand nombre d'immigrés de 65 ans ou plus sont l'Allemagne (1 990 000), la France (1 440 400), le Royaume-Uni (919 400), la Pologne (437 200) et la Roumanie (405 900). Il va de soi que les pays accueillant le plus grand nombre d'immigrés âgés de 65 ans sont ceux où les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont les plus nombreuses. Par conséquent, les pays européens où l'on estime que le nombre de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence est le plus élevé sont les suivants : Allemagne (137 300), France (99 400), Royaume-Uni (63 600), Suisse (25 400) et Espagne (24 900) (voir figure 3.2.1).

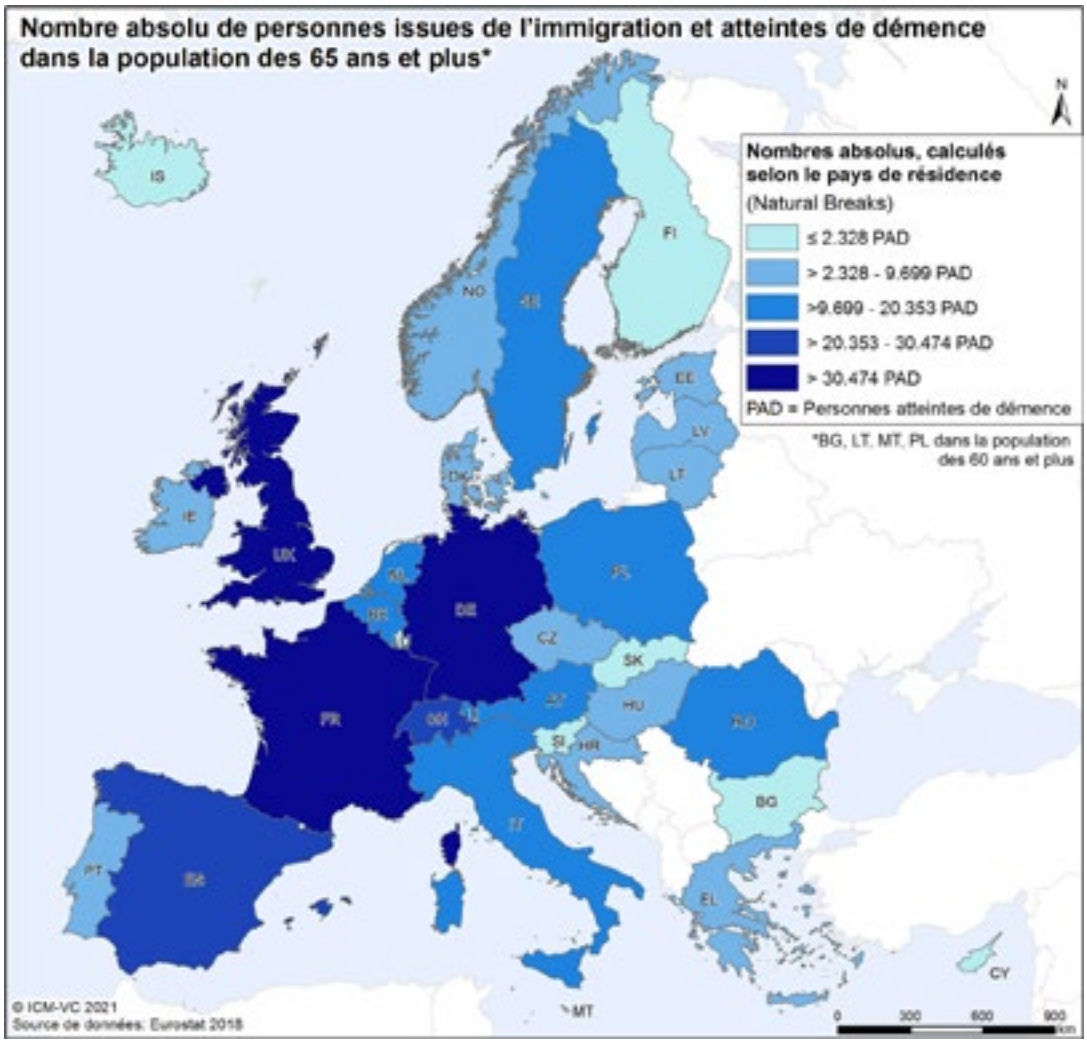


Fig. 3.2.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence en Europe

Au total, environ 531 400 personnes atteintes de démence vivent dans les États membres de l'UE et de la EFTA et au Royaume-Uni. Ce chiffre est à prendre avec précaution, car la littérature suggère qu'il existe un nombre élevé de cas inconnus parmi les personnes atteintes de démence en raison de l'absence de diagnostic. Par conséquent, les estimations chiffrées de cet atlas doivent être interprétées avec prudence.

L'assignation des nombres de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence les plus élevés varie selon les pays européens en fonction des données relatives ou absolues. C'est le cas lorsque l'on rapporte le nombre total probable de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence à l'ensemble de la population âgée de 65 ans ou plus du pays concerné (en combinant la population issue de l'immigration et la population autochtone). En tenant compte de ce ratio, les pays comptant le plus de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence présumée pour 100 000 habitants sont le Liechtenstein (3 500), le Luxembourg (1 900), la Suisse (1 800), la Lettonie (1 400) et l'Estonie (1 400) (voir figure 3.2.2).

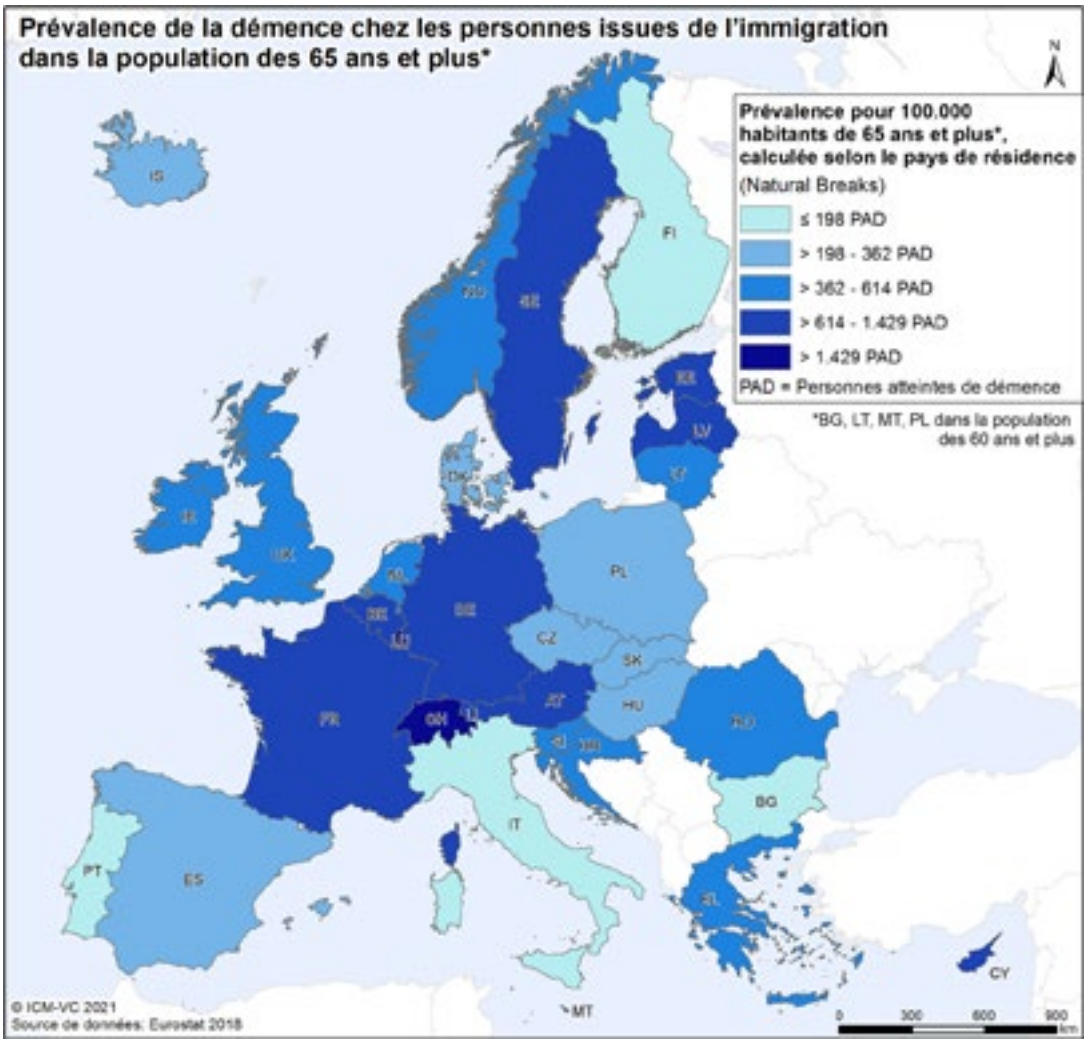


Fig. 3.2.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus en Europe

Au niveau européen, les groupes de migrants que l'on estime être les plus touchés par la démence en Chiffres entiers sont originaires d'Italie (30 300), d'Algérie (27 300), de la Fédération de Russie (24 400), d'Allemagne (22 800) et de Pologne (22 200).

3.3 Plans et stratégies nationaux/nationales de lutte contre la démence : Focus sur la migration

Ce chapitre résume les résultats de l'analyse systématique des PND et des stratégies des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni. Le sous-chapitre 3.3.1 présente les résultats de la première analyse, qui couvre tous les documents publiés jusqu'au 1er juin 2019. La section suivante (3.3.2) présente les résultats de la comparaison des PND trouvés lors de la deuxième recherche du 4 janvier 2021. Dans la section finale 3.3.3, les principaux résultats des deux recherches sont fusionnés. Les résultats détaillés pour les documents des différents pays sont présentés au chapitre 3.7.

3.3.1 Résultats de la première recherche du 1er juin 2019

L'analyse des PND et des stratégies publiées jusqu'au 1er juin 2019 a montré que 16 des 27 pays de l'UE (59 %), trois des quatre pays de la EFTA et les quatre pays du Royaume-Uni ont publié des PND. Plus de la moitié (13) des pays dotés d'un PND ne font pas référence à la migration. Dix pays traitent de la migration dans leurs documents (Autriche, Belgique/Flandre, Chypre, Angleterre, Irlande du Nord, Norvège, Écosse, Suisse, Pays-Bas et Pays de Galles). Ces dix pays ont publié un total de 14 PND ou documents similaires faisant référence à la migration. Cela signifie que plus de la moitié (53 %) des 30 documents identifiés lors de la première recherche n'incluaient pas du tout les questions de migration. En outre, seul un État (l'Autriche) dispose d'un PND comportant un chapitre sur la migration (tableau 2).

Les PND faisant référence à la migration diffèrent considérablement en termes de portée de la référence, de l'éventail des sujets, ainsi que de l'orientation et de la profondeur du contenu [1]. Le « Austrian Dementia Report 2014 », par exemple, consacre quatre pages entières en détail aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence [2]. D'autres PND, comme ceux de l'Écosse, de la Suisse ou de Chypre, n'abordent que très peu ce sujet, avec seulement quelques phrases traitant de divers aspects de la question (Écosse : diagnostic et soins précoces, Suisse : besoins des migrants et défis diagnostiques, Chypre : risque de démence et soins) [3-5]. Huit des dix PND faisant référence à la migration identifient les besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration en matière de soins aux personnes atteintes de démence. Neuf pays prévoient des actions liées aux migrants. Cependant, seuls la Norvège, l'Irlande du Nord et les Pays-Bas offrent actuellement des services de santé spécialisés pour les personnes issues de l'immigration au niveau national (tableau 2). La Norvège améliore les compétences des membres du personnel travaillant avec des minorités linguistiques et développe un programme de suivi post-diagnostic pour les personnes atteintes de démence ayant des origines culturelles différentes et leurs proches [6]. L'Irlande du Nord a mis au point un outil d'auto-évaluation pour les prestataires de services qui contient un questionnaire complet avec des questions sur le thème de la migration [7]. Aux Pays-Bas, une attention particulière a été accordée aux personnes issues de l'immigration dans la détection précoce et la prévention de la démence [8]. De tels concepts, communiqués au niveau national par des représentants de l'État, peuvent contribuer à sensibiliser les prestataires de services de soins spécifiques à la démence au thème de la migration et servir de modèles de bonnes pratiques pour d'autres pays.

Tableau 2 : Référence à la migration dans les PND des pays de l'UE/EFTA/RU

Pays	Plans contre la démence et référence à la migration			Sous-thèmes liés à la migration		
	Plan contre la démence existant	Référence à la migration	Chapitre sur la migration	Chapitre sur la migration	Besoins	Diagnostic de démence
Autriche	X	X	X	X	X	X
Suisse	X	X	—	—	X	X
Les Pays-Bas	X	X	—	X	X	X
Belgique/ Flandre	X	X	—	X	X	—
Angleterre	X	X	—	X	X	—
Écosse	X	X	—	—	—	X
Pays de Galles	X	X	—	—	X	X
Irlande du Nord	X	X	—	—	X	—
Norvège	X	X	—	—	X	X
Chypre	X	X	—	—	—	—
Danemark	X	—	—	—	—	—
Finlande	X	—	—	—	—	—
Irlande	X	—	—	—	—	—
La République tchèque	X	—	—	—	—	—
Slovénie	X	—	—	—	—	—
Liechtenstein	X	—	—	—	—	—
Luxembourg	X	—	—	—	—	—
France	X	—	—	—	—	—
Grèce	X	—	—	—	—	—
Italie	X	—	—	—	—	—
Espagne	X	—	—	—	—	—
Portugal	X	—	—	—	—	—
Malte	X	—	—	—	—	—
Suède	—	—	—	—	—	—
Islande	—	—	—	—	—	—
Estonie	—	—	—	—	—	—
Lettonie	—	—	—	—	—	—
Lituanie	—	—	—	—	—	—
Allemagne	—	—	—	—	—	—
Pologne	—	—	—	—	—	—
Bulgarie	—	—	—	—	—	—
Roumanie	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	—	—	—	—	—	—
Hongrie	—	—	—	—	—	—
Croatie	—	—	—	—	—	—

Les pays sont classés en fonction de la portée et de l'éventail thématique de leurs références en matière de migration. Plus les catégories sélectionnées ont été incluses dans le document du pays concerné, plus le pays est classé haut dans le tableau.

		Besoins et services liés à la migration			Pays
Soins	Utilisation des services formels	Identification des besoins spécifiques	Services spécifiques disponibles	Actions spécifiques prévues	
X	X	X	—	X	Autriche
—	—	X	—	X	Suisse
X	—	X	X	X	Les Pays-Bas
X	—	X	—	X	Belgique/ Flandre
—	—	X	—	X	Angleterre
X	—	—	—	X	Écosse
X	X	X	—	X	Pays de Galles
X	—	X	X	X	Irlande du Nord
X	X	X	X	X	Norvège
X	—	—	—	—	Chypre
—	—	—	—	—	Danemark
—	—	—	—	—	Finlande
—	—	—	—	—	Irlande
—	—	—	—	—	La République tchèque
—	—	—	—	—	Slovénie
—	—	—	—	—	Liechtenstein
—	—	—	—	—	Luxembourg
—	—	—	—	—	France
—	—	—	—	—	Grèce
—	—	—	—	—	Italie
—	—	—	—	—	Espagne
—	—	—	—	—	Portugal
—	—	—	—	—	Malte
—	—	—	—	—	Suède
—	—	—	—	—	Islande
—	—	—	—	—	Estonie
—	—	—	—	—	Lettonie
—	—	—	—	—	Lituanie
—	—	—	—	—	Allemagne
—	—	—	—	—	Pologne
—	—	—	—	—	Bulgarie
—	—	—	—	—	Roumanie
—	—	—	—	—	Slovaquie
—	—	—	—	—	Hongrie
—	—	—	—	—	Croatie

3.3.2 Résultats de la mise à jour des données le 4 janvier 2021

Lors de la deuxième recherche, effectuée le 4 janvier 2021, on a trouvé 17 documents nationaux de pays de l'UE, de la EFTA ou du Royaume-Uni sur la démence, dont 12 (71 %) prennent en compte la migration. Huit de ces 17 documents sont des PND ou des stratégies de lutte contre la démence (Autriche, Allemagne, Hongrie, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas et Espagne). À l'exception du plan de lutte contre la démence de l'Islande, tous les PND abordent le thème de la migration. Par rapport à la première recherche, où seulement la moitié des PND trouvés (43 %) mentionnaient ou discutaient de la migration, la proportion de PND avec une référence à la migration a doublé lors de la deuxième recherche (88 %). Cependant, la première recherche incluait presque trois fois plus de PND (23). Parmi les PND trouvés lors de la deuxième recherche, seule la stratégie allemande en matière de démence comporte un chapitre ou plusieurs sections de chapitre sur les questions liées à la migration.

En ce qui concerne l'étendue de la référence migratoire, il existe des différences claires entre les différents PND, tout comme lors de la première recherche. Alors que plusieurs PND (Autriche, Hongrie, Italie) ne font référence à la migration que dans une seule phrase, les PND de la Norvège et de l'Allemagne abordent chacun ce sujet dans 14 sections de différents chapitres et plusieurs paragraphes distincts. Quelques documents, comme celui des Pays-Bas, ne comportent pas de sections séparées sur ce sujet, mais y font référence dans différents chapitres avec plusieurs phrases.

En termes de contenu, il existe quelques différences, mais aussi de nombreuses convergences entre les sections des différents PND relatives à la migration. Alors que le cadre d'action prédomine dans les PND de l'Autriche, de l'Italie et de l'Allemagne, les documents des Pays-Bas et de l'Espagne ne donnent pratiquement que des descriptions des conditions de soins. Les PND norvégiens contiennent à la fois une description relativement détaillée de la pratique et des problèmes liés aux soins prodigués aux personnes atteintes de démence et un cadre d'action complet. Plusieurs documents indiquent que le nombre de personnes issues de l'immigration âgées et atteintes de démence est en augmentation [9, 10]. En outre, il a été constaté que l'investigation et le diagnostic de la démence ainsi que le conseil en matière de démence posait problème pour les personnes issues de l'immigration en raison des barrières culturelles et linguistiques et de procédures de diagnostic inappropriées. Les PND de l'Allemagne et de la Norvège indiquent également que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence n'utilisent pas les services de santé dans la même mesure que les autres personnes atteintes de démence. Outre les barrières linguistiques, culturelles, religieuses et institutionnelles, l'insuffisance de services adaptés du point de vue culturel et un accès quasi inexistant au système de santé sont cités comme des causes de non-recours aux services de soins [9, 11]. Dans l'ensemble, quatre (Allemagne, Pays-Bas, Norvège et Espagne) des sept PND faisant référence à la migration identifient les besoins spécifiques (en termes de communication, de langue, de culture et de religion) des personnes atteintes de démence comme devant faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre des soins. Plusieurs PND, axés sur les migrations, se sont fixé pour objectif de tenir davantage compte de la diversité linguistique et culturelle de la population des personnes âgées lors de l'élaboration de services de diagnostic, d'information, de conseil, de soins et de traitement pour les personnes atteintes de démence, et d'adapter les services aux besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration. Trois pays (Autriche, Allemagne et Norvège) font référence dans leur PND à des mesures concrètes qu'ils prévoient de prendre

ou de recommander pour atteindre cet objectif. Ces mesures comprennent l'adaptation des outils d'évaluation cognitive aux personnes ayant des antécédents culturels et linguistiques différents, la mise en place d'un soutien, de conseils et d'avis adaptés à la diversité culturelle et à la religion pour les aidants familiaux, la formation du personnel des établissements de santé aux compétences linguistiques et à la compréhension culturelle, ainsi que la formation du personnel des associations de migrants à la démence [9-11]. Actuellement, seuls les PND de l'Allemagne et de la Norvège font référence aux services existants. Le plan norvégien de lutte contre la démence cite un projet achevé en 2020 qui a permis d'adapter aux langues étrangères des procédures de test pour l'évaluation des capacités cognitives et des symptômes de démence [9]. La stratégie allemande en matière de démence fait référence à divers services de conseil adaptés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ainsi qu'à leurs proches [11].

Presque tous les PND analysés après la deuxième recherche abordent le thème de la migration. Dans les documents norvégiens et allemands, les personnes âgées issues de l'immigration sont identifiées comme étant exposées à des problèmes tels qu'un diagnostic tardif de la démence et un accès insuffisant aux soins post-diagnostic, tandis que dans le document néerlandais, les migrants âgés d'origine non-occidentale sont identifiés comme un groupe à risque pour le développement de la démence [10]. Toutefois, compte tenu de la longueur des documents, la migration semble être un sujet mineur dans la plupart des PND examinés et seuls quelques aspects de ce sujet complexe sont soulignés.

3.3.3 Résumé des résultats

D'après cette analyse, 18 des 27 pays de l'UE (67 %), les quatre pays de la EFTA et les quatre pays du Royaume-Uni, disposent de PND ou d'une stratégie en matière de démence. Sur ces 26 pays dotés d'un PND, 14 pays (54 %) abordent la question de la migration dans leurs documents. Dans la deuxième recherche, la proportion de PND faisant référence à la migration était deux fois plus élevée que dans la première recherche. Un chapitre ou un sous-chapitre distinct sur la prise en charge de la démence pour les personnes issues de l'immigration ne figure que dans le «*Austrian Dementia Report 2014*» et la stratégie allemande de lutte contre la démence. La majorité des autres PND faisant référence à la migration n'abordent le sujet que brièvement. Alors que dans les PND de la première recherche, l'accent était avant tout mis sur la description des problèmes liés à la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, la relation entre la description du problème et le cadre d'action est relativement équilibrée dans les documents de la deuxième recherche. Dix pays font référence dans leur PND à des mesures prévues ou fournissent des recommandations d'action pour les planificateurs et les prestataires de soins (première et deuxième recherche). Cependant, seuls les documents de l'Allemagne, des Pays-Bas, de l'Irlande du Nord et de la Norvège font référence aux mesures déjà prises pour améliorer la situation des soins aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ou aux services mis à la disposition de cette population (figure 3.3.3.1). Les causes de ces différences entre les pays en termes de référence et d'orientation en matière de migration tiennent probablement aux différentes années de publication et à la longueur des documents, ainsi qu'à des considérations sociales et politiques, où le niveau de pertinence du thème de la migration varie selon les différents pays européens. Une analyse menée dans le cadre de ce projet indique que les pays d'immigration ayant une forte proportion de migrants sont plus susceptibles d'aborder le thème de la mi-

gration dans leurs PND que les pays d'émigration ayant une faible proportion de migrants [1]. Dans l'ensemble, cette étude montre que le thème de la migration joue un rôle secondaire dans la plupart des PND des pays européens et n'est pas abordé dans près de la moitié des documents des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni.

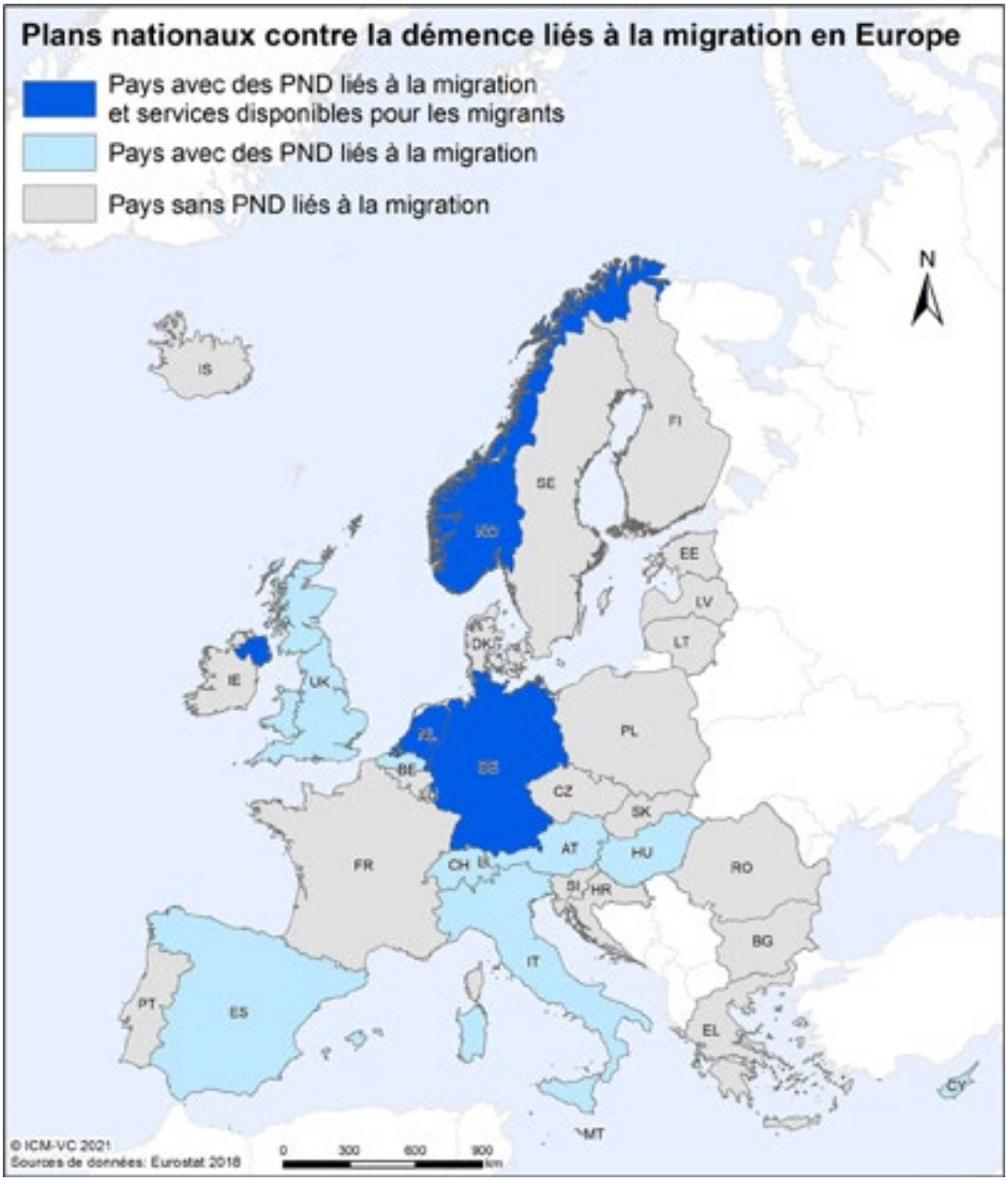


Fig. 3.3.3.1 : Pays de l'UE/EFTA/UK ayant des PND liés à la migration et des services de santé disponibles (au 04 janvier 2021)

3.3.4 Références

1. Schmachtenberg, T., Monsees, J., Hoffmann, W. et al. Comparing national dementia plans and strategies in Europe – is there a focus of care for people with dementia from a migration background?. BMC Public Health 20, 784 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-08938-5
2. Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R: Österreichischer Demenzbericht 2014. In. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium; 2015.
3. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Nationale-Demenzstrategie 2014-2019: Erreichte Resultate 2014-2016 und Prioritäten 2017-2019. In. Bern: Bundesamt für Gesundheit Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; 2016.
4. Scottish Government: Scotland's national dementia strategy 2017-2020. In. Edinburgh: Scottish Government; 2017.
5. Ministry of Health: National Action Plan for the Treatment of Dementia in Cyprus 2012-2017. In.: Ministry of Health 2012.
6. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2020: a More Dementia-friendly Society; 2016.
7. Health & Social Care Board of Northern Ireland: the Dementia Learning and Development Framework. In. Belfast: Health & Social Care Board of Northern Ireland; 2016.
8. Nederland Alzheimer, Vilans: Zorgstandaard Dementie: Steun en zorg. In.: Alzheimer Nederland, Vilans; 2013.
9. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2025; 2020.
10. Ministère de la santé et des sports: Plan de lutte contre la démence 2021; 2030. In. La Haye; 2020.
11. Bundesministerium für Familie S, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit: Nationale Demenzstrategie. In., vol. 1; 2020.

3.4 Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la dé-mence : la migration en ligne de mire

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des lignes directrices nationales en matière de soins et de traitements dans les pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni (statut: juillet 2019). Les résultats concernant l'Europe sont regroupés ici. Les résultats détaillés concernant les lignes directrices des différents pays sont présentés au chapitre 3.7.

3.4.1 Résultats

Il existe des documents au niveau national contenant des recommandations, des lignes directrices ou des politiques concernant la prise en charge des personnes atteintes de démence dans 20 des 27 pays de l'UE (74,07 %), trois des quatre pays de la EFTA et les quatre pays du Royaume-Uni. Ces 27 pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni ont fourni un total de 43 documents. La plupart d'entre elles sont des lignes directrices (n = 30). Seuls trois pays (l'Écosse, la Norvège et la Suisse) disposent de politiques. En outre, sept recommandations d'action et trois rapports/stratégies ont été pris(es) en compte. Huit pays (Grèce, Italie, Croatie, Liechtenstein, Lituanie, Chypre, Slovaquie et Pologne) ne disposent pas de tels documents. Quinze documents provenant de sept pays de l'UE (Belgique/Flandre, Danemark, Allemagne, Irlande, Autriche, Suède et Espagne), de quatre pays du Royaume-Uni (Angleterre, Irlande du Nord, Écosse et Pays de Galles) et de la Norvège, le pays de la EFTA, abordent le thème de la migration. Vingt-huit documents provenant de treize pays de l'UE et de deux pays de la EFTA ne font pas du tout référence à la migration. La Norvège et la Suède ont un chapitre sur la migration (tableau 3). L'Irlande du Nord aborde également ce sujet en détail dans ses lignes directrices. La plupart des autres pays ne se réfèrent que brièvement, par des phrases uniques ou de courtes sections, à des aspects spécifiques de ce sujet. Outre les différences entre les pays, il existe des différences entre les types de documents. Si aucun des trois rapports/stratégies ne fait référence à la migration, deux des sept recommandations, onze des trente lignes directrices et deux des trois politiques y font référence [1].

Tab. 4 : Référence à la migration dans les lignes directrices nationales en matière de soins aux personnes atteintes de démence des pays de l'UE/AELE/UK

Pays	Référence à la migration dans les lignes directrices nationales		Sous-thèmes liés à la migration				
	Référence à la migration	Chapitre sur la migration	Besoins	Diagnostic de démence	Soins	Inégalités en matière de soins	Accès aux services
Norvège	X	X	X	X	X	X	X
Suède	X	X	X	X	X	X	X
Irlande du Nord	X	—	X	X	X	X	X
Espagne	X	—	X	X	X	X	—
Écosse	X	—	X	X	X	X	X
Belgique/ Flandre	X	—	X	—	X	X	X
Angleterre, Pays de Galles	X	—	—	X	X	X	X
Danemark	X	—	X	X	—	—	—
Allemagne	X	—	—	X	—	—	—
Autriche	X	—	—	X	—	—	—
Irlande	X	—	—	X	—	—	—
Bulgarie	—	—	—	—	—	—	—
Estonie	—	—	—	—	—	—	—
Finlande	—	—	—	—	—	—	—
France	—	—	—	—	—	—	—
Islande	—	—	—	—	—	—	—
Lettonie	—	—	—	—	—	—	—
Luxembourg	—	—	—	—	—	—	—
Malte	—	—	—	—	—	—	—
Les Pays-Bas	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	—	—	—	—	—	—	—
Roumanie	—	—	—	—	—	—	—
Suisse	—	—	—	—	—	—	—
Slovénie	—	—	—	—	—	—	—
La République tchèque	—	—	—	—	—	—	—
Hongrie	—	—	—	—	—	—	—

Les pays sont classés en fonction de la portée et de l'éventail thématique de leurs références en matière de migration. Plus les catégories sélectionnées ont été incluses dans le document du pays concerné, plus le pays est classé haut dans le tableau.

			Besoins, services et recommandations d'action liés à la migration			Pays
Utilisation des services formels	**Obstacles aux soins**	**Tests de sélection de l'adéquation**	**Identification des besoins particuliers**	**Services spécifiques disponibles**	**Recommanda-tions d'action**	
X	X	X	X	X	X	Norvège
X	X	X	X	X	X	Suède
X	X	X	X	—	X	Irlande du Nord
X	X	X	X	—	X	Espagne
—	X	—	X	—	X	Écosse
—	X	—	X	—	X	Belgique/ Flandre
—	—	X	—	—	X	Angleterre, Pays de Galles
—	—	X	X	X	—	Danemark
—	X	—	—	—	X	Allemagne
—	—	X	—	—	—	Autriche
—	—	X	—	—	—	Irlande
—	—	—	—	—	—	Bulgarie
—	—	—	—	—	—	Estonie
—	—	—	—	—	—	Finlande
—	—	—	—	—	—	France
—	—	—	—	—	—	Islande
—	—	—	—	—	—	Lettonie
—	—	—	—	—	—	Luxembourg
—	—	—	—	—	—	Malte
—	—	—	—	—	—	Les Pays-Bas
—	—	—	—	—	—	Portugal
—	—	—	—	—	—	Roumanie
—	—	—	—	—	—	Suisse
—	—	—	—	—	—	Slovénie
—	—	—	—	—	—	La République tchèque
—	—	—	—	—	—	Hongrie

Les documents nationaux des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni sur la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence mettent l'accent sur la détection et le diagnostic précoces. Seule la Belgique (Flandre) ne prend pas en compte ce sujet. Le principal problème identifié est que le contexte culturel et les compétences linguistiques acquises des personnes issues de l'immigration peuvent influencer les résultats des tests de diagnostic de la démence. Par conséquent, dans la plupart des pays (9 sur 12), l'accent est mis sur l'adéquation des outils de dépistage cognitif pour les groupes minoritaires. La Norvège, l'Irlande du Nord, l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Espagne signalent que les tests cognitifs standardisés tels que le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) ou le test de l'horloge ne sont pas adaptés aux personnes ayant un contexte linguistique ou culturel différent. L'Irlande et l'Autriche font référence à des tests de dépistage cognitif tels que le « *Screening for Cognitive Impairment in Older Adults* », qui sont moins sujets aux biais linguistiques et culturels. La Norvège, la Suède et le Danemark soulignent la validité de *Rowland Universal Dementia Assessment Scale* (RUDAS) pour les personnes ayant un contexte linguistique ou culturel différent.

Le deuxième thème central est l'existence d'inégalités en matière de soins entre les minorités ethniques et la population majoritaire (dans huit pays sur douze). La Norvège et la Suède notent que les personnes issues de l'immigration utilisent moins de services de soins de santé formels (services de soins de santé primaires, services de soutien communautaire, services de soins hospitaliers). Dans les documents de sept pays, l'accès des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence aux services de santé fait l'objet d'un débat. Certains pays signalent que les personnes issues de l'immigration ou les minorités ethniques ont moins accès aux services de santé, et qu'elles ont moins de chances de bénéficier d'un dépistage précoce et d'un traitement médicamenteux approprié. Six pays signalent des obstacles à la prise en charge tels que les stéréotypes ou les barrières linguistiques, culturelles et ethniques. En conséquence, les personnes issues de l'immigration sont mentionnées par plusieurs pays comme groupe à risque de sous-diagnostic et de moindre recours aux soins. Sept pays identifient les besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration. Ils font référence à une perspective différente de la démence, à des préférences différentes en matière de soins et à d'autres idéaux, idées et souhaits concernant l'information et l'autodétermination.

Neuf pays fournissent des recommandations pour la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. La Norvège, la Suède, l'Allemagne, l'Angleterre et le Pays de Galles recommandent de tenir compte du contexte linguistique et culturel des personnes lors du choix des procédures de test de diagnostic. La Norvège, la Suède, l'Irlande du Nord et l'Espagne recommandent que les prestataires de soins offrent un soutien spécialisé et des informations adaptées aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et à leurs proches issus de minorités ethniques, pour ce qui est de leurs besoins en termes culturels, religieux et linguistiques. La Norvège, l'Irlande du Nord et l'Espagne notent que des informations dans la langue de prédilection et un interprète indépendant devraient être proposés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et à leurs aidants en cas de barrières linguistiques [19]. Actuellement, seuls la Norvège, la Suède et le Danemark disposent de services de soins spécialisés au niveau national pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence (figure 3.4.1.1). La Norvège a publié des documents d'information sur la démence en quatre langues

différentes (norvégien, anglais, polonais et urdu) ainsi qu'une brochure contenant des informations sur les droits, les exigences et les lignes directrices concernant la fourniture et l'utilisation de services d'interprétation professionnels [2]. La Suède a adapté le RUDAS aux personnes ayant des origines linguistiques et culturelles différentes et a développé un programme de formation pour les professionnels de la santé concernant l'application de cet outil [3]. Le Danemark a validé RUDAS pour les personnes handicapées [4]. La Suède, le Danemark, l'Angleterre, le Pays de Galles et la Belgique/Flandre suivent un modèle de soins inclusifs. Ils adaptent les services généraux du système de soins de santé aux personnes ayant des antécédents linguistiques ou culturels différents. L'Irlande du Nord recommande aux prestataires de soins de santé de développer des services spécialisés pour les minorités ethniques [5]. La directive norvégienne poursuit une stratégie de soins ségrégatifs avec des services spécialisés pour l'évaluation cognitive, le diagnostic de la démence et le suivi, tandis que le traitement et les soins ultérieurs sont fournis dans le cadre des soins médicaux généraux [2]. Un autre résultat crucial de cette analyse est la dénomination différente des personnes considérées comme des personnes issues de l'immigration, qui est la suivante : Norvège : immigrés, personnes issues de minorités [2] : Royaume-Uni : personnes issues de groupes ethniques minoritaires [5, 6] ; Belgique/Flandre : personnes issues de l'immigration [7, 8] ; Espagne : personnes issues de groupes culturels ou religieux différents [9] ; Suède : personnes issues de groupes culturels ou linguistiques différents [10], personnes nées à l'étranger [3]. L'hétérogénéité de l'utilisation des termes relatifs aux migrants et les différentes définitions de ces termes en Europe sont susceptibles d'avoir un impact sur l'importance attribuée à la migration en matière de démence. Tout comme l'étude des PND, cette analyse montre que la migration joue un rôle secondaire dans les documents nationaux portant sur la prise en charge de la démence. Dans certains pays, il existe des modèles de bonnes pratiques, mais dans l'ensemble de l'Europe, les services de soins destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence présentent des lacunes importantes.

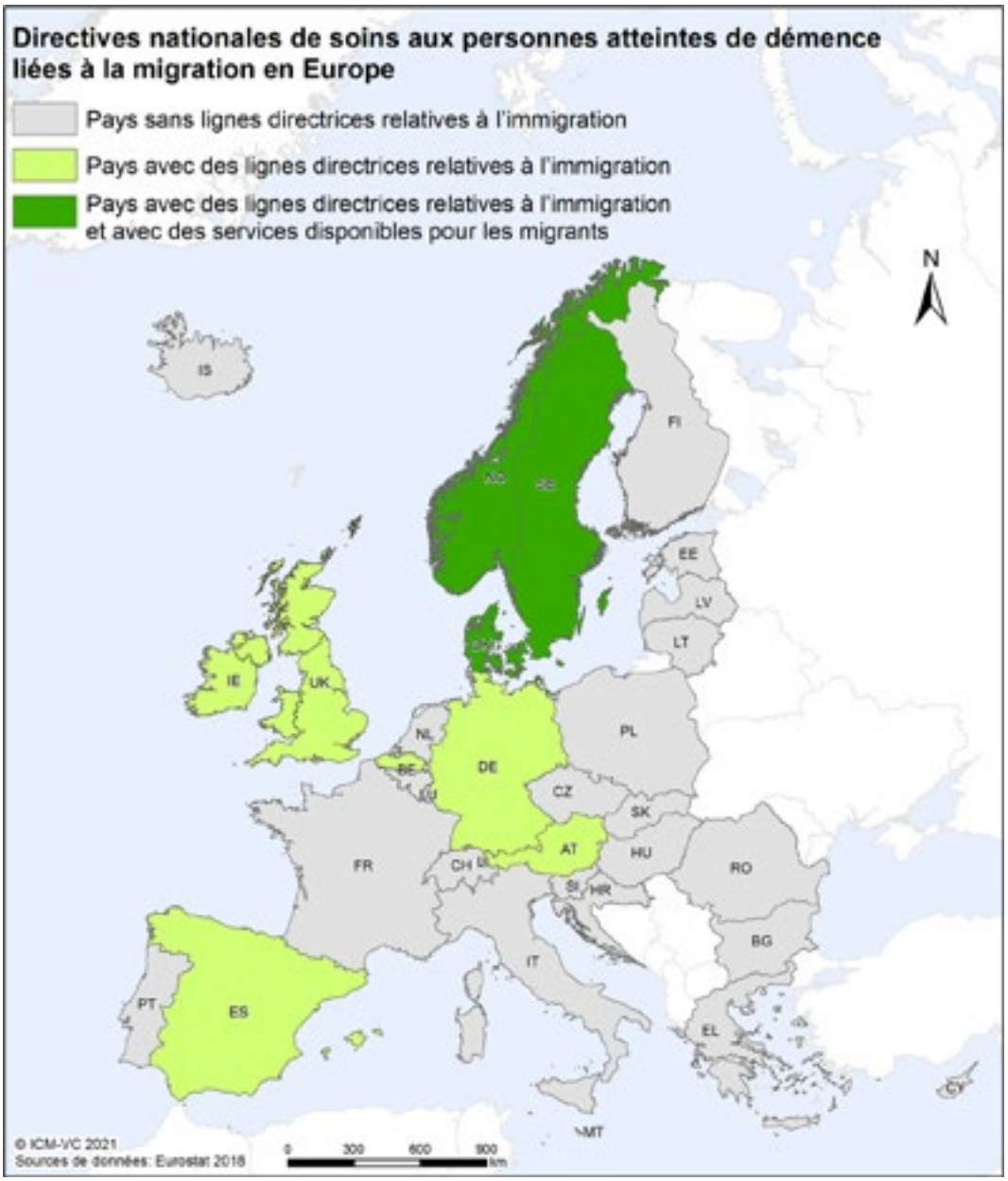


Fig. 3.4.1.1 : Pays de l'UE/EFTA/Royaume-Uni disposant de lignes directrices nationales de prise en charge de la démence liées à la migration et de services de soins de santé disponibles (au 11/07/2019)

3.4.2 Références

1. Schmachtenberg, T., Monsees, J., Hoffmann, W. et al. How is migration background considered in the treatment and care of people? A comparison of national dementia care guidelines in Europe. BMC Public Health 20, 1555 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-09668-4
2. Helsedirektoratet : Nasjonal faglig retningslinje om demens ; 2017.
3. Socialstyrelsen : Vård och omsorg vid demenssjukdom : Sammanfattning med förbättringsområden ; 2018.
4. Sundhedsstyrelsen : National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Demens ; 2013.
5. National Collaborating Center for Mental Health : Dementia : A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Leicester UK : The British Psychological Society and Gaskell ; 2007.
6. National Institute for Health and Care Excellence : Dementia : Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In. 97 edn. London : National Institute for Health and Care Excellence ; 2018.
7. Constant O, Lamers H, Steyaert J, Verschraegen J, Dely H : Memorandum 2019. In. Antwerpen : Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Alzheimer Liga Vlaanderen ; 2018.
8. Dely H, Verschraegen J, Steyaert J : You and me, together we are human : A reference framework for quality of life, housing and care for people with dementia. Antwerpen, Belgique : European Patent Office publishing company ; 2018.
9. Ministry of Health Social services and Equality : Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Édité par Ministry of Science and Innovation Spain ; 2010.
10. Socialstyrelsen : Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom : Stöd för styrning och ledning : Socialstyrelsens publikationsservice 2017.

3.5 Conclusions sur les documents nationaux relatifs à la démence : la migration en ligne de mire

Trente et un des 35 pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni disposent de PND, de lignes directrices nationales de traitement, de lignes directrices nationales de soins ou de documents nationaux contenant des recommandations pour la prise en charge des personnes atteintes de démence. Seules la Croatie, la Lituanie, la Pologne et la Slovaquie n'ont pas publié un tel document (PND : à partir de janvier 2021, lignes directrices : juillet 2019). Vingt et un pays européens (60 %) disposent à la fois de PND et de documents nationaux contenant des lignes directrices, des politiques ou des recommandations sur les soins aux personnes atteintes de démence. Dix-sept des 31 pays (55 %) font référence au thème de la migration dans leurs plans de lutte contre la démence ou leurs lignes directrices nationales en matière de soins. Quatre de ces 31 pays (Autriche, Allemagne, Norvège et Suède) disposent d'un chapitre ou d'un sous-chapitre distinct sur les soins aux personnes atteintes de démence. Treize pays font référence dans leurs documents à des mesures prévues ou formulent des recommandations à l'intention des prestataires de soins afin d'améliorer la situation en matière de soins aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Des mesures déjà mises en œuvre ou des services actuellement disponibles pour ce groupe de population sont mentionnés dans des documents provenant de 6 pays différents (Danemark, Allemagne, Irlande du Nord, Norvège, Suède et Pays-Bas). Neuf des 35 pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni (26 %) disposent de PND et de documents contenant des politiques nationales, des lignes directrices ou des recommandations en matière de migration. La Norvège est le seul pays à faire référence à des mesures déjà mises en œuvre et/ou à des services de santé actuellement disponibles pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, à la fois dans son PND et dans ses lignes directrices professionnelles nationales sur la démence.
Au total, 90 documents sur la prise en charge des personnes atteintes de démence ont été pris en compte dans cette analyse, dont 38 contiennent des références à la migration (34 %). Bien que la proportion de PND ait légèrement augmenté en raison de l'intégration des documents publiés en 2019 et 2020 dans le corpus de cette étude, la migration reste un sujet mineur tant sur les plans, stratégies et lignes directrices à l'échelle nationale, pour la prise en charge des personnes atteintes de démence dans la plupart des pays européens.

3.6 Situation en matière de soins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et services de santé disponibles

La réalisation d'entretiens avec des experts est un bon moyen d'obtenir des informations pratiques de première main sur un domaine, ce qui fait de ces entretiens une source d'information précieuse pour cet atlas. Les experts ont parlé de la situation réelle des soins de santé pour les personnes atteintes de démence dans différents pays. Des entretiens et des discussions ont pu être menés avec 25 experts pour un total de 17 pays. Ces pays étaient : l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Liechtenstein, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie, la Suède et l'Angleterre. Lors de ces entretiens, différents aspects de la démence chez les personnes issues de l'immigration ont été abordés, tels que la démence et la migration, l'intégration dans le système de santé, la diffusion et l'accès à l'information, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux.

Bien que, naturellement, toutes les parties des entretiens aient été pertinentes, importantes et intéressantes, les paragraphes suivants en soulignent certains des points les plus remarquables.

3.6.1 Aspects généraux sur les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Tout d'abord, les experts interrogés ont été invités à répondre à quelques questions générales sur la démence et la migration afin de pouvoir évaluer l'importance sociétale et la pertinence de la politique de santé du sujet dans le pays respectif et de déterminer la priorité qu'il revêt dans les systèmes de santé nationaux ainsi que parmi les planificateurs de soins et les prestataires de services régionaux. En outre, les auteurs de cet atlas ont voulu savoir dans quelle mesure les personnes issues de l'immigration dans leur ensemble ou les groupes de migrants individuels sont identifiés par le système de santé comme des groupes vulnérables en termes de soins de santé, et si les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont traitées comme un groupe ayant des besoins spécifiques dans ce domaine. Ces questions étaient d'une importance fondamentale pour les auteurs, car l'identification des besoins spécifiques d'un groupe ou d'une population est la base du développement de services spécialisés.

Fig. 3.6.1.1 : Importance de la démence et de la migration

La figure 3.6.1.1 montre que, selon les entretiens avec les experts, seul un pays (l'Autriche) considère la démence et la migration comme une préoccupation sérieuse au niveau national, les autres pays n'accordant aucune importance à ce sujet. La moitié des réponses restantes se répartissent entre les catégories «partiellement important» et «plutôt sans importance/peu important». Alors que les experts nationaux déclarent que le sujet n'est pas considéré comme important par le système de santé en Belgique et en Grèce, il est perçu comme plutôt insignifiant en Finlande, en Irlande, au Liechtenstein, au Luxembourg, en Norvège et en Roumanie.

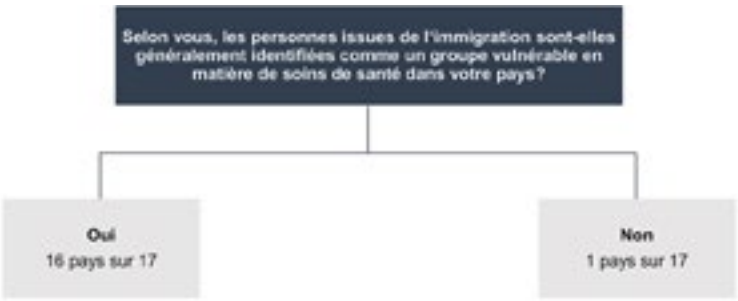


Fig. 3.6.1.2 : Les personnes issues de l'immigration, un groupe vulnérable en matière de soins de santé

Simultanément, selon les déclarations des experts, les personnes issues de l'immigration (indépendamment de la démence) sont identifiées comme un groupe vulnérable en matière de soins de santé dans tous les pays, à l'exception de la Grèce (figure 3.6.1.2). En effet, la Grèce ne définit pas les personnes vulnérables en fonction de leur lieu de naissance, mais plutôt en fonction de leur âge et de leurs besoins particuliers.

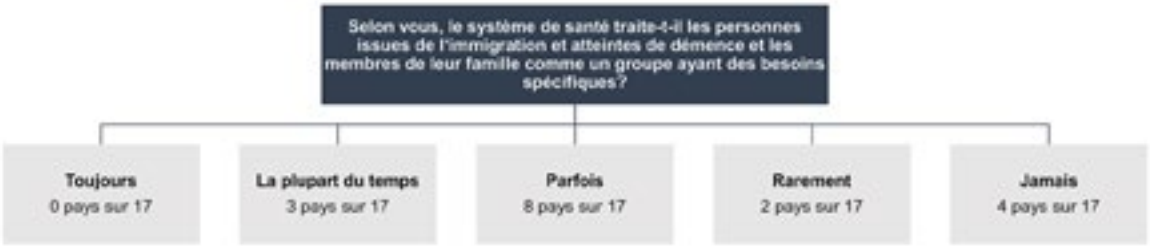


Fig. 3.6.1.3 : Les personnes atteintes de démence en tant que groupe ayant des besoins spécifiques en matière de soins de santé

En ce qui concerne les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, le tableau est encore une fois différent (figure 3.6.1.3). D'après les entretiens avec les experts, il y a deux fois plus de pays dont les systèmes de santé ne traitent jamais (Belgique, Irlande, Italie, Roumanie) ou rarement (Grèce, Royaume-Uni) les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et les membres de leur famille en tant que groupe ayant des besoins spécifiques, que de pays dont les systèmes de santé le font toujours (aucun pays) ou le plus souvent (Autriche, Bulgarie, Finlande). Près de la moitié des pays ont un système de santé qui ne traite pas toujours les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence comme un groupe ayant des besoins particuliers.

3.6.2 Soins

Les questions relatives à la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence portaient principalement sur la disponibilité et l'adéquation des services de soins formels. En ce qui concerne la question de la répartition des services de soins, une distinction a été faite entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

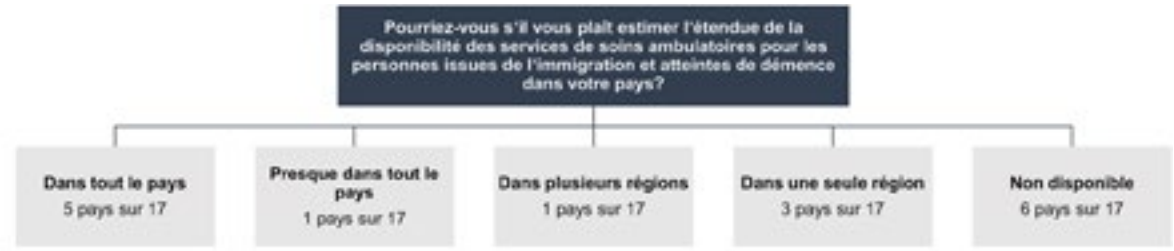


Fig. 3.6.2.1 : Disponibilité de services de soins ambulatoires pour les personnes issues de l'immigration

Comme le montre la figure 3.6.2.1, les entretiens avec les experts ont révélé qu'un peu plus d'un tiers (n = 6) des pays avait généré une couverture nationale (Finlande, Liechtenstein, Luxembourg, Norvège, Royaume-Uni) ou presque nationale (Bulgarie) des services spécialisés dans les soins ambulatoires pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. En revanche, plus d'un tiers des pays, dont la Belgique, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Portugal et la Roumanie, ne proposent pas de tels services. Aux Pays-Bas, ces services sont présents dans plusieurs régions, tandis qu'en Autriche, au Danemark et en Allemagne, ils ne sont disponibles que dans une seule région.

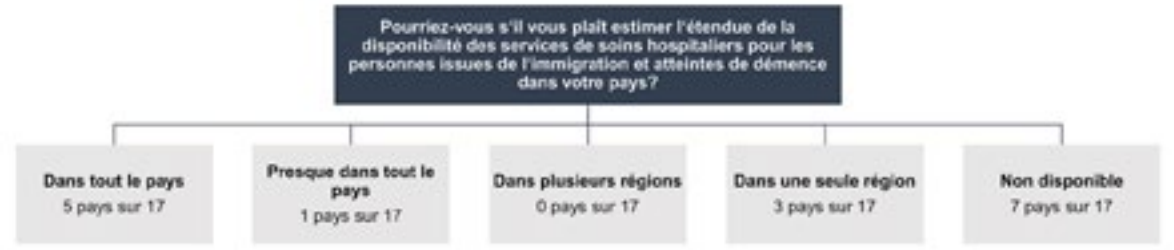
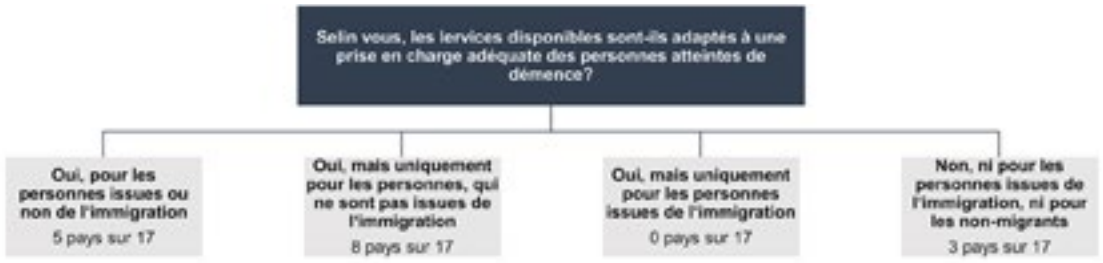


Fig. 3.6.2.2 : Disponibilité de services de soins hospitaliers pour les personnes issues de l'immigration

En ce qui concerne les soins hospitaliers, la situation est la même que pour les soins ambulatoires, à deux exceptions près (voir figure 3.6.2.2) : 1. Aux Pays-Bas, les services spécialisés dans les soins hospitaliers pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne sont disponibles que dans quelques régions. 2. Le Danemark ne propose pas de services spécialisés dans les soins hospitaliers pour cette population. Ainsi, en termes de soins hospitaliers, les entretiens avec les experts montrent que dans 10 des 17 pays, les services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne sont disponibles que dans certaines régions (n = 3) ou ne sont pas disponibles du tout. Comme dans le cas des soins ambulatoires, les experts de la Finlande, du Liechtenstein, du Luxembourg, de la Norvège et du Royaume-Uni font également référence à une disponibilité de services de soins hospitaliers à l'échelle nationale pour les personnes atteintes de démence. L'experte de la Suède a souligné que tant pour les soins ambulatoires que pour les soins hospitaliers, tout le monde en Suède a les mêmes droits aux soins et à l'assistance. Cependant, les différences linguistiques, culturelles et éducatives, associées à un manque d'adaptation des soins de santé, font que les personnes issues de l'immigration ont moins de possibilités d'utiliser les structures de soins existantes.



.Fig. 3.6.2.3 : Adéquation des services existants pour une prise en charge adéquate des personnes atteintes de démence

L'évaluation des entretiens avec les experts a montré que dans moins d'un tiers des pays, les services de soins existants étaient adaptés aux personnes atteintes de démence, qu'elles soient issues ou non de l'immigration. Selon les experts interrogés, ce n'est le cas qu'en Autriche, en Bulgarie, au Liechtenstein, au Luxembourg et aux Pays-Bas, l'expert néerlandais ajoutant que les services spécifiques à la démence existants sont plus adaptés aux non-migrants. L'experte autrichienne a toutefois souligné que les services de soins disponibles étaient loin d'être suffisants pour répondre à la demande actuelle. Selon l'avis des experts, dans près de la moitié des pays (n = 8), les services de soins spécifiques à la démence existants ne conviennent qu'aux non-migrants, et dans trois pays (Allemagne, Irlande, Royaume-Uni), ils ne conviennent ni aux personnes issues de l'immigration ni aux non-migrants. Les expertes portugaises ont indiqué qu'il existe des services suffisamment efficaces, mais que tout le monde ne peut pas y accéder facilement.

3.6.3 Intégration et fourniture d'informations aux personnes issues de l'immigration (et atteintes de démence)

Dans cette catégorie, les experts ont été interrogés sur le degré d'intégration des personnes atteintes de démence, des personnes issues de l'immigration et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en matière de soins de santé. C'est le cas, par exemple, lorsque ces groupes participent aux structures et services de soins actuels ou lorsqu'ils sont aussi activement impliqués, par exemple, dans le développement, l'évaluation et l'amélioration des services de soins.

Fig. 3.6.3.1 : Intégration des personnes atteintes de démence dans les soins de santé

La figure 3.6.3.1 montre que, de l'avis des experts, dans aucun pays les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne sont complètement ou presque complètement intégrées au système de santé. Dans près de deux tiers (n = 11) des pays, cette population n'est que faiblement (Bulgarie, Italie, Liechtenstein, Norvège, Portugal) ou pas du

tout (Autriche, Belgique, Allemagne, Grèce, Irlande, Roumanie) prise en charge par le système de santé. Au Danemark, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni, les experts ont jugé que le niveau de prise en compte des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence n'était que partiel. Les informations sur cet aspect n'étaient pas disponibles concernant la Finlande.

3.6.4 Soins professionnels

Dans cette section, les experts ont été invités, entre autres, à évaluer la proportion de soignants professionnels issus de l'immigration dans les soins ambulatoires et hospitaliers et à déterminer si les besoins en soins adaptés à la diversité culturelle pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence étaient satisfaits par des professionnels suffisamment qualifiés.

Fig. 3.6.4.1 : Proportion de personnes issues de l'immigration dans les soins ambulatoires (en tant que personnel de santé)

En termes de soins ambulatoires (figure 3.6.4.1), les experts de près de la moitié des pays (n = 8) ont estimé que la proportion de soignants professionnels issus de l'immigration était très élevée (Italie, Liechtenstein, Irlande) ou élevée (Autriche, Danemark, Grèce, Norvège, Suède). L'expert italien a même décrit la proportion de migrants dans ce domaine comme extrêmement élevée et a estimé que la majorité des personnes italiennes et atteintes de démence avaient un soignant professionnel issu de l'immigration. Moins d'un quart des pays (Bulgarie, Luxembourg, Portugal, Roumanie) ont une faible proportion de soignants professionnels issus de l'immigration dans le domaine des soins ambulatoires, selon l'évaluation des entretiens. Les experts de Belgique et du Royaume-Uni n'ont pas donné de réponse pouvant être attribuée à l'une de ces catégories. Ces experts ont indiqué que la proportion de migrants parmi les professionnels de la santé était élevée dans les grandes villes (par exemple à Londres et à Birmingham) et beaucoup plus faible dans les zones rurales.

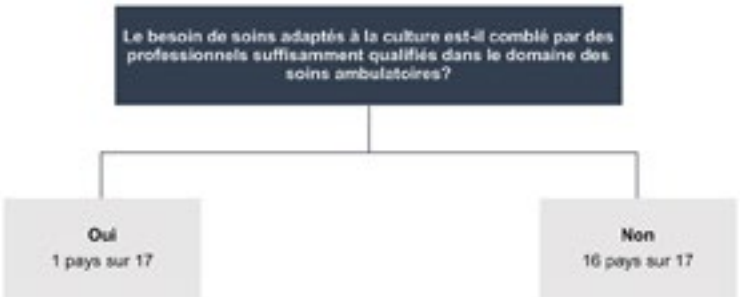


Fig. 3.6.4.2 : Nécessité d'une prise en charge adaptée à la culture dans le cadre des soins ambulatoires

Selon les entretiens avec les experts, les besoins de soins ambulatoires adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne sont pas satisfaits par des professionnels suffisamment qualifiés, sauf aux Pays-Bas (figure 3.6.4.2).

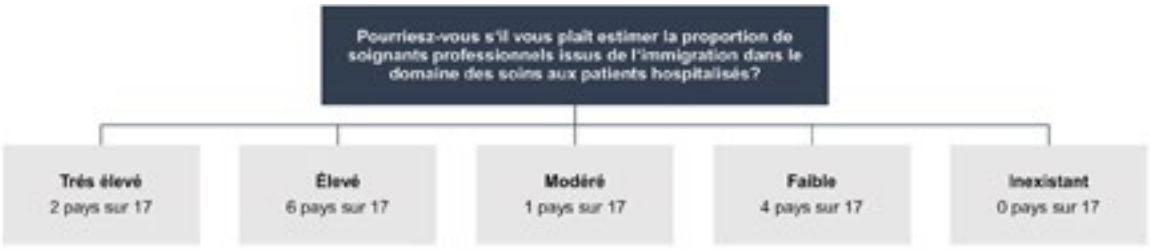


Fig. 3.6.4.3 : Proportion de personnes issues de l'immigration en matière de soins hospitaliers (en tant que personnel de santé)

En ce qui concerne les soins hospitaliers (figure 3.6.4.3), dans près de la moitié (n = 8) des pays considérés, la proportion d'aidants professionnels issus de l'immigration est également estimée par les experts comme étant très élevée (Irlande et Liechtenstein) ou élevée (Autriche, Danemark, Allemagne, Italie, Norvège, Suède), et faible dans les quatre mêmes pays (Bulgarie, Luxembourg, Portugal, Roumanie) qui ont été mentionnés pour les soins ambulatoires. Au niveau des différents pays, il existe toutefois quelques différences mineures par rapport aux soins ambulatoires. L'expert italien, par exemple, estime que la proportion de migrants hospitalisés n'est pas extrêmement élevée, mais qu'elle reste haute. La situation est inversée en Allemagne, où la proportion de soignants professionnels issus de l'immigration est plus élevée en soins hospitaliers qu'en soins ambulatoires (modérée). En outre, les expertes de Finlande et de Grèce n'ont pas pu répondre à cette question. Les réponses des experts de Belgique et du Royaume-Uni n'ont pas pu être affectées à l'une quelconque des catégories énumérées, tout comme dans le cas des soins ambulatoires.

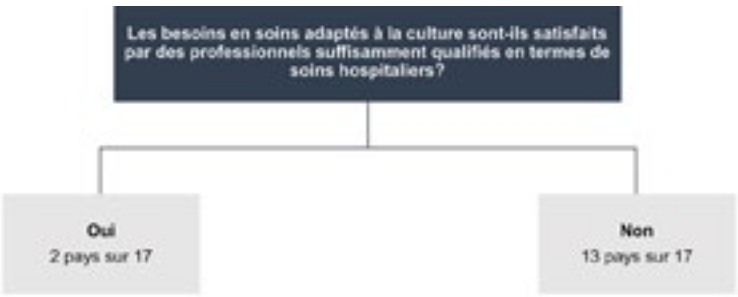


Fig. 3.6.4.4 : Nécessité d'une prise en charge adaptée à la culture des patients hospitalisés

Sur la base des entretiens, on observe que, comme pour les soins ambulatoires, il y a un manque de professionnels suffisamment qualifiés pour fournir des soins hospitaliers culturellement adaptés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les Pays-Bas faisant à nouveau exception avec le Liechtenstein (figure 3.6.4.4). Il convient de noter que le Liechtenstein a fait défaut à cet égard en ce qui concerne les soins ambula-

toires, mais a été évalué positivement pour les soins hospitaliers. Les expertes de Finlande et de Grèce n'ont pas répondu à cette question.

3.6.5 Soutien aux aidants familiaux

La dernière partie des entretiens a porté sur l'importante question du soutien aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les experts ont été interrogés sur la nécessité de disposer d'informations spécifiques et de services de soutien formels pour les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et sur les différences actuelles dans la fourniture d'informations et de services de soutien aux aidants familiaux de personnes atteintes de démence issues ou non de l'immigration.

Fig. 3.6.5.1 : Différences dans l'information et les services destinés aux aidants familiaux

L'évaluation des entretiens a montré que dans huit pays, il existait des différences majeures (Allemagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal) ou plutôt majeures (Norvège, Suède, Royaume-Uni) et que dans huit des neuf autres pays, il n'y avait pas de différences dans l'offre d'informations et de services aux aidants familiaux de personnes atteintes de démence issues ou non de l'immigration. Seul le Liechtenstein affiche des différences jugées modérées (figure 3.6.5.1). Cet écart important s'explique principalement par les interprétations différentes des experts. Ceux qui ont déclaré qu'il n'y avait pas de différences dans leur pays ont expliqué leur réponse en faisant référence à l'égalité des droits existants en matière de soins (Bulgarie) ou à l'égalité de l'offre d'informations ou de services de soutien (Autriche, Danemark, Finlande, Irlande, Luxembourg). Les expertes belges ont explicitement souligné qu'il n'y avait pas de différences en raison de l'absence de services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs proches. Avec la même argumentation, les expertes de Grèce et du Portugal, par exemple, ont justifié leur réponse en affirmant que les différences dans leur pays étaient importantes. Outre le manque de services spécialisés pour les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les expertes norvégiennes et allemande ont également déclaré que, souvent, aucun instrument ou canal médiatique adapté à la culture n'était utilisé pour communiquer les informations multilingues qui sont déjà disponibles dans certains cas. Dans l'ensemble, presque tous les experts ont déclaré qu'il existait de nettes différences entre les personnes issues de l'immigration et les non-migrants dans l'utilisation que les aidants familiaux faisaient des services d'information et de soutien.

3.6.6 Conclusions

L'évaluation des entretiens a montré que la société, la politique de soins et la science accordaient très peu d'attention à la démence et aux mouvements migratoires. Selon les experts interrogés, ce sujet n'est pas jugé important dans les systèmes de santé des

pays pris en compte dans cette étude. Par conséquent, dans la plupart des pays, les experts ont constaté qu'il n'existait pas de services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ou que ces services n'existaient que dans certaines régions. D'après les évaluations des experts, dans environ deux tiers des pays, les services de soins spécifiques à la démence actuellement en place ne sont pas adaptés à la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. En outre, dans presque tous les pays, les professionnels suffisamment qualifiés ne répondent pas aux besoins existants en matière de soins adaptés à la diversité culturelle. En outre, les experts ont déclaré que les aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence avaient beaucoup moins souvent recours au soutien formel. La plupart des experts estiment que cela est dû à l'absence de services spécialisés leur apportant soutien et information. Ce manque de services est particulièrement problématique, car dans 14 des 17 pays, il existe, selon les experts, un besoin très élevé (n = 10) ou élevé (n = 4) de ces services spécialisés. Seuls l'expert de la Roumanie et l'une des deux expertes de la Bulgarie ont estimé que les besoins étaient faibles. En plus de ces grandes lacunes en matière de soins, quelques exemples de bonnes pratiques de soins ont pu être identifiés dans cette étude. Aux Pays-Bas, par exemple, il existe des modèles de soins adaptés à la diversité culturelle et de prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans diverses régions ou villes. Outre certains défis, la proportion relativement élevée de migrants parmi les professionnels des soins ambulatoires et hospitaliers dans de nombreux pays européens offre également un grand potentiel concernant les soins futurs des personnes issues de l'immigration et atteintes de pathologies.

3.7 Profils des pays

< retour au sommaire

Allemagne

Population
83 167 000 (2020)

Superficie
357 581 km^2

Capitale
Berlin

Trois plus grandes villes
Berlin (3 669 000)
Hambourg (1 847 000)
Munich (1 484 000)

Pays voisins
Autriche, Belgique, Danemark, France, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, La République tchèque, Suisse

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Plusieurs processus fondamentaux peuvent être identifiés dans l'histoire des migrations en Allemagne aux XIXe et XXe, et au début du XXIe siècle. Du début du XIXe siècle jusqu'à 1890 environ, les flux d'émigration transatlantique de personnes originaires d'Allemagne ont dominé [1]. Entre 1820 et 1920, environ six millions de personnes ont émigré d'Allemagne en raison des guerres et des famines (notamment vers l'Amérique du Nord) [2, 3]. Le succès économique de l'Empire allemand après 1890 a conduit à l'immigration d'un plus grand nombre de personnes qu'à leur émigration [2]. La plupart des étrangers venaient d'Autriche, des États du BENELUX (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg), de la Fédération de Russie et d'Italie. Les deux guerres mondiales du XXe siècle et leurs conséquences politiques ont entraîné une augmentation considérable des migrations forcées [1]. Pendant le national-socialisme, de nombreux étrangers ont été expulsés, exécutés dans des camps de concentration et employés au travail forcé [2]. Globalement, l'Allemagne a été un centre de migration forcée en Europe pendant et après les deux guerres mondiales [1]. Surtout après la Seconde Guerre mondiale, il y a eu un grand groupe d'expulsés et de réfugiés [2]. À partir du milieu du XXe siècle, une nouvelle politique migratoire a été mise en place dans l'État de droit et l'État-providence. Entre 1955 et 1973, les travailleurs étrangers ont été recrutés avec le soutien d'accords intergouvernementaux, et le statut de résident de ces travailleurs a été progressivement consolidé au fur et à mesure que la durée de leur séjour augmentait [1]. Grâce aux accords de recrutement et à l'essor économique, environ un million de ces travailleurs dits « invités » sont venus en Allemagne entre 1959 et 1964. Les pays d'origine de ces migrants étaient l'Italie, la Grèce, l'Espagne, la Turquie, le Maroc, le Portugal, la Tunisie et la Yougoslavie. Après le déclin de l'immigration dans les années 1980, des évènements tels que l'effondrement de l'Union soviétique ont entraîné une forte augmentation des taux d'immigration dans les années 1990 [2]. La migration est-ouest, qui avait été sévèrement limitée pendant la guerre froide, est devenue beaucoup plus importante [1]. Des mesures telles que l'introduction de la double citoyenneté en 2000 et la loi sur l'immigration de 2005, ainsi que des évènements tels que le chômage élevé des jeunes en Europe du Sud et le conflit syrien, ont entraîné une nouvelle augmentation de la population migrante [2]. En 2005, la proportion de migrants dans la population totale était de 17,9 % [4]. En 2017, ce chiffre est passé à 23,6 %, soit l'équivalent de 19,3 millions de personnes [5]. Les groupes de migrants les plus importants sont les personnes originaires de Turquie (2,8 millions), de Pologne (2,1 millions), de la Fédération de Russie (1,4 million) et du Kazakhstan (1,2 million) [6]. Entre 1990 et 2019, la population de migrants (née à l'étranger) et sa proportion dans la population totale ont plus que doublé (5,9 millions [7,5 %] à 13,1 millions [15,7 %]) [7]. En 2020, le taux de migration nette sera de 6,6 [8]. Globalement, l'Allemagne est passée d'un pays d'émigration à un pays d'immigration.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

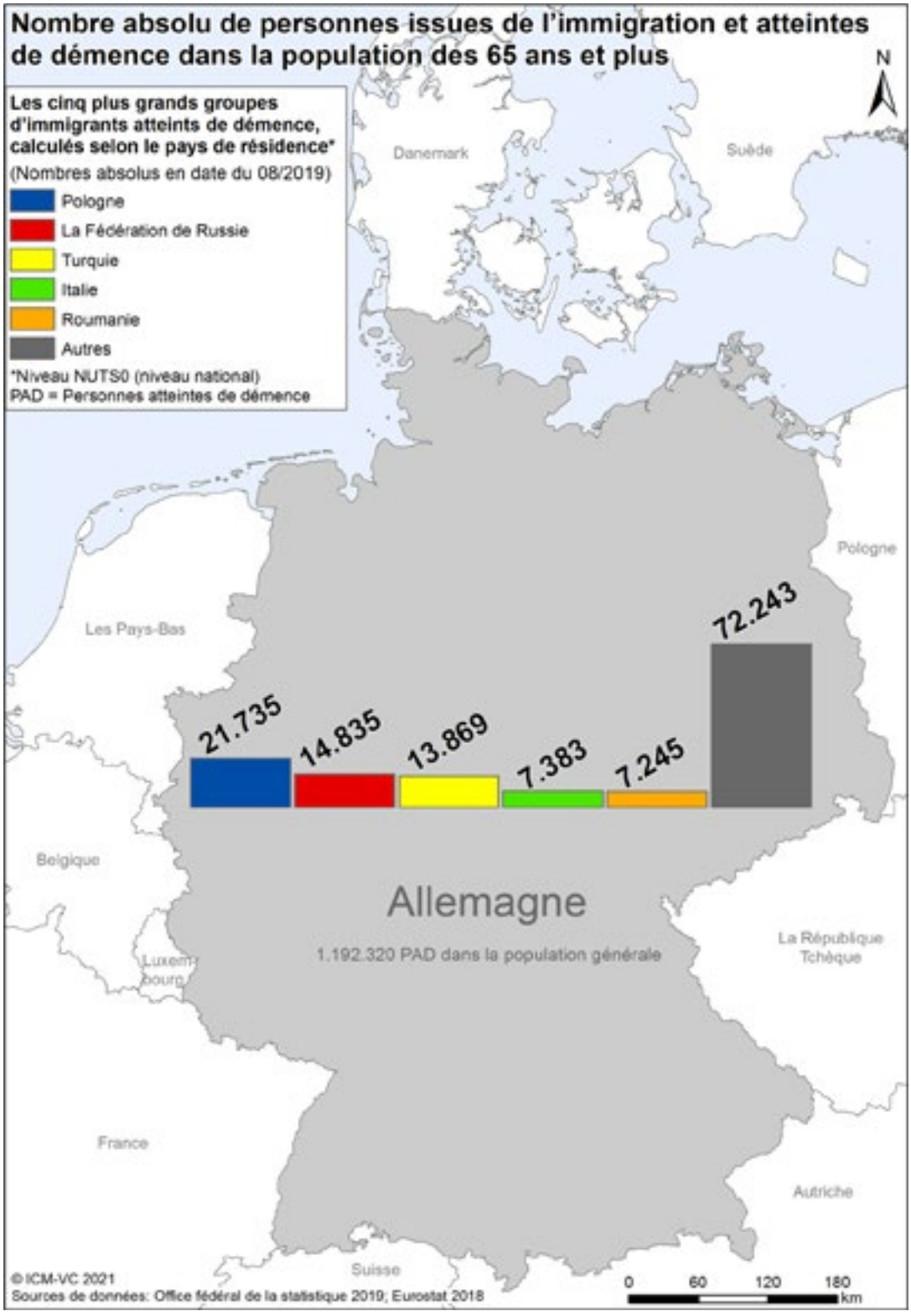


Fig. 3.7.1.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration, atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Allemagne - Nation)

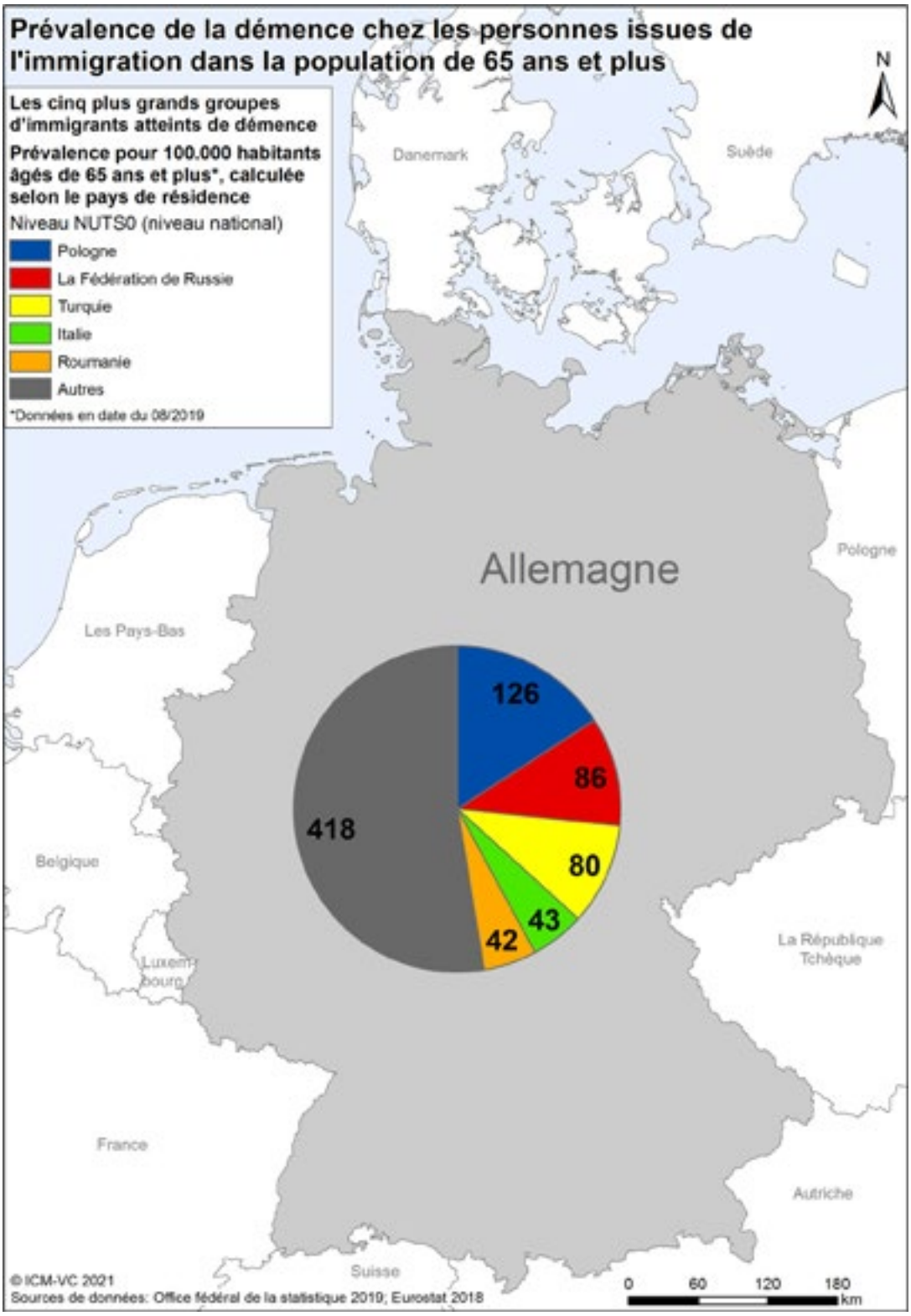


Fig. 3.7.1.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Allemagne – Nation)

Tableau 5 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Allemagne – Nation)

NUTS	Total	DE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Allemagne	1.192.320	1.055.010	PL 21.735	RU 14.835	TR 13.869	IT 7.383	RO 7.245	72.243
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Allemagne	5.992	-	PL 109	RU 75	TR 70	IT 37	RO 36	363
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Allemagne	6.900	6.105	PL 126	RU 86	TR 80	IT 43	RO 42	418

Source des données : Statistisches Bundesamt (2019)

Il y a 1 990 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 137 300 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.1.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Pologne (environ 21 700), de la Fédération de Russie (environ 14 800), de la Turquie (environ 13 900), de l'Italie (environ 7 400) et de la Roumanie (environ 7 300). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Allemagne pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.1.2). Le tableau 5 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants et des personnes issues de l'immigration atteints de démence originaires de Pologne, de la Fédération de Russie, de Turquie, d'Italie et de Roumanie dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS1 (figures 3.7.1.3 – 3.7.1.8).

Fig. 3.7.1.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Pologne (Allemagne – NUTS1)

Fig. 3.7.1.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : La Fédération de Russie (Allemagne – NUTS1)

Fig. 3.7.1.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Turquie (Allemagne – NUTS1)

Fig. 3.7.1.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Italie (Allemagne – NUTS1)

Fig. 3.7.1.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Roumanie (Allemagne – NUTS1)

Fig. 3.7.1.8 : Nombre absolut de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Allemagne (Allemagne - NUTS1)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS1. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS1 (figure 3.7.1.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS-1 (figure 3.7.1.10). Les valeurs du niveau NUTS1 se trouvent dans le tableau 6 [9-11].

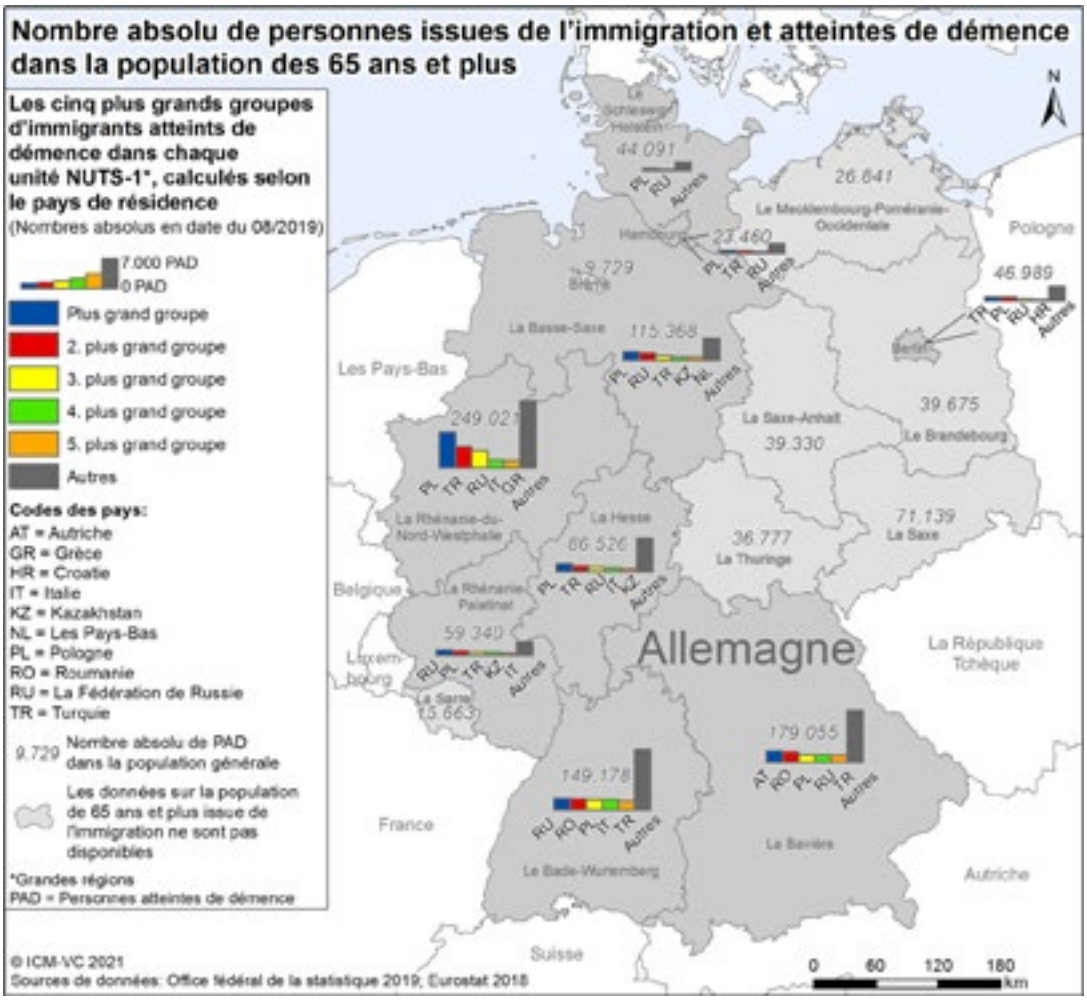


Fig. 3.7.1.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Allemagne – NUTS1)

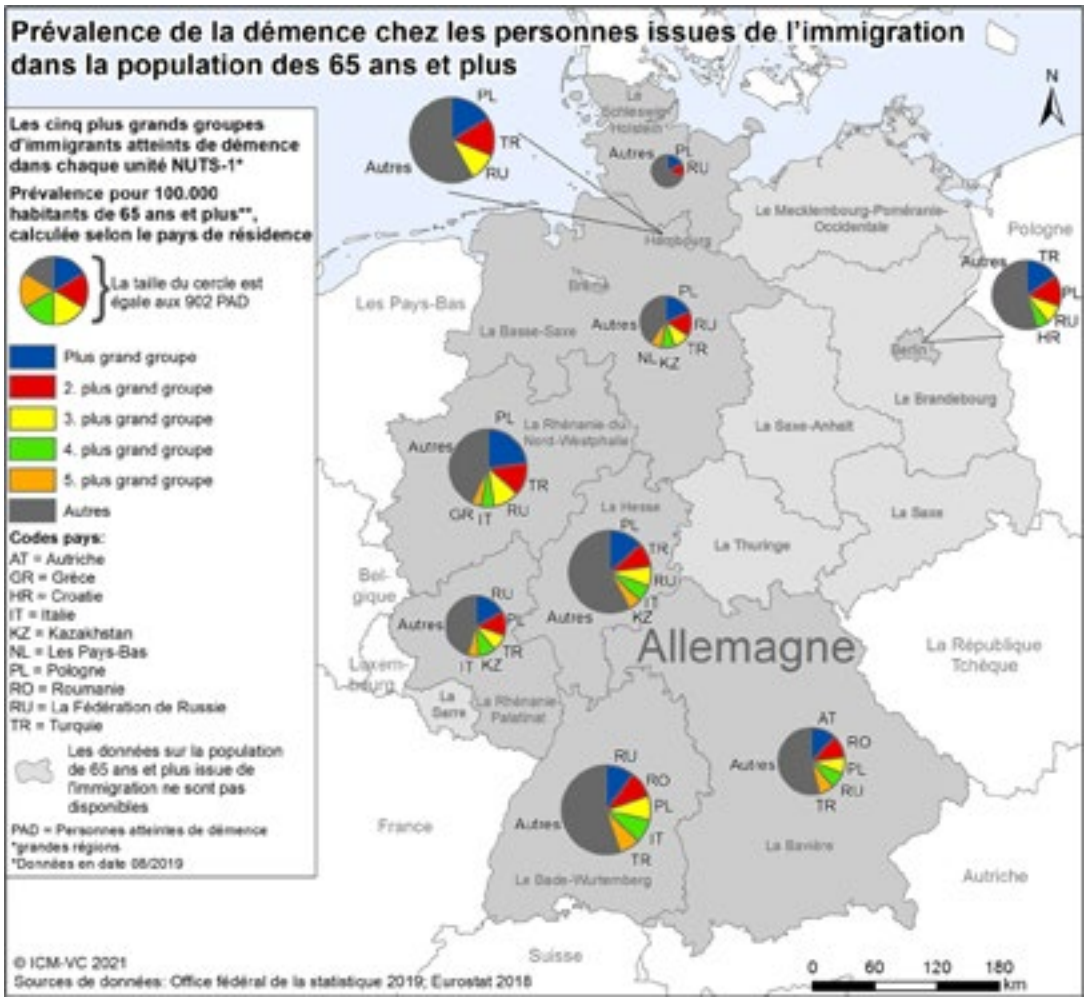


Fig. 3.7.1.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Allemagne – NUTS1)

Tableau 6: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Allemagne- NUTS 1)

NUTS	Total	DE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Le Bade-Wurtemberg	149.178	123.786	RU 2.553	RO 2.484	PL 2.208	IT 2.208	TR 1.932	14.007
La Bavière	179.055	156.285	AT 2.691	RO 2.553	PL 1.794	RU 1.794	TR 1.725	12.213

NUTS	Total	DE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Berlin	46.989	40.848	TR 966	PL 897	RU 552	HR 345	N/A	3.381
Le Brandebourg*	39.675	38.295	PL 552	N/A	N/A	N/A	N/A	828
Breme*	9.729	8.487	PL 414	N/A	N/A	N/A	N/A	828
Hambourg	23.460	19.665	PL 621	TR 552	RU 414	N/A	N/A	2.208
La Hesse	86.526	72.933	PL 1.794	TR 1.311	RU 1.035	IT 897	KZ 690	7.866
Le Mecklembourg-Poméranie-Occidentale*	26.841	26.151	PL 345	N/A	N/A	N/A	N/A	345
La Basse-Saxe	115.368	104.190	PL 2.070	RU 1.725	TR 1.173	KZ 897	NL 897	4.416
La Rhénanie-du-Nord-Westphalie	249.021	212.451	PL 8.418	TR 4.968	RU 4.071	IT 1.863	GR 1.587	15.663
La Rhénanie-Palatinat	59.340	52.509	RU 1.173	PL 897	TR 621	KZ 621	IT 414	3.105
La Sarre	15.663	14.145	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1.518
La Saxe*	71.139	69.483	PL 414	N/A	N/A	N/A	N/A	1.242
La Saxe-Anhalt*	39.330	38.364	PL 414	N/A	N/A	N/A	N/A	552
Le Schleswig-Holstein	44.091	41.400	PL 483	RU 345	N/A	N/A	N/A	1.863
La Thuringe	36.777	36.087	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	690
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Le Bade-Wurtemberg	4.054	-	RU 69	RO 68	PL 60	IT 60	TR 53	381
La Bavière	5.426	-	AT 82	RO 77	PL 54	RU 54	TR 52	370
Berlin	5.280	-	TR 109	PL 101	RU 62	HR 39	N/A	380
Le Brandebourg*	18.893	-	PL 263	N/A	N/A	N/A	N/A	394
Breme*	5.121	-	PL 218	N/A	N/A	N/A	N/A	436

NUTS	Total	DE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Hambourg	4.344	-	PL 115	TR 102	RU 77	N/A	N/A	408
La Hesse	4.392	-	PL 91	TR 67	RU 53	IT 46	KZ 35	399
Le Mecklembourg-Poméranie-Occidentale*	26.841	-	PL 345	N/A	N/A	N/A	N/A	345
La Basse-Saxe	7.121	-	PL 128	RU 106	TR 72	KZ 55	NL 55	273
La Rhénanie-du-Nord-Westphalie	4.699	-	PL 159	TR 94	RU 77	IT 35	GR 30	296
La Rhénanie-Palatinat	5.994	-	RU 118	PL 91	TR 63	KZ 63	IT 42	314
La Sarre	7.120	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	690
La Saxe*	29.641	-	PL 173	N/A	N/A	N/A	N/A	518
La Saxe-Anhalt*	2.6220	-	PL 276	N/A	N/A	N/A	N/A	368
Le Schleswig-Holstein	11.305	-	PL 124	RU 88	N/A	N/A	N/A	478
La Thuringe	36.777	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	690
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Le Bade-Wurtemberg	6.900	5.726	RU 118	RO 115	PL 102	IT 102	TR 89	647
La Bavière	6.900	6.023	AT 104	RO 98	PL 69	RU 69	TR 66	470
Berlin	6.900	5.998	TR 142	PL 132	RU 81	HR 51	N/A	497
Le Brandebourg*	6.900	6.660	PL 96	N/A	N/A	N/A	N/A	144
Breme*	6.900	6.019	PL 294	N/A	N/A	N/A	N/A	587
Hambourg	6.900	5.784	PL 183	TR 162	RU 122	N/A	N/A	649
La Hesse	6.900	5.816	PL 143	TR 105	RU 83	IT 72	KZ 55	627

NUTS	Total	DE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Le Mecklembourg-Poméranie-Occidentale*	6.900	6.723	PL 89	N/A	N/A	N/A	N/A	88
La Basse-Saxe	6.900	6.231	PL 124	RU 103	TR 70	KZ 54	NL 54	265
La Rhénanie-du-Nord-Westphalie	6.900	5.887	PL 233	TR 138	RU 113	IT 52	GR 44	434
La Rhénanie-Palatinat	6.900	6.106	RU 136	PL 104	TR 72	KZ 72	IT 48	361
La Sarre	6.900	6.231	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	669
La Saxe*	6.900	6.739	PL 40	N/A	N/A	N/A	N/A	121
La Saxe-Anhalt*	6.900	6.731	PL 73	N/A	N/A	N/A	N/A	96
Le Schleswig-Holstein	6.900	6.479	PL 76	RU 54	N/A	N/A	N/A	291
La Thuringe	6.900	6.771	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	129

*La représentation des données diffère dans les cartes
Note: N/A = non disponible.
Source des données: Statistisches Bundesamt (2019)

3. Plan national de lutte contre la démence

Au moment de la première recherche, le 1er juin 2019, aucun PND n'a pu être identifié pour l'Allemagne [12]. Cependant, quatre États fédéraux allemands (la Sarre, la Bavière, le Schleswig-Holstein et la Rhénanie-Palatinat) ont élaboré leurs propres stratégies en matière de démence [13]. La Sarre, la Bavière et le Schleswig-Holstein disposent d'un plan de lutte contre la démence qui est accessible en ligne. Les trois plans de lutte contre la démence font référence au thème de la migration. La « stratégie bavaroise en matière de démence » de 2013 indique dans un chapitre distinct que l'emploi d'aides-soignants et d'aides ménagères externes peut être une mesure permettant de garantir le maintien des personnes atteintes de démence dans leur environnement domestique. Elle présente plusieurs options en matière de droit du travail pour l'emploi d'aides-soignants externes dans les ménages privés et présente une stratégie qui consiste à utiliser du matériel d'information et des services de conseil pour former les personnes concernées et les proches aux risques et aux avantages de l'emploi de ces aides-soignants. Est abordé simultanément le problème du manque de données concernant les relations de travail légales et illégales. Un autre chapitre souligne que la Bavière souhaiterait développer des supports publicitaires et informatifs

adaptés pour intégrer les personnes issues de l'immigration dans la profession des soins aux personnes âgées. Il est également fait référence au projet « *Intercultural Network Dementia* », qui étudie comment renforcer les réseaux de soutien mutuel existant dans la communauté des migrants et améliorer l'accès aux soins pour les personnes âgées [14].

Dans le « Premier plan de lutte contre la démence de la Sarre » de 2015, légèrement plus court, il n'y a pas de chapitre sur la migration. Ce plan n'évoque le sujet que dans un paragraphe et recommande que le conseil aux patients atteints de démence et à leurs proches tienne compte des facteurs de différenciation sociale tels que l'origine migratoire [15]. Le « Plan de lutte contre la démence pour le Schleswig-Holstein » de 2015 fait référence à la migration de manière plus détaillée. Bien qu'il ne contienne pas de chapitre distinct, il comporte une section de trois paragraphes sur le thème des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Il est question du fait que le thème de la démence et du contexte migratoire importe beaucoup à l'échelle nationale ainsi que dans le Schleswig-Holstein en raison de l'augmentation significative du nombre de migrants âgés. En outre, on souligne l'importance de la famille dans la prestation de soins et on explique que les services de soutien externes sont rarement ou pas du tout acceptés par les personnes issues de l'immigration. Ensuite, il est précisé qu'il n'existe pratiquement aucun service spécialisé pour cette population au Schleswig-Holstein. Le troisième paragraphe esquisse une stratégie de prise en charge possible. Tout d'abord, une installation complète de services spéciaux pour cette population est rejetée en raison de la faible proportion de migrants. En revanche, il est recommandé d'intégrer davantage les soins adaptés aux cultures à la formation des infirmières, de proposer davantage de formations sur ce thème, d'utiliser des multiplicateurs de manière à informer la communauté des migrants sur les services de soutien et de réaliser des projets interculturels. Selon ce document, la stratégie devrait se concentrer sur la formation des professionnels et l'éducation de la communauté migrante [16]. Dans l'ensemble, l'analyse des plans relatifs à la démence montre que les documents officiels sur la prise en charge de la démence dans les différents Länder (3 sur 16) traitent de certains aspects de la démence et de la migration à des degrés divers. On souligne l'importance de l'identification et de la description des problèmes. Les services de soins de santé spécialisés ne sont pas mentionnés. Cependant, le « Plan de démence pour le Schleswig-Holstein » fait explicitement référence à un manque de services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence.

Le 1er juillet 2020, l'Allemagne a publié sa première stratégie nationale en matière de lutte contre la démence (« Nationale Demenzstrategie »). Cette stratégie fait référence à l'immigration. Par rapport à la longueur du document (152 pages), le sujet ne joue pas un rôle clé, mais il est traité à des degrés divers dans un total de 14 chapitres ou sous-chapitres. Ce document contient un chapitre distinct avec trois sous-chapitres sur la migration et trois autres sous-chapitres portant sur différents domaines thématiques liés à la migration ; sept autres sections font également référence à ce sujet (deux fois dans un paragraphe et cinq fois brièvement avec des phrases ou des mots individuels éparpillés dans les sept sections). Tout d'abord, sont décrits plusieurs défis et problèmes concernant la situation actuelle de la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence comme de leurs familles. Il a été constaté que le diagnostic et le conseil constituaient un défi particulier en raison des barrières culturelles et linguistiques et de procédures de diagnostic inadaptées. En outre, les prestations de l'assurance

soins médicaux sont souvent sous-utilisées. Les barrières linguistiques, culturo-religieuses ou institutionnelles, ainsi que l'insuffisance de services adaptés aux cultures, sont pointées. En outre, la stratégie nationale en matière de démence met en évidence l'état actuel de la recherche sur la démence pour constater que le thème de la migration n'y joue qu'un rôle marginal. Ce n'est que dans la recherche sur les soins de santé que plusieurs aspects liés à ce sujet sont examinés (situation du personnel d'assistance et de soins étranger, inégalité sociale dans les services d'assistance vécue par les proches des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence). Dans l'ensemble, la stratégie allemande en matière de démence propose un cadre d'action solide du point de vue migratoire. L'accent est donc mis sur la sensibilisation des soignants et sur le développement de services de soutien et de conseil à bas seuil d'accessibilité et axés sur les besoins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence comme de leurs proches. À cette fin, les acteurs du système de santé seront formés au développement de tels services et les centres de soins développeront des compétences interculturelles. En outre, il est fait référence aux projets en cours « *Intercultural Bridge Builders in Care* », qui sont conçus pour que des personnes originaires de différents pays soient formées à des thèmes pertinents dans le domaine des soins : « *Dementia and Migration* », qui propose des informations multilingues sur la démence, et « *DeMigranz* », qui vise à améliorer l'accès aux services de soutien et de conseil. Dans plusieurs passages, on retient l'objectif global d'étendre et de développer des services de conseil adaptés à la diversité culturelle des personnes atteintes de démence et de leurs proches. Plus précisément, d'ici la fin de l'année 2024, des services de soutien et de conseil adaptés à la diversité culturelle et à la religion des aidants familiaux devraient être disponibles, et l'ensemble des centres de soutien et de conseil devraient disposer d'une gamme de services adaptés à leurs besoins. D'ici à la fin 2022, des services d'information simplifiés proposeront des informations sur les services de conseil multilingues dans tous les États fédéraux, et la base de données nationale sur les centres de conseil et les services de mise en réseau adaptés aux cultures disponibles sur le site www.demenz-und-migration.de devrait être étendue. En outre, d'ici la fin de l'année 2022, les associations médicales *Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.* (= Société allemande de gérontopsychiatrie et de psychothérapie) (DGGPP) et *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.* (= Société allemande de psychiatrie et de psychothérapie, de psychosomatique et de neurologie) (DGPPN) ont l'intention de formuler des recommandations pour l'utilisation d'instruments d'évaluation multilingues et adaptés aux cultures pour le diagnostic de la démence. La stratégie nationale de lutte contre la démence se fixe donc plusieurs objectifs assortis de Chiffres annuels visant à développer des services de soutien, d'information et de conseil adaptés aux langues et aux cultures, ainsi que des outils de diagnostic multilingues et adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration. Toutefois, la plupart de ces objectifs sont formulés en termes très généraux et laissent donc une grande marge de manœuvre pour diverses interprétations. En outre, rien ou presque n'est dit de manière explicite sur la manière dont les objectifs pourront être atteints, sur les acteurs censés développer les services de soins ou encore dans quelle mesure les personnes issues de l'immigration seront impliquées [17].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Dans les «*S3 Guideline Dementias*» de 2016, il n'est fait à aucun moment directement référence à l'immigration. Toutefois, un passage aborde indirectement le sujet sous la forme d'une discussion sur le lien entre le milieu socioculturel, les compétences linguistiques et le diagnostic de la démence. Il est démontré que les deux premiers éléments influencent les performances cognitives des personnes atteintes de démence et peuvent donc également influencer les résultats des tests de diagnostic de la démence. Cela conduit à recommander que les tests neuropsychologiques détaillés pour le diagnostic différentiel de la démence douteuse ou légère tiennent compte du contexte socioculturel ou des compétences linguistiques. Globalement, le thème de la migration ne joue pas un rôle clé dans les lignes directrices allemandes sur la démence [18].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'experte, il existe de grandes différences régionales en Allemagne en ce qui concerne l'importance accordée au thème de la démence et de la migration. Dans certaines régions et municipalités, le sujet bénéficie déjà d'une plus grande attention, tandis que dans d'autres régions, il est encore complètement négligé. Comme exemples de ces disparités régionales, l'experte a mentionné le Land de Rhénanie-du-Nord-Westphalie, où l'on accorde beaucoup d'importance au sujet, et l'État libre de Saxe, où il est complètement ignoré, notamment sur le plan politique. Dans l'ensemble, la question de la démence et de la migration reste marginale au niveau national et politique. Selon l'experte, le problème a été pris en considération dans le système de santé allemand pendant un peu moins de dix ans, pour perdre à nouveau de son acuité ces deux ou trois dernières années. Du côté des prestataires de soins et des professionnels, la sensibilité à l'égard de la démence et de la migration a changé. Si de nombreux experts reconnaissent que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ont besoin d'un traitement particulier, certains estiment que les personnes qui vivent dans le pays depuis des décennies devraient commencer à s'adapter. Les prestataires de services et les professionnels identifient des besoins particuliers liés aux différentes religions et aux difficultés linguistiques. L'experte a déclaré que les problèmes survenant dans le cadre de la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence étaient souvent justifiés à la hâte par la religion, la culture ou l'origine de la personne, ce qui constitue un obstacle à un examen différencié des situations respectives. Le système de santé considère les réfugiés, les « travailleurs invités » et les personnes d'origine allemande rapatriées comme des groupes ayant des problèmes spécifiques en

termes de soins médicaux. Dans le cas des réfugiés, pour les prestataires de soins les plus gros problèmes sont d'ordre linguistique. Outre le fait que les médecins s'attendent à ce que les réfugiés viennent avec leurs interprètes, l'experte souligne qu'un problème majeur réside dans le fait qu'il appartient aux services sociaux de décider si un traitement médical est nécessaire pour des personnes qui n'ont pas de carte de santé électronique. Dans le cas des travailleurs invités, on part souvent du principe qu'il existe une famille susceptible de fournir une partie des soins et des services de traduction. Les biographies professionnelles stressantes et le besoin accru de soins qui en résulte sont identifiés comme des problèmes essentiels. Globalement, les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont identifiées comme un groupe ayant des besoins spécifiques dans le contexte du diagnostic de la démence (sous-diagnostic) et de l'utilisation de services médicaux. Selon l'experte, les principales différences entre les personnes issues de l'immigration et les non-migrants en matière de soins résident dans les notions juridiques et la sollicitation de services médicaux, l'accès aux informations y relatives, les obstacles à leur utilisation et une compréhension différente de la démence. En outre, les personnes issues de l'immigration sont souvent peu familiarisées avec les tâches d'un soignant professionnel dans le cadre de soins ambulatoires qu'elles peuvent trouver irritants. En outre, l'experte indique que les soins aux personnes atteintes de démence se fondent sur un modèle hybride comportant des éléments ségrégatifs (en particulier pour les personnes originaires de Turquie) et des services intégratifs (pour les personnes originaires d'autres pays). Dans l'ensemble, les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne sont pas intégrées au système de santé. Selon l'experte, en Allemagne on a peu de connaissances sur l'utilisation des services de soins et la façon dont les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont soignées. Cependant, on suppose que cette population utilise beaucoup moins de services médicaux que la population autochtone (il n'y a pas de différences majeures, si ce n'est en ce qui concerne les allocations de soins [aide financière de l'État]). Au sujet de l'information et le conseil aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et à leurs proches, le problème majeur, selon l'experte, est que les structures de conseil et les services d'information existants se concentrent souvent soit sur la démence, soit sur le contexte migratoire, et que la combinaison de ces caractéristiques ou d'autres aspects ne sont que rarement, voire jamais pris en compte. Ce n'est que dans trois ou quatre régions que des centres de conseil uniques proposent des conseils spécifiques aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans leur langue maternelle (par exemple, par l'intermédiaire de la Société Alzheimer à Gelsenkirchen et à Berlin, ainsi que dans le cadre de l'initiative DeMigranz à Stuttgart). Des services spécialisés dans les soins ambulatoires et hospitaliers des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont actuellement disponibles dans les différentes régions. À titre d'exemple de services de soins existants, l'expert a mentionné le service de soins ambulatoires « Alicare » à Berlin, qui fournit des soins dans des appartements partagés où sont logés des personnes originaires de Turquie et de Pologne. Référence est également faite à l'établissement de soins de jour pour patients hospitalisés « *Veringeck* » à Hambourg. En outre, certaines villes comme Berlin, Cologne ou Bielefeld disposent de bureaux d'entraide offrant des services d'entraide spécifiques. Bien que ces services soient de plus en plus nombreux, ils font de nos jours encore exception. L'experte affirme que les services de soins spécifiques à la démence existants ne sont adap-

tés ni aux personnes issues de l'immigration ni aux non-migrants. Il existe bien quelques exemples de soins de haute qualité, mais dans l'ensemble, les structures de soins existantes ne sont pas adaptées aux besoins individuels des personnes atteintes de démence. En particulier, l'aspect de l'intersectionnalité est complètement absent. Les services existants ne sont pas axés sur les traits de diversité d'une personne et, s'ils prennent en compte l'origine migratoire, ils supposent un groupe relativement homogène. Par conséquent, même les quelques services spécialisés qui existent déjà sont rarement adaptés à une population issue de l'immigration par nature hétérogène. Selon l'experte, cela explique largement pourquoi les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence n'utilisent guère les services de soins existants. Cependant, les mesures de soins ou de soutien interculturel pour les personnes atteintes de démence sont répandues localement et en cours de développement. L'expert estime que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et les membres de leur famille participent rarement à l'élaboration des services de soins. Si la participation a lieu, c'est uniquement parce que les dirigeants ou le personnel des organisations de services de soins sont eux-mêmes issus de l'immigration.

L'experte a fait remarquer qu'à l'heure actuelle, les soins adaptés à la diversité culturelle se concentraient presque exclusivement sur la religion, le pays d'origine et la nourriture, mais que pour encourager davantage de personnes issues de l'immigration à utiliser les services de soins spécifiques à la démence, il fallait prendre en compte d'autres caractéristiques de la diversité que l'origine migratoire, comme l'orientation sexuelle et l'identité de genre, ainsi que des aspects tels que le traumatisme et la perte de la deuxième langue. Pour garantir des soins centrés sur la personne pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, l'experte a recommandé des soins adaptés à la diversité dans une optique intersectionnelle.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Selon l'experte consultée, le thème des soins adaptés à la diversité culturelle joue un rôle plutôt subalterne, du moins dans la formation des soignants professionnels. Lorsque il y a quelques années l'expert a analysé les programmes de formation en soins infirmiers dans les différents *Länder*, certains d'entre eux ont fait référence au sujet, même s'il n'était généralement pas explicitement désigné comme tel. Cependant, la sensibilité culturelle n'a été abordée que de manière très sélective, par exemple en donnant des connaissances sur les différentes religions. Seuls quelques *Länder* ont alloué un nombre fixe d'heures au thème des soins tenant compte des spécificités culturelles dans l'enseignement ou les études ; la Rhénanie-du-Nord-Westphalie est le *Land* où le nombre d'heures est le plus élevé. Selon l'experte, le thème des soins adaptés à la diversité culturelle est sous-représenté dans la formation des soignants professionnels. Une situation similaire peut être observée dans la formation continue des professionnels de santé. Bien qu'il existe des possibilités de formation complémentaire pour les professionnels de la prise en charge interculturelle, celles-ci ne sont pas obligatoires et sont donc principalement utilisées par ceux qui sont déjà confrontés à cette question sur leur lieu de travail. Les professionnels qui ont le plus besoin

d'une formation complémentaire, par exemple parce qu'ils sont moins ouverts d'esprit à l'égard des personnes issues de l'immigration, ne semblent pas participer à de tels cours. En outre, l'experte a déclaré qu'une seule formation sur le thème de l'interculturalité n'était pas suffisante, car le développement d'une attitude sensible à la culture ou favorable à la diversité est un processus à long terme. À sa connaissance, l'experte estime que les mesures nécessaires telles que la mise en place de plateformes pour un échange continu sur ces sujets ou le lancement d'une supervision d'équipe n'ont pas été mises en œuvre jusqu'à présent.

L'experte a déclaré que, sur la base d'une étude portant sur plus de 1 500 soignants, la proportion de soignants professionnels issus de l'immigration était d'un peu plus de 10 % dans les soins ambulatoires et d'un peu plus de 14 % dans les soins hospitaliers. Plus de la moitié des aidants familiaux professionnels issus de l'immigration sont originaires de la Fédération de Russie, de Pologne, du Kazakhstan ou d'un autre pays d'Europe de l'Est, un peu moins de 18 % sont originaires d'Europe occidentale (y compris l'ex-Yougoslavie) et un peu moins de 7 % sont originaires de pays non européens (y compris la Turquie). L'expert a souligné que cette hétérogénéité relativement élevée entre les professionnels était très positive pour la prestation de soins, mais qu'elle posait également des défis. Par exemple, les barrières linguistiques existantes peuvent se renforcer du côté des personnes issues de l'immigration et ayant besoin de soins si un professionnel des soins parle un dialecte (allemand ou non allemand). De plus, ce dialecte peut déclencher un certain traumatisme chez la personne, ce qui peut avoir un effet négatif sur la situation de cette personne. Selon l'experte, ces problèmes peuvent être contrés si les prestataires de soins et les professionnels y sont sensibilisés. Simultanément, la grande diversité culturelle et linguistique des soins présente également de nombreux avantages. Par exemple, l'experte a fait valoir que les personnes issues de l'immigration ayant besoin de soins et leurs proches, qui ne maîtrisent pas parfaitement l'allemand, pourraient avoir moins d'inhibitions liées à la langue et de craintes de discrimination s'ils s'adressaient à une soignante professionnelle qui ne parle pas parfaitement l'allemand elle-même. De l'avis de l'expert, le thème de la sensibilité à la diversité dans les soins devrait être beaucoup plus présent car la diversité des personnes ayant besoin de soins ainsi que la diversité des soignants professionnels jouent un rôle majeur. L'expert ajoute que les soignants issus de l'immigration ont également un grand besoin de sensibilisation. Le fait qu'une personne ait immigré d'un certain pays ou d'une certaine région ne la rend pas automatiquement sensible à la culture.

Enfin, l'expert a conclu que le niveau actuel de sensibilisation à la diversité et aux différences culturelles parmi les professionnels de la santé n'est pas suffisant pour répondre au besoin de soins centrés sur la personne.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon l'expert, le réseau social de la famille joue un rôle très important dans le soutien aux aidants familiaux des personnes atteintes de démence. Les prestataires de services de soins médicaux sont également très importants car ce sont eux qui diagnostiquent et informent sur la démence. Toutefois, dans de nombreux cas, ils ne remplissent pas leurs fonctions car ils ne conseillent ni ne guident les personnes issues de l'immigration dans leur recherche de soins spécifiques à la démence. Par conséquent, les personnes issues

de l'immigration n'ont souvent pas accès aux soins ambulatoires et hospitaliers, ce qui signifie que le secteur officiel des soins et de l'assistance joue un rôle beaucoup moins actif qu'il ne le devrait. Les communautés religieuses et les organisations de migrants apportent généralement une contribution faible à modérée à l'offre d'un soutien spécifique à la démence aux aidants familiaux, bien que le potentiel de soutien de ces deux réseaux soit très important. Actuellement, les communautés religieuses sont prêtes à apporter leur soutien, par exemple en recrutant des participants pour des études sur le thème de la démence et de la migration, mais elles n'ont pas de position propre sur ce sujet, alors que ce serait nécessaire pour sensibiliser les membres des communautés respectives à la démence.

L'experte estime que le besoin de services spécialisés fournissant un soutien et des informations aux aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence est très élevé. Actuellement, il existe un énorme manque d'informations sur le système de santé, la nature de la démence et la prévalence de la maladie. Les ressources d'information multilingues existent, mais elles sont peu utilisées, sans doute en raison de moyens de communication inadaptés. L'experte a souligné que les recherches avaient montré que les prospectus et autres documents de ce type étaient des moyens de transfert d'informations moins efficaces pour les personnes issues de l'immigration que d'autres moyens tels que les conférences ou les films.

Par conséquent, il est non seulement important de fournir des informations spécialisées adaptées aux besoins des personnes issues de l'immigration, mais aussi de choisir le bon support pour le transfert d'informations.

8. Références

1. Oltmer J: Migration. In: Deutschland in Daten : Zeitreihen zur Historischen Statistik. edn. Publié par Rahlf T. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2015.
2. Dokumentationszentrum und Museum über die Migration in Deutschland e.V.: Migrationsgeschichte in Deutschland. [https://www.domid.org/de/migrationsgeschichte-deutschland]. Consulté le 21 avril 2020.
3. Berlinghoff, M: Geschichte der Migration in Deutschland [https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252241/deutsche-migrationsgeschichte]. (2018). Consulté le 30 avril 2020.
4. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. In: Migrationsbericht 2005. 2005.
5. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus In. Wiesbaden; 2017.
6. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat: Migrationsbericht der Bundesregierung. In: Migrationsbericht 2016/2017. 2017.

7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Germany; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020; 2019.
9. Esri: World Ocean Background ; 2010.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Federal Statistical Office: Mikrozensus 2018; 2019.
12. Alzheimer Europe. National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017): Consulté le 04 janvier 2021.
13. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Nationale Demenzstrategie: Bundesländer und Kommunen. [https://www.nationale-demenzstrategie.de/akteure/bundeslaender-und-kommunen/]. Consulté le 21 avril 2020
14. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen: Bayerische Demenzstrategie. In.: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege; 2013.
15. Kirchen-Peters S, Hielscher V: Gemeinsam für ein demenzfreundliches Saarland: Erster Demenzplan des Saarlandes. In. Édité par Ministerium für Soziales G, Frauen und Familie des Saarlandes. Saarbrücken; 2015.
16. Ministerium für Soziales Gesundheit Jugend Familie und Senioren: Demenzplan für Schleswig-Holstein erstellen und umsetzen. In. Kiel; 2015.
17. Bundesministerium für Familie S, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit: Nationale Demenzstrategie. In., vol. 1; 2020.
18. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie: S3-Leitlinie «Demenzen»; 2016.

Autriche

Population
8 901 000 (2020)

Superficie
83 882 km^2

Capitale
Vienne

Trois plus grandes villes
Vienne (1 897 000)
Graz (289 000)
Linz (206 000)

Pays voisins
Allemagne, Hongrie, Italie, Liechtenstein, La République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suisse

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

L'Autriche a une longue histoire de migrations, caractérisée par des vagues d'émigration de petits groupes de population, mais surtout par l'immigration et la migration de transit [1]. Par exemple, plus de la moitié de l'augmentation de la population de Vienne entre la fin du XVIIIe siècle et 1916 (de 235 000 à 2 239 000 habitants) est due à la migration internationale [2]. De 1919 à 1937, plus de 80 000 personnes originaires d'Autriche ont émigré à l'étranger et bien plus encore en Palestine, en Allemagne et en Union soviétique. À la suite de l'annexion par les nazis, 128 000 Juifs avaient dû quitter l'Autriche entre 1938 et 1941, et en 1945, 64 500 Juifs avaient été assassinés [1]. Pendant la Seconde Guerre mondiale, environ un million de travailleurs esclaves (1944) ont travaillé sur le territoire autrichien [3]. Immédiatement après la guerre, environ 1,4 million d'étrangers vivaient en Autriche. Il s'agissait de plus d'un demi-million de personnes dites « déplacées » (réfugiés de guerre, anciens prisonniers des camps de concentration, travailleurs forcés, prisonniers de guerre) et de plus de 300 000 expulsés germanophones, appelés « Volksdeutsche » (Allemands ethniques), originaires d'Europe centrale et orientale. La plupart d'entre eux ont quitté le pays dans les années qui ont suivi [2]. Après la Seconde Guerre mondiale, l'Autriche est devenue l'un des principaux pays de transit pour les réfugiés d'Europe de l'Est. Entre 1945 et 1990, environ 650 000 personnes (principalement de Hongrie, de Tchécoslovaquie et de Pologne) ont migré vers l'Ouest en passant par l'Autriche [2, 3]. Dans le même temps, environ 20 000 personnes originaires de Hongrie (1956/1957), 12 000 de République Tchèque et de Slovaquie (1968) et quelques milliers de Pologne (1981/1982) se sont installées définitivement en Autriche. Grâce aux accords bilatéraux de recrutement de main-d'œuvre, environ 265 000 travailleurs invités ont immigré en Autriche entre 1961 et 1974, la plupart d'entre eux venant de Yougoslavie et de Turquie (en 1973, 78,5 % des travailleurs invités venaient de Yougoslavie et 11,8 % de Turquie). En 1974, le gouvernement autrichien a décidé de mettre fin au recrutement de travailleurs invités et d'adopter une politique restrictive. Cela a entraîné une baisse de 40 % du nombre de travailleurs étrangers entre 1974 et 1984. Dans le même temps, de nombreux travailleurs invités ont prolongé leur séjour et le regroupement familial a compensé le déclin de la migration de main d'œuvre. Le coup d'État survenu en Roumanie au tournant de l'année 1989/1990 et les conflits armés en Croatie, en Bosnie-Herzégovine et au Kosovo entre 1991 et 1999 ont entraîné des flux de réfugiés plus importants vers l'Autriche. Après l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie à l'UE en 2007, le nombre d'immigrants en provenance de ces pays a augmenté [2]. L'immigration en Autriche a atteint son pic avec environ 110 000 personnes lors de la grande vague de migration de réfugiés en 2015 [3]. Les plus grands groupes de migrants en Autriche selon le pays de naissance sont les personnes originaires d'Allemagne (232 200), de Bosnie-Herzégovine (168 500), de Turquie (159 700), de Serbie (143 200) et de Roumanie (121 100) (au 01.01.2019) [4]. La population migrante (née à l'étranger, 793 200 à 1,8 million) et sa proportion dans la population totale (10,3 à 19,9 %) ont grosso modo doublé entre 1990 et 2019 [5]. L'Autriche a également connu un taux de migration nette positif (la différence entre le nombre de personnes immigrantes et émigrantes par an, pour 1 000 personnes) pendant des décennies et un taux annuel croissant pendant certaines années (2020 : 7.4) [6].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

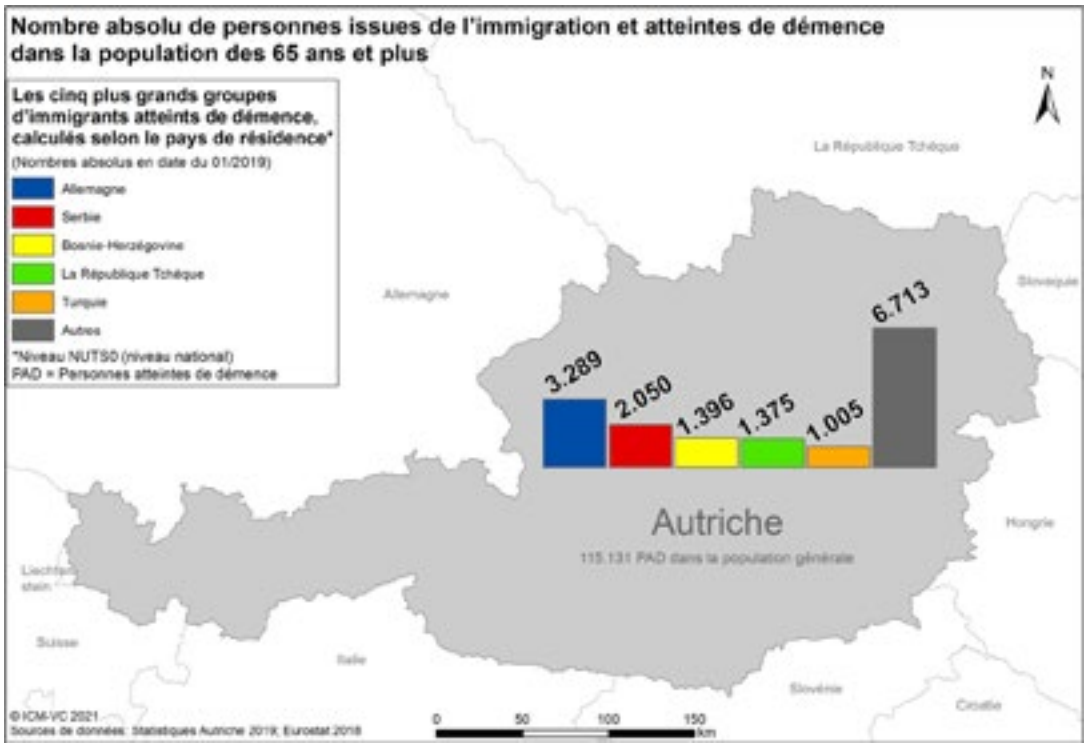


Fig. 3.7.2.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Autriche – Nation)

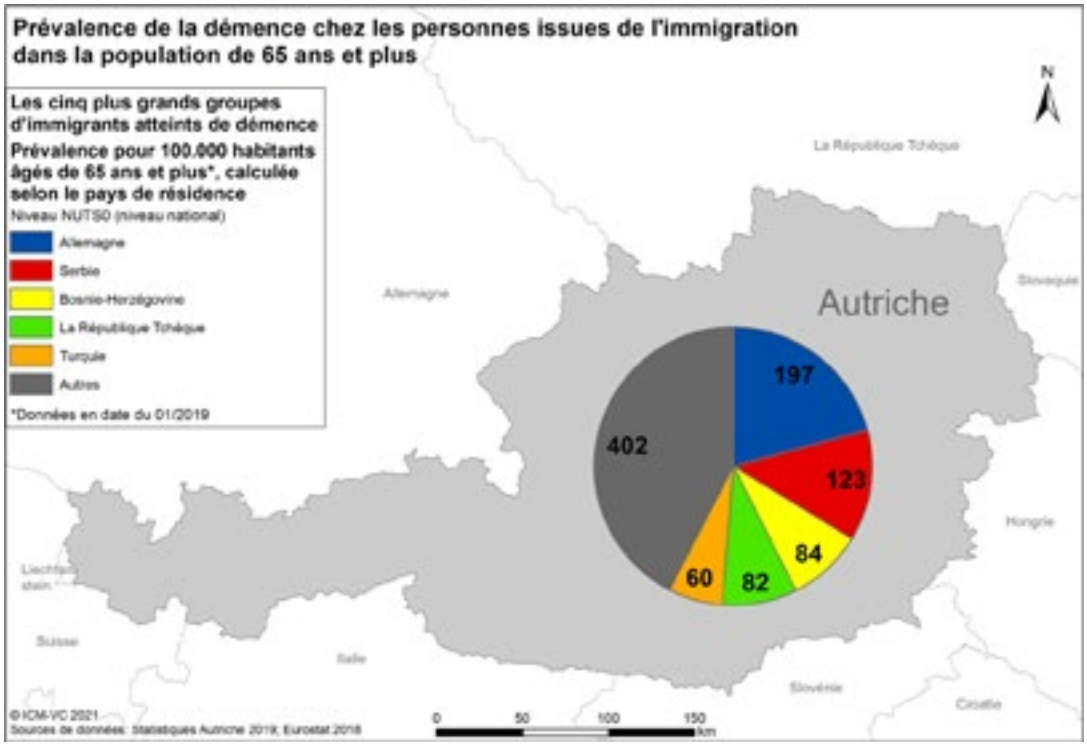


Fig. 3.7.2.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Autriche – Nation)

Tableau 7: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Autriche - Nation)

NUTS	Total	AT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Autriche	115.131	99.302	DE 3.288	XS 2.050	BA 1.396	CZ 1.374	TR 1.005	6.713
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Autriche	5.019	-	DE 143	XS 89	BA 61	CZ 60	TR 44	293
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Autriche	6.900	5.951	DE 197	XS 123	BA 84	CZ 82	TR 60	402

Source des données: Statistik Austria (2019)

Il y a 229 400 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 15 800 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.2.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Allemagne (environ 3 300), de Serbie (environ 2 100), de Bosnie-Herzégovine (environ 1 400), de République Tchèque (environ 1 400) et de Turquie (environ 1 000). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Autriche pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.2.2). Le tableau 7 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants migration et atteintes de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Allemagne, de Serbie, de Bosnie-Herzégovine, de République Tchèque et de Turquie dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.2.3 - 3.7.2.8).

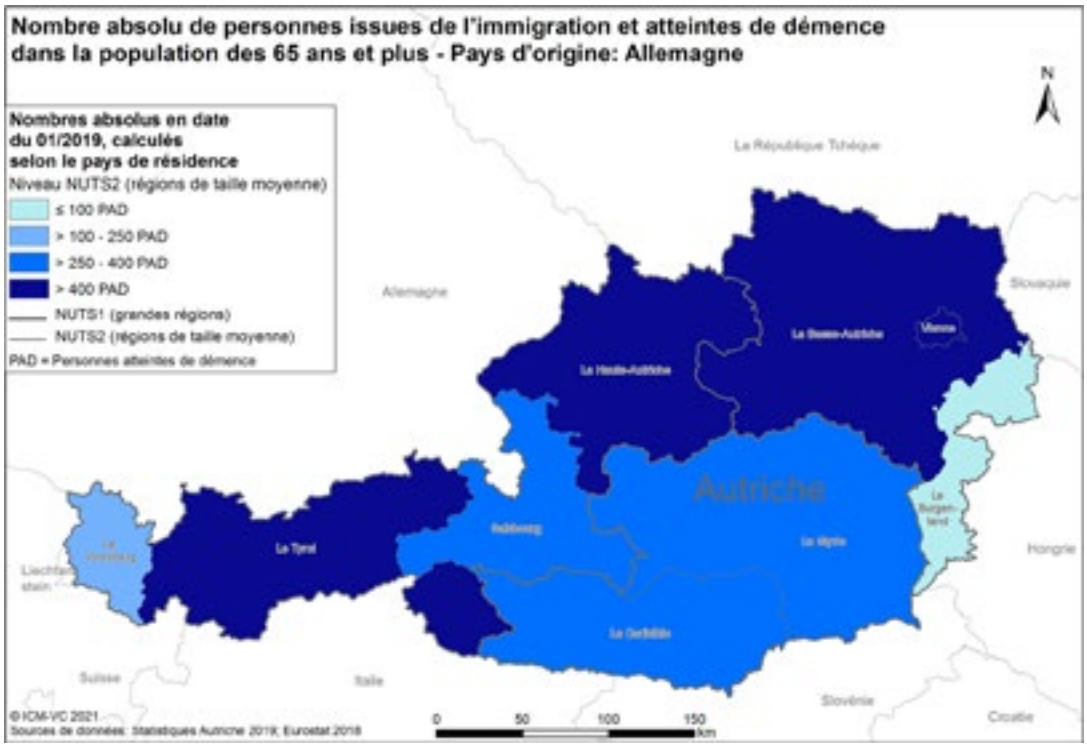


Fig. 3.7.2.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Autriche – NUTS2)

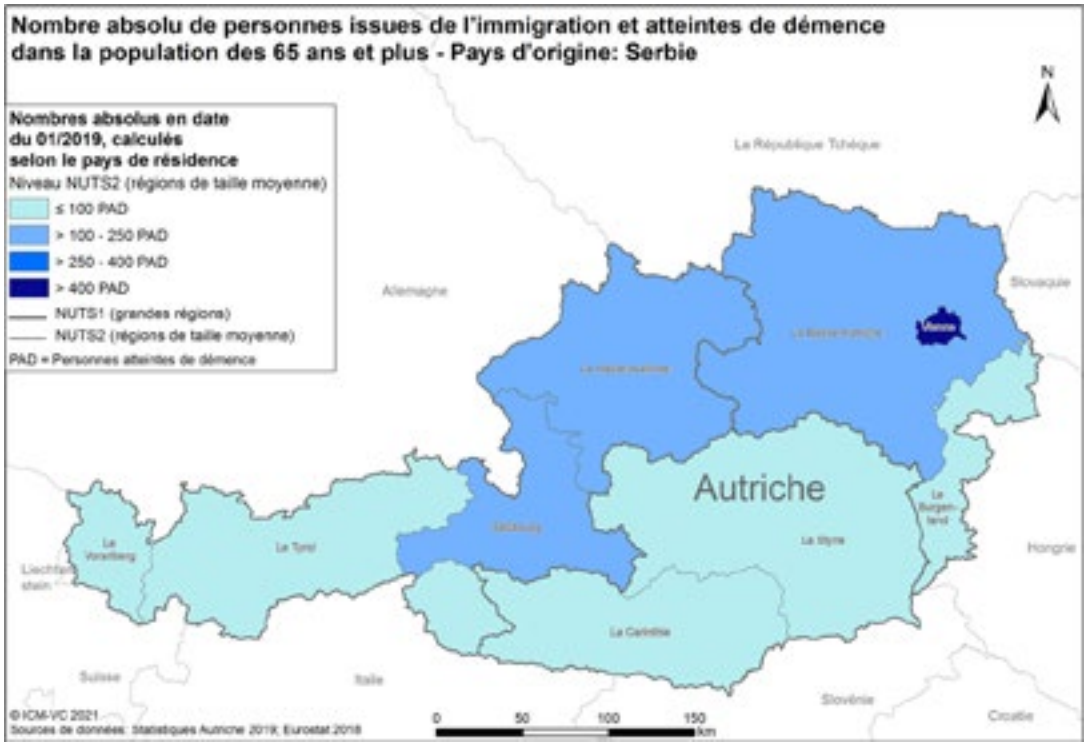


Fig. 3.7.2.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Serbie (Autriche – NUTS2)

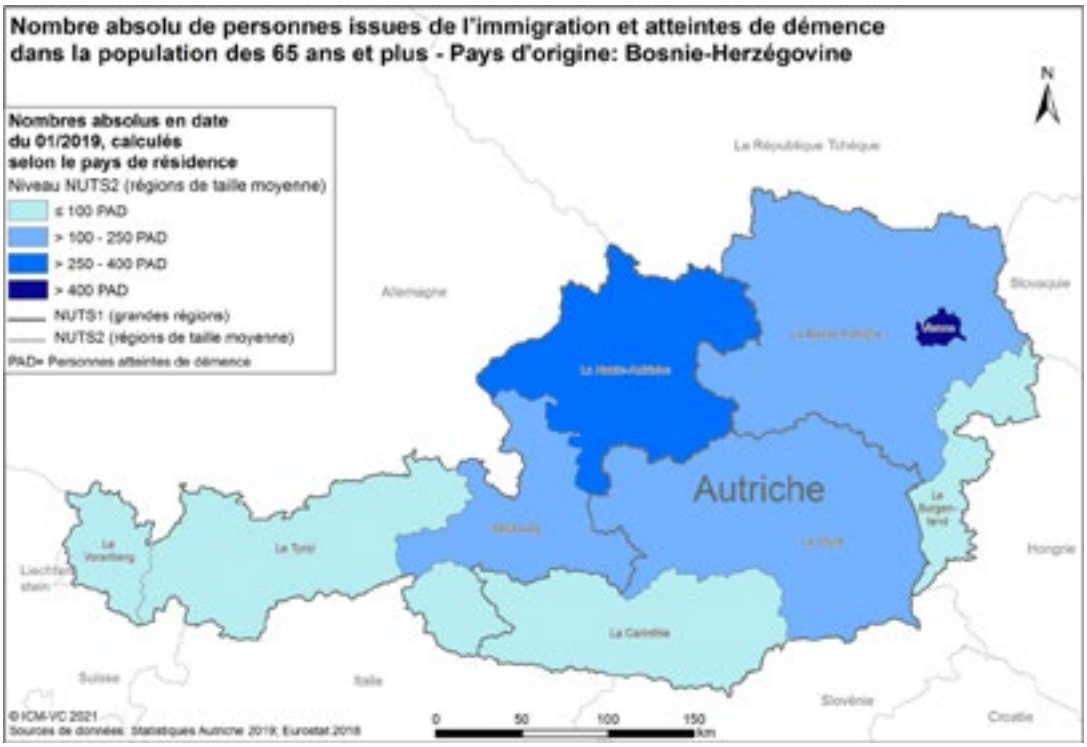


Fig. 3.7.2.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Bosnie-Herzégovine (Autriche – NUTS2)

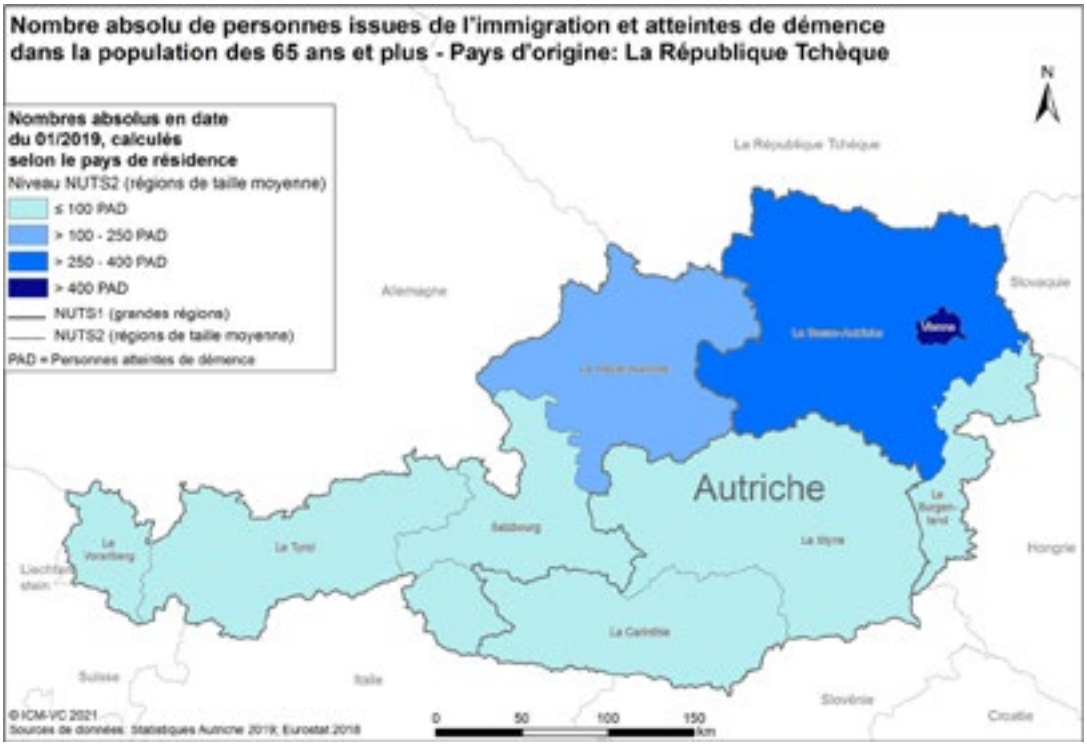


Fig. 3.7.2.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: La République Tchèque (Autriche – NUTS2)

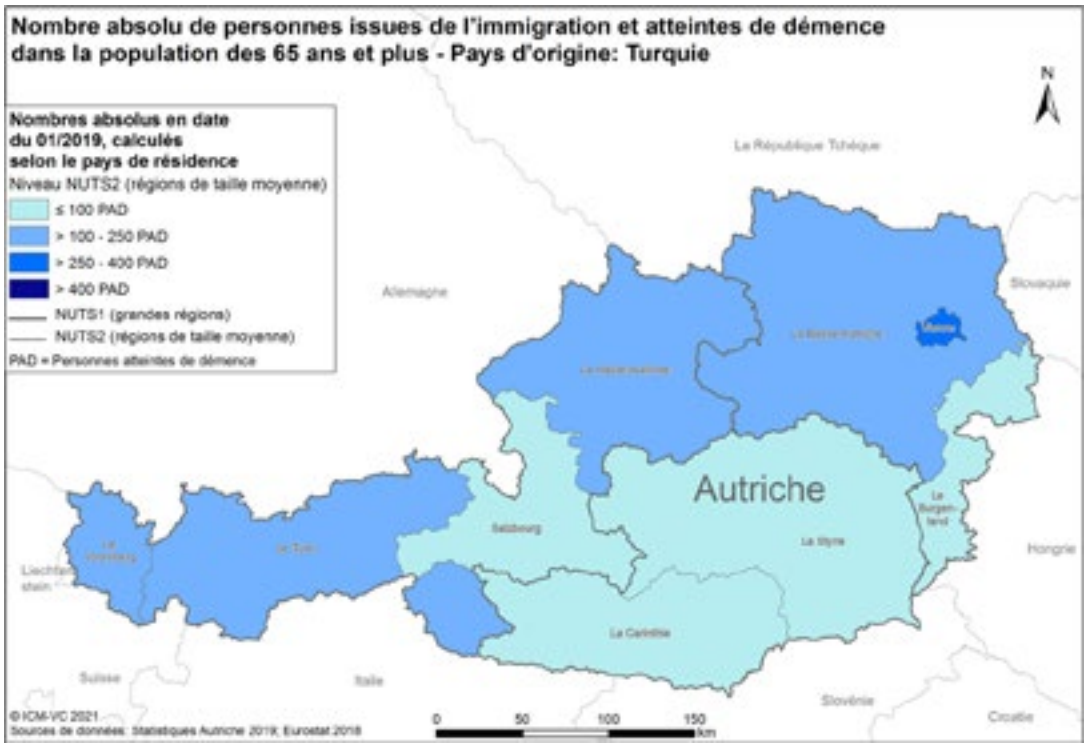


Fig. 3.7.2.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Turquie (Autriche – NUTS2)

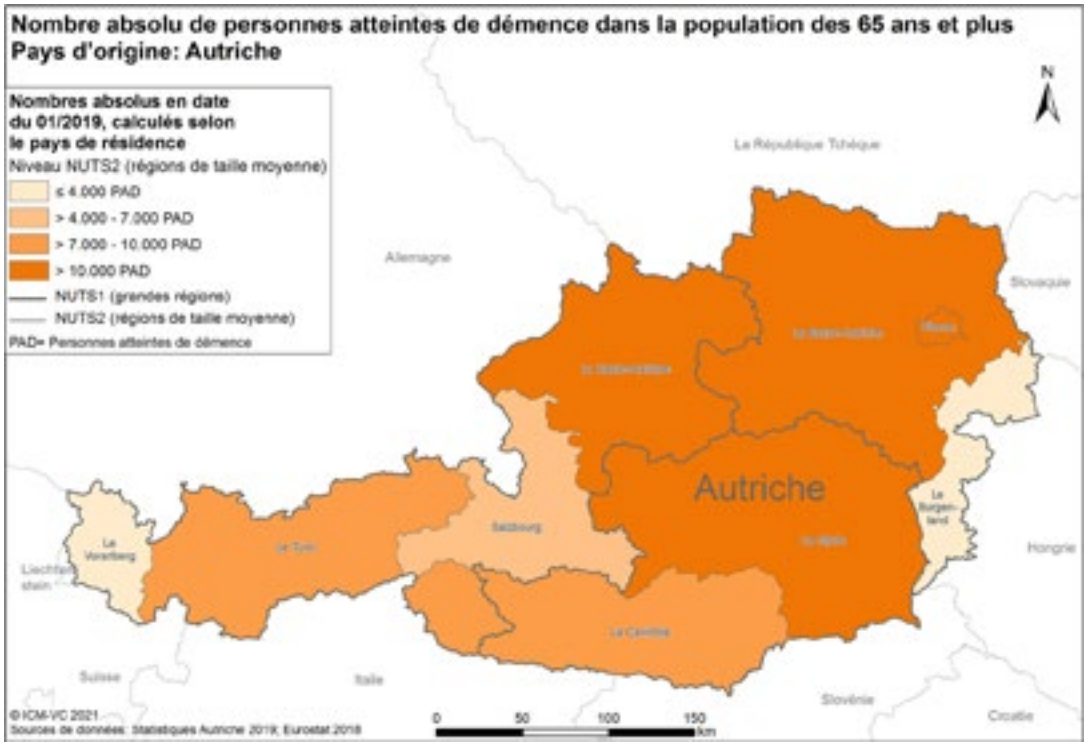


Fig. 3.7.2.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Autriche (Autriche - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.2.9). Le deuxième graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2. (figure 3.7.2.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 8 [7, 8].

.

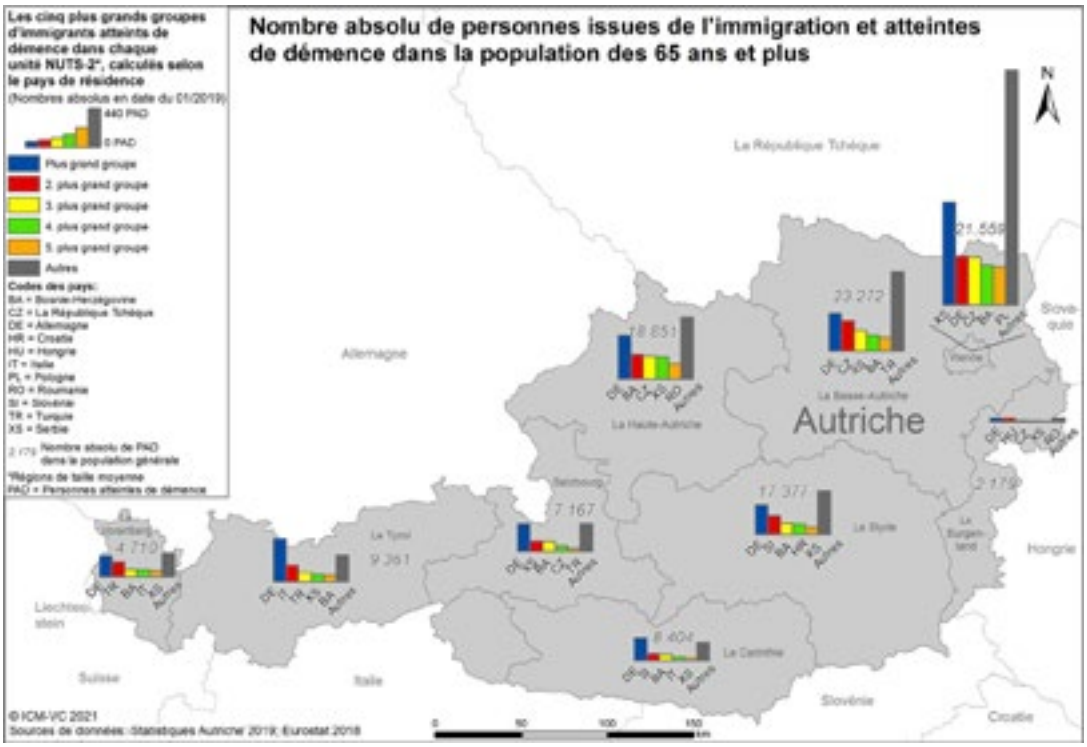


Fig. 3.7.2.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Autriche – NUTS2)

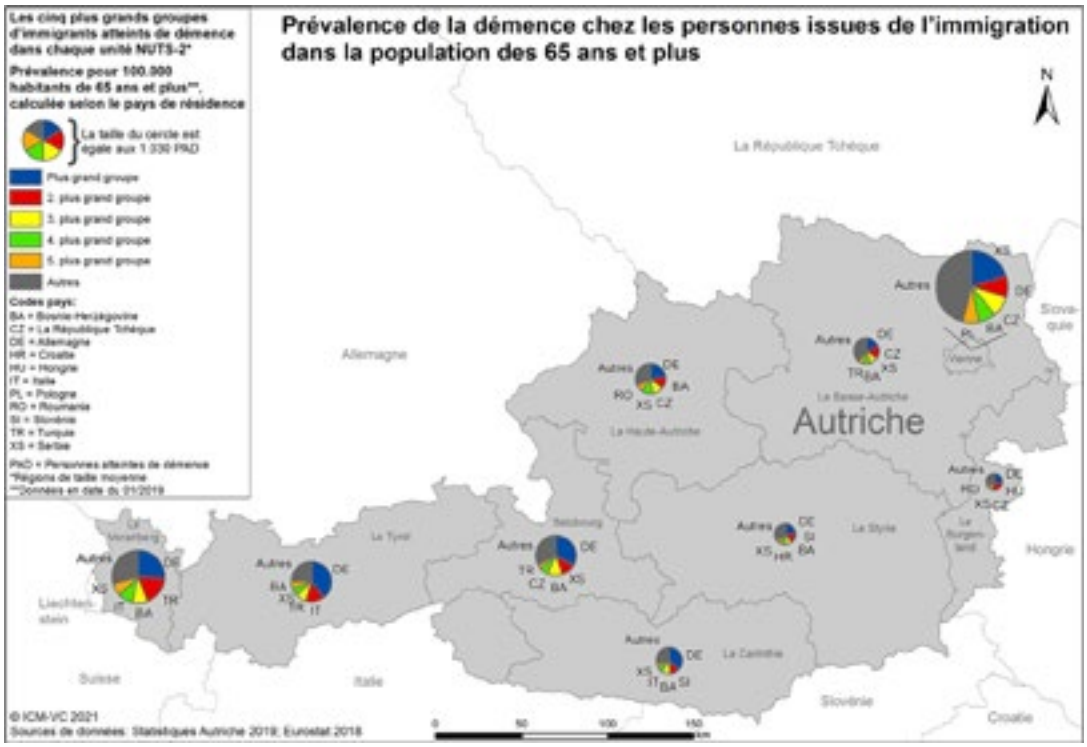


Fig. 3.7.2.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Autriche – NUTS2)

Tableau 8: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Autriche - NUTS 2)

NUTS	Total	AT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Le Burgenland	2.179	2.042	DE 38	HU 35	CZ 10	XS 8	RO 7	39
La Basse Autriche	23.272	21.085	DE 420	CZ 334	XS 233	BA 172	TR 151	877
Vienne	21.559	15.832	XS 1.150	DE 547	CZ 538	BA 443	PL 426	2.623
La Carinthie	8.404	7.593	DE 302	SI 96	BA 84	IT 54	XS 38	237
La Styrie	17.377	16.040	DE 329	SI 210	BA 121	HR 115	XS 78	484
La Haute-Autriche	18.851	16.771	DE 477	BA 268	CZ 249	XS 242	RO 169	675
Salzbourg	7.167	6.101	DE 351	XS 127	BA 126	CZ 71	TR 42	349

NUTS	Total	AT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Le Tyrol	9.361	7.964	DE 551	IT 212	TR 117	XS 92	BA 81	344
Le Vorarlberg	4.710	3.807	DE 233	TR 166	BA 85	IT 82	XS 70	267
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Le Burgenland	10.903	-	DE 189	HU 175	CZ 52	XS 41	RO 33	200
La Basse Autriche	7.342	-	DE 133	CZ 105	XS 74	BA 54	TR 48	276
Vienne	2.597	-	XS 138	DE 66	CZ 65	BA 53	PL 51	317
La Carinthie	7.155	-	DE 257	SI 82	BA 71	IT 46	XS 32	202
La Styrie	8.968	-	DE 170	SI 108	BA 62	HR 59	XS 40	251
La Haute-Autriche	6.253	-	DE 158	BA 89	CZ 83	XS 80	RO 56	224
Salzbourg	4.639	-	DE 272	XS 82	BA 81	CZ 46	TR 27	182
Le Tyrol	4.622	-	DE 272	IT 105	TR 58	XS 46	BA 40	169
Le Vorarlberg	3.600	-	DE 178	TR 127	BA 65	IT 63	XS 54	203
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Le Burgenland	6.900	6.463	DE 120	HU 111	CZ 33	XS 26	RO 21	126
La Basse Autriche	6.900	6.252	DE 125	CZ 99	XS 69	BA 51	TR 45	259
Vienne	6.900	5.067	XS 368	DE 175	CZ 172	BA 142	PL 136	840
La Carinthie	6.900	6.235	DE 248	SI 79	BA 69	IT 44	XS 31	194
La Styrie	6.900	6.369	DE 131	SI 83	BA 48	HR 46	XS 31	192
La Haute-Autriche	6.900	6.139	DE 174	BA 98	CZ 91	XS 88	RO 62	248
Salzbourg	6.900	5.874	DE 338	XS 122	BA 121	CZ 69	TR 40	336
Le Tyrol	6.900	5.870	DE 406	IT 156	TR 86	XS 68	BA 60	254
Le Vorarlberg	6.900	5.577	DE 341	TR 244	BA 124	IT 121	XS 103	390

Source des données: Statistik Austria (2019)

3. Plan national de lutte contre la démence

Concernant l'Autriche, deux documents nationaux aident les planificateurs de soins et les prestataires de soins à élaborer des stratégies, ainsi que des plans d'action visant à améliorer la situation médicale des personnes atteintes de démence et celle de leurs proches. Le premier document de ce type, nommé le « *Austrian Dementia Report 2014* », a été publié en janvier 2015. Ce document comporte un chapitre distinct sur les migrants atteints de démence. Il comprend quatre pages et souligne les problèmes de diagnostic tardif et de moindre utilisation des services de soins, notamment par les migrants originaires de Turquie. Dans ce chapitre, il est question de plusieurs études internationales concernant la situation des patients atteints de démence issus de la migration et, dans une section distincte, d'une étude nationale sur la prise en charge des migrants atteints de démence en provenance de Turquie (Barkhordarian 2013). Le rapport souligne des lacunes majeures dans les informations sur la démence et la migration. Par exemple, il signale qu'en Autriche, le nombre et la situation médicale des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne font l'objet d'aucune indication précise. En outre, elle évoque le manque flagrant de services de soins spécifiques aux migrants, notamment en ce qui concerne la prévention de la démence. En général, il semble y avoir à la fois des experts qualifiés en matière de démence et des experts spécialisés en migration, mais ces deux groupes souffrent d'un manque de coopération, d'échange et de mise en réseau. Les spécialistes du domaine de la démence semblent peu connaître les besoins des migrants atteints par cette maladie et de leurs aides à domicile, et inversement, les experts en migration et les aidants familiaux semblent ne pas avoir toutes les informations concernant les services de prévention ou les soins de santé appropriés. Les lacunes en matière d'information et le manque de services de prévention spécifiques aux migrants, ainsi que l'utilisation d'outils de diagnostic de la démence non adaptés aux migrants, enfin les barrières linguistiques, expliquent pourquoi, selon le rapport, les migrants atteints de démence sont souvent diagnostiqués plus tard que les non-migrants. Les résultats de l'étude nationale sur la prise en charge des migrants turcs atteints de démence mentionnée ci-dessus, indiquent que les personnes originaires de Turquie, issues de l'immigration et atteintes de démence ont rarement recours aux services de soins formels et que leurs aidants familiaux n'utilisent pratiquement aucun service de soutien. Les facteurs culturels et religieux seraient les causes principales de cette tendance. Le rapport encourage les prestataires de soins de santé à accorder une attention particulière aux besoins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les besoins spécifiques peuvent, notamment, découler des tabous et de la peur de la stigmatisation au sein de la communauté, ainsi que des expériences traumatiques antérieures liées à l'histoire de la migration, qui peuvent de nouveau devenir un problème dans le cas de la démence. Pour mieux répondre aux besoins des migrants, il conviendrait d'employer des locuteurs natifs ayant une expérience interculturelle, former les soignants et sensibiliser le personnel des centres de conseil pour migrants aux services existants. Pour les familles des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, il faut créer des structures d'information et de soutien adaptées à leurs besoins. Dans le contexte du problème des procédures standardisées de diagnostic de la démence qui sont inappropriées pour les migrants, le « *Austrian Dementia Report 2014* » fait également référence à l'instrument de dépistage *Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen* (= èvaluation transculturelle des

performances mentales) (TRAKULA) développé à l'Université de Cologne pour la détection des troubles cognitifs chez les personnes issues de l'immigration, qui est en cours de test depuis 2008 (statut : 2015) [9].

Le second document a également été publié en 2015 et s'intitule « *Dementia Strategy – Living Well With Dementia* ». Cette stratégie autrichienne de lutte contre la démence comprend sept objectifs d'impact et 21 recommandations d'action. Toutefois, aucun de ces objectifs et recommandations ne concerne directement la migration. Le document ne fait référence à la migration que dans deux passages utilisant des termes différents. Tout d'abord, dans la section « Principes pour le développement des objectifs d'impact et recommandations d'action », il est indiqué que dans le cadre de l'identification des besoins des personnes atteintes de démence et de leurs proches, les inégalités concernant l'accès des minorités et des personnes issues de l'immigration aux services de soutien doivent être prises en compte. Deuxièmement, on trouve une référence indirecte à la migration dans le cadre de la recommandation d'action pour les services d'information à bas seuil d'accessibilité, qui suggère d'organiser des actions de diffusion d'informations multilingues. Globalement, contrairement au « *Austrian Dementia Report 2014* », « *Dementia Strategy – Living Well With Dementia* » traite la migration comme un sujet très mineur. Les deux actions recommandées qui peuvent être pertinentes pour les personnes issues de l'immigration sont mises entre parenthèses et apparaissent donc comme facultatives [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Dans les « *Medical Guidelines for the Integrated Care of Dementia Patients* » de 2011, seules deux phrases, dans un chapitre, font référence à un domaine concernant la migration. Le thème de la migration est abordé brièvement sans être explicitement traité. Il est souligné que les tests neuropsychologiques destinés à clarifier le diagnostic différentiel d'une démence douteuse ou légère doivent tenir compte du contexte socioculturel et des compétences linguistiques d'une personne. En outre, il est fait référence au test de dépistage Mini-Cog en tant que procédure de test simple pour la détection précoce de la démence, dont la validité n'est pas affectée par les différences linguistiques et culturelles. Toutefois, il n'est pas tenu compte de l'origine migratoire ou d'un autre contexte culturel ou linguistique comme facteur potentiel de diagnostic incertain, ni du fait que les tests de dépistage standardisés ou les procédures de tests neuropsychologiques courants peuvent ne pas convenir à ces groupes. Les tests de dépistage tels que le MMSE ou le test de l'horloge sont cités, sans qu'il soit fait référence aux problèmes d'utilisation avec les minorités culturelles ou linguistiques. Dans les chapitres suivants, on ne traite ni les problèmes liés au diagnostic, ni la prise en charge de la démence chez les migrants/minorités ethniques [11]. Au nom du ministère fédéral de la santé, le rapport scientifique « *Non-Drug Prevention and Therapy for Mild and Moderate Alzheimer's Dementia and Mixed Dementia* » a été publié en 2015. Cependant, ce rapport de 241 pages n'aborde à aucun moment le thème de la migration [12].

Les sections suivantes, qui portent sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes

de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux s'appuient sur un entretien avec un expert et reflètent l'expérience et l'opinion de ce dernier. Cela pourrait entraîner un biais de sélection dans les informations et une divergence avec les résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Bien que le thème de la démence et de la migration soit considéré comme très important par les professionnels et les experts de la santé, il ne semble pas exister actuellement de structure de prise en charge significative. Cependant, il existe suffisamment de matériel d'information multilingue sur la démence (par exemple dans les établissements de soins). En outre, il existe des institutions telles que la coentreprise Terra, implantée à Vienne, qui fournit des services multilingues de conseil, de soutien et de médiation aux migrants dans des domaines tels que la santé et la protection sociale [13]. Selon l'experte, il n'existe que quelques services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Autriche. En ce qui concerne les soins hospitaliers et ambulatoires, les modèles de bonnes pratiques ne semblent exister que dans certaines régions, comme la clinique ambulatoire transculturelle de l'AKH (hôpital général) de Vienne. En ce qui concerne les services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, l'experte n'a pas été en mesure de citer de modèles de bonnes pratiques. L'experte estime que l'insuffisance de la demande par rapport à l'offre est problématique. En outre, selon l'experte, l'Autriche dispose de normes nationales pour les soins aux patients hospitalisés en ce qui concerne la prise en compte des besoins alimentaires liés à la religion (par exemple, la préparation de plats sans porc), des besoins spécifiques à la culture lors des visites familiales (par exemple, la mise en place de salles de visite pour les familles élargies) et des besoins linguistiques (par exemple, la mise en place d'un service d'interprétation vidéo au niveau fédéral et l'intégration de dispositions d'aide linguistique telles que des interprètes professionnels et des brochures multilingues dans les établissements hospitaliers). En ce qui concerne les soins aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, il n'existe apparemment pas de stratégie uniforme au niveau politique ou national. Les modalités de prise en charge dépendent du prestataire de soins de la région concernée. Ces prestataires de soins ont probablement des modèles de soins différents. Le modèle de validation, largement utilisé, fait également partie de la formation des professionnels de la santé. Cela signifie que les personnes atteintes de démence sont entendues, acceptées et respectées. De ce fait, les professionnels de santé peuvent essayer de s'adapter aux personnes et à leurs besoins. Selon l'experte, les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne bénéficient pas de soins adéquats, non seulement en raison du manque de services, mais aussi parce qu'elles utilisent rarement (ou jamais) les services existants de manière proactive. En Syrie, par exemple, il existe un service psychiatrique gérontologique qui propose des visites à domicile financées par l'État, mais qui n'est pas utilisé par les personnes issues de l'immigration.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Bien qu'il existe, pour les médecins et le personnel infirmier, des cours consacrés aux soins adaptés à la diversité culturelle, ces derniers n'existent pas en tant que module obligatoire dans le cadre d'une étude médicale traditionnelle ou d'une formation en soins infirmiers, selon l'experte. Au niveau des académies de médecine et de soins infirmiers, il existe des possibilités de formation professionnelle et de formation continue en matière de soins interculturels, mais il s'agit également de cours facultatifs qui sont surtout proposés dans les zones urbaines. Dans les zones rurales, il n'existe que quelques formations de ce type.

Une caractéristique intéressante du système de santé autrichien est la proportion relativement élevée de personnes issues de l'immigration au sein de la main-d'œuvre de ce secteur. Selon l'experte, la proportion de migrants (dans les soins hospitaliers et ambulatoires) parmi les soignants est d'au moins 14 à 15 %. L'experte a souligné que dans le secteur de la prise en charge 24 heures sur 24, seuls des personnes issues de l'immigration étaient employées. Sur la base d'une modification de la loi introduite dans les années 2006 à 2008, les personnes issues de l'immigration peuvent venir en Autriche en tant que travailleurs indépendants pour une période de 4 semaines et s'occuper d'un patient à domicile dans le cadre d'une prise en charge 24 heures sur 24. Ces personnes sont principalement des femmes originaires de Roumanie, de Bulgarie et de Croatie. En général, de nombreux soignants issus de l'immigration sont originaires de l'ex-Yougoslavie (par exemple la Croatie) et des régions frontalières telles que la Hongrie et la Slovaquie. Le système de santé et les prestataires de soins tentent d'utiliser ce potentiel de diversité pour répondre aux besoins résultant de la diversité des patients et pour surmonter les barrières linguistiques existant entre les personnes issues de certains groupes de migrants et les prestataires de soins. Il n'existe actuellement en Autriche aucun service d'interprétation à l'échelle nationale, mais la plupart des hôpitaux disposent de listes où figurent des soignants professionnels de différentes langues maternelles. Ils sont contactés et engagés selon les besoins, mais il n'existe actuellement aucune règle fixe ou exigence de formation imposée à ces services d'interprétation, ce qui entraîne divers problèmes. Dans l'ensemble, l'experte affirme que les professionnels suffisamment qualifiés ne répondent pas aux besoins en matière de soins adaptés à la diversité culturelle et cite comme cause principale l'absence d'une approche systématique et l'absence de formation à la gestion de la diversité au niveau national.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon l'experte, les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence reçoivent le même matériel d'information (dans leur langue maternelle) que les aidants familiaux non- migrants. Il n'y a pas non plus de différence significative dans la fourniture d'autres services de soutien. Cependant, on constate une utilisation très inégale de ces services, les personnes issues de l'immigration ayant tendance à ne pas les utiliser. Par exemple, en Autriche il est structurellement possible d'être assuré en tant qu'aidant familial. Cela donne la possibilité légale d'être un aidant familial professionnel. Les aidants familiaux reconnus reçoivent un salaire et ont droit à des vacances et à une rééducation ré-

munérée. En principe, cette structure est accessible aux migrants réguliers qui font partie de l'État-providence. Du matériel d'information multilingue à ce sujet est également disponible. Cependant, cette possibilité est beaucoup moins utilisée par les personnes issues de l'immigration. L'appareil bureaucratique est un obstacle considérable. Pour bénéficier de ces services de soutien, il faut remplir différents formulaires. Les personnes issues de l'immigration ont très souvent peur de la bureaucratie et de ces formulaires. Ils ont peur de ne pas recevoir d'aide ou de la recevoir très tard s'ils remplissent mal un formulaire. Par conséquent, une grande partie des services sont fournis par des organisations telles que Terra, pour soutenir les migrants consiste à remplir des formulaires pour les aider à demander une allocation de soins ou une aide.
Alors que l'utilisation des services de soutien par les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence est très faible, en partie, à cause, des barrières bureaucratiques et linguistiques, l'experte a estimé que le besoin de services spécialisés et d'informations pour cette population était très élevé et très diversifié. Outre le fait de devoir faire face à la responsabilité d'être un aidant familial, ce qui est extrêmement exigeant même pour une personne qui n'est pas issue de l'immigration, les aidants familiaux de personnes atteintes de démence sont confrontés à des problèmes, des charges et des obstacles spécifiques.

8. Références

1. Jandl M, Kraler A : Austria : A Country of Immigration? [https ://www.migrationpolicy.org/article/austria-country-immigration]. (2003). Consulté le 21 mai 2019.
2. Bauer WT : Zuwanderung nach Österreich. In. Edited by Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung. Wien ; 2008.
3. Bischof G, Rupnow D : Migration in Austria vol. 26. Innsbruck : innsbruck university press ; 2017.
4. Statistik Austria : Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland. [http ://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html]. (2019). Consulté le 21 mai 2019.
5. International Organization for Migration : International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019 : Netherlands ; 2019.
6. International Organization for Migration : Net migration rate in the 5 years prior to 2020 : Portugal ; 2019.
7. Eurostat : Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016 ; 2018.
8. Statistics Austria : Statistik des Bevölkerungsstandes. In. Vienna : Statistics Austria 2019.
9. Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R : Österreichischer Demenzbericht 2014. In. Wien : Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium ; 2015.
10. Arbeitsgruppen 1-6 : Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz In. Édité par Bundesministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien : Gesundheit Österreich GmbH ; 2015.
11. Dorner T, Rieder A, Stein K : Besser Leben mit Demenz : Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Wien : Competence Center intregrierte Versorgung ; 2011.
12. Fröschl B, Antony K, Pertl D, Schneider P : Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz. In. Édité par Gesundheit Österreich GmbH. Wien ; 2015.
13. Trummer U, Novak-Zezula S : Alt, arm, und krank? Arbeitsmigranten der 1960er Jahre in Wien und wie sie unterstützt werden können. In. : Center Health Migration ; 2019.

< retour au sommaire

Belgique

Population
11 550 000 (2020)

Superficie
30 528 km^2

Capitale
Bruxelles

Trois plus grandes villes
Anvers (529 000)
Gand (264 000)
Charleroi (203 000)

Pays voisins
Allemagne, France, Luxembourg, Pays-Bas

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

La Belgique était autrefois un pays d'émigration. Entre 1830 et 1914, une grande partie de la population émigre en raison des mauvaises conditions de travail et des circonstances économiques. Pendant les deux guerres mondiales, environ deux millions de personnes fuient le pays. L'histoire de l'immigration commence pendant la Première Guerre mondiale, lorsque des personnes originaires des pays voisins, d'Europe de l'Est et d'Italie cherchent du travail en Belgique. Dans l'entre-deux-guerres, l'immigration augmente de manière significative à la suite des campagnes de recrutement du gouvernement pour l'industrie charbonnière prospère. En 1930, l'industrie minière belge emploie environ 30 000 travailleurs étrangers. Après un accord avec l'Italie, 110 000 travailleurs arrivent d'Italie entre 1946 et 1956. Par la suite, la Belgique conclut des accords bilatéraux de recrutement avec par exemple l'Espagne (1956), le Maroc (1964) et la Turquie (1964). À la fin des années 1960 et au début des années 1970, la Belgique tente ensuite de limiter l'immigration par le biais de lignes directrices strictes. Cependant, cela conduit à une situation où les personnes venues de pays non-européens restent définitivement. En outre, les réfugiés des zones de conflit, les étudiants étrangers et les migrants des nouveaux États membres de l'UE ont pris la place des travailleurs migrants. Dans l'ensemble, les Chiffres de l'immigration ont continué à augmenter jusqu'en 2011. Après une brève baisse de la migration en raison d'une politique d'immigration plus restrictive à l'égard des étrangers non européens, les Chiffres ont à nouveau augmenté à partir de 2015. En 2017, les migrants en provenance du Maroc constituaient le groupe de migrants le plus important avec 215 000 personnes, suivi par la France (185 000), les Pays-Bas (130 000) et la Turquie (98 000) [1]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) est passée de 1,3 à 2 millions de personnes la proportion de migrants dans la population totale est passée de 12,8 à 17,2 % [2]. Le taux de migration net a toujours été positif et s'élèvera à 4,2 % en 2020 [3].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

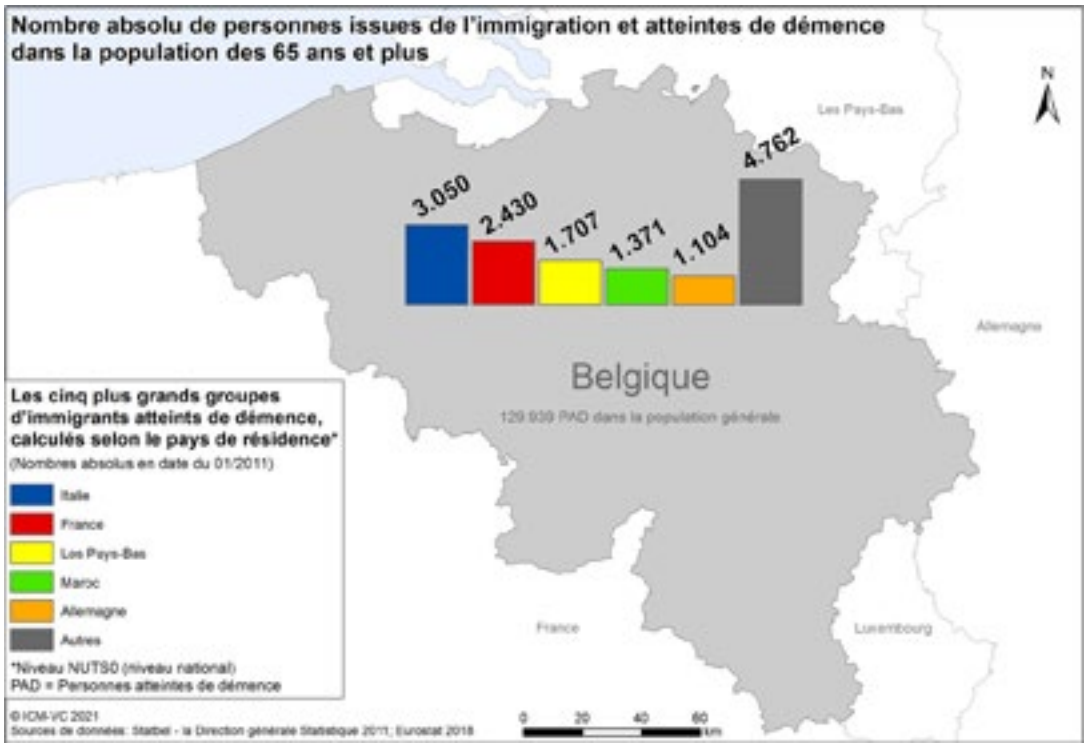


Fig. 3.7.3.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Belgique – Nation)

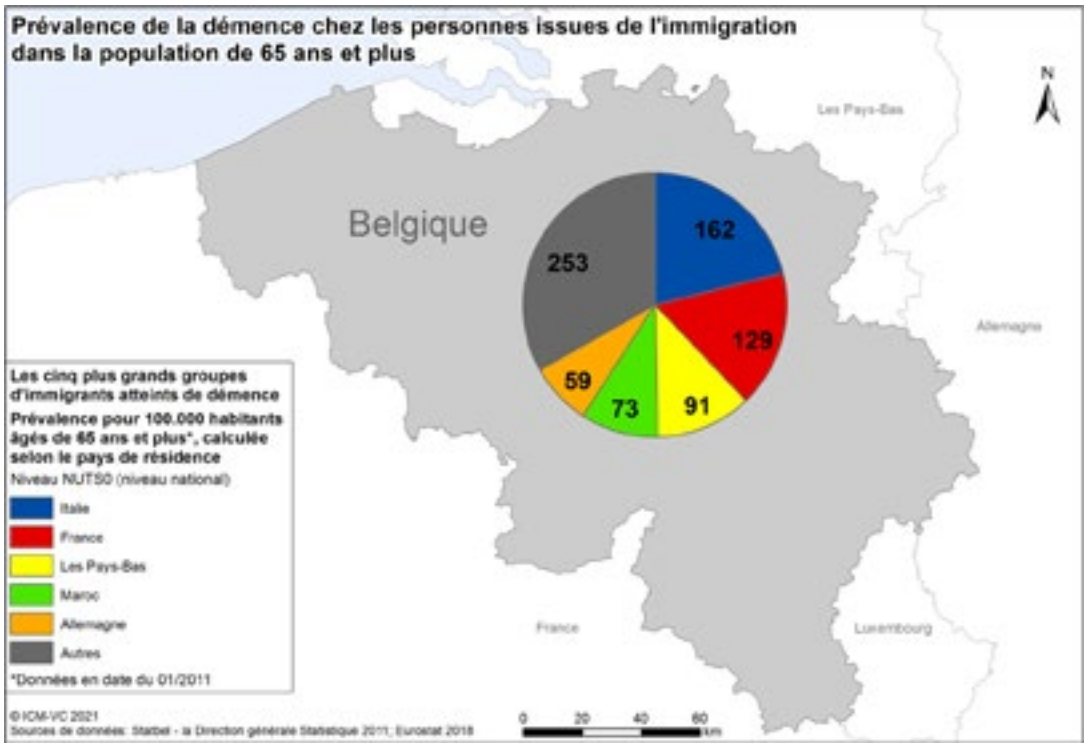


Fig. 3.7.3.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Belgique – Nation)

Tableau 9: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Belgique – Nation)

NUTS	Total	BE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Belgique	129.939	115.517	IT 3.050	FR 2.430	NL 1.707	MA 1.371	DE 1.104	4.762
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Belgique	6.217	-	IT 146	FR 116	NL 82	MA 66	DE 53	227
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Belgique	6.900	6.134	IT 162	FR 129	NL 91	MA 73	DE 59	253

Source des données: Statbel (2011)

Il y a 209 000 personnes issues de l'immigration qui sont âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 14 400 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.3.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Italie (environ 3 100), de France (environ 2 400), des Pays-Bas (environ 1 700), du Maroc (environ 1 400) et d'Allemagne (environ 1 100). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et qui sont atteintes de démence en Belgique pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.3.2). Le tableau 9 présente les valeurs illustrées par les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants et des personnes issues de l'immigration, affectées des maladies originaires d'Italie, de France, des Pays-Bas, du Maroc et d'Allemagne dans les régions NUTS-2 du pays (figures 3.7.3.3 - 3.7.3.8).

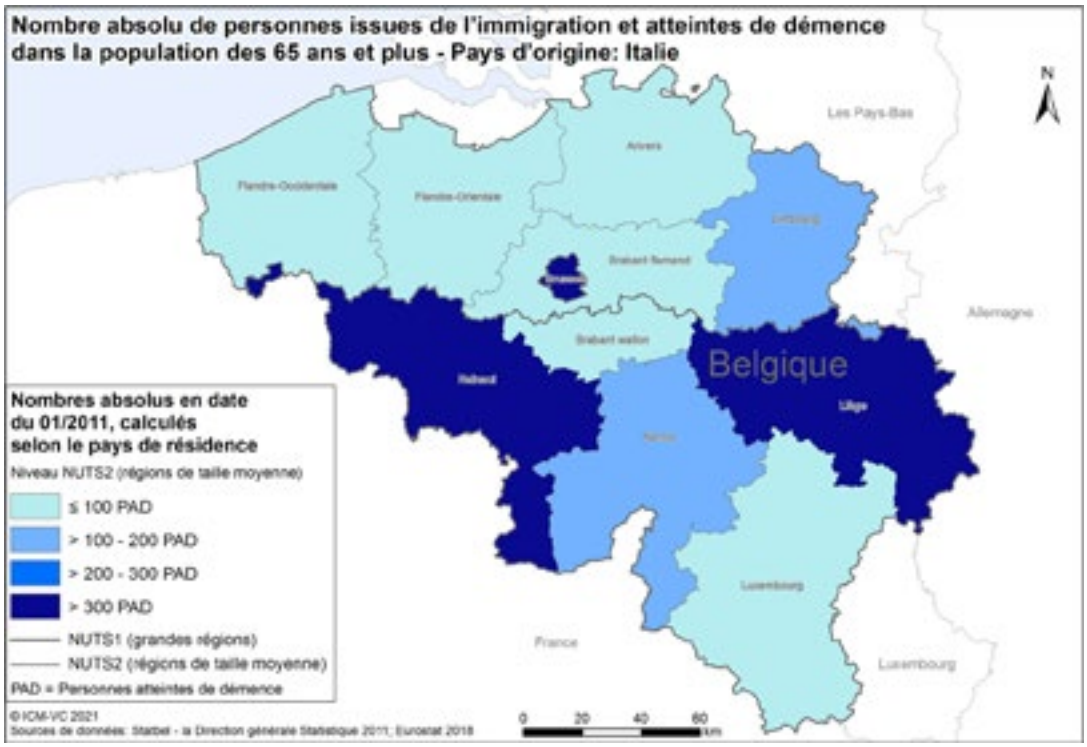


Fig. 3.7.3.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Italie (Belgique – NUTS2)

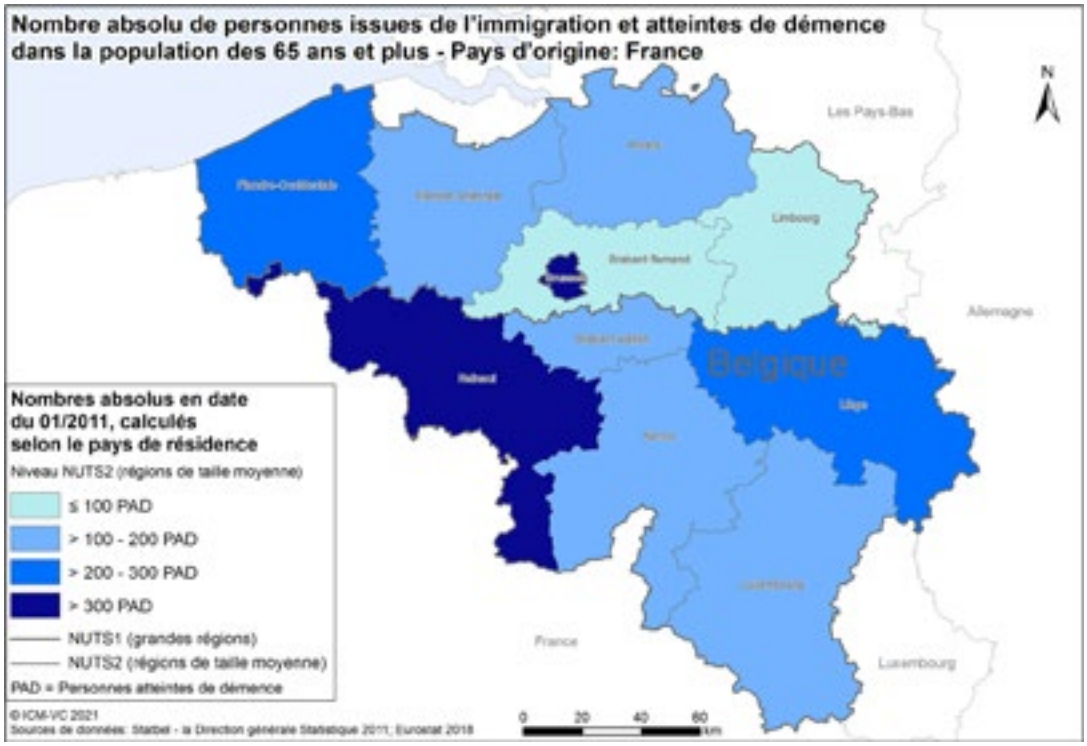


Fig. 3.7.3.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: France (Belgique – NUTS2)

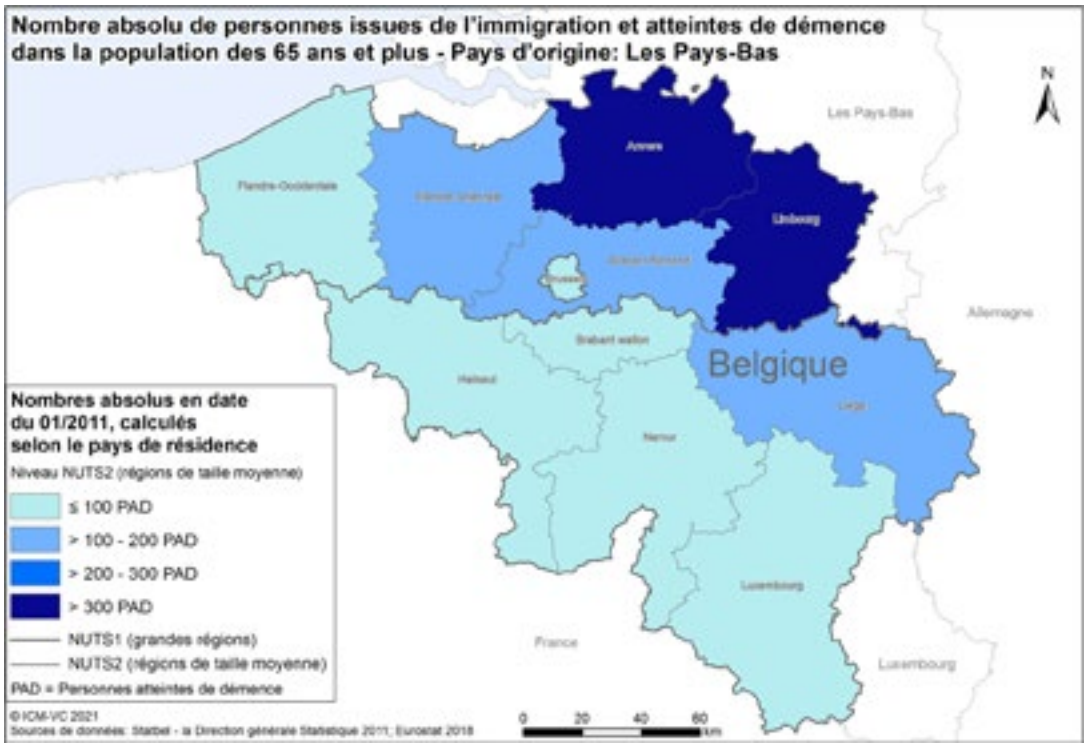


Fig. 3.7.3.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Pays-Bas (Belgique – NUTS2)

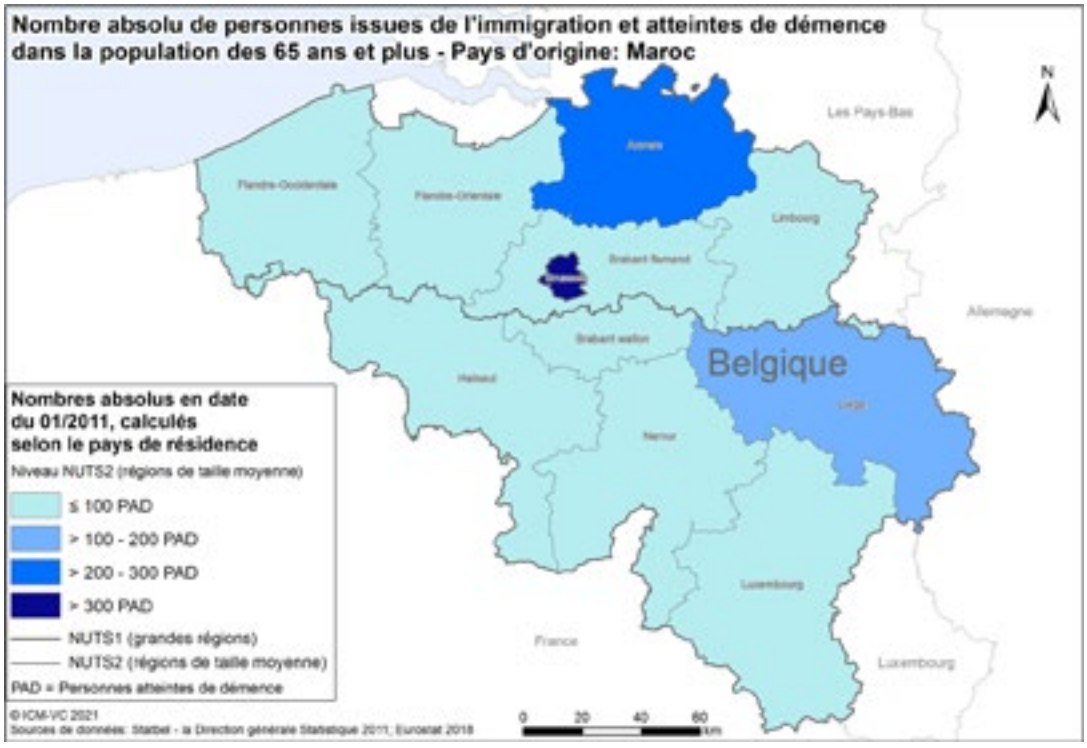


Fig. 3.7.3.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Maroc (Belgique – NUTS2)

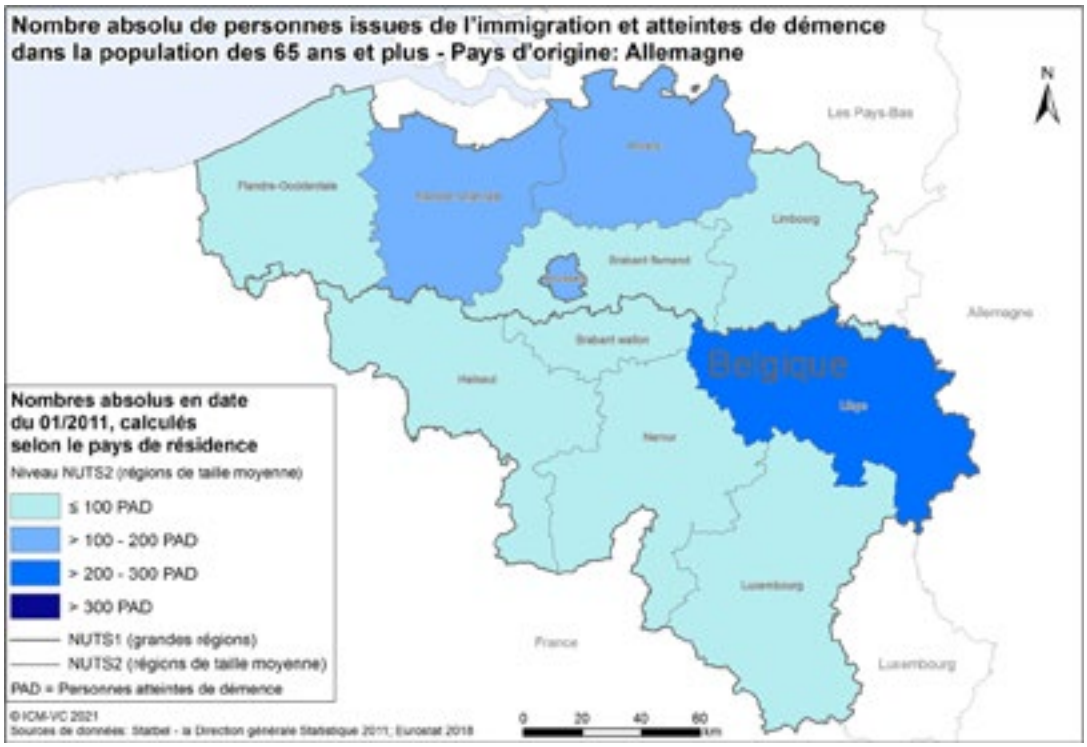


Fig. 3.7.3.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Belgique – NUTS2)

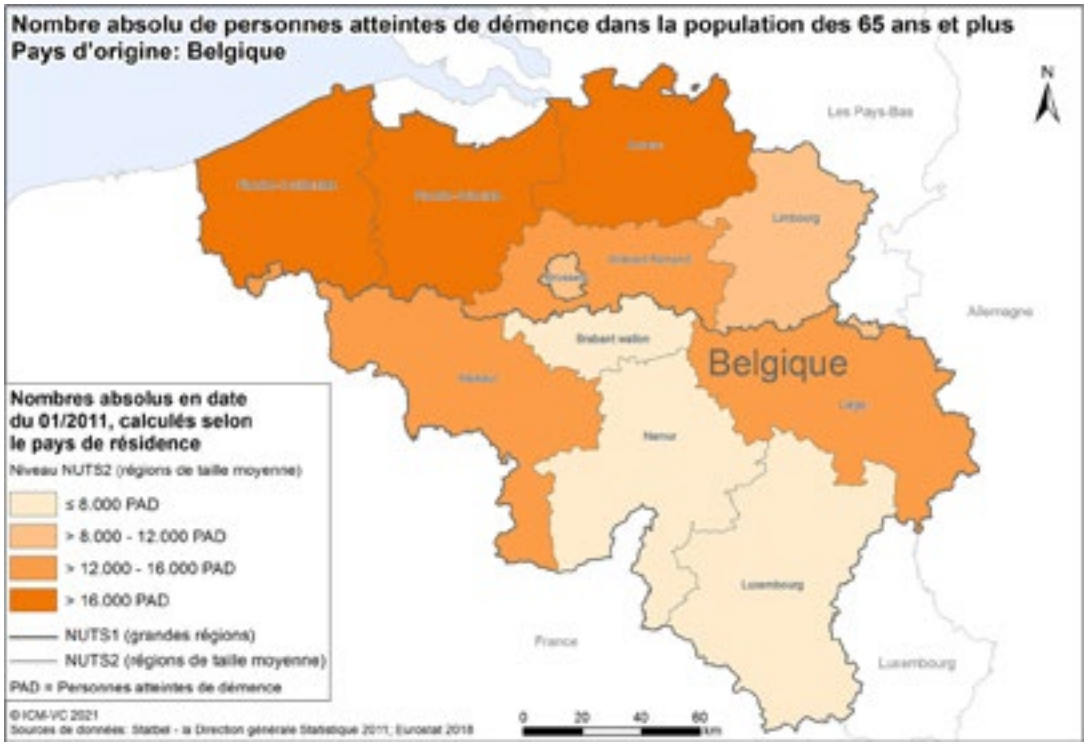


Fig. 3.7.3.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Belgique (Belgique - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte présente le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.3.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.3.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 10 [4-6].

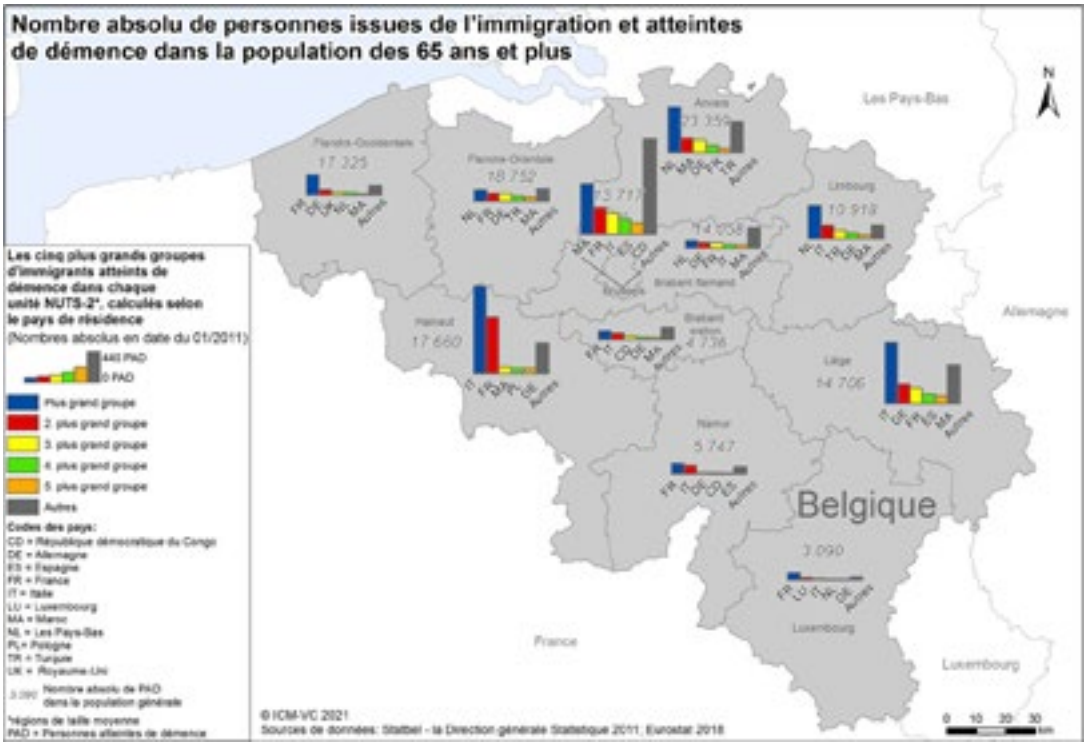


Fig. 3.7.3.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Belgique – NUTS2)

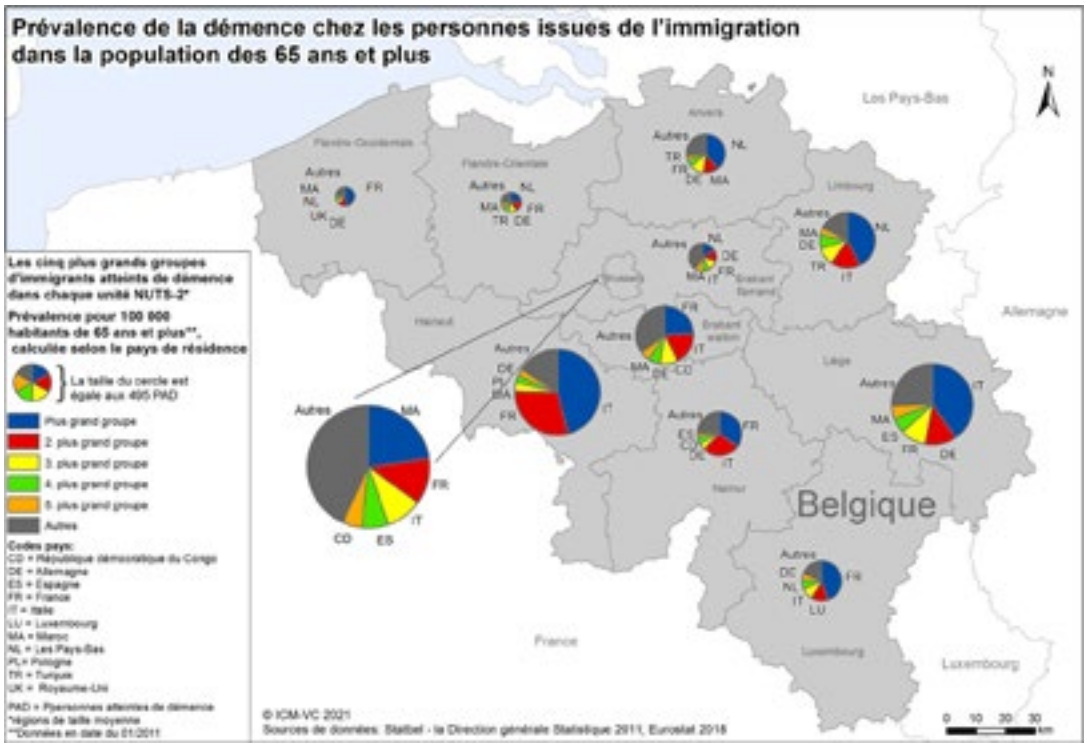


Fig. 3.7.3.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Belgique – NUTS2)

Tableau 10: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Belgique – NUTS 2)

NUTS	Total	BE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Brussels	13.717	10.534	MA 723	FR 388	IT 305	ES 223	CD 167	1.377
Anvers	23.359	21.684	NL 662	MA 211	DE 189	FR 103	TR 60	450
Limbourg	10.918	9.813	NL 470	IT 193	TR 115	DE 83	MA 51	193
Flandre-Orientale	18.752	18.060	NL 167	FR 112	DE 104	TR 72	MA 56	181
Brabant flamand	14.058	13.327	NL 118	DE 95	FR 89	IT 62	MA 59	308
Flandre-Occidentale	17.325	16.707	FR 292	DE 81	UK 50	NL 41	MA 18	136
Brabant wallon	4.736	4.228	FR 124	IT 93	CD 50	DE 33	MA 28	180

NUTS	Total	BE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Hainaut	17.660	14.899	IT 1.266	FR 813	MA 93	PL 74	DE 72	443
Liège	14.706	12.518	IT 881	DE 277	FR 223	ES 136	MA 114	557
Luxembourg	3.090	2.861	FR 102	LU 32	IT 23	NL 15	DE 14	43
Namur	5.747	5.277	FR 163	IT 131	DE 24	CD 22	ES 15	115
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Brussels	2.974	-	MA 157	FR 84	IT 66	ES 48	CD 36	299
Anvers	9.624	-	NL 273	MA 87	DE 78	FR 43	TR 25	184
Limbourg	6.814	-	NL 297	IT 122	TR 73	DE 53	MA 32	36
Flandre-Orientale	18.697	-	NL 166	FR 112	DE 103	TR 72	MA 56	181
Brabant flamand	13.260	-	NL 111	DE 89	FR 84	IT 58	MA 49	299
Flandre-Occidentale	19.353	-	FR 326	DE 90	UK 56	NL 46	MA 20	152
Brabant wallon	6.431	-	FR 168	IT 126	CD 68	DE 45	MA 39	244
Hainaut	4.413	-	IT 316	FR 203	MA 23	PL 19	DE 18	111
Liège	4.637	-	IT 278	DE 87	FR 70	ES 43	MA 36	176
Luxembourg	9.329	-	FR 307	LU 96	IT 69	NL 44	DE 42	132
Namur	8.445	-	FR 239	IT 193	DE 35	CD 33	ES 22	168
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Brussels	6.900	5.299	MA 364	FR 195	IT 153	ES 112	CD 84	693
Anvers	6.900	6.405	NL 195	MA 62	DE 56	FR 31	TR 18	133
Limbourg	6.900	6.201	NL 297	IT 122	TR 73	DE 53	MA 32	122
Flandre-Orientale	6.900	6.645	NL 61	FR 41	DE 38	TR 27	MA 21	67
Brabant flamand	6.900	6.541	NL 58	DE 46	FR 44	IT 30	MA 29	152

NUTS	Total	BE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Flandre-Occidentale	6.900	6.654	FR 116	DE 32	UK 20	NL 16	MA 7	55
Brabant wallon	6.900	6.160	FR 181	IT 135	CD 73	DE 49	MA 42	260
Hainaut	6.900	5.821	IT 495	FR 318	MA 36	PL 29	DE 28	173
Liège	6.900	5.873	IT 413	DE 130	FR 105	ES 64	MA 53	262
Luxembourg	6.900	6.390	FR 227	LU 71	IT 51	NL 33	DE 31	97
Namur	6.900	6.336	FR 196	IT 157	DE 28	CD 27	ES 18	138

Source des données: Statbel (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

Le système de santé belge est organisé au niveau régional. La Belgique ne dispose donc pas d'un plan de démence qui s'applique à l'ensemble du pays. Concernant la région méridionale de la Wallonie, aucun plan n'a pu être identifié [7]. La région septentrionale de la Flandre a publié en 2016 le « Plan de démence pour la Flandre 2016-2019 », mais celui-ci ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration. Toutefois, dans deux paragraphes du chapitre sur la prévalence de la démence et dans trois sections du chapitre sur les objectifs et mesures, de brèves références sont faites à la migration. Dans ces chapitres, les personnes issues de l'immigration sont identifiées comme un groupe à risque concernant la démence. La proportion de personnes issues de l'immigration dans la population flamande a augmenté ces dernières années, notamment dans le groupe d'âge des 65 ans ou plus, et une nouvelle augmentation est attendue. Les personnes atteintes de démence sont considérées comme un groupe auquel il convient d'accorder une attention particulière dans la recherche scientifique et le développement de stratégies de soins. Il est souligné qu'ils ont des besoins spécifiques en matière de soins qui doivent être pris en compte lors de l'élaboration de stratégies de lutte contre la démence. L'objectif de la Flandre est d'offrir les soins et le soutien nécessaires aux personnes atteintes de démence et d'améliorer les connaissances sur la démence au sein des communautés d'immigrés. Simultanément, il sous-entend également sensibiliser le public à l'importance de la diversité culturelle dans les soins aux personnes atteintes de démence. Le plan de lutte contre la démence de la Flandre vise à garantir que les personnes issues de l'immigration ont accès à des soins spécifiques à la démence et que des services de soins adaptés à leur culture sont disponibles. Actuellement, il semble qu'il y ait toujours un manque de services de soins de santé adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Flandre. La situation spécifique de ce groupe vulnérable n'avait pas fait l'objet d'une attention particulière dans le passé. Selon le « Plan de démence pour la Flandre 2016-2019 », cette situation est appelée à changer à l'avenir [8].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon un représentant de l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), la Wallonie ne dispose d'aucun document accessible au public contenant des lignes directrices de traitement ou de soins spécifiques à la démence [9]. Concernant la Flandre, quatre documents de ce type ont pu être trouvés. Si le « *Transit Plan Dementiekundige Basiszorg in het Natuurlijk Thuismilieu* » de 2014 ne tient pas compte de la migration [10], les trois autres lignes directrices y font référence à des degrés divers. Le document « Vous et moi, ensemble, nous sommes humains : un cadre de référence pour la qualité de vie, le logement et la prise en charge des personnes atteintes de démence » de 2018 fait référence à la migration dans une section comportant trois paragraphes (deux grands et un petit). L'accent est mis sur la description du problème. Dans un premier temps, il est question du fait que la diversité croissante dans les sociétés occidentales pose des défis aux soignants. Ensuite, quelques différences dans la perception de la démence et dans les besoins et les pratiques de soins entre les personnes issues de l'immigration et les non-migrants sont mentionnées. On souligne que certaines cultures perçoivent la démence comme une pathologie du cerveau, tandis que d'autres cultures y voient une partie du vieillissement normal, un problème psychiatrique, une expérience religieuse ou mystique, ou une punition pour un mauvais comportement. Dans certaines de ces cultures, la démence est fortement taboue. Par conséquent, ces personnes doivent être mieux informées et leur sensibilisation à la démence doit être renforcée. Le cadre de référence conclut que les services de santé actuels pour les migrants sont insuffisants. Les institutions de soins sont directement invitées à prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en fonction de leur culture, sans tomber dans les stéréotypes et la sur-culturalisation. À l'avenir, la Flandre souhaite se concentre notamment sur les soins de santé adaptés à la diversité culturelle des personnes atteintes de démence. Cependant, il n'est pas prévu de développer des produits spécialisés pour ce groupe [11]. Dans le « *Memorandum* » de 2014 publié en 2013 par l' « *Expertise centrum Dementie Vlaanderen* » et la « *Vlaamse Alzheimer Liga* », il est mentionné que le nombre de personnes âgées originaires d'Italie, du Maroc ou de Turquie augmente, ce qui est une des raisons de la pression croissante sur les soins informels et de l'importance croissante de la diversité des soins [12]. Le « *Memorandum* » de 2019 de 2018 décrit la situation avec la même formulation. Cela indique que la situation n'a pas changé ces dernières années - le nombre de migrants âgés continue d'augmenter, la pression sur les soins informels continue d'augmenter et la diversité des soins est toujours négligée. Cela pourrait être la raison pour laquelle, à la fin du mémorandum, il est recommandé d'accorder à l'avenir une plus grande attention aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence [13].

L'analyse des documents flamands a montré que le thème de la démence et de la migration prenait de plus en plus d'importance en Flandre et était également de plus en plus pris en compte lors de la rédaction de documents sur les soins aux personnes atteintes de démence. Les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont identifiées comme étant un groupe vulnérable ayant des besoins spécifiques auxquels il convient de proposer à l'avenir des soins adaptés. Actuellement, il semble y avoir de grandes lacunes à cet égard.

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion des experts. Cela pourrait mener à un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Il existe de grandes lacunes dans la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, car la démence et la migration sont des sujets nouveaux dans la société, la politique, la science et le système de santé, et ne bénéficient actuellement d'aucune attention structurelle au sein de ces systèmes. Les deux expertes interrogées font partie de l'unique projet de recherche en cours sur le sujet. Jusqu'à présent, le système de santé belge, les décideurs politiques et les organisations de soins n'ont pas identifié les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence comme un groupe ayant des besoins spécifiques. Par conséquent, on ne peut identifier aucun programme national ou régional, aucune ligne directrice ou aucun document officiel (publié par le gouvernement) qui sensibilise les prestataires de soins de santé à la démence et à la migration.

Selon les personnes interrogées, en Belgique les personnes issues de l'immigration ne sont pas du tout intégrées au système de santé. Ainsi, on constate déjà un manque d'intérêt pour la santé et la migration, qui se traduit par l'absence de politiques publiques et d'exemples de bonnes pratiques en la matière. Dans la situation actuelle, la fourniture de services adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dépend d'initiatives prises au niveau individuel, sans implication de l'État. Les expertes indiquent qu'il n'existe actuellement aucun service de soins de santé spécialisé pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Belgique et que le gouvernement, le système de santé et les organismes médicaux ne prennent pas non plus de mesures pour garantir à l'avenir aux personnes malades, des soins ou un soutien interculturels. Au niveau individuel, il existe un petit nombre de prestataires de soins médicaux et d'aides-soignants qui sont sensibilisés aux besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et qui offrent des soins adaptés à une culture spécifique, sur la base de leur propre profil (par exemple, leur propre origine migratoire) et de leur expérience de travail avec les personnes issues de l'immigration. Les expertes ont mentionné les deux exemples suivants. Tout d'abord, un centre d'accueil de jour pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence a été mis en place à Bruxelles en 2017 par un groupe d'infirmières ; depuis son lancement, l'accueil de jour a pris en charge une dizaine de personnes (estimation d'un expert). Le deuxième exemple est celui du café de la démence à Mons, axé sur la culture. Il existe également des maisons de soins individuelles comptant une forte proportion de migrants, comme celle de Bruxelles qui compte de nombreux migrants italiens sensibilisées au sujet. Selon les expertes, à l'exception de ces exemples, il n'existe pas en Belgique d'attention spécifique pour garantir des soins adéquats aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Il ne semble exister au-

cune norme de soins, ni de politique, ni aucune prise en compte systématique des besoins de ce groupe spécifique d'individus. En raison du manque de personnel dans le domaine des soins aux personnes âgées, il y a un manque général de sensibilité aux besoins personnels des patients provenant de l'étranger et atteints de démence ; cela vaut en particulier pour les personnes issues de l'immigration.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Selon les expertes interrogées, les soins interculturels ou adaptés sur le plan culturel ne font pas partie intégrante de la formation professionnelle du personnel de santé ou infirmier. Bien qu'il existe des cours sur les soins interculturels, ils ne constituent pas un module obligatoire, ne sont pas proposés à l'échelle nationale à tous les étudiants, ni considérés comme un élément de base important pour la prestation de soins. En outre, ces cours ne sont souvent suivis que par ceux qui sont déjà sensibilisés au sujet. La grande majorité des stagiaires/étudiants ne suivent pas de cours sur les soins interculturels.

En ce qui concerne la diversité culturelle et la proportion de professionnels de la santé issus de l'immigration, la région (rurale ou urbaine) et la qualification professionnelle jouent un rôle clé. Dans les villes et pour les emplois peu qualifiés, la proportion de professionnels issus de l'immigration est beaucoup plus élevée que dans les zones rurales et pour les emplois nécessitant des qualifications supérieures. À Bruxelles, par exemple, elle est très élevée. Par ailleurs, la proportion de migrants est beaucoup plus faible parmi les médecins que parmi les infirmières. De même, la proportion d'agents de nettoyage issus de l'immigration est probablement de 80 à 90 % (estimation d'une experte). Cela peut indiquer que les emplois moins qualifiés sont généralement ceux occupés par les migrants. En ce qui concerne les régions et les pays d'origine, le groupe des soignants professionnels issus de l'immigration dans les soins résidentiels en ville est très hétérogène (de toutes les parties du monde, par exemple d'Europe orientale, d'Amérique, du Pakistan). Dans la plupart des hôpitaux (sauf ceux de Bruxelles), la proportion de migrants et la diversité culturelle sont beaucoup plus faibles. Dans l'ensemble, pour les soins hospitaliers la diversité du personnel est plus faible que pour les soins ambulatoires. Les deux expertes ont souligné qu'il existait actuellement en Belgique certaines conditions structurelles et sociales qui faisaient obstacle à l'intégration des personnes issues de l'immigration dans l'ensemble des professions de santé. Les personnes issues de l'immigration sont souvent considérées comme un groupe unique dans les politiques, ce qui conduit à penser, à tort, que les soignants issus de l'immigration offrent généralement des soins adaptés à leur culture, en raison de leur origine migratoire, et qu'ils possèdent donc les compétences et les connaissances nécessaires pour gérer les soins au sein de ces populations. Dans l'ensemble, les expertes affirment que les attentes à l'égard des prestataires de soins de santé qui sont issus de l'immigration sont plus élevées que celles des prestataires de soins de santé non-migrants. En ce qui concerne les tâches et devoirs habituels en matière de soins de santé, on attend des deux qu'ils aient le même niveau d'expertise. En même temps, on attend d'eux qu'ils soient prêts, le cas échéant, à fournir des services de traduction et à offrir des soins adaptés à leur

culture. Un niveau élevé de diversité ethnique parmi le personnel offre un grand potentiel, mais ne conduit pas automatiquement à des soins adaptés à la diversité culturelle. La diversité doit être utilisée de manière fructueuse à l'aide d'éléments tels qu'un bon leadership, la communication et une politique de soutien non stéréotypée. Selon les expertes, un autre problème central est le manque structurel d'intégration des personnes issues de l'immigration dans les emplois hautement qualifiés du système de santé, dans lequel ils sont sous-représentés.

7. Soutien aux aidants familiaux

Les expertes ont expliqué que le réseau familial joue un rôle clé dans le soutien aux aidants des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Toutefois, en général, les familles et les autres réseaux de soutien potentiels, tels que les communautés religieuses et les organisations de migrants, sont peu familiarisés avec les soins aux personnes atteintes de démence ; ils doivent donc d'abord être sensibilisés et informés à ce sujet. Contrairement aux familles, les communautés religieuses et les organisations d'immigrés ne jouent actuellement pas un rôle important dans l'offre d'un soutien spécifique à la démence aux aidants familiaux. Selon les expertes, cela n'est pas dû à une absence de volonté, mais à un manque de sensibilisation et de connaissances liées à la démence. Cependant, il existe également des différences entre les différentes organisations de migrants. Certains pays d'origine sont mieux organisés et d'autres pays ne sont pas du tout représentés dans les organisations de migrants. Ainsi, la mesure dans laquelle les aidants familiaux bénéficient du soutien de ces organisations dépend du pays d'origine. Les migrants originaires d'Italie, par exemple, disposent d'un service social qui les soutient en termes d'accès aux soins, alors que les personnes originaires du Maroc ne disposent pas d'une telle organisation. Actuellement, les aidants familiaux les plus proches soutiennent la personne atteinte de démence la plupart du temps. Ce sont également eux qui sensibilisent leur entourage à la démence, ce qui accroît la charge des soins.

Selon les expertes, il existe un problème général de soutien et d'information pour les aidants familiaux de personnes atteintes de démence en Belgique. Ce problème est encore plus important et plus complexe en ce qui concerne les proches des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Il n'existe pas de ressources d'information spécialisées (livres, films) leur permettant d'aborder le sujet de la démence avec leur famille dans leur langue maternelle. En outre, les informations disponibles sur la démence ne sont pas sensibles à la culture ou adaptées à celle-ci en termes d'éléments individuels (par exemple, les personnes ou les situations représentées dans des images, des illustrations ou des vidéos). Pour les proches des personnes atteintes de démence, il est important qu'ils puissent se reconnaître dans les informations (virtuelles). Dans l'ensemble, il existe un grand besoin de services spécialisés fournissant un soutien et des informations à cette population. Il est nécessaire d'élaborer des informations adaptées aux langues et aux cultures, en gardant à l'esprit que ces informations doivent être accessibles et déboucher sur des services de soins accessibles.

8. Références

1. Lafleur J-M, Marfouk A: A Common Home: Migration and Development in Belgium. In. Brussels: Caritas International; 2019.
2. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Belgium; 2019.
3. International Organization for Migration: Net Migration rate in the 5 years prior to 2020: Belgium; 2019.
4. Esri: World Ocean Background; 2010.
5. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
6. Statistics Belgium: Census 2011; 2011.
7. Vanneste P: Dementia Plan Wallonia. In., Conversation par E-mails edn; 2019.
8. Vlaamse Regering: continuing to build a dementia-friendly Flanders together: updated Dementia Plan for Flanders 2016 – 2019. In.: Vlaamse Regering; 2016.
9. Vanneste P: Dementia care guidelines. In. Conversation par E-mails edn; 2019.
10. Vlaamse Regering: TRANSITIEPLAN 'DEMENTIEKUNDIGE BASISZORG IN HET NATUURLIJK THUISMILIEU'. In. Edited by Volksgezondheid en Gezin; 2014.
11. Dely H, Verschraegen J, Steyaert J: You and me, together we are human: A reference framework for quality of life, housing and care for people with dementia. Antwerpen, Belgium: European Patent Office publishing company; 2018.
12. Constant O, Lamers H, Steyaert J, Verschraegen J, Wildiers P: Memorandum 2014. In. Édité par Vlaanderen ED, Liga VA. Antwerpen: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Vlaamse Alzheimer Liga; 2013.
13. Constant O, Lamers H, Steyaert J, Verschraegen J, Dely H: Memorandum 2019. In. Antwerpen: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Alzheimer Liga Vlaanderen; 2018.

Bulgarie

Population
6 951 000 (2020)

Superficie
110 372 km^2

Capitale
Sofia

Trois plus grandes villes
Sofia (1 243 000)
Plovdiv (348 000)
Varna (336 000)

Pays voisins
Grèce, Macédoine du Nord, Roumanie, Serbie, Turquie

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Entre 1880 et 1988, 808 600 personnes ont immigré en Bulgarie et environ 1 283 000 personnes ont émigré de Bulgarie. Les personnes qui sont arrivées en Bulgarie au cours de cette période étaient principalement des Bulgares de souche originaires des pays voisins [1]. Les premiers immigrants étaient des réfugiés d'Arménie (1915-1917) qui fuyaient le génocide arménien dans l'Empire ottoman. La vague d'immigration suivante a eu lieu pendant la période socialiste (1944-1989), lorsque des groupes importants d'étudiants sont venus du tiers monde. Pour répondre à la demande de main-d'œuvre, des immigrants du Vietnam ont été admis à la fin des années 1970. À partir de 1989, l'immigration a augmenté et des groupes importants de Chinois et de pays arabophones sont venus en Bulgarie. Après l'adhésion de la Bulgarie à l'UE en 2007, le nombre d'immigrants en provenance de l'ancienne Union soviétique et de l'ex-Yougoslavie a augmenté. De nouveaux grands groupes d'immigrants se sont formés (personnes originaires de la Fédération de Russie, d'Ukraine, des pays arabophones, d'Albanie, d'Arménie, de Serbie, de Turquie, etc.) L'adhésion de la Bulgarie à l'UE, sa situation géographique à la frontière extérieure sud-est de l'UE et la guerre syrienne ont transformé la Bulgarie d'un pays traditionnel d'émigration nette en un pays de transit [2] avec une émigration nette réduite [3]. En particulier à partir de juin 2013, le nombre de migrants qui sont arrivés en Bulgarie à la recherche d'une protection internationale a augmenté de manière significative. Ces migrants étaient principalement originaires d'Irak, d'Afghanistan, de Syrie, du Pakistan et d'Iran et la plupart d'entre eux ont migré sans papiers vers l'Europe du Nord et de l'Ouest. En 2016, les personnes originaires d'Afghanistan représentaient 40 % des nouveaux demandeurs d'asile [4]. En 2013, les groupes de migrants les plus importants étaient originaires de la Fédération de Russie (19 700), de Roumanie (6 400), d'Ukraine (6 200), de Grèce (5 200) et de Turquie (4 200) [5]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a été multipliée par près de huit (21 500 à 168 500) et la proportion de migrants dans la population totale a été multipliée par douze (0,2 à 2,4 %) [6]. Globalement, la population migrante de la Bulgarie est moins nombreuse et son histoire migratoire est plus courte que celle de la plupart des autres pays de l'UE [2]. En 2020, le taux de migration nette sera de -0,7 [7].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

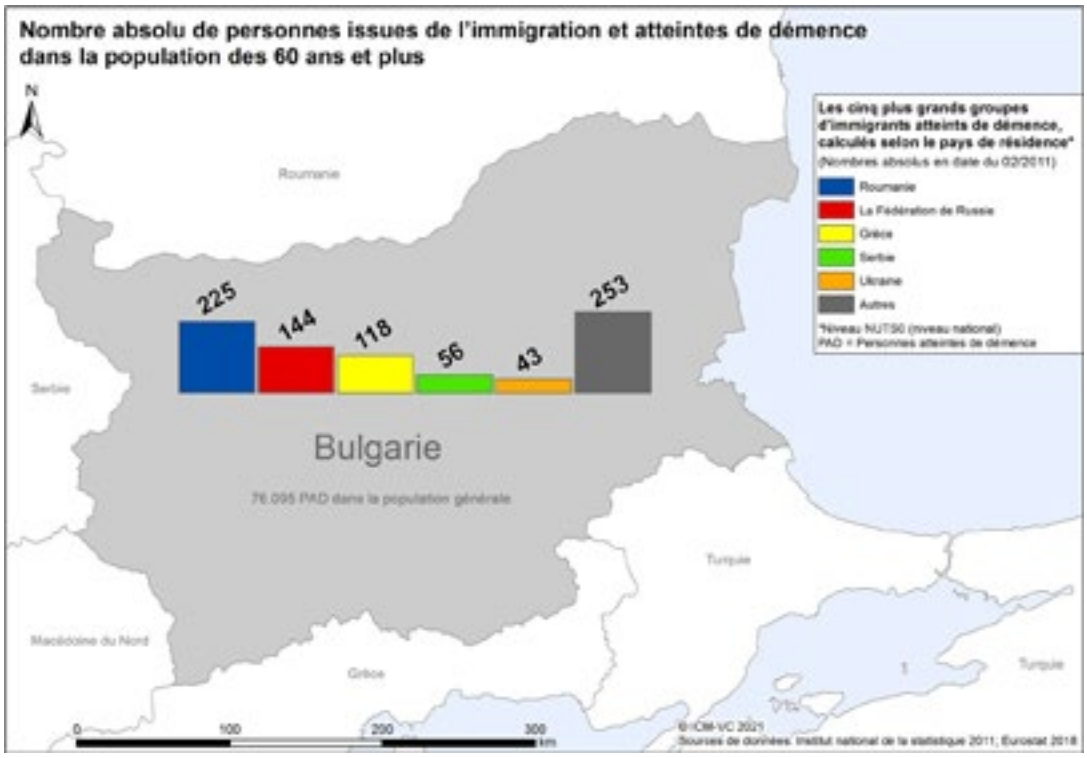


Fig. 3.7.4.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus (Bulgarie – Nation)

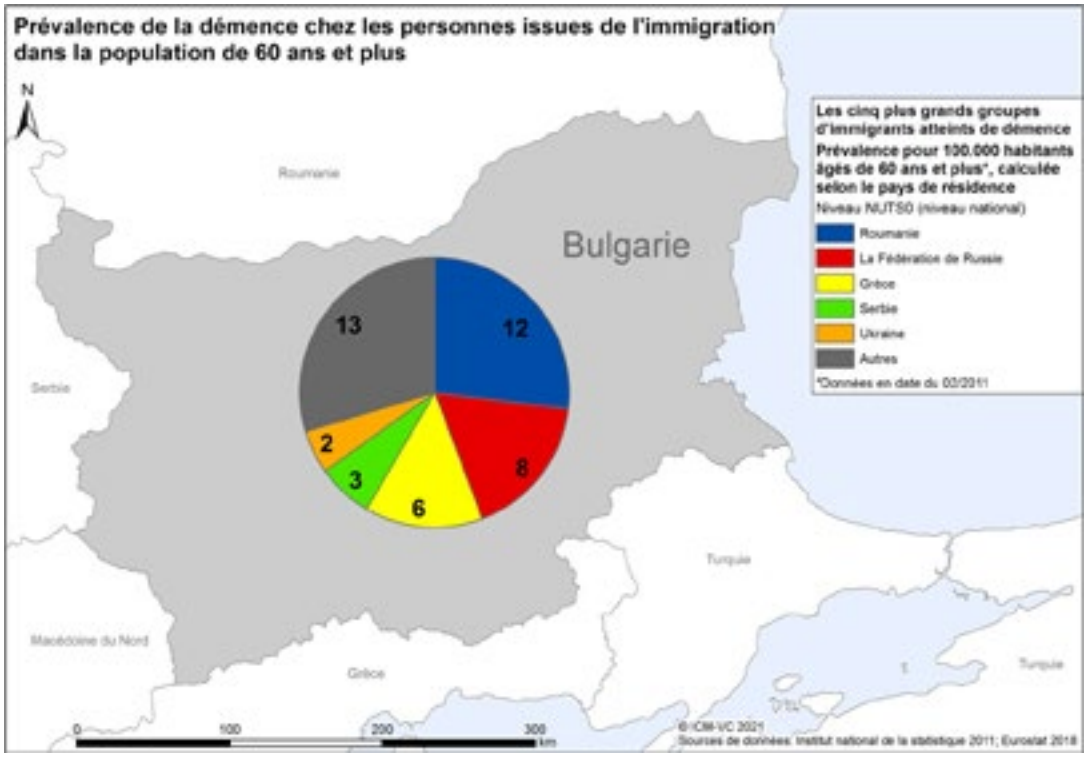


Fig. 3.7.4.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 60 ans et plus (Bulgarie – Nation)

< retour au sommaire

Tableau 11: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Bulgarie – Nation)

NUTS	Total	BG	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Bulgarie	76.095	75.256	RO 225	RU 144	GR 118	XS 56	UA 43	253
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 60+								
Bulgarie	36.282	-	RO 107	RU 69	GR 56	XS 27	UA 21	227
Prévalence/100.000 habitants 60+								
Bulgarie	4.000	3.956	RO 12	RU 8	GR 6	XS 3	UA 2	253

Source des données: National statistical institute (2011)

Il y a 21 000 personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans ou plus. On estime qu'environ 800 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.4.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Roumanie (environ 200), de la Fédération de Russie (environ 100), de Grèce (environ 100), de Serbie (environ 60) et d'Ukraine (environ 40). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Bulgarie pour 100 000 habitants et âgés de 60 ans ou plus (figure 3.7.4.2). Le tableau 11 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de Roumanie, de la Fédération de Russie, de Grèce, de Serbie et d'Ukraine dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures. 3.7.4.3 – 3.7.4.8).

Fig. 3.7.4.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: Roumanie (Bulgarie – NUTS2)

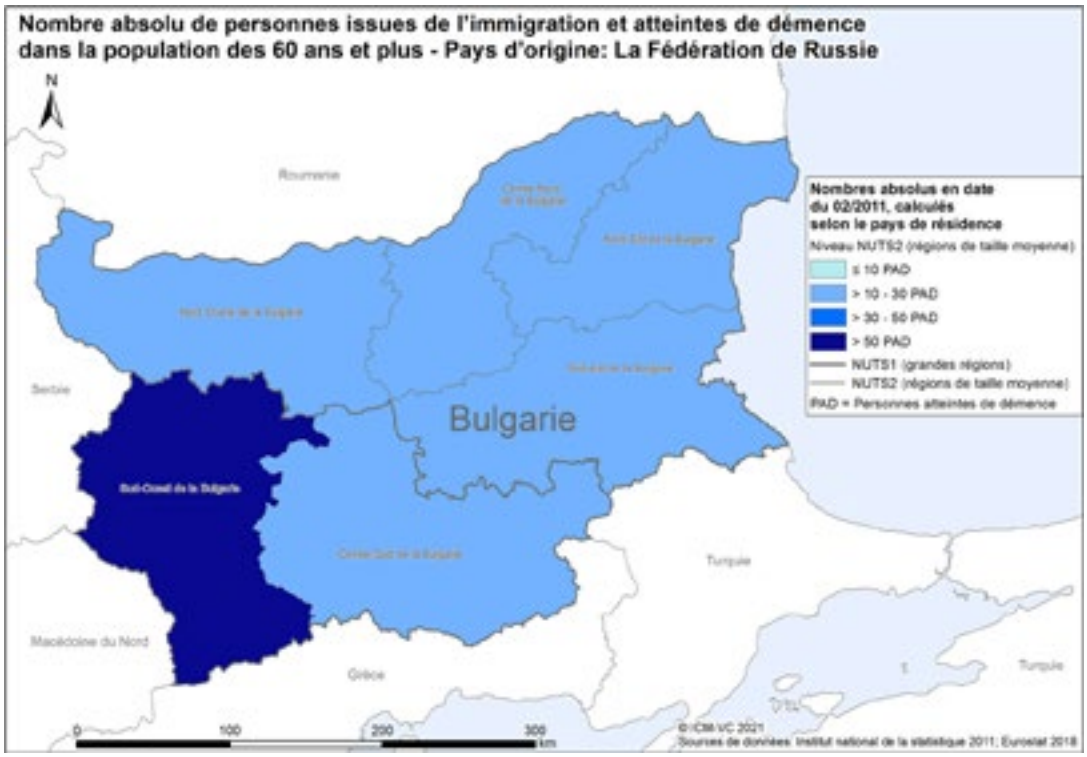


Fig. 3.7.4.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: La Fédération de Russie (Bulgarie – NUTS2)

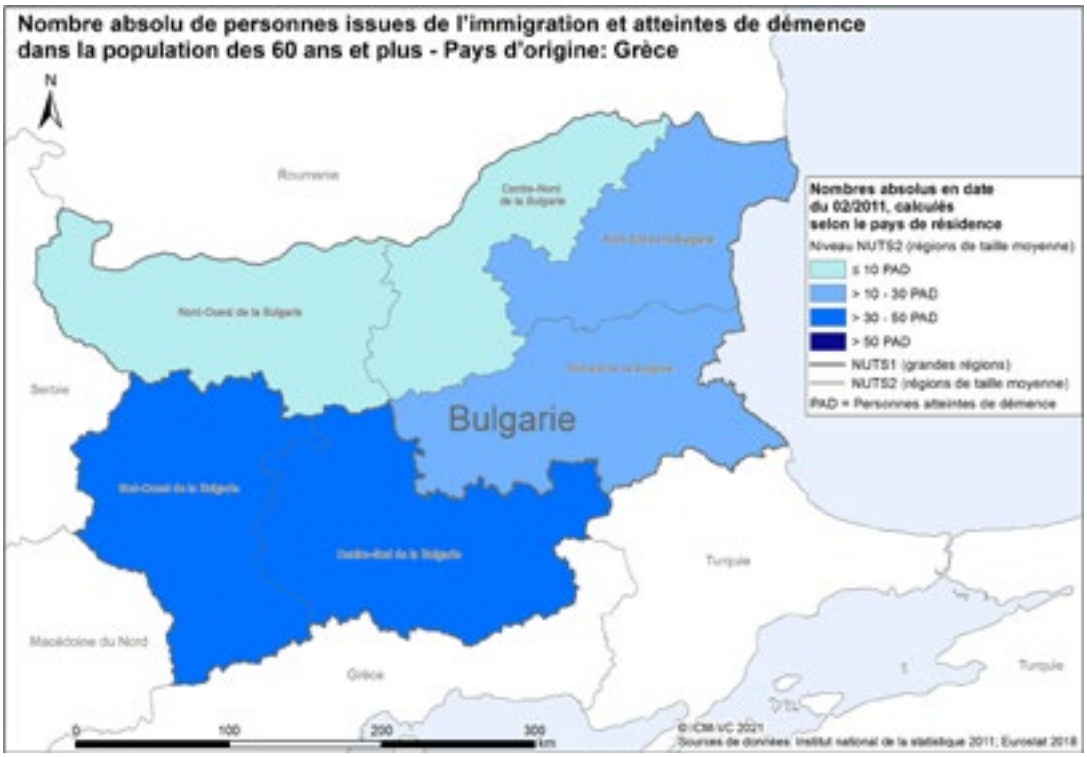


Fig. 3.7.4.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: Grèce (Bulgarie – NUTS2)

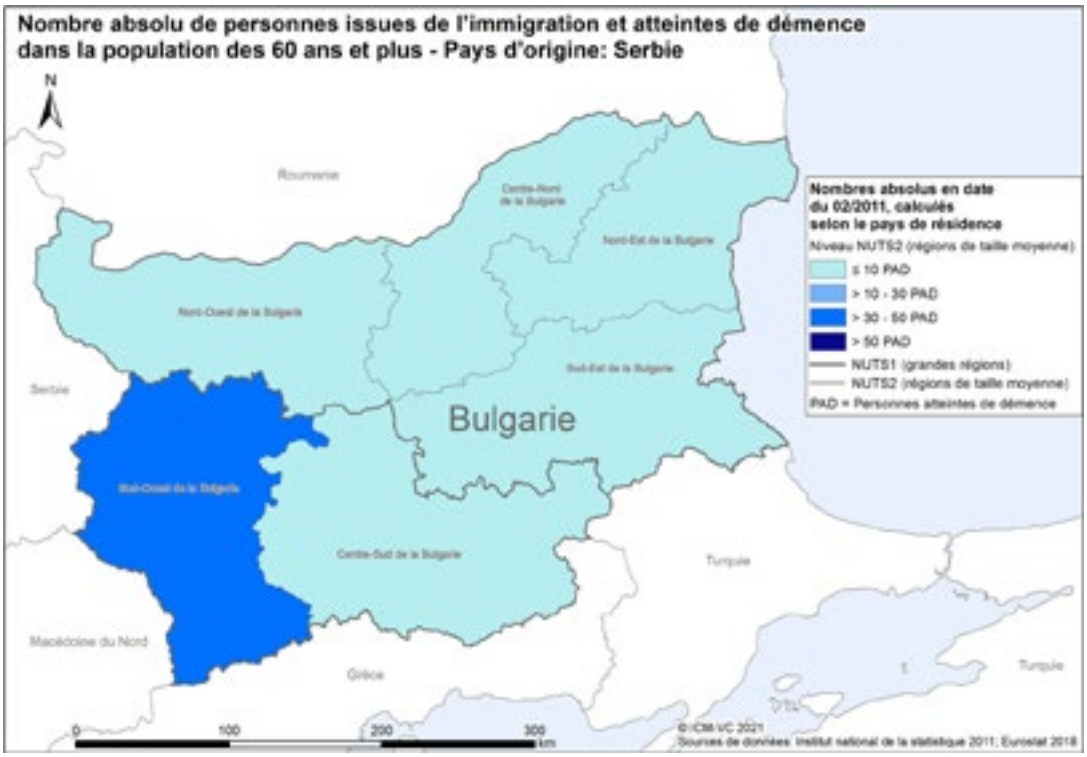


Fig. 3.7.4.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: Serbie (Bulgarie – NUTS2)

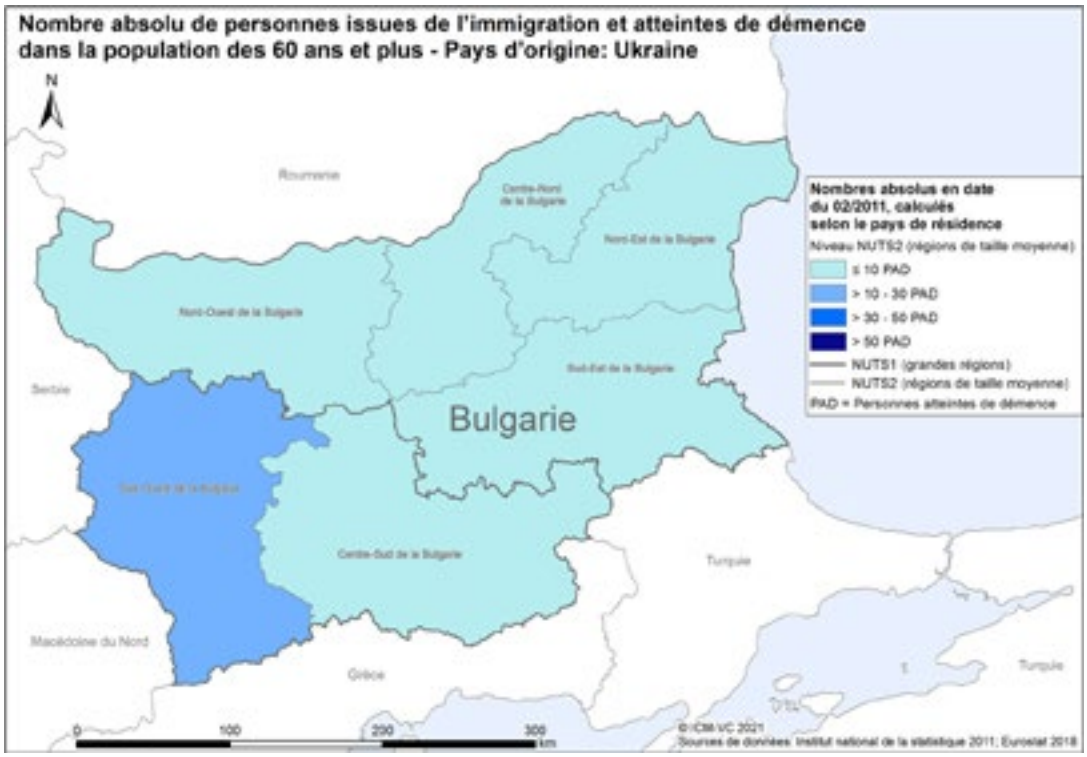


Fig. 3.7.4.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: Ukraine (Bulgarie – NUTS2)

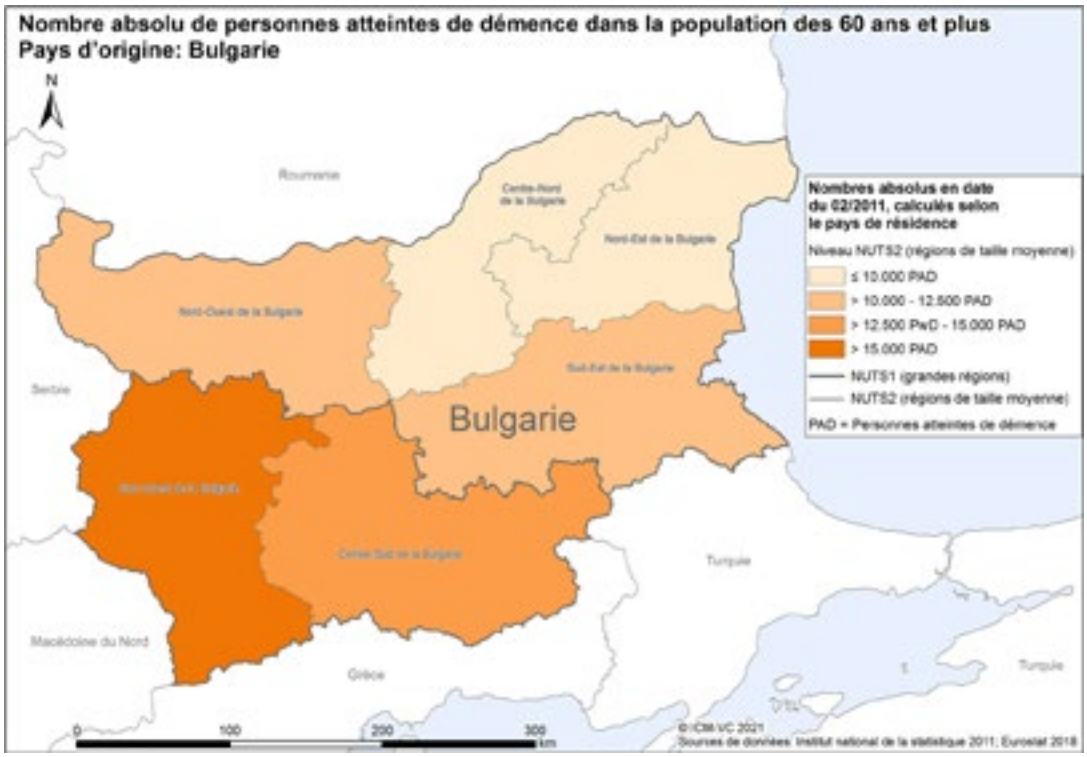


Fig. 3.7.4.8: Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: Bulgarie (Bulgarie – NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.4.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 60 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.4.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 12. [8-10].

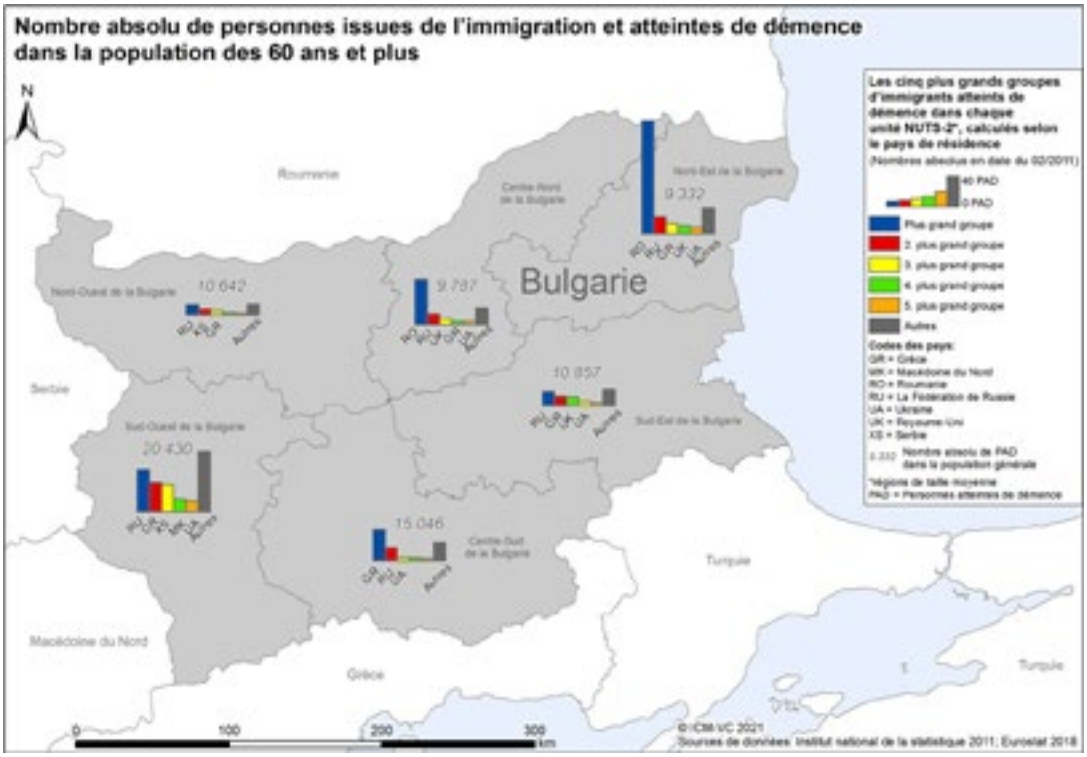


Fig. 3.7.4.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus (Bulgarie – NUTS2)

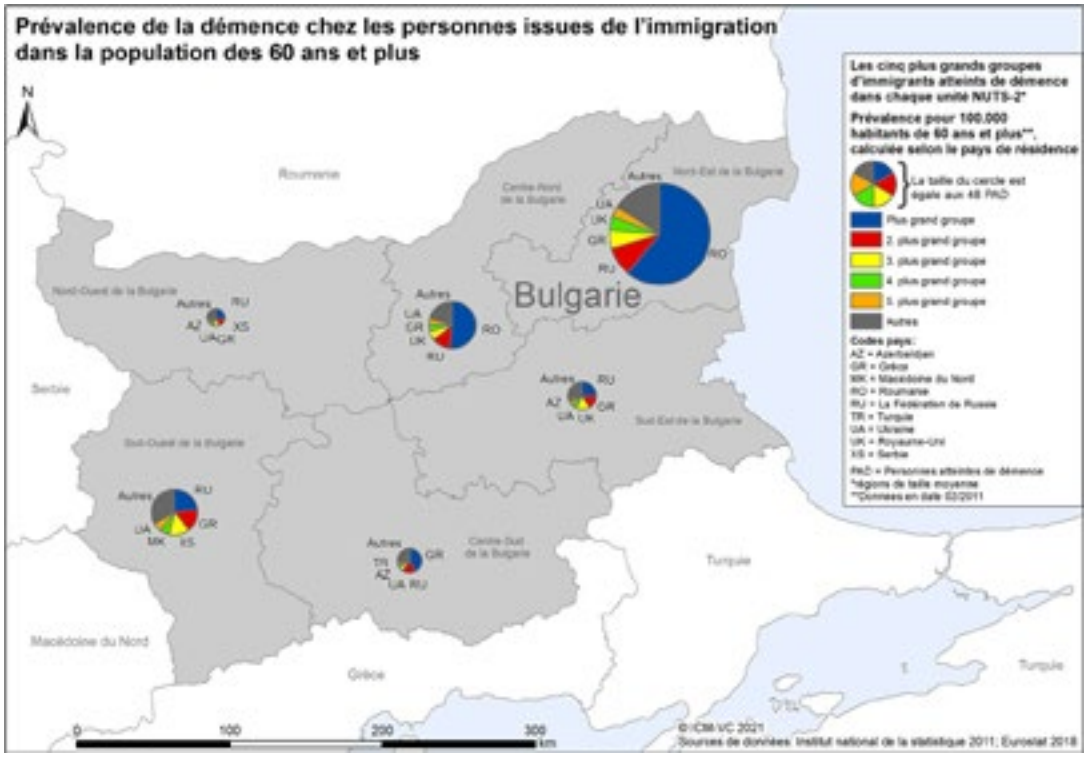


Fig. 3.7.4.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 60 ans et plus (Bulgarie – NUTS2)

Tableau 12: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Bulgarie – NUTS 2)

NUTS	Total	BG	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Nord-ouest de la Bulgarie	10.642	10.593	RU 13	XS 8	GR 6	<5	<5	16
Centre-Nord de la Bulgarie	9.787	9.668	RO 62	RU 15	UK 8	GR 5	UA 5	24
Nord-est de la Bulgarie	9.332	9.085	RO 152	RU 23	GR 14	UK 11	UA 9	38
Sud-est de la Bulgarie	10.857	10.777	RU 19	GR 13	UK 12	UA 6	<5	26
Sud-ouest de la Bulgarie	20.430	20.185	RU 56	GR 39	XS 36	MK 17	UA 15	82
Centre-sud de la Bulgarie	15.046	14.948	GR 41	RU 17	UA 5	<5	<5	28

NUTS	Total	BG	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 60+								
Nord-ouest de la Bulgarie	87.015	-	RU 109	XS 62	GR 47	UA 26	AZ 20	136
Centre-Nord de la Bulgarie	32.668	-	RO 205	RU 49	UK 26	GR 17	UA 17	86
Nord-est de la Bulgarie	15.089	-	RO 245	RU 38	GR 23	UK 18	UA 14	62
Sud-est de la Bulgarie	54.585	-	RU 98	GR 65	UK 60	UA 29	AZ 19	129
Sud-ouest de la Bulgarie	33.334	-	RU 92	GR 64	XS 59	MK 27	UA 25	133
Centre-sud de la Bulgarie	61.388	-	GR 168	RU 70	UA 22	AZ 16	TR 13	111
Prévalence/100.000 habitants 60+								
Nord-ouest de la Bulgarie	4.000	3.982	RU 5	XS 3	GR 2	UA 1	AZ 1	6
Centre-Nord de la Bulgarie	4.000	3.951	RO 25	RU 6	UK 3	GR 2	UA 2	11
Nord-est de la Bulgarie	4.000	3.894	RO 65	RU 10	GR 6	UK 5	UA 4	16
Sud-est de la Bulgarie	4.000	3.971	RU 7	GR 5	UK 4	UA 2	AZ 1	10
Sud-ouest de la Bulgarie	4.000	3.952	RU 11	GR 8	XS 7	MK 3	UA 3	16
Centre-sud de la Bulgarie	4.000	3.974	GR 11	RU 5	UA 1	AZ 1	TR 1	7

Note: Nombres absolus < 5 n'est pas indiqué pour des raisons de protection des données.
Source des données: National statistical institute 2011

3. Plan national de lutte contre la démence

Actuellement, aucun PND disponible publiquement n'a pu être identifié pour la Bulgarie. En février 2015, Alzheimer Bulgarie a publié un rapport sur les politiques et pratiques nationales en Bulgarie. Ce rapport, d'un volume de trois pages, contient des informations sur le diagnostic, le traitement et les services de soins en matière de démence concernant les principaux obstacles à une prise en charge adéquate des personnes atteintes de démence. Il existe également un projet d'une page présentant les objectifs de base d'une stratégie nationale en matière de démence. Les deux documents ne font pas référence à la migration [11].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Le « Consensus national sur le diagnostic et le traitement précoces de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence » de 2015 compte 32 pages et aborde les thèmes de l'importance socio-médicale de la démence, des principes de l'algorithme de diagnostic de la démence (critères de démence), de la concrétisation de l'activité (activité de diagnostic dans des conditions ambulatoires, activité de diagnostic dans des conditions hospitalières) et des médicaments utilisés pour le traitement de la démence. Ce document de consensus ne fait pas non plus référence à la migration à aucun moment [12].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur deux entretiens menés et reflètent l'expérience et l'opinion des experts. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Les deux expertes affirment que la stratégie de soins de santé pour les soins hospitaliers et ambulatoires en Bulgarie est une stratégie intégrative, mais que les personnes atteintes de démence n'y sont que partiellement incluses. Les informations sur la démence sont disponibles dans presque tout le pays et sont donc techniquement accessibles aux personnes issues de l'immigration. Toutefois, selon la première experte interrogée, il n'existe pas d'informations spécialement axées sur les besoins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ni de services soutenus par l'État fournissant des informations sur la démence dans d'autres langues. Au sein de la « Fondation Compassion Alzheimer » (une organisation non gouvernementale qui aide et soutient les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démence, ainsi que leurs familles et leurs amis), certains membres de l'équipe parlent d'autres langues que le bulgare et sont en mesure de fournir des informations en anglais, en français ou en italien. La seconde experte a déclaré qu'en général, les services et les informations sont plus facilement accessibles dans les grandes villes que

dans les autres régions. Les services de soins hospitaliers et ambulatoires pour les personnes atteintes de démence sont disponibles dans presque tout le pays pour les personnes issues de l'immigration - c'est-à-dire s'ils ont des documents et ont droit à la sécurité sociale et aux prestations de santé - puisqu'ils bénéficient des mêmes droits sociaux et de santé que les non-migrants en Bulgarie. Il existe huit centres d'experts en démence pour le diagnostic, la détection et l'orientation dans différentes villes de Bulgarie, où les habitants des petites villes et des villages sont également orientés. Les expertes s'accordent à dire que les services existants conviennent aux personnes issues ou non de l'immigration. Dans la mesure où les individus peuvent s'offrir ces services, ils sont pris en charge, quelle que soit leur origine migratoire. Les lois sur la santé interdisent toute discrimination fondée sur l'âge, le sexe, l'origine, la langue, la nationalité, l'ethnie, l'affiliation politique, l'éducation, les croyances, le milieu culturel, l'orientation sexuelle, le statut personnel/social/matériel, le handicap, ainsi que le type et la cause de la maladie. Selon les expertes, il n'existe actuellement aucune prise en charge interculturelle pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et, aucune mesure n'a été mise en œuvre ou n'est en cours d'élaboration pour fournir de tels soins. Bien qu'il n'existe aucune option de soins interculturels pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et aucun autre service spécialisé pour cette population, le « projet de médiateur de santé » vise à faciliter l'accès aux services sociaux et de santé aux personnes de la communauté gitane. Selon la seconde experte, les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ainsi que leurs familles sont rarement consultées lorsqu'il s'agit de concevoir du matériel d'information ou des services de santé à leur intention.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Les expertes supposent que le personnel administratif et les prestataires de soins professionnels ne sont peut-être pas qualifiés en matière de soins adaptés à la diversité culturelle. De plus, il ne semble pas y avoir de formation en soins interculturels. Cependant, il existe des travailleurs sociaux, des médiateurs culturels et des médiateurs Rom formés pour répondre aux besoins interculturels. Ils facilitent l'accès de la communauté Rom/ gitane et des réfugiés aux services sociaux et aux soins de santé. Une autre préoccupation signalée par les experts est que le personnel des centres pour réfugiés, qui travaille directement avec les personnes issues de l'immigration et les réfugiés, manque de connaissances sur les différents groupes ethniques.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon les deux expertes, les prestataires de services jouent un rôle important dans le soutien aux aidants familiaux. La première experte a estimé que l'importance de la famille, des communautés religieuses et des organisations de migrants était modérée, tandis que la seconde experte l'a jugée élevée.

La seconde experte a supposé qu'il n'y avait pas de différences en matière d'information et de services pour les aidants familiaux de personnes atteintes de démence issues ou non de l'immigration, puisque les personnes atteintes de démence bénéficient des mêmes droits que la population non immigrée. Les migrants et certaines communautés ethniques peuvent rencontrer des barrières linguistiques ; néanmoins, des médiateurs sociaux sont là pour faciliter leur accès à l'information. Il semble que ni au niveau national ni au niveau municipal, des possibilités de formation ne soient offertes aux aidants familiaux. Des organisations telles que la « Fondation Compassion Alzheimer » fournissent des informations et des conseils sur la démence aux aidants familiaux. En revanche, la seconde experte a estimé qu'il y a un grand besoin d'informations y et de services spécialisés pour les aidants familiaux, notamment en ce qui concerne les relations avec le système sanitaire et social, les informations sur la maladie, les soins et la gestion de la maladie, les possibilités de soutien disponibles et les perspectives de vie au sein de la communauté.

8. Références

1. Guentcheva R, Kabakchieva P, Kolarski P : The social impact of seasonal migration In., vol. 1 : International Organization for Migration ; 2003.
2. Nikolova NN : Migration policies of Bulgaria and the European Union towards third-country nationals : Opportunities for Institutional Development.
3. International Organization for Migration : International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019 : Bulgaria ; 2019.
4. International Organization for Migration : Bulgaria. [https ://www.iom.int/countries/bulgaria]. (2016). Consulté le 27 mars 2020.
5. United Nations : Migration Profiles : Bulgaria ; 2013.
6. International Organization for Migration : Total number of international migrants at mid-year 2019 : Bulgaria ; 2019
7. nternational Organization for Migration : Net migration rate in the 5 years prior to 2020 : Bulgaria ; 2019.
8. Esri : World Ocean Background ; 2010.
9. Eurostat : Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016 ; 2018
10. National statistical institute : Sonderanfertigung ; 2011.
11. Alzheimer Europe : National Dementia Strategies. [https ://www.alzheimer-europe.org/Policy/National-Dementia-Strategies/Bulgaria]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
12. Bulgarian Society of Dementia : National Consensus for early detection and treatment of Alzheimer Disease and other forms of Dementia ; 2015.

< retour au sommaire

Chypre

Population
888 000 (2020)

Superficie
9 251 km^2

Capitale
Nicosie

Trois plus grandes villes
Nicosie (342 000)
Limassol (245 000)
Larnaca (147 000)

Pays voisins
Aucun

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

Chypre a un long passé de migrations. Dès le XII[e] siècle avant J.-C., des Grecs achéens sont venus à Chypre pour coloniser l'île. Entre le IX[e] siècle de notre ère et le Moyen Âge, des groupes plus importants de personnes originaires de Syrie et du Liban ont immigré. Au XIV[e] siècle, les premiers établissements Rom ont été établis et, en 1521, des groupes plus importants sont arrivés de Turquie (pendant la conquête de l'île par les Ottomans) [1]. Dans l'histoire récente, il y a eu deux vagues d'émigration à grande échelle : 1. au début du XX[e] siècle, lorsque de nombreuses personnes ont émigré pour trouver du travail et améliorer leur niveau de vie, 2. pendant les années 1960-1975, lorsque des groupes importants ont fui en raison des violents affrontements entre Chypriotes grecs et turcs. Les pays de destination étaient la Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie [1, 2]. Entre 1974 et 1989, la migration a pris diverses formes. Dans le nord, les communautés turques se sont installées en plusieurs phases. Dans le sud, de nombreux réfugiés chypriotes grecs ont émigré au Moyen-Orient (Arabie saoudite), en Afrique du Nord (Libye), au Royaume-Uni, aux États-Unis ou en Australie. Avec l'effondrement de l'Union soviétique en 1989, les modèles de migration ont changé et Chypre est devenue un pays d'immigration. Après les politiques restrictives des années 1970 et 1980, la politique d'un marché du travail ouvert (pour les migrants) a été mise en œuvre [1, 3]. À partir des années 1990, de nombreuses personnes ont immigré de pays comme le Sri Lanka, les Philippines, la Bulgarie, la Roumanie, la Grèce, le Royaume-Uni et la Fédération de Russie [2]. L'adhésion à l'UE en 2004 et le boom immobilier à la fin de la première décennie du nouveau millénaire ont constitué des facteurs d'attraction supplémentaires pour l'immigration [1]. La crise financière a ensuite entraîné une diminution de l'immigration et une augmentation de l'émigration vers 2013 [1, 4]. Ces dernières années, les chiffres de l'immigration ont à nouveau augmenté. Au cours de l'été 2018, le nombre de réfugiés arrivant par bateau a considérablement augmenté [1]. En 2013, les groupes de migrants les plus importants étaient originaires de Royaume-Uni et d'Irlande du Nord (42 900), de Grèce (27 900), de Géorgie (18 000), de la Fédération de Russie (15 300) et du Sri Lanka (11 600) [5]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a plus que quadruplé (43 800 à 191 900) et la proportion de migrants dans la population totale a presque triplé (5,7 à 16 %) [6]. En 2020, le taux de migration net sera de 4,2 [7].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

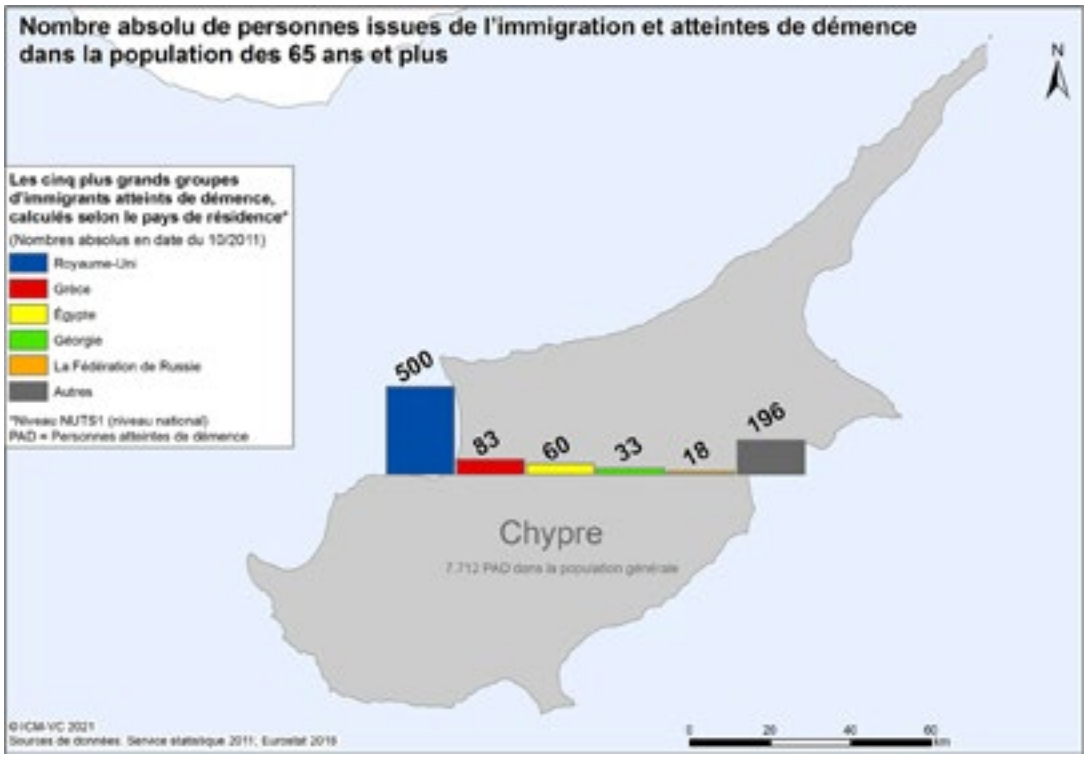


Fig. 3.7.5.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Chypre – Nation)

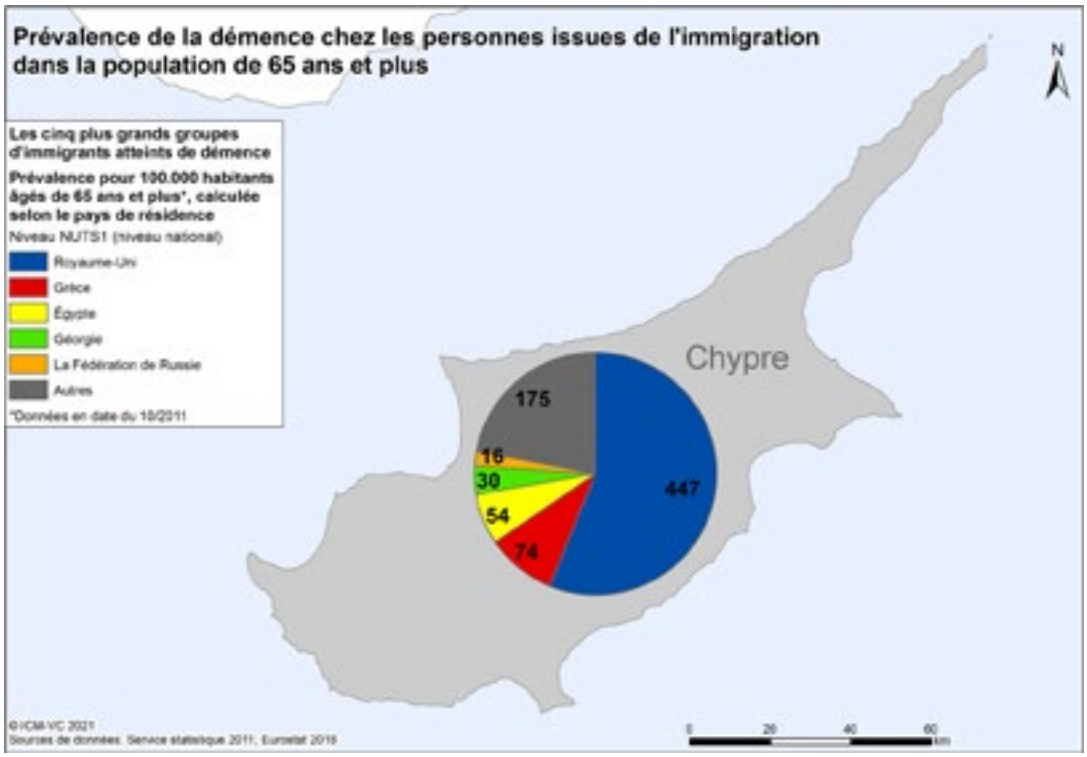


Fig. 3.7.5.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Chypre – Nation)

Tableau 13: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Chypre - Nation)

NUTS	Total	CY	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Chypre	7.712	6.823	UK 499	GR 83	EG 60	GE 33	RU 18	171
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Chypre	5.984	-	UK 388	GR 64	EG 47	GE 26	RU 14	151
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Chypre	6.900	6.104	UK 447	GR 74	EG 54	GE 30	RU 16	150

Source des données: Statistical Service (2011)

Il y a 12 900 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 900 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.5.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Royaume-Uni (environ 500), de Grèce (environ 80), d'Égypte (environ 60), de Géorgie (environ 30) et de la Fédération de Russie (environ 20). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence à Chypre pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.5.2). Le tableau 13 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [8-10].

3. Plan national de lutte contre la démence

Le « Plan d'action national pour le traitement de la démence à Chypre 2012-2017 » de 2012 ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration mais fait brièvement référence à ce sujet en trois phrases dans deux sections. Tout d'abord, il est souligné que l'origine ethnique est un facteur de risque de démence, au même titre que l'âge et le sexe. La raison pour laquelle et dans quelle mesure l'ethnicité est un facteur de risque n'est pas expliqué. En outre, la stratégie nationale s'engage à respecter les valeurs d'égalité d'accès aux tests de diagnostic, aux traitements, aux médicaments et aux soins, sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, l'ethnie et l' origine. La manière dont ils entendent assurer cette égalité d'égalité ou lutter contre la discrimination fondée sur l'ethnicité ou l'origine n'est pas indiqué (pas de stratégies / mesures). D'autres questions telles que la prévalence, les besoins ou le diagnostic ne sont pas satisfaits. Dans l'ensemble, le thème de la migration joue un rôle marginal dans le plan d'action national pour le traitement de la démence, bien que les inégalités en matière de risque de démence et d'accès aux soins liés à l'ethnicité et à l'origine reconnue [11].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon le ministère national de la santé, Chypre ne dispose pas de document contenant des lignes directrices nationales de traitement de la démence [12]. En ce qui concerne l'organisation des soins de santé, on peut noter que Chypre est un (petit) pays doté d'une administration publique très centralisée, dont les services de santé publique sont fournis par un réseau d'hôpitaux, de centres de santé, de sous-centres et de dispensaires. La plupart des fonctions organisationnelles, administratives et règlementaires du système de santé sont exercées au niveau de l'État, et les niveaux inférieurs de l'administration coopèrent également avec l'administration centrale, notamment dans la mise en œuvre des initiatives de santé publique et de promotion de la santé [13].

5. Références

1. Demetriou O : Migration into the Cyprus conflict and the Cypriot citizenship regime. In. : PRIO Cyprus Centre ; 2019.
2. Gregoriou P, Kontolemis Z, Matsi M : Immigration in Cyprus : An Analysis of the Determinants. *Cyprus Economic Policy Review* 2010, 4(1) :63-88.
3. Trimikliniotis N : Racism and New Migration to Cyprus : the Racialisation of Migrant Workers. In : *Into the Margins : Exclusion and Migration in Southern Europe.* edn. Avebury : Anthias, Flazarides, G ; 1999.
4. International Organization for Migration : Total number of international migrants that left the country in 2013 : Cyprus ; 2019.
5. United Nations : Migration Profiles : Cyprus ; 2013.
6. International Organization for Migration : International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019 : Cyprus ; 2019
7. International Organization for Migration : Net migration rate in the 5 years prior to 2020 ; 2019.
8. Esri : World Ocean Background ; 2010.
9. Eurostat : Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016 ; 2018
10. Statistical Service : Census of Population 2011. In. Nicosia : Statistical Service ; 2011.
11. Ministry of Health : National Action Plan for the Treatment of Dementia in Cyprus 2012-2017. In. : Ministry of Health 2012.
12. Ministry of Health Cyprus : National treatment guideline for dementia. In., Conversation par E-mails edn ; 2019.
13. HealthManagement.org : Healthcare Systems in Cyprus. In., vol. 6 ; 2012.

< retour au sommaire

Croatie

Population
4 058 000 (2020)

Superficie
88 073 km^2

Capitale
Zagreb

Trois plus grandes villes
Zagreb (806 000)
Split (170 000)
Rijeka (117 000)

Pays voisins
Bosnie-Herzégovine, Hongrie, Monténégro, Serbie, Slovénie

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

En raison de leur appartenance à l'ancienne monarchie austro-hongroise, un grand nombre de personnes originaires d'autres régions de la monarchie (Autriche, Bosnie-et-Herzégovine, Hongrie, La République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Italie, Ukraine et Pologne) sont venues en Croatie entre le XIX^{e} et le début du XX^{e} siècle. Aujourd'hui, les descendants de ces immigrants représentent le noyau de la population des minorités ethniques. Entre 1918 et 1941, l'immigration en provenance des régions économiquement défavorisées de Bosnie-Herzégovine a augmenté. Dans l'ensemble, la migration de la Croatie jusqu'aux années 1970 était caractérisée par une immigration en provenance des régions économiquement défavorisées de la Yougoslavie [1]. Dans la seconde moitié du 20e siècle, on observe une tendance à l'immigration en provenance du Moyen-Orient. Après la dissolution violente de la Yougoslavie en 1991, de nombreuses personnes originaires d'autres régions de l'ex-Yougoslavie ont immigré en Croatie. L'adhésion à l'UE en 2013 a entraîné une augmentation du nombre d'immigrants au cours des dernières années [2]. Historiquement, la Croatie a été un pays d'émigration. L'histoire de l'émigration massive a commencé à la suite des guerres entre les Ottomans et les Habsbourg au cours des 15^{e} et 18^{e} siècles. Entre 1890 et 1914, environ 350 000 à 450 000 personnes ont émigré, la plupart en Allemagne, en Belgique ou en France. Après la Seconde Guerre mondiale, environ 250 000 personnes ont quitté la Croatie, dont beaucoup à l'étranger (Canada, Australie, Nouvelle-Zélande). Pendant la période socialiste, il y a eu deux vagues d'émigration. La première vague, de 1946 à 1963, s'est principalement caractérisée par une émigration illégale vers l'Italie et l'Autriche. La deuxième vague, 1964 - début des années 1970, se caractérise par une émigration massive de travailleurs, soutenue par l'État, vers les pays d'Europe occidentale (principalement l'Allemagne). La dissolution de la Yougoslavie et la guerre de 1991 à 1995 ont été suivies de la dernière grande vague d'émigration [1]. Dans le passé, la Croatie était caractérisée par de grandes vagues d'émigration, mais aussi par des flux d'immigration en provenance des pays voisins. En 2013, les groupes de migrants les plus importants étaient originaires de Bosnie-Herzégovine (499 100), de Serbie (118 100), de Slovénie (47 800), du Monténégro (39 357) et de Macédoine du Nord (20 677) [3]. La population migrante (née à l'étranger, 674 100 à 518 000) et la proportion de migrants dans la population totale (14,6 à 12,5 %) ont légèrement diminué entre 1995 et 2019 [4]. Le taux de migration net est négatif depuis les années 1990 et, en 2020, il est de -1,9 [5]. Cela montre que la Croatie reste un pays d'émigration.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

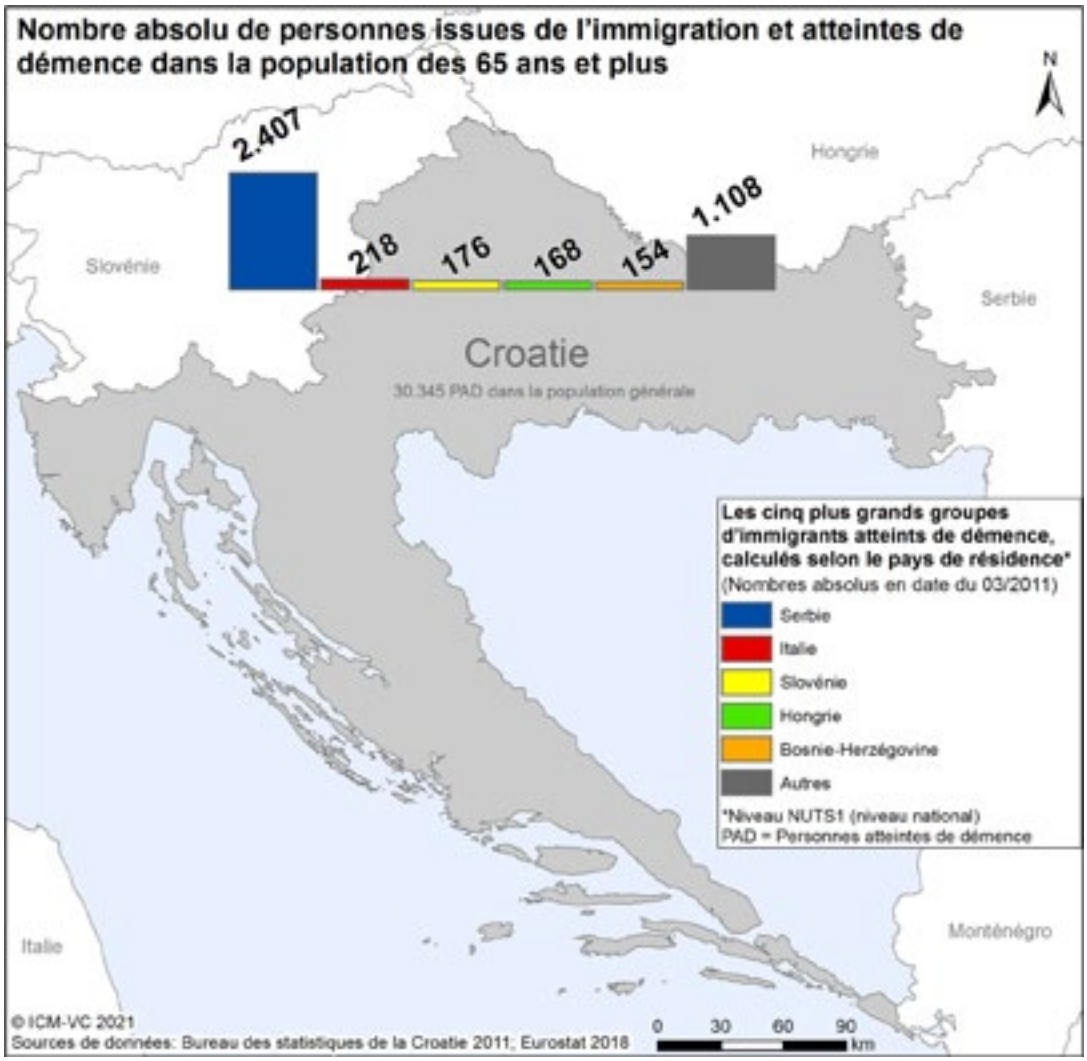


Fig. 3.7.6.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Croatie – Nation)

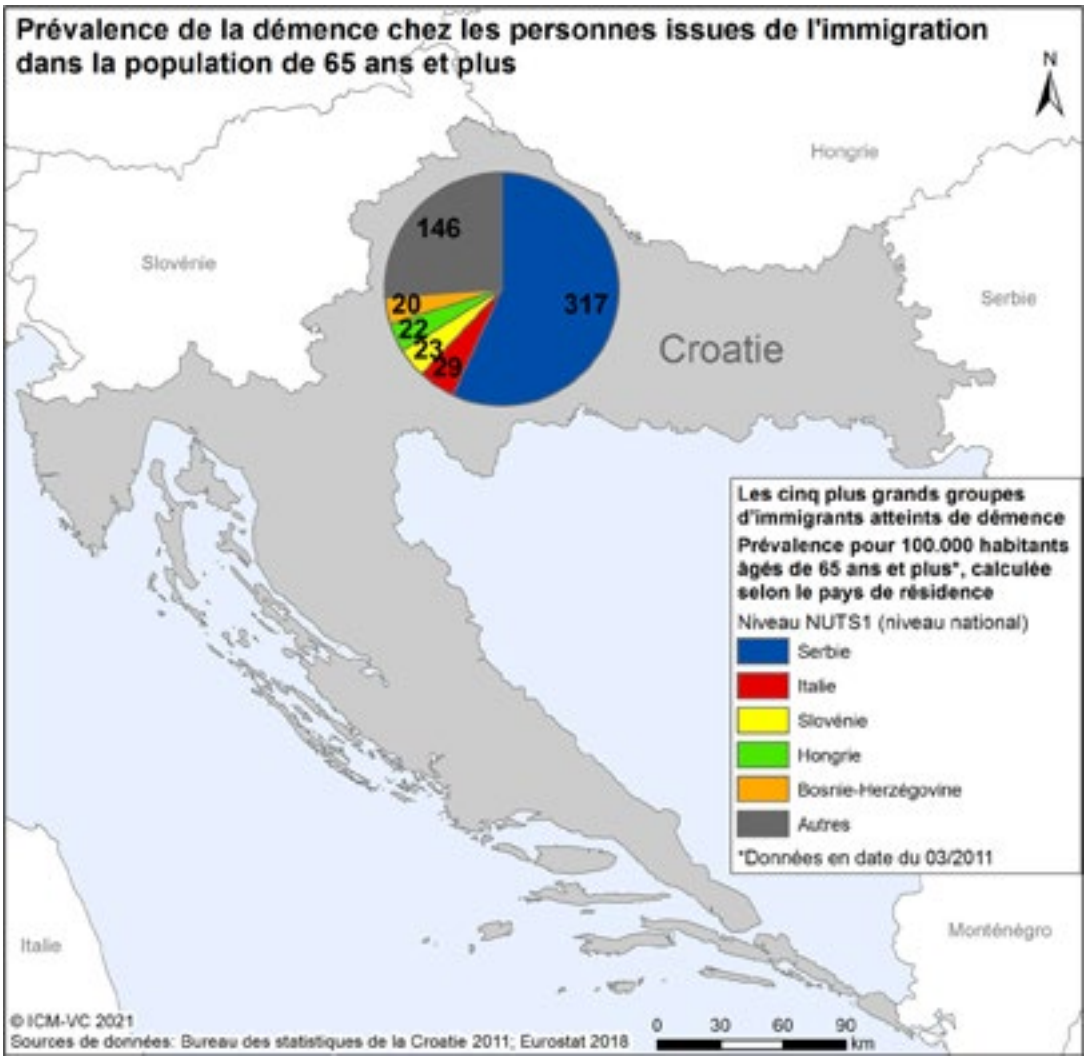


Fig. 3.7.6.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Croatie – Nation)

Tableau 14: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Croatie - Nation)

NUTS	Total	HR	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Croatie	30.345	26.113	XS 2.407	IT 218	SI 176	HU 168	BA 154	1.110
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Croatie	2.868	-	XS 228	IT 21	SI 17	HU 16	BA 15	103
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Croatie	4.000	3.442	XS 317	IT 29	SI 23	HU 22	BA 20	145

Source des données: Croatian Bureau of Statistics (2011)

Il y a 105 800 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 4 200 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.6.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Serbie (environ 2 400), d'Italie (environ 200), de Slovénie (environ 200), de Hongrie (environ 200) et de Bosnie-Herzégovine (environ 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Croatie pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.6.2). Le tableau 14 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [6-8].

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour la Croatie, aucun PND n'a pu être identifié [9].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon le ministère de la Santé, il n'existe pas de lignes directrices nationales spécifiques pour la prise en charge des personnes atteintes de démence en Croatie [10]. Cependant, il existe des lignes directrices cliniques pour le traitement pharmacologique de la démence depuis 2015, élaborées par l'Alliance croate pour la maladie d'Alzheimer et divers scientifiques. Ce document de sept pages traite du point de départ de l'élaboration de la stratégie (épidémiologie de la maladie d'Alzheimer, obligations de la République de Croatie [découlant des documents de l'UE et de l'OMS], mission de l'Association croate pour la maladie d'Alzheimer), du cadre stratégique (but, objectifs principaux, principes de la stratégie) et des domaines stra-

tégiques de la lutte contre la maladie d'Alzheimer. Les domaines stratégiques comprennent le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer, la disponibilité des traitements tels que les médicaments anti-démence et autres produits psycho-pharmaceutiques, le soutien aux travaux de recherche dans le domaine de la maladie d'Alzheimer, l'accès aux prestations et services sociaux, le développement d'un soutien systématique aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et à leurs familles/aidants informels, le développement régional équilibré des centres de diagnostic et de traitement de la maladie d'Alzheimer, le développement des soins palliatifs pour les personnes atteintes de démence et la déstigmatisation. Les lignes directrices ne font pas référence à la migration [11].

5. Références

1. Mlinarić D, Bara M, Gregurović S, Župarić-Iljić D, Kuti S : Croatian migration history and the challenges of migrations today. [https ://aemi.eu/croatian-migration-history-and-the-challenges-of-migrations-today/]. (2015). Consulté le 14 avril 2020.
2. Knezović S, Grošinić M : Migration trends in croatia. In. Publié par Hanns-Seidel-Stiftung. Zagreb ; 2017.
3. United Nations : Migration Profiles : Croatia ; 2013.
4. International Organization for Migration : International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019 : Croatia ; 2019.
5. International Organization for Migration : Net migration rate in the 5 years prior to 2020 : Croatia ; 2019.
6. Esri : World Ocean Background ; 2010.
7. Eurostat : Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016 ; 2018
8. Croatian Bureau of Statistics : Census of Population, Households and Dwellings 2011, Population by Citizenship, Ethnicity, Religion and Mother Tongue. In. Zagreb : Croatian Bureau of Statistics ; 2011.
9. Alzheimer Europe. National Dementia Strategies : a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https ://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017) Consulté le 1er juin 2019.
10. Ministère de la santé de Croatie : Nacionalne smjernice za lijecenje demencije, upitodgovor In. Conversation par E-mails ; 2019.
11. Mimica N, Kušan Jukić M, Presečki P, Ivičić M, Braš M, Vrbić L, Boban M, Pivac N, Brinar P, Vuksan-Ćusa B *et al :* Hrvatska strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti i drugih demencija - prijedlog nacrta uz nadopune. *Medix* 2015, XXI :111-118.

Danemark

Population
5 823 000 (2020)

Superficie
42 938 km^2

Capitale
Copenhague

Trois plus grandes villes
Copenhague (632 000)
Aarhus (350 000)
Aalborg (217 000)

Pays voisins
Allemagne, Suède

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Le Danemark a connu une histoire d'immigration continue au cours des derniers siècles, à commencer par l'immigration de fermiers hollandais au début du XVIe siècle, suivis par des migrants juifs de divers pays européens au XVIIe siècle; des personnes originaires d'Allemagne entre le milieu du XVIIe et le XIXe siècle; et des travailleurs non qualifiés de Pologne, d'Allemagne et de Suède entre le milieu du XIXe siècle et la Première Guerre mondiale. L'histoire des migrations au XXe siècle se caractérise par plusieurs vagues d'immigration de réfugiés à grande échelle. À la suite des deux guerres mondiales, de nombreuses personnes d'Europe de l'Est et d'Allemagne, ainsi que des Juifs, sont venus au Danemark. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, une brève vague a vu des travailleurs invités de Turquie, du Pakistan, de Yougoslavie et du Maroc migrer vers le Danemark. En outre, le Danemark était la destination d'environ 1 000 réfugiés par an en provenance du Chili et du Vietnam dans les années 1970. La guerre froide, l'effondrement de la Yougoslavie et de l'Union soviétique, et les conflits au Moyen-Orient dans les années 1990 ont entraîné la formation de nouveaux groupes de migrants (personnes originaires de la Fédération de Russie, de Hongrie, de Bosnie-Herzégovine, d'Iran, d'Irak et du Liban). Après qu'un nombre croissant de réfugiés sont venus des pays en développement, un changement vers une politique restrictive a eu lieu au milieu des années 90. En conséquence, le nombre de réfugiés a considérablement diminué [1]. Malgré des facteurs tels qu'une politique stricte en matière de réfugiés, la mise en œuvre de l'accord de Schengen de 1996 à partir de 2001 [2] et l'augmentation du nombre de travailleurs en provenance des États baltes et de la Pologne, après l'adhésion de ces pays à l'UE en 2004, les immigrants non occidentaux sont toujours plus nombreux que les immigrants d'origine occidentale au Danemark aujourd'hui. Bien que des citoyens des pays occidentaux, notamment des pays scandinaves, de l'UE et de l'Amérique du Nord, arrivent également, ils ne restent généralement au Danemark que pour une période limitée pour travailler ou étudier. La plupart des immigrants qui arrivent au Danemark sont des demandeurs d'asile et des personnes originaires de pays non occidentaux qui entrent en tant que membres de la famille de travailleurs immigrés, conformément aux lois régissant le regroupement familial [1, 3]. En 2017, le nombre d'immigrants non originaires de l'Ouest vivant au Danemark était presque deux fois plus élevé que celui des immigrants originaires de l'Ouest. Alors que la migration nette des immigrants originaires de l'Ouest stagne depuis 2007, la migration nette des immigrants non originaires de l'Ouest continue d'augmenter [3]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a plus que triplé (235 200 à 722 900) et la proportion de ce groupe dans la population totale a plus que doublé (4,6 à 12,5 %) [4]. Le taux de migration net a toujours été positif et s'élève actuellement à 2,6 [5]. En 2017, les personnes originaires de Turquie (62 700), de Pologne (44 900), de Syrie (33 600) et d'Allemagne (29 600) représentaient les groupes de migrants les plus importants [3].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

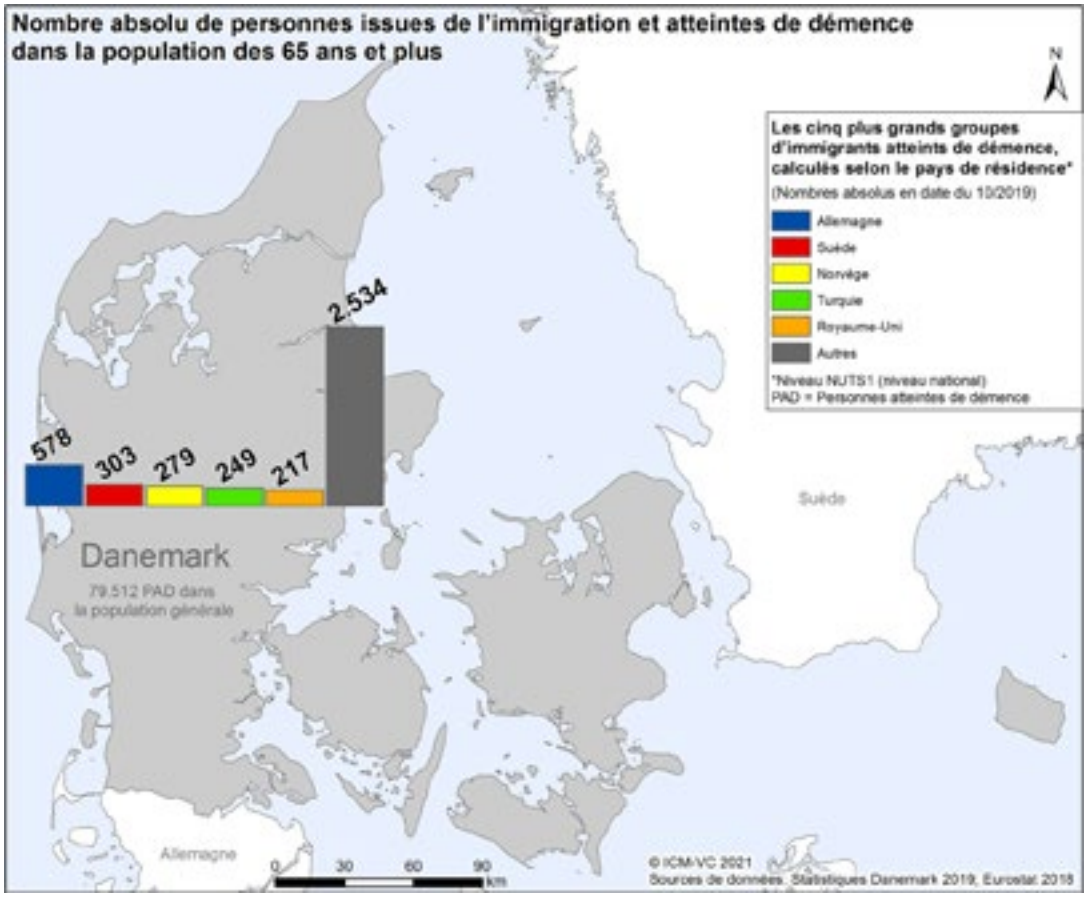


Fig. 3.7.7.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Danemark – Nation)

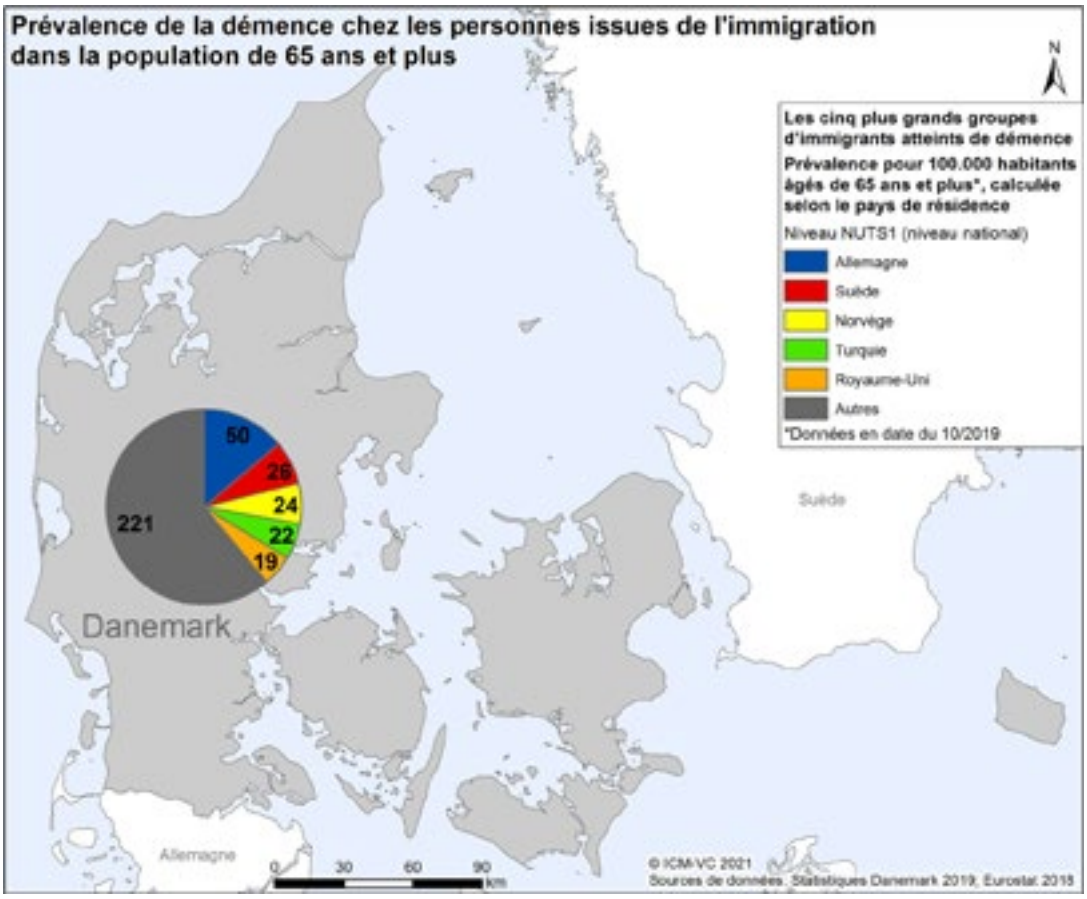


Fig. 3.7.7.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population de 65 ans et plus (Danemark - Nation)

Tableau 15: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Danemark – Nation)

NUTS	Total	DK	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Danemark	79.512	75.343	DE 577	SE 303	NO 279	TR 249	UK 217	2.544
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Danemark	13.161	-	DE 96	SE 50	NO 46	TR 41	UK 36	421
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Danemark	6.900	6.538	DE 50	SE 26	NO 24	TR 22	UK 19	209

Source des données: Statistics Denmark (2019)

Il y a 60 400 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 4 200 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.7.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Allemagne (environ 600), de Suède (environ 300), de Norvège (environ 300), de Turquie (environ 300) et de Royaume-Uni (environ 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence au Danemark pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.7.2). Le tableau 15 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants migration et atteintes de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Allemagne, de Suède, de Norvège, de Turquie et du Royaume-Uni dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.7.3 - 3.7.7.8).

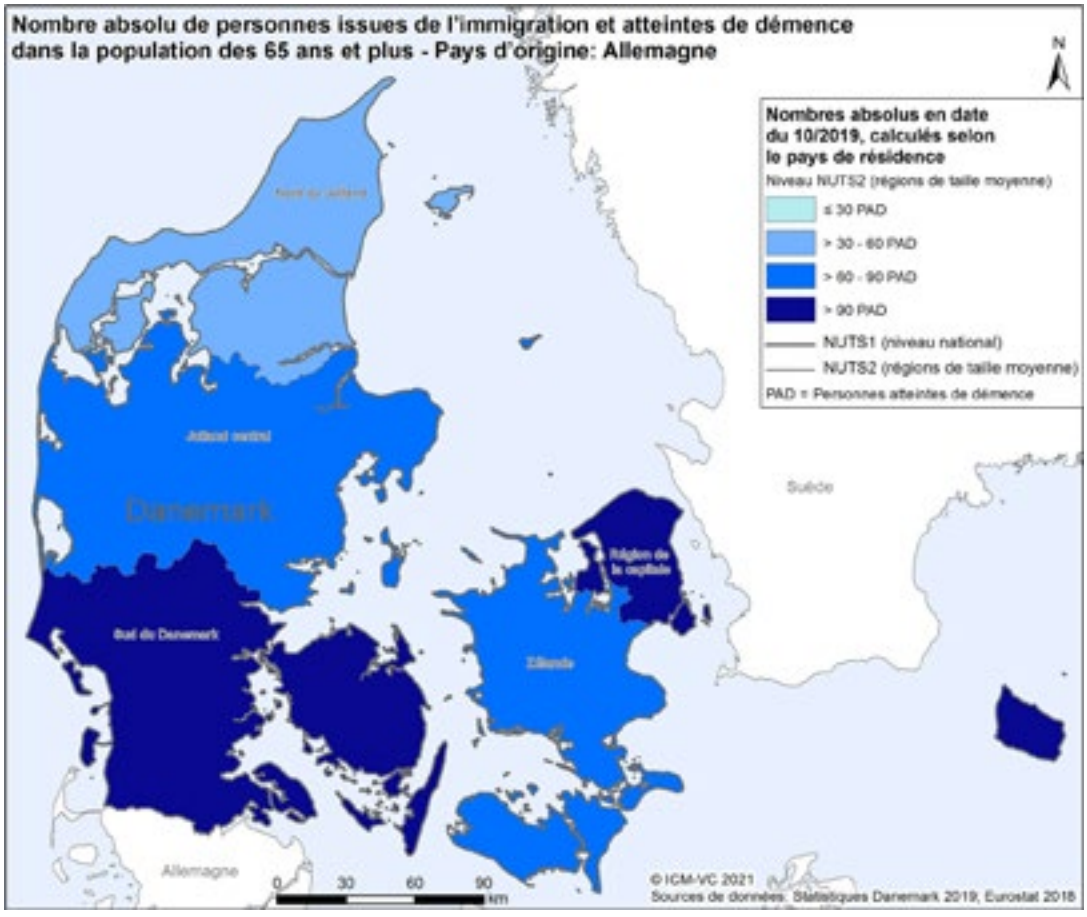


Fig. 3.7.7.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Danemark – NUTS2)

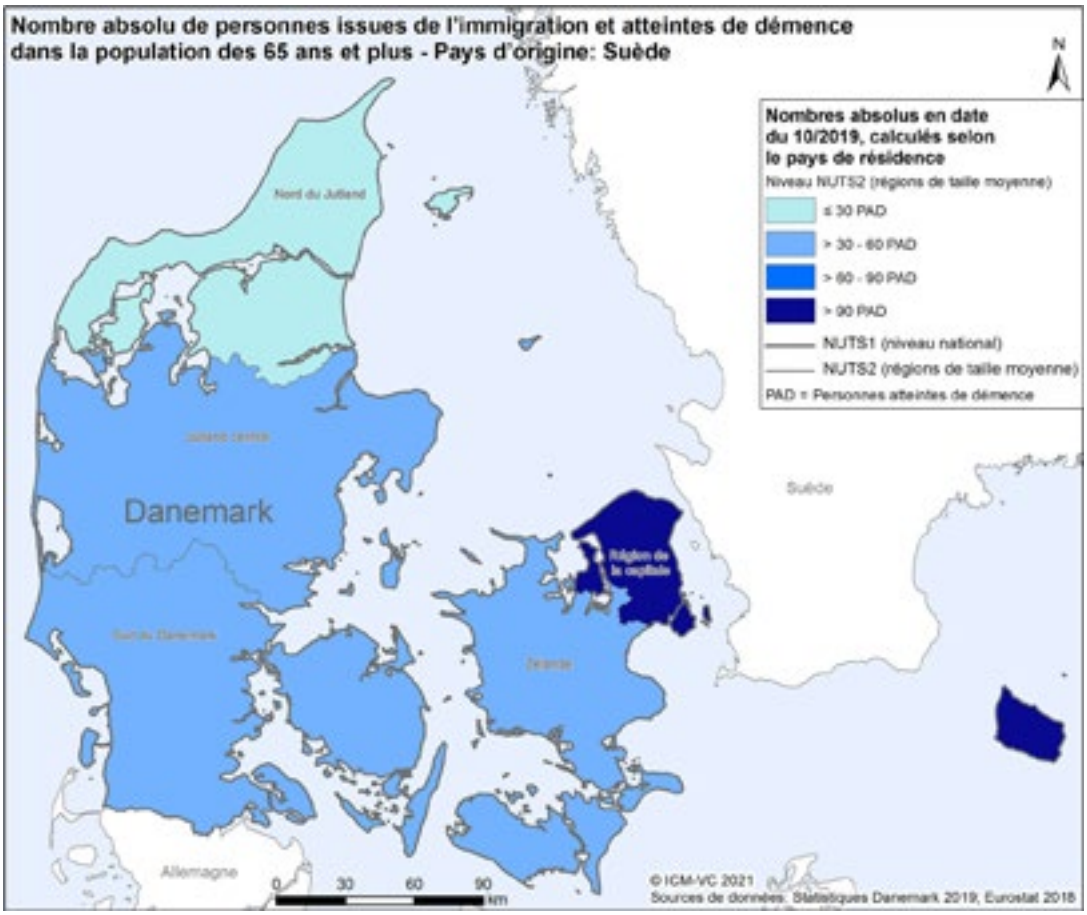


Fig. 3.7.7.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Suède (Danemark – NUTS2)

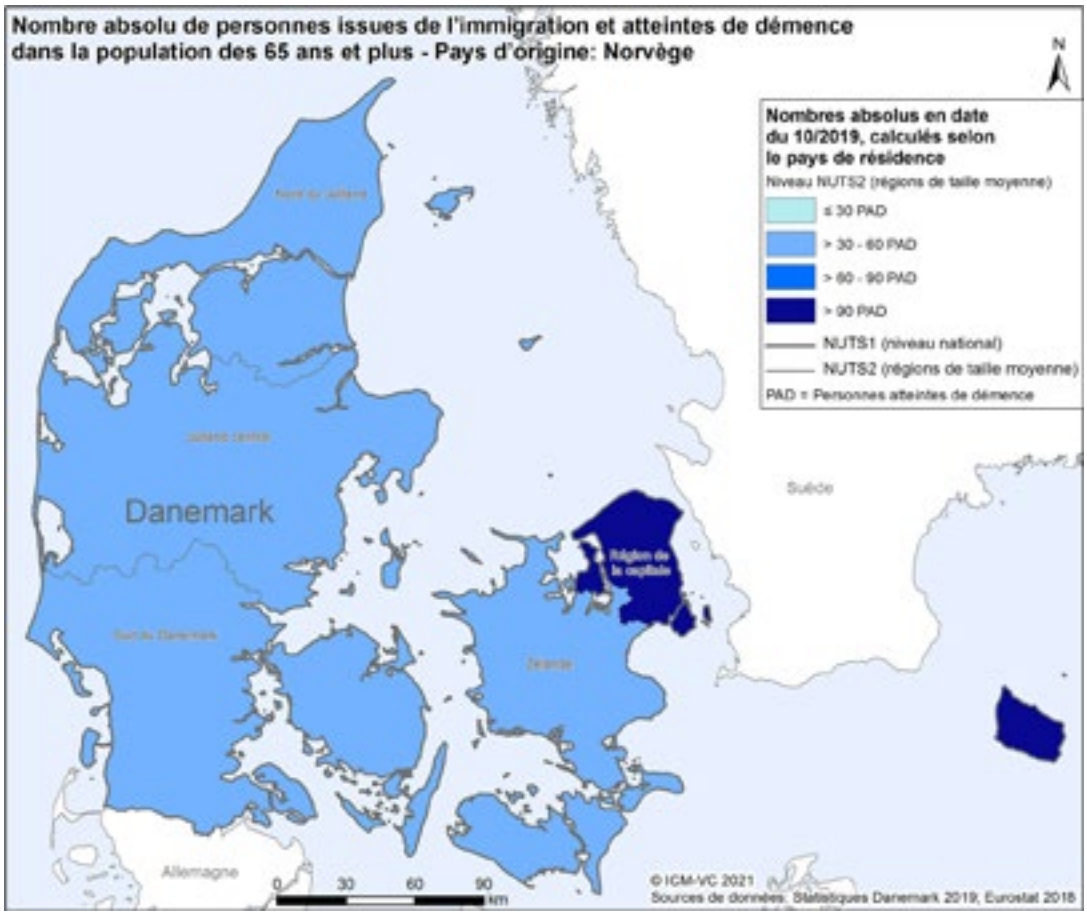


Fig. 3.7.7.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Norvège (Danemark – NUTS2)

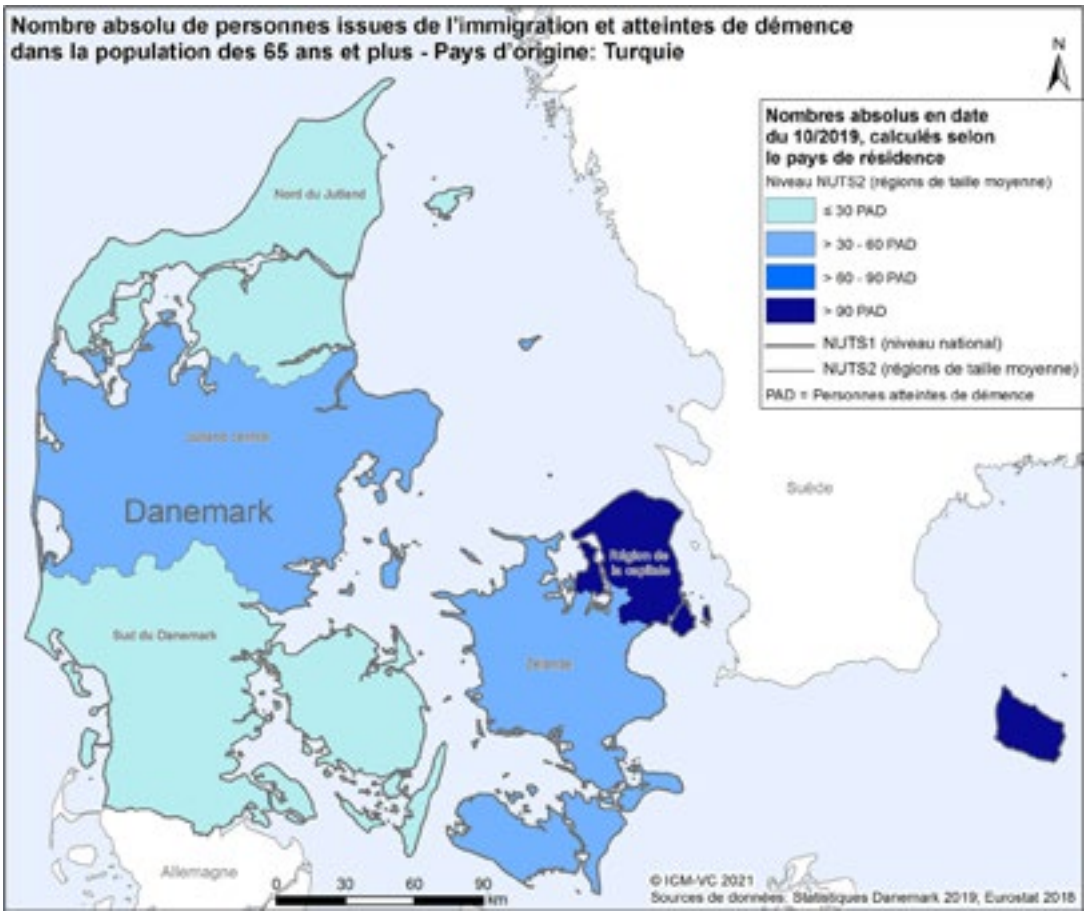


Fig. 3.7.7.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Turquie (Danemark – NUTS2)

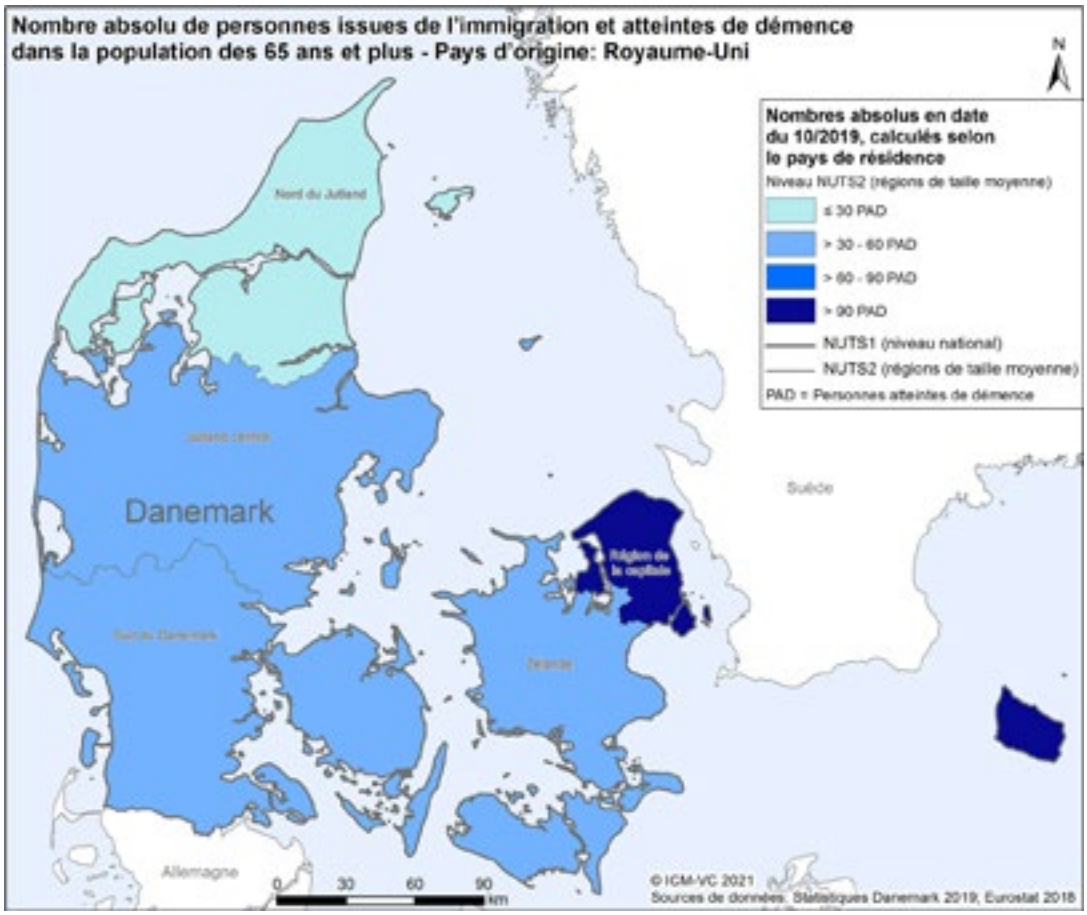


Fig. 3.7.7.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Royaume-Uni (Danemark – NUTS2)

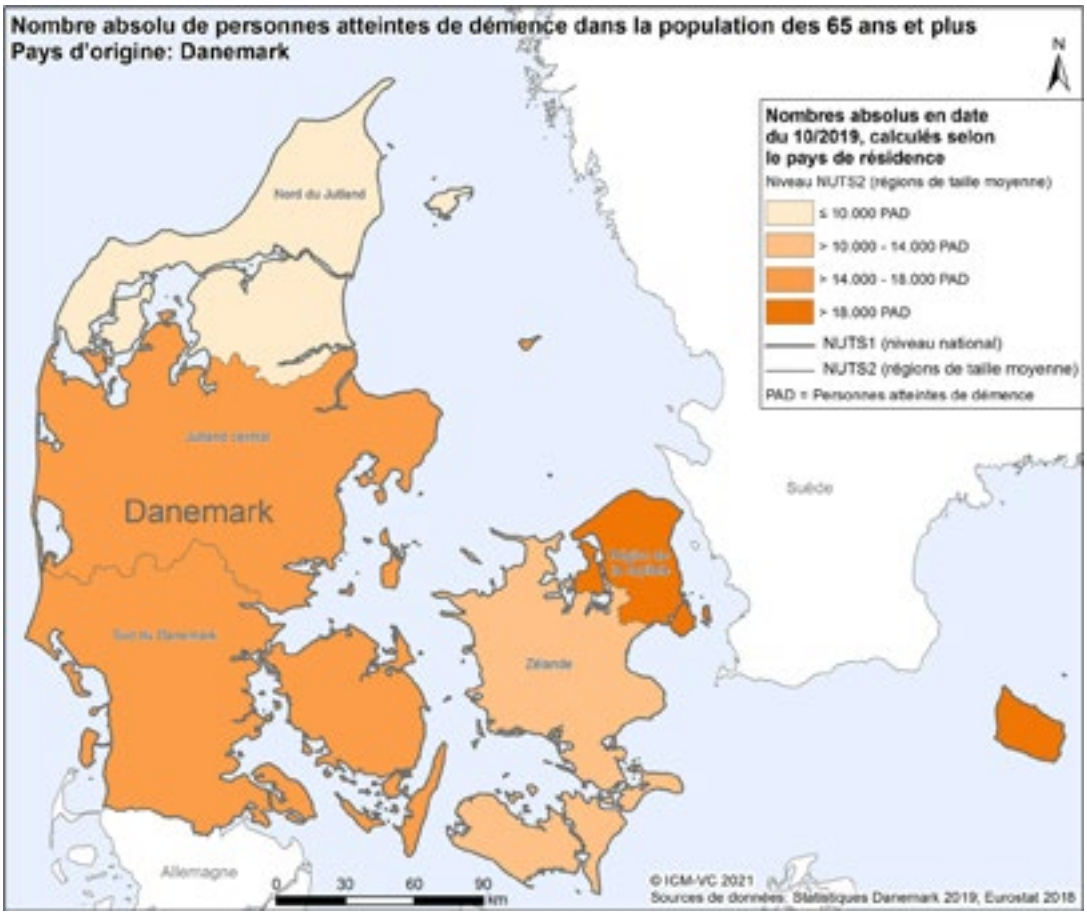


Fig. 3.7.7.8: Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Danemark (Danemark – NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.7.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.7.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 16 [6-8].

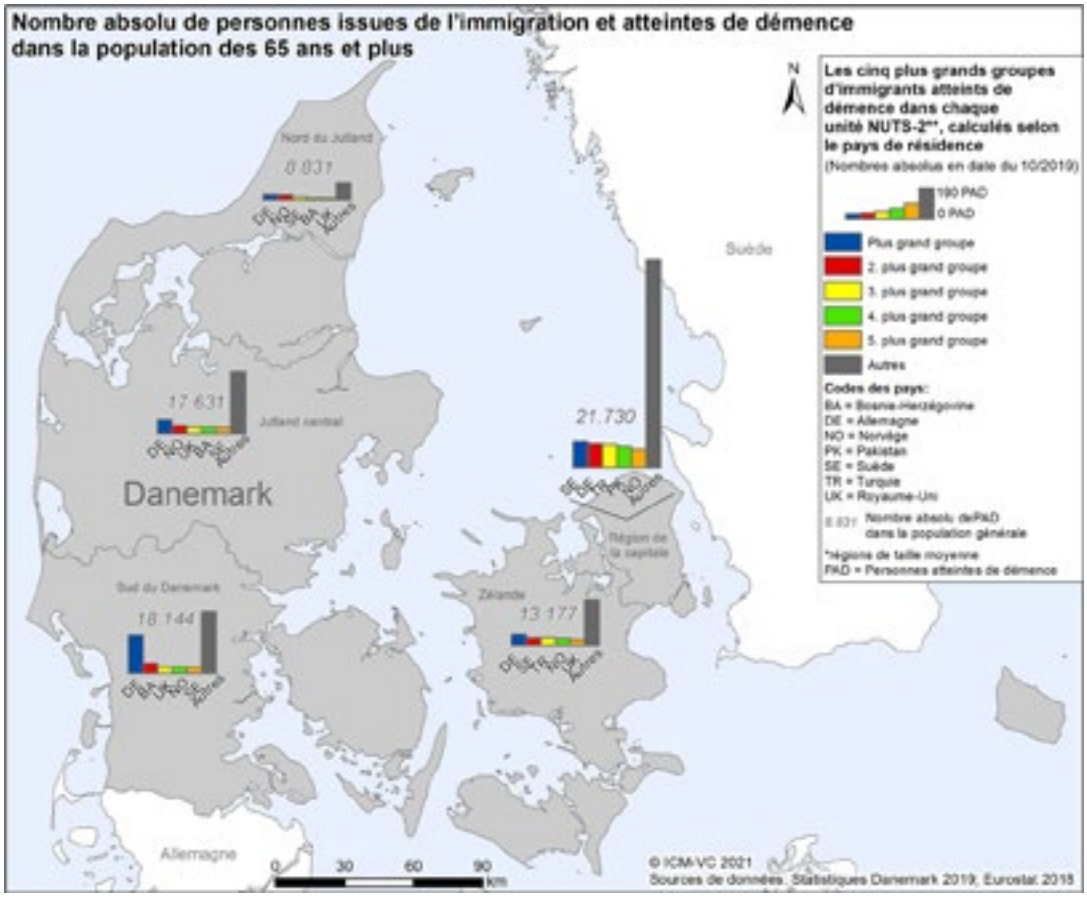


Fig. 3.7.7.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Danemark – NUTS2)

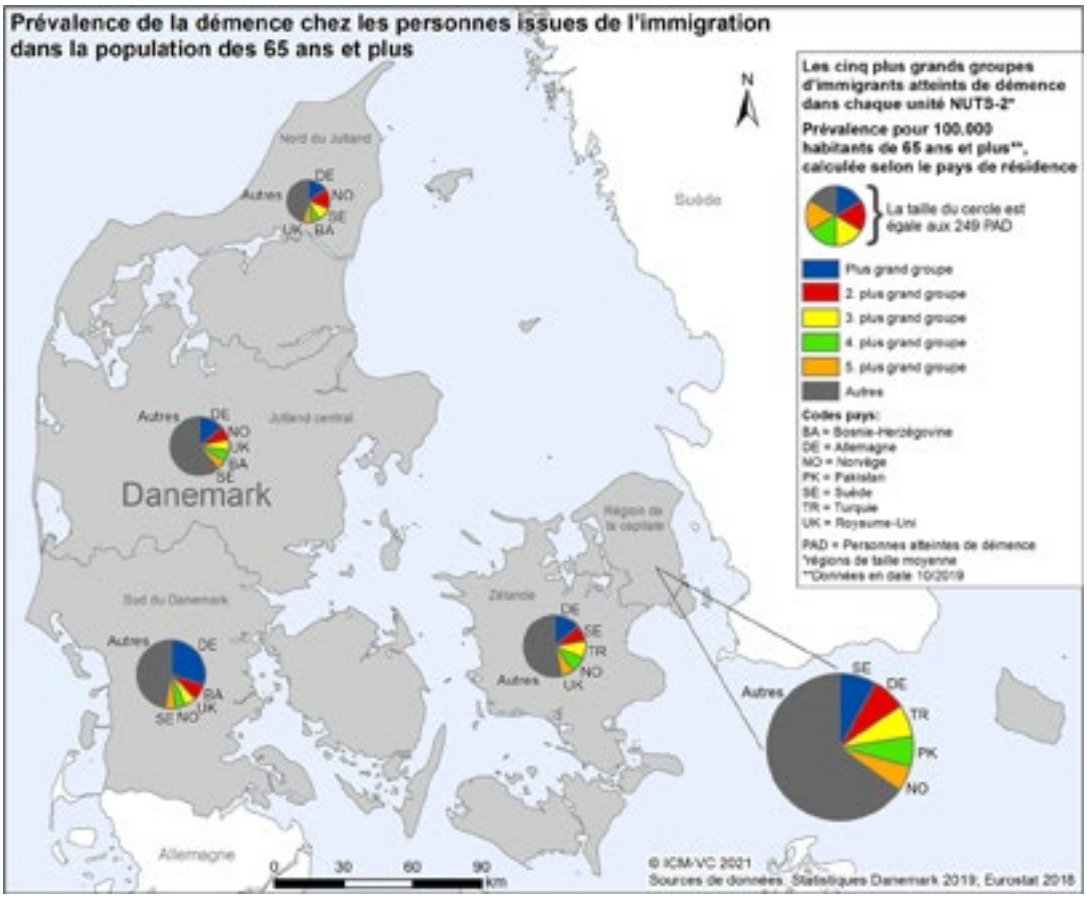


Fig. 3.7.7.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Danemark – NUTS2)

Tableau 16: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Danemark – NUTS 2)

NUTS	Total	DK	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Région de la capitale	21.730	19.726	SE 162	DE 149	TR 143	PK 132	NO 115	1.303
Zélande	13.177	12.670	DE 69	SE 44	TR 44	NO 41	UK 33	276
Sud du Danemark	18.144	17.360	DE 234	BA 62	UK 40	NO 39	SE 37	372
Jutland central	17.631	16.995	DE 88	NO 48	UK 38	BA 38	SE 35	389
Nord du Jutland	8.831	8.592	DE 37	NO 36	SE 24	BA 15	UK 15	112

NUTS	Total	DK	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Région de la capitale	7.484	-	SE 56	DE 51	TR 49	PK 45	NO 40	449
Zélande	17.932	-	DE 94	SE 60	TR 60	NO 56	UK 45	375
Sud du Danemark	15.970	-	DE 206	BA 54	UK 35	NO 35	SE 33	327
Jutland central	19.149	-	DE 96	NO 52	UK 42	BA 41	PL 38	421
Nord du Jutland	25.487	-	DE 107	NO 104	SE 69	BA 44	UK 43	323
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Région de la capitale	6.900	6.264	SE 51	DE 47	TR 45	PK 42	NO 36	403
Zélande	6.900	6.635	DE 36	SE 23	TR 23	NO 21	UK 17	132
Sud du Danemark	6.900	6.602	DE 89	BA 23	UK 15	NO 15	SE 14	128
Jutland central	6.900	6.651	DE 35	NO 19	UK 15	BA 15	PL 14	137
Nord du Jutland	6.900	6.731	DE 29	NO 28	SE 19	BA 12	UK 12	75

Source des données: Statistics Denmark (2019)

3. Plan national de lutte contre la démence

Il existe un «plan d'action national sur la démence 2025» danois datant de 2017. Il se compose de 14 pages et se concentre sur cinq objectifs: 1. détection précoce et meilleure qualité des examens et des traitements, 2. amélioration de la qualité des soins, des soins infirmiers et de la réadaptation, 3. soutien et orientation des proches des personnes atteintes de démence, 4. communautés et logements adaptés aux démences, et 5. amélioration des connaissances et des compétences professionnelles. Dans différentes sections, 23 initiatives sont mentionnées; par exemple, la section consacrée à l'objectif 4 présente l'initiative 15, qui concerne la création de 98 municipalités soucieuses des personnes atteintes de démence. Cependant, ni les cinq objectifs ni les 23 initiatives ne font référence aux personnes issues de l'immigration [9]. Outre le PND, le Danemark a publié en 2018 un livre blanc intitulé «Danemark - une société respectueuse de la démence». Ce document de 36 pages aborde plusieurs sujets distincts: détection précoce de la démence, diagnostic, évaluation et traitement de haute qualité, hôpitaux adaptés à la démence, qualité des soins et de la réadaptation, soutien des soins centrés sur la personne grâce à la

planification numérique des soins, soutien des aidants familiaux, soutien des personnes atteintes de démence et de leur famille grâce à des outils technologiques, amélioration de la sécurité des personnes atteintes de démence, renforcement des connaissances et des compétences professionnelles, et formation interactive du personnel basée sur la technologie. Le livre blanc ne fait pas non plus référence à la migration ou aux personnes issues de l'immigration [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Pour le Danemark, quatre lignes directrices cliniques pour la démence au niveau national ont été identifiées : une pour la démence et la médecine, une pour le diagnostic des troubles cognitifs légers et de la démence, une pour l'examen et le traitement de la démence, et une pour la prévention et le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence. La « directive clinique nationale sur la démence et la médecine » de 2018 et la « directive clinique nationale pour la prévention et le traitement des symptômes comportementaux et mentaux chez les personnes atteintes de démence » de 2019 ne font pas référence au sujet de la migration [11, 12]. La « Directive clinique nationale pour le diagnostic de la déficience cognitive légère et de la démence » de 2018 fait brièvement référence à la migration et souligne qu'il existe au Danemark une validation de RUDAS, un outil de dépistage de la démence développé en Australie en tant que mesure interculturelle appropriée. Cette validation est basée sur les tests de 137 patients, dont 34 personnes issues de l'immigration [13]. Le « Guide clinique national pour l'examen et le traitement de la démence » de 2013 comporte une courte section avec deux paragraphes sur les minorités ethniques. Il souligne que le nombre d'immigrants âgés de plus de 65 ans (environ 16 000 en 2013) augmentera au cours des prochaines décennies. En outre, le groupe des personnes originaires de pays non occidentaux est présenté comme un groupe vulnérable en ce qui concerne le diagnostic de la démence. L'hétérogénéité de ce groupe en termes d'origine culturelle, de compétences linguistiques et de niveau d'éducation peut rendre difficile l'examen et l'évaluation des fonctions cognitives. Si les compétences scolaires et linguistiques ne sont pas prises en compte, il existe un risque important de surdiagnostic des troubles cognitifs. Selon une étude datant de 2010, près de 1 000 immigrants originaires de pays non occidentaux vivant au Danemark sont âgés de plus de 65 ans et atteints de démence. En outre, il est souligné que le test de fonction cognitive MMSE est sensible à l'influence des compétences linguistiques. La ligne directrice conclut qu'il peut y avoir des difficultés particulières dans l'évaluation de la démence chez les immigrants des pays non occidentaux [14].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'expert, les personnes issues de l'immigration sont en principe identifiées comme un groupe vulnérable au Danemark. Les personnes issues de l'immigration sont principalement originaires de Turquie, du Pakistan, des pays arabophones et de Yougoslavie. Bien qu'il y ait une prise de conscience générale de cette question, elle ne constitue pas un domaine prioritaire et n'est considérée que comme partiellement importante. Il est clair que la démence chez les personnes issues de l'immigration n'est considérée comme importante que dans les grandes villes comme Copenhague, plutôt que dans les autres régions du Danemark où vivent moins de personnes issues de l'immigration. Les défis liés aux personnes issues de l'immigration concernent les évaluations cognitives, le recours à des interprètes professionnels, le respect des recommandations cliniques et des plans de traitement, et la manière dont les soins aux personnes atteintes de démence doivent être organisés pour cette population. Les principaux problèmes identifiés par l'expert sont un risque accru de développement et de progression de la démence, le sous-diagnostic et le manque d'accès aux services de santé formels.

L'expert a déclaré qu'en général, le Danemark suivait une stratégie de soins de santé intégratifs dans laquelle les services généraux répondent aux besoins spécifiques des personnes atteintes de démence. Le matériel d'information et les fiches d'information sur la démence, la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire sont publiés dans dix langues différentes (danois, anglais, turc, ourdou, farsi, croate, bosniaque, serbe, polonais, somali) et ont été vérifiés par des personnes issues des différentes communautés linguistiques ou ethniques. Selon l'expert, il n'existe pas de services spécialisés pour les personnes atteintes de démence, ni de services spécialisés pour des minorités spécifiques. Toutefois, il existe deux cliniques spécialisées dans l'accueil des immigrants, situées à Copenhague et à Aarhus, qui traitent les patients ayant des antécédents médicaux complexes. Ils tiennent compte de la situation économique, des problèmes d'immigration, des maladies médicales et psychiatriques, etc. des patients. Il existe également une équipe de ressources ethniques à Copenhague qui organise des soins à domicile. Leur personnel a des origines ethniques et linguistiques différentes et il est mis en relation avec des bénéficiaires de soins qui souhaitent avoir des soignants professionnels de la même ethnie et de la même langue que la leur. Une maison de retraite de Copenhague est spécialisée dans les soins multiculturels et répond aux besoins diététiques et aux différentes origines religieuses des personnes.

Comme l'a indiqué l'expert, les services existants pour la démence sont adaptés aux soins des non-migrants, mais pas aux personnes issues de minorités ethniques. Il existe un besoin important d'informations et de services spécifiques, car les besoins diffèrent souvent de ce qui est fourni par les services traditionnels. En l'absence d'informations ou de services spécialisés, de nombreux aidants ne peuvent pas vraiment accéder à ces services.

En outre, l'expert a souligné que différents projets ont été ou sont en cours d'exécution afin d'améliorer la situation des personnes atteintes de démence. Un projet actuel se concentre sur la sensibilisation et la connaissance des démences dans les groupes minoritaires en allant à leur rencontre dans les lieux où ils se rencontrent ou se réunissent avec d'autres membres de leur communauté, comme les centres culturels, mais aussi dans les domiciles privés. Différents projets

se concentrent sur les soins interculturels et tentent de recenser les besoins en soins des personnes âgées. Un autre projet étudie les besoins des personnes des familles issues de groupes minoritaires en leur parlant directement, afin que les services puissent être basés sur des besoins réels plutôt que sur des suppositions.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

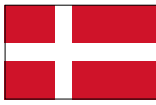
L'entretien avec les experts a montré qu'il existe des possibilités de formation continue en matière de rencontres et de communication interculturelles, mais qu'elles sont principalement dispensées dans les grandes villes. En outre, les soins adaptés à la diversité culturelle font partie du programme de la plupart des programmes destinés aux professionnels de la santé, mais ils ne sont pas obligatoires dans les programmes d'études ou de formation continue.

La forte proportion de professionnels issus de l'immigration travaillant dans le secteur des soins de santé est un autre point qui a suscité un intérêt particulier lors de l'entretien. Les soignants professionnels au Danemark sont pour la plupart originaires de Turquie, du Pakistan ou de pays arabophones. Les différences culturelles entre les soignants et les soignés entraînent divers défis culturels dans le domaine des soins de santé. La discrimination et le racisme envers le personnel soignant peuvent survenir. Parfois, le personnel soignant n'est pas familiarisé avec les besoins culturels de la personne soignée et peut également ne pas être en mesure de communiquer efficacement en danois. De même, les opinions sur les « bons soins » peuvent varier. Au Danemark, les « bons soins » font référence à la réadaptation et visent à aider les personnes âgées à se débrouiller seules. Mais beaucoup de jeunes femmes issues de l'immigration sont perçues comme venant de cultures familiales où l'on chérit les personnes âgées, ce qui signifie qu'une bonne prise en charge consiste à tout faire pour elles. C'est contre-productif pour la réhabilitation. À l'heure actuelle, on estime que le besoin de soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration n'est pas satisfait.

7. Soutien aux aidants familiaux

L'expert a souligné que le principal soutien aux aidants familiaux et aux personnes atteintes de démence provenait de la famille immédiate - et dans de nombreux cas uniquement de la famille - et des prestataires de services, des professionnels de la santé ou des travailleurs sociaux. Les communautés ethniques et religieuses ainsi que les organisations de migrants ne sont pas considérées comme jouant un rôle dans les soins aux personnes atteintes de démence.

En outre, l'expert a souligné qu'il existait des différences majeures en termes d'accessibilité aux services et aux informations entre les aidants familiaux issus ou non de l'immigration l'accessibilité des services et des informations entre les aidants familiaux issus ou non de l'immigration. En l'absence de soutien et d'orientation spécialisés, les personnes issues de l'immigration ne peuvent pas accéder aux services disponibles. Elles ont donc un grand besoin de services spécialisés.



8. Références

1. Hedetoft U : Denmark : Integrating Immigrants into a Homogeneous Welfare State. [https ://www.migrationpolicy.org/article/denmark-integrating-immigrants-homogeneous-welfare-state]. (2006). Consulté le 19 mai 2020.
2. SchengenVisaInfo.com : Schengen-Raum : Die größte visumfreie Zone der Welt. [https ://www.schengenvisainfo.com/de/staaten-des-schengen-raums/]. (2020). Consulté le 19 mai 2020.
3. The Ministry of Immigration and Integration : International Migration : Denmark. In : Report to OECD. 2017.
4. International Organization for Migration : International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019 : Netherlands ; 2019.
5. International Organization for Migration : Net migration rate in the 5 years prior to 2020 : Portugal ; 2019.
6. Esri : World Ocean Background ; 2010.
7. Eurostat : Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016 ; 2018.
8. Statistics Denmark : The Population 2019. 2019.
9. Danish Ministry of Health : A safe and dignified life with Dementia : National action plan on Dementia 2025. 2017.
10. Healthcare Denmark : Denmark : a dementia friendly society ; 2018.
11. Sundhedsstyrelsen : National klinisk retningslinje for demens og medicin ; 2018.
12. Sundhedsstyrelsen : National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens ; 2019.
13. Sundhedsstyrelsen : National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens ; 2018.
14. Sundhedsstyrelsen : National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Demens ; 2013.

< retour au sommaire

Espagne

Population
47 330 000 (2020)

Superficie
502 654 km²

Capitale
Madrid

Trois plus grandes villes
Madrid (3 330 000)
Barcelone (1 660 000)
Valence (800 000)

Pays voisins
Andorre, France, Portugal

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

Au cours des 500 dernières années, la migration espagnole s'est caractérisée par l'émigration, notamment vers l'Amérique latine. Il a atteint son apogée entre 1905 et 1913, lorsque 1,5 million de personnes ont quitté le pays pour l'Argentine, l'Uruguay, le Brésil et le Venezuela. Entre 1946 et 1958, 624 000 autres personnes ont émigré. Par la suite, le nombre d'émigrants vers l'Amérique latine a diminué (300 000 entre 1958 et 1975) et l'émigration s'est déplacée vers d'autres pays européens. Entre 1960 et 1975, environ deux millions de personnes ont émigré en Allemagne, en France et en Suisse [1, 2]. Environ 1,5 million d'entre eux sont retournés en Espagne. Dans les années 1970 et 1980, l'immigration de personnes originaires d'Amérique latine, des Philippines et de l'ancienne colonie de Guinée équatoriale, ainsi que de retraités d'Europe du Nord et de l'Ouest, a augmenté. Au cours des années suivantes, les tendances migratoires se sont orientées vers une migration sud-nord en provenance d'Afrique du Nord (notamment du Maroc) et une migration est-ouest en provenance d'Europe centrale et orientale. L'Espagne est devenue la deuxième destination la plus populaire pour les migrants de Roumanie. Entre 1975 et 2000, le nombre d'étrangers a été multiplié par cinq, et de 2000 à 2007, le nombre de titulaires de permis de séjour a augmenté de 20 % par an [1]. Après la crise financière de 2008, le nombre d'immigrants a diminué pendant plusieurs années. Cette tendance a été interrompue par l'arrivée de 457 700 migrants en 2011 [3]. Entre 2016 et 2018, le nombre de réfugiés et de migrants qui sont arrivés en Espagne par la route de la Méditerranée occidentale a de nouveau augmenté (de 14 600 à 65 400) [4]. La plupart des migrants sont originaires du Maroc, d'Algérie, de Guinée, de Côte d'Ivoire, de Gambie et de Syrie [4, 5]. L'Espagne est une destination populaire pour les retraités d'Europe du Nord et de l'Ouest, pour les travailleurs étrangers d'Europe de l'Est (surtout la Roumanie), du Portugal, d'Amérique latine (Équateur, Colombie, Bolivie) et d'Afrique du Nord (surtout le Maroc) et, depuis quelques années, pour les migrants d'Afrique subsaharienne (Nigeria et Sénégal) [1]. En 2013, les groupes de migrants les plus importants étaient originaires de Roumanie (797 600), du Maroc (745 700), de l'Équateur (451 200), de Royaume-Uni et d'Irlande du Nord (381 000) et de Colombie (359 200) [6]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a été multipliée par plus de sept (821 600 à 6,1 millions) et la proportion de migrants dans la population totale par plus de six (2,1 à 13,1 %) [7]. En 2020, le taux de migration nette sera de 0,9 % [8]. Globalement, l'Espagne est devenue un pays d'immigration depuis 1990.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

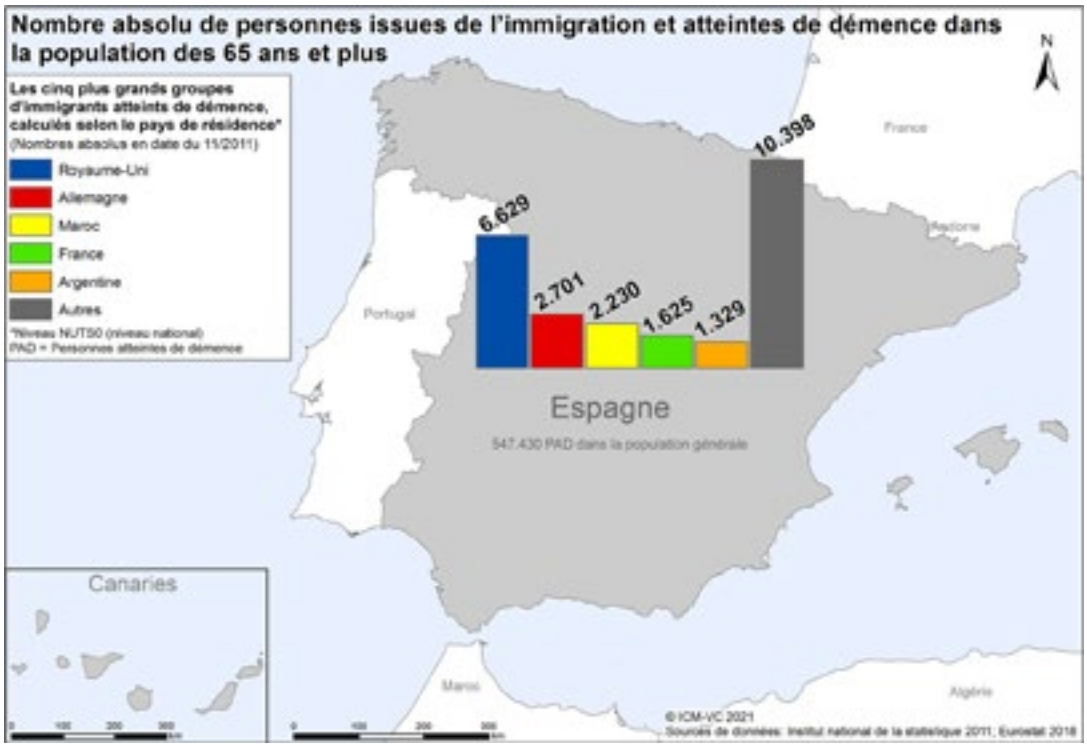


Fig. 3.7.8.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Espagne – Nation)

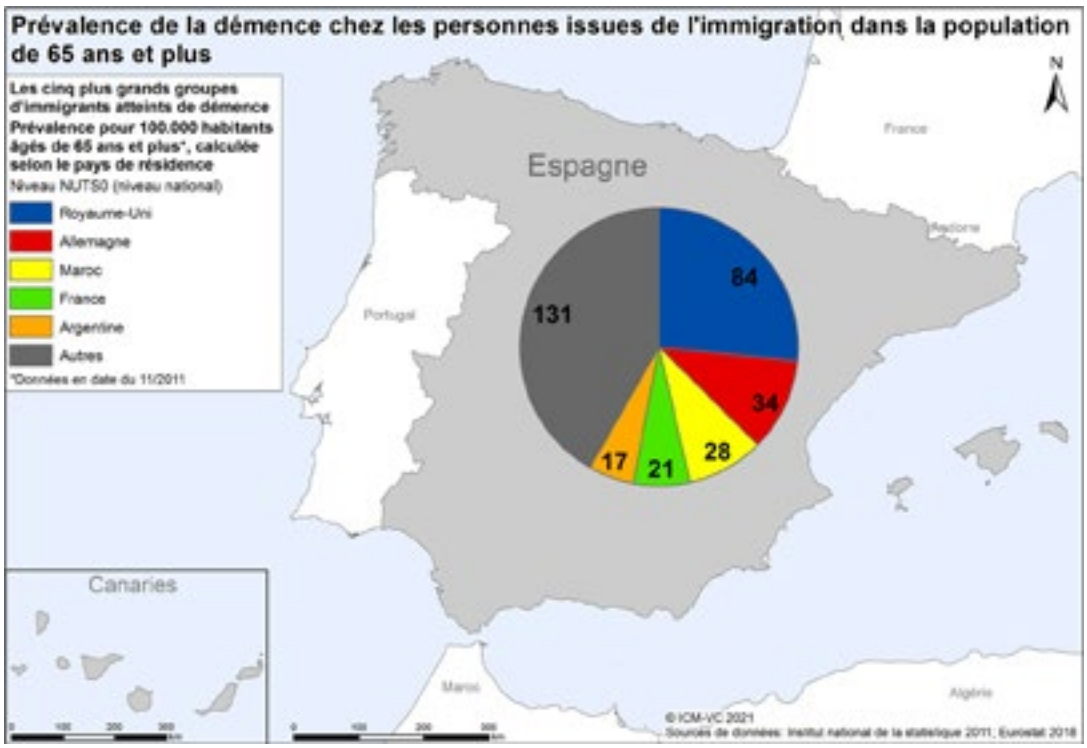


Fig. 3.7.8.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Espagne – Nation)

Tableau 17: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Espagne - Nation)

NUTS	Total	ES	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Spanien	547.430	522.519	UK 6.629	DE 2.701	MA 2.230	FR 1.625	AR 1.329	10.398
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Spain	15.162	-	UK 184	DE 75	MA 62	FR 45	AR 37	287
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Spanien	6.900	6.586	UK 84	DE 34	MA 28	FR 20	AR 17	131

Source des données: National Statistics Institute (2011)

Il y a 361 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 24 900 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.8.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Royaume-Uni (environ 6 600), d'Allemagne (environ 2 700), du Maroc (environ 2 200), de France (environ 1 600) et d'Argentine (environ 1 300). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Espagne pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.8.2). Le tableau 17 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants et des personnes issues de l'immigration atteints de démence originaires de Royaume-Uni, d'Allemagne, du Maroc, de France et d'Argentine dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.8.3 - 3.7.8.8).

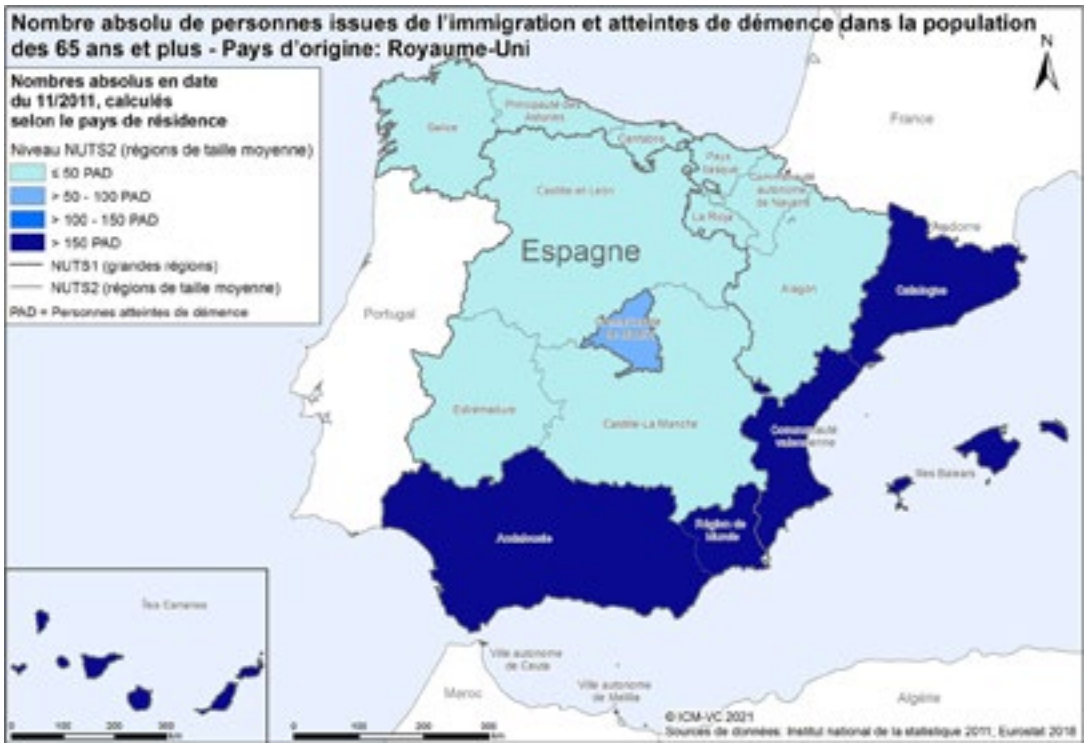


Fig. 3.7.8.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Royaume-Uni (Espagne – NUTS2)

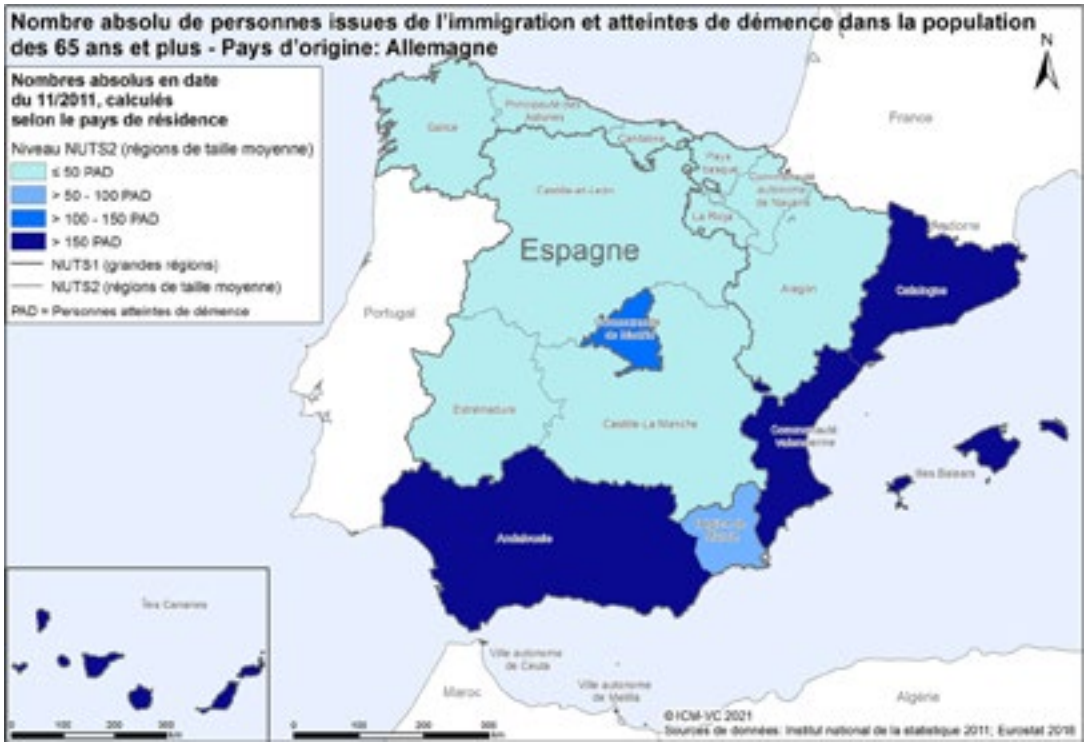


Fig. 3.7.8.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Espagne – NUTS2)

Fig. 3.7.8.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Maroc (Espagne – NUTS2)

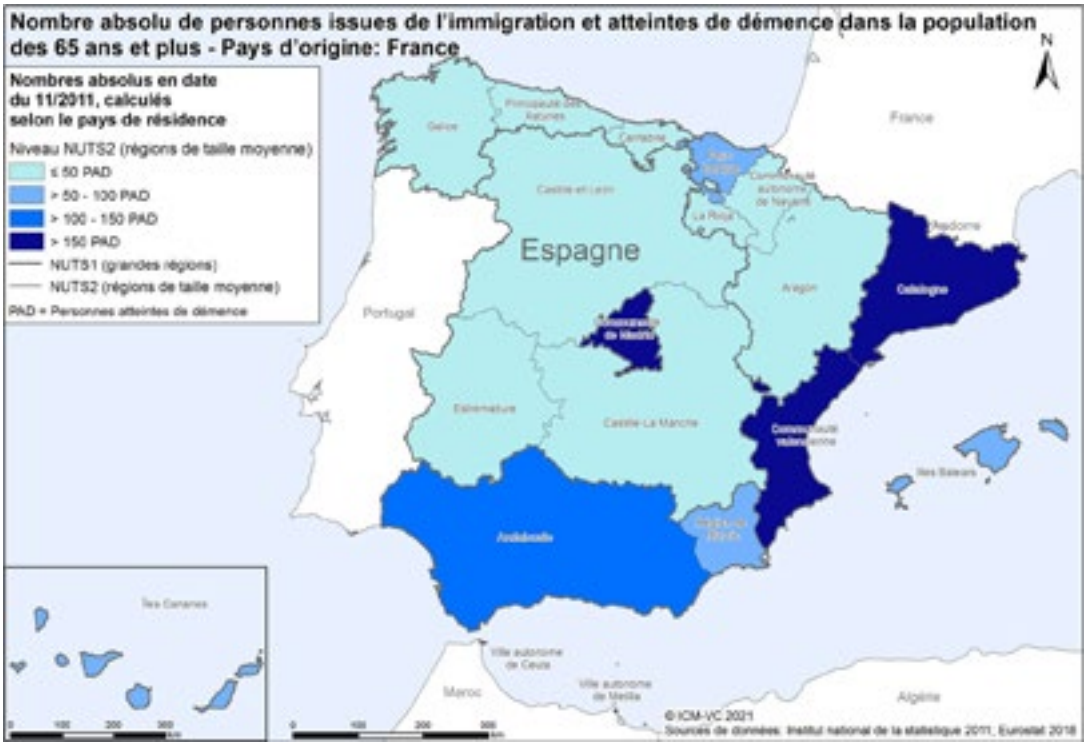


Fig. 3.7.8.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: France (Espagne – NUTS2)

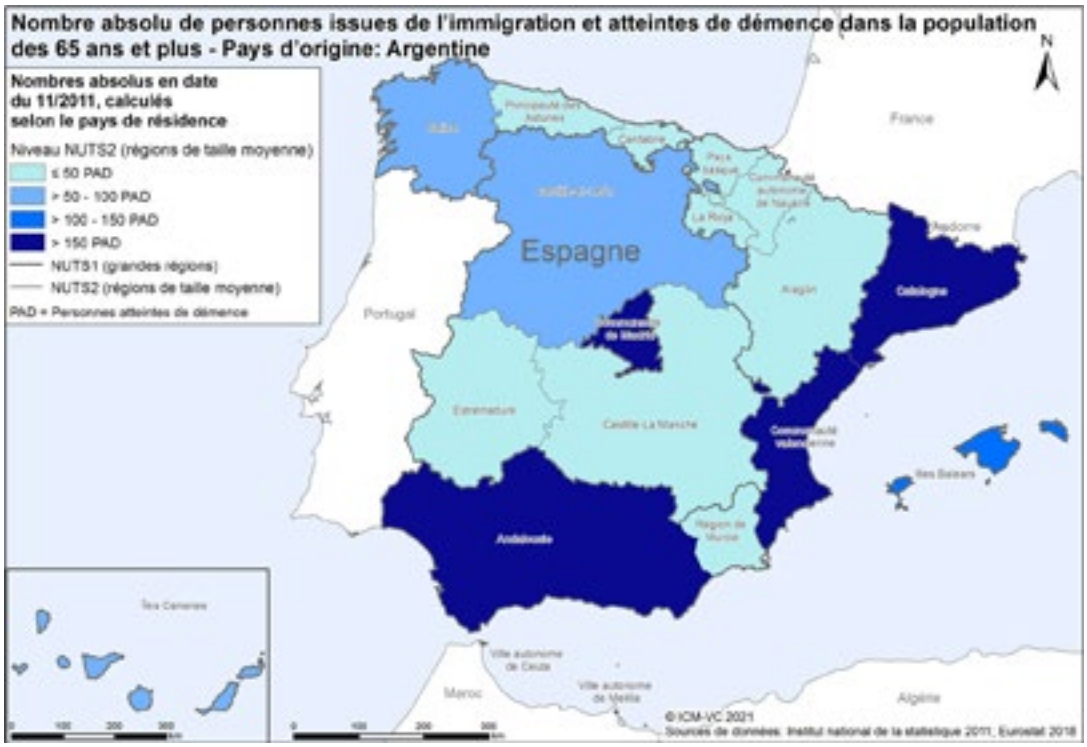


Fig. 3.7.8.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Argentine (Espagne – NUTS2)

Fig. 3.7.8.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Espagne (Espagne - NUTS2))

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.8.9). Le scond graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.8.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 18 [9-12].

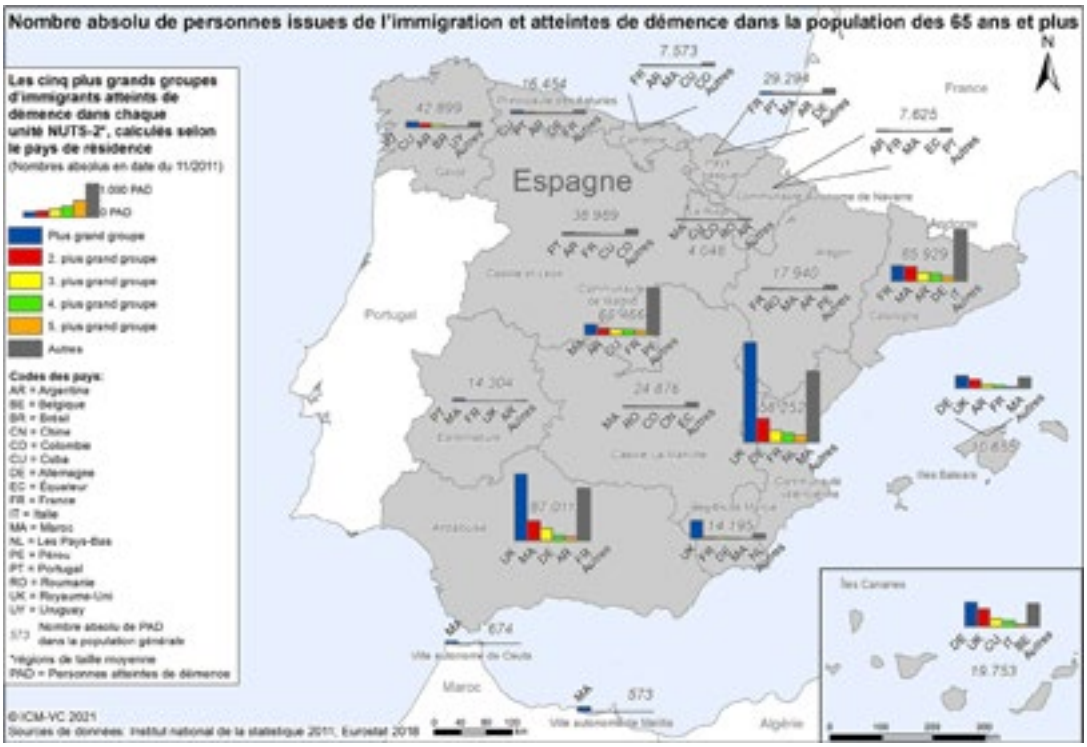


Fig. 3.7.8.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Espagne – NUTS2)

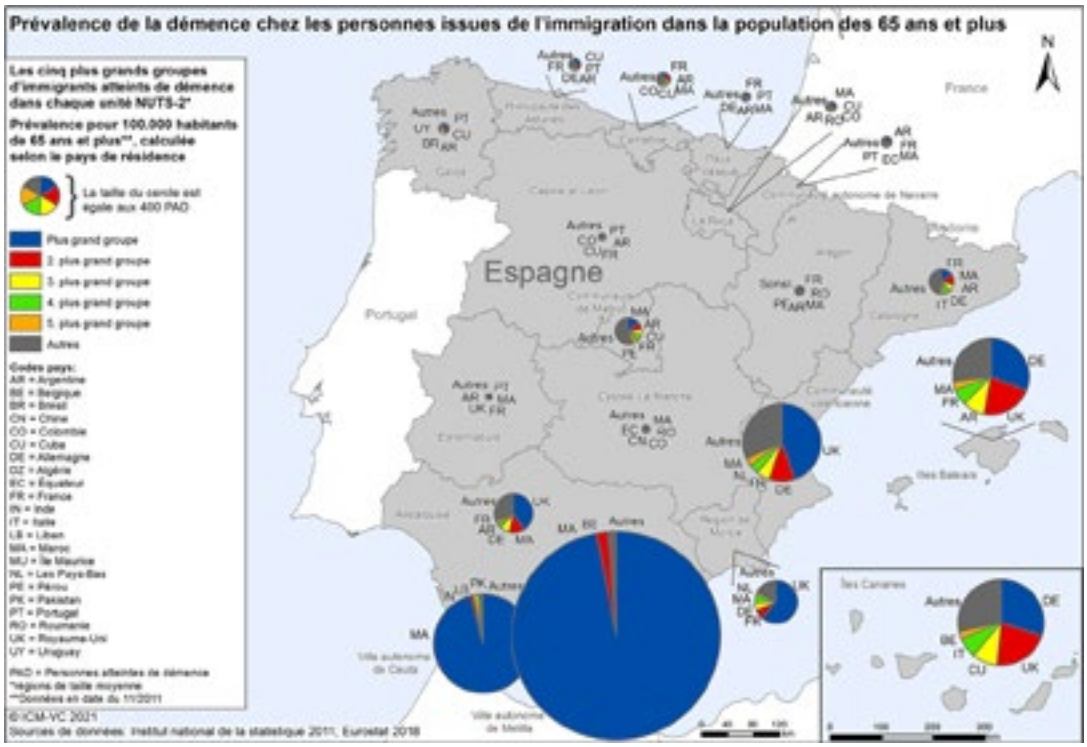


Fig. 3.7.8.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Espagne – NUTS2)

Tableau 18: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Espagne - NUTS 2)

NUTS	Total	ES	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Galice	42.899	42.235	PT 188	CU 139	AR 95	BR 33	UY 30	179
Principauté des Asturies	16.454	16.162	CU 85	PT 46	AR 24	DE 22	FR 19	97
Cantabrie	7.573	7.415	FR 23	AR 22	MA 15	CU 14	CO 11	72
Pays basque	29.294	28.899	FR 81	PT 43	MA 40	AR 29	DE 21	180
Communauté autonome de Navarre	7.625	7.499	AR 31	FR 13	MA 10	EC 8	PT 7	57
La Rioja	4.048	3.985	MA 13	CU 9	CO 6	RO 6	AR 5	23

Espagne

NUTS	Total	ES	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Aragón	17.940	17.703	FR 43	RO 22	MA 18	AR 16	PE 14	124
Communauté de Madrid	66.466	63.946	MA 337	AR 227	CU 199	FR 183	PE 153	1,420
Castille -et-León	38.989	38.589	PT 73	AR 50	FR 47	CU 25	CO 23	183
Castille -La Mancha	24.876	24.594	MA 44	RO 28	CO 27	CN 20	EC 19	146
Estrémadure	14.304	14.181	PT 60	MA 14	FR 12	UK 6	AR 5	27
Catalogne	85.929	82.753	FR 472	MA 449	AR 273	DE 243	IT 169	1.571
Communauté valencienne	58.252	51.660	UK 2.941	DE 711	FR 354	NL 275	MA 218	2.093
Illes Balears	10.655	9.461	DE 370	UK 263	AR 111	FR 82	MA 43	323
Andalousie	87.011	81.965	UK 2.081	MA 635	DE 384	AR 175	FR 145	1.626
Région de Murcie	14.195	13.296	UK 551	FR 60	DE 59	MA 52	NL 20	157
Ville autonome de Ceuta	674	576	MA 93	<5	<5	<5	<5	1
Ville autonome de Melilla	573	393	MA 169	<5	<5	<5	<5	2
Îles Canaries	19.753	17.268	DE 747	UK 535	CU 238	IT 190	BE 68	707
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Galice	44.570	-	PT 196	CU 144	AR 99	BR 34	UY 31	186
Principauté des Asturies	38.762	-	CU 199	PT 108	AR 58	DE 52	FR 44	229
Cantabrie	33.214	-	FR 103	AR 98	MA 65	CU 62	CO 47	315
Pays basque	51.168	-	FR 141	PT 76	MA 71	AR 51	DE 37	315
Communauté autonome de Navarre	41.778	-	AR 168	FR 74	MA 53	EC 42	PT 40	314
La Rioja	44.973	-	MA 146	CU 100	CO 69	RO 69	AR 54	253
Aragón	52.076	-	FR 126	RO 64	MA 53	AR 45	PE 42	360

NUTS	Total	ES	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Communauté de Madrid	18.205	-	MA 92	AR 62	CU 55	FR 50	PE 42	389
Castille -et-León	67.108	-	PT 125	AR 87	FR 80	CU 43	CO 40	315
Castille -La Mancha	60.821	-	MA 107	RO 68	CO 65	CN 48	EC 46	356
Estrémadure	80.135	-	PT 336	MA 77	FR 66	UK 33	AR 27	151
Catalogne	18.666	-	FR 103	MA 98	AR 59	DE 53	IT 37	341
Communauté valencienne	6.098	-	UK 308	DE 74	FR 37	NL 29	MA 23	219
Îles Balears	6.161	-	DE 214	UK 152	AR 64	FR 48	MA 25	187
Andalousie	11.899	-	UK 285	MA 87	DE 52	AR 24	FR 20	222
Région de Murcie	10.894	-	UK 423	FR 46	DE 45	MA 40	NL 15	121
Ville autonome de Ceuta	4.759	-	MA 655	IN 7	LB 7	PK 7	PT 6	7
Ville autonome de Melilla	2.204	-	MA 652	BE 11	AR 6	MU 6	DZ 5	9
Îles Canaries	5.484	-	DE 207	UK 148	CU 66	IT 53	BE 19	196
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Galice	6.900	6.793	PT 30	CU 22	AR 15	BR 5	UY 5	29
Principauté des Asturies	6.900	6.777	CU 35	PT 19	AR 10	DE 9	FR 8	41
Cantabrie	6.900	6.757	FR 21	AR 20	MA 14	CU 13	CO 10	65
Pays basque	6.900	6.807	FR 19	PT 10	MA 10	AR 7	DE 5	42
Communauté autonome de Navarre	6.900	6.786	AR 28	FR 12	MA 9	EC 7	PT 7	52
La Rioja	6.900	6.794	MA 22	CU 15	CO 11	RO 11	AR 8	39
Aragón	6.900	6.809	FR 17	RO 8	MA 7	AR 6	PE 6	48
Communauté de Madrid	6.900	6.638	MA 35	AR 24	CU 21	FR 19	PE 16	147

NUTS	Total	ES	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Castille -et-León	6.900	6.829	PT 13	AR 9	FR 8	CU 4	CO 4	32
Castille -La Mancha	6.900	6.822	MA 12	RO 8	CO 7	CN 5	EC 5	40
Estrémadure	6.900	6.841	PT 29	MA 7	FR 6	UK 3	AR 2	13
Catalogne	6.900	6.645	FR 38	MA 36	AR 22	DE 20	IT 14	126
Communauté valencienne	6.900	6.119	UK 348	DE 84	FR 42	NL 33	MA 26	248
Illes Balears	6.900	6.127	DE 240	UK 170	AR 72	FR 53	MA 28	209
Andalousie	6.900	6.500	UK 165	MA 50	DE 30	AR 14	FR 11	129
Région de Murcie	6.900	6.463	UK 268	FR 29	DE 29	MA 25	NL 10	76
Ville autonome de Ceuta	6.900	5.900	MA 950	IN 11	LB 11	PK 11	PT 9	10
Ville autonome de Melilla	6.900	4.740	MA 2,042	BE 36	AR 19	MU 18	DZ 17	28
Îles Canaries	6.900	6.032	DE 261	UK 187	CU 83	IT 67	BE 24	247

Note: Nombres absolus < 5 n'est pas indiqué pour des raisons de protection des données.
Source des données: National Statistics Institute (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

L'Espagne a publié une stratégie nationale pour les maladies neurodégénératives en 2016 et un plan national pour la maladie d'Alzheimer en 2019.

La « Stratégie pour les maladies neurodégénératives du système national de santé » de 2016 compte 165 pages. Il traite de différentes maladies neurodégénératives répandues en Espagne, telles que la maladie d'Alzheimer et d'autres démences, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques. Il aborde des aspects tels que la prévention et la détection précoce, le soutien et les soins aux patients, le soutien aux aidants familiaux, l'autonomie et les droits des patients, l'éducation et la formation des professionnels, ainsi que la recherche et la coordination des soins de santé et des services sociaux. Toutefois, le document ne fait pas référence au thème de la migration [13].

Le « Plan global pour la maladie d'Alzheimer et les autres démences (2019-2023) » (2019, 94 p.) qui couvre les sujets suivants : portée et impact de la maladie d'Alzheimer sur la société et la santé ; contexte politique et cadre juridique ; sensibilisation du public à la maladie d'Alzheimer ; environnement de vie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ; prévention, diagnostic et traitement ; droits,

éthique et dignité humaine; ainsi que recherche, innovation et connaissances, ne fait pas non plus directement référence à la migration. Toutefois, dans trois passages de deux chapitres, ce document aborde brièvement un sous-thème lié à la démence et à la migration, à savoir la question des soins adaptés à la diversité culturelle. Dans ces passages, l'accent est mis sur l'importance de développer des campagnes de sensibilisation et des programmes de soins sur la maladie d'Alzheimer qui soient adaptés au contexte culturel et aux besoins spécifiques des communautés respectives. En ce qui concerne les soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il est indiqué qu'il convient de tenir compte des besoins et des préférences de ces personnes en mettant en place des systèmes de soutien coordonnés et en fournissant des soins de santé et des soins psychosociaux centrés sur la personne, adaptés à la diversité culturelle et reposant sur une base communautaire solide. L'utilisation de technologies sociales et de santé innovantes peut être bénéfique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants si les besoins spécifiques à l'âge, au sexe et à la culture sont pris en compte [14]. Dans le cadre de plusieurs domaines de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le plan Alzheimer espagnol souligne l'importance de tenir compte du contexte culturel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais il n'y a pas d'accent spécifique mis sur les personnes issues d'un milieu culturel différent de celui de la population autochtone. Dans l'ensemble, le thème de la migration ne joue pas un rôle important dans ces plans/stratégies nationaux.

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Le « Guide de pratique clinique pour la prise en charge complète des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences » de 2010 n'est plus valable, mais reste accessible au public. En outre, aucune nouvelle directive spécifique à la démence n'a pu être identifiée. Le document ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration, mais dans plusieurs sections, il fait brièvement référence aux thèmes des différences culturelles dans les soins et de la proportion d'immigrants parmi les soignants. Tout d'abord, il fixe l'objectif d'une égalité des chances dans les soins de santé et les services sociaux, toutes cultures confondues. L'affirmation implicite selon laquelle la culture influe sur les opportunités dans le domaine des soins de santé et des services sociaux est à nouveau explicite pour le groupe des personnes atteintes de démence et leurs familles. Le problème est bien que le contexte culturel d'une personne puisse influencer les résultats des tests cognitifs utilisés pour diagnostiquer la démence. Dans la section consacrée au traitement de la démence, on souligne que les informations fournies aux patients et aux familles doivent également tenir compte de leur appartenance ethnique, culturelle et religieuse. La directive répète à plusieurs reprises qu'en cas de barrières linguistiques, un médiateur indépendant doit être consulté. Il mentionne également les influences culturelles comme l'une des raisons de la faible utilisation des services de soutien de *l'Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Dementias* (Association des familles de patients atteints de la maladie d'Alzheimer) (AFA), qui offre des conseils pour une prise en charge globale des personnes atteintes de démence et représente les intérêts de ces personnes et de leurs familles auprès d'autres institutions.

Un autre chapitre présente une évaluation du traitement des patients atteints de démence. Il est décrit ici que le traitement des patients atteints de démence par des soignants professionnels sans formation spécifique à la démence a considérablement augmenté. Il est souligné que ces soignants sont principalement de jeunes immigrants, dont la majorité vient d'Amérique latine. Ainsi, un besoin spécifique de formation est identifié dans le groupe des jeunes soignants issus de l'immigration et en particulier dans le sous-groupe des immigrants d'Amérique latine. Un autre sujet abordé est la maltraitance des personnes atteintes de démence. À cet égard, l'influence des facteurs culturels sur le risque de maltraitance des personnes atteintes de démence est discutée et la prise en compte des différences culturelles dans les enquêtes sur les cas de maltraitance est exigée. Dans le contexte des besoins psycho-émotionnels et psycho-sociaux des personnes atteintes de démence avancée, il est identifié que les personnes issues d'autres groupes culturels ou religieux peuvent avoir des besoins spirituels différents qui doivent être pris en compte. Le « *Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias* » (guide de pratique clinique sur la prise en charge complète des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences) décrit les différents défis liés à la démence chez les personnes d'origine culturelle différente et donne des recommandations pour améliorer la prise en charge de ce groupe. Cependant, aucune référence n'est faite aux services de santé spécialisés actuellement disponibles [15].

5. Références

1. Kreienbrink A: Country Profile: Spain. In. Édité par Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, vol. 6; 2008.
2. Bover O, Pilar V: Migrations in Spain: Historical Backgrouns and Current Trends. In: *IZA Discussion Paper.* Bd.. 88; 1999.
3. Ministry of Health, Social Services and Equality of Spain; Institute of Social Development and Peace of the University of Alicante; University of Valencia; WHO Regional Office for Europe: Spain: Assessing health system capacity to manage sudden large influxes of migrants. In WHO Regional Office for Europe; 2018.
4. United Nations High Commissioner for Refugees: Spain; 2019.
5. United Nations High Commissioner for Refugees, Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Refugees and Migrants arriving in Spain; 2019.
6. United Nations: Migration Profiles: Spain; 2013.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Spain; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Spain; 2019.
9. Esri: World Ocean Background; 2010.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Esri: World Countries; 2013.
12. National Statistics Institute: House and Population Census 2011. In. Madrid: National Statistics Institute 2011.
13. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España: Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema National de Salud. In: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España; 2016.
14. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social: Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). In. Madrid 2019.
15. Ministry of Health Social services and Equality: Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Édité par Ministry of Science and Innovation Spain: Ministry of Science and Innovation Spain; 2010.

Estonie

Population
1 329 000 (2020)

Superficie
45 228 km^2

Capitale
Tallinn

Trois plus grandes villes
Tallinn (438 000)
Tartu (93 000)
Narva (54 000)

Pays voisins
Lettonie, la Fédération de Russie

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

Au cours du dernier siècle et demi, la structure démographique et ethnique de l'Estonie a été largement influencée par la migration. Il y a eu deux vagues d'émigration massive. La première a eu lieu dans la seconde moitié du XIX^{e} siècle (vers la Fédération de Russie) et la deuxième vague en 1944 (vers l'Ouest). Pendant la Seconde Guerre mondiale, ce sont surtout des minorités ethniques qui ont quitté le pays (Allemagne, Suède, communautés juives). Seule la communauté russe n'a pas été détruite. Après la Seconde Guerre mondiale, l'Estonie est passée du statut de pays d'émigration à celui de pays d'immigration. La plupart des immigrants sont originaires de la Fédération de Russie. Immédiatement après la Seconde Guerre mondiale, le solde migratoire était de 10 000 personnes par an. La deuxième vague d'immigration à grande échelle a eu lieu dans les années 1960. La restauration de l'indépendance a ensuite entraîné un nouveau changement dans la direction de la migration. Entre 1989 et 1994, plus de 80 000 personnes ont quitté l'Estonie. De nombreuses personnes sont retournées dans la Fédération de Russie, mais certaines ont également émigré à l'Ouest. Entre 1989 et 2000, la population totale a diminué de plus de 12 % et les minorités ethniques ont diminué de plus d'un quart. Depuis le début du millénaire, tant l'émigration que l'immigration ont augmenté. La majorité des immigrants venaient de Finlande (33 %) et de la Fédération de Russie (22 %). Près de la moitié d'entre eux sont des rapatriés. Les pays de destination les plus fréquents pour les émigrants étaient la Finlande (deux tiers), la Fédération de Russie (7 %) et le Royaume-Uni (6 %) [1]. En 2019, les personnes originaires de Russie (118 100), d'Ukraine (24 000), de Biélorussie (10 400), de Lettonie (6 000) et de Finlande (5 900) représentaient les groupes de migrants les plus importants [2]. Ainsi, les minorités russophones qui sont arrivées en Estonie pendant l'ère soviétique constituent le plus grand groupe de migrants [1]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a diminué de moitié (382 000 à 190 200) et la proportion de migrants dans la population totale est passée de 24,4 à 14,4 % [3]. À partir de 2020, le taux de migration nette est de 3 ; il est positif pour la première fois depuis 1990 [4].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

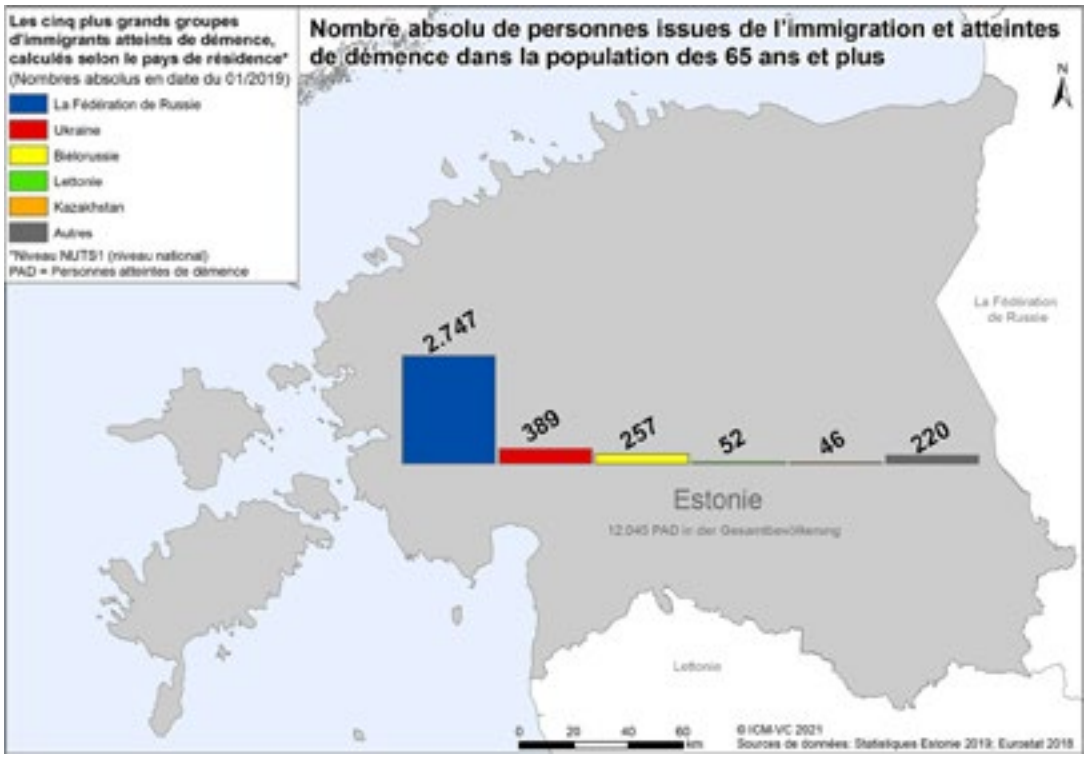


Fig. 3.7.9.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Estonie – Nation)

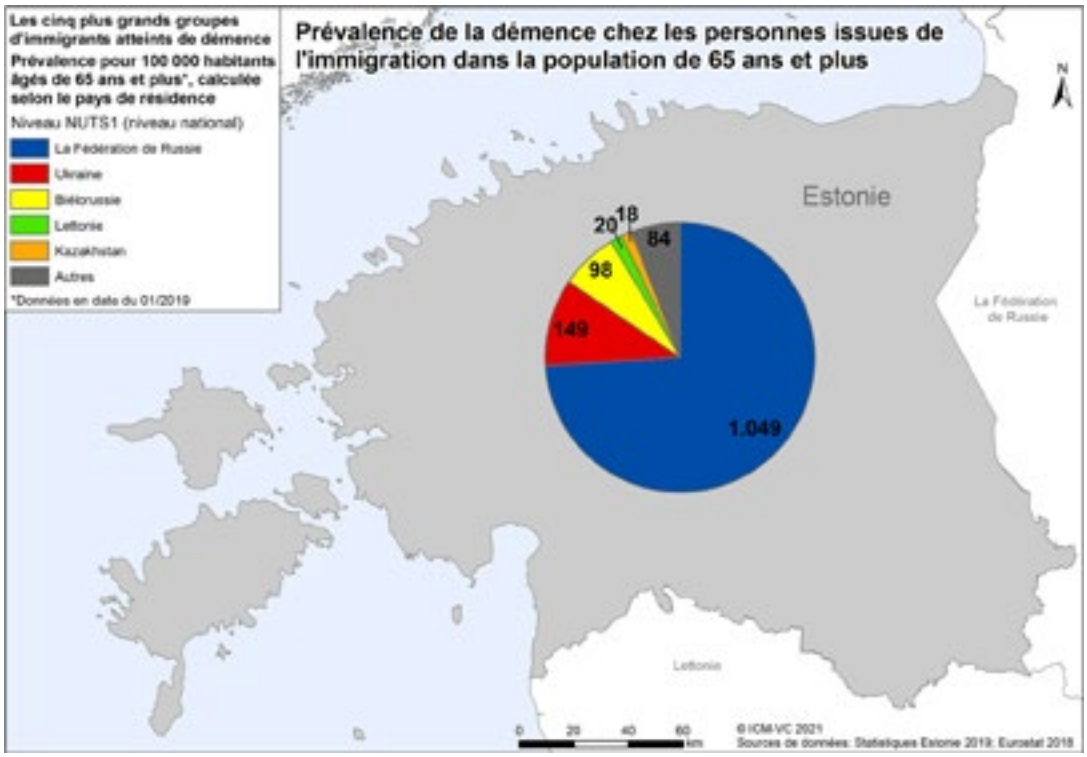


Fig. 3.7.9.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Estonie – Nation)

Tableau 19: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Estonie - Nation)

NUTS	Total	EE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Estonie	12.045	8.335	RU 2.747	UA 389	BY 257	LV 52	KZ 46	219
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Estonie	1.493	-	RU 341	UA 48	BY 32	LV 6	KZ 6	27
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Estonie	4.600	3.183	RU 1.049	UA 148	BY 98	LV 20	KZ 18	84

Source des données : Statistics Estonia (2019)

Il y a 80 700 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 3 700 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.9.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de la Fédération de Russie (environ 2 800), d'Ukraine (environ 400), de Biélorussie (environ 300), de Lettonie (environ 50) et du Kazakhstan (environ 50). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Estonie pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.9.2). Le tableau 19 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [5-7].

3. Plan national de lutte contre la démence

Aucun PND n'a pu être identifié pour l'Estonie [8].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

La « Directive estonienne pour le traitement et le diagnostic de la démence » de 2006 compte 43 pages et aborde les thèmes suivants : épidémiologie, prévention, dépistage, diagnostic de la démence (définition et symptômes de la démence, diagnostic neuropsychologique, examens radiologiques), démence et conduite automobile, traitement de la démence (traitement des troubles cognitifs, traitement des troubles comportementaux et psychologiques) et stades de la démence. Aucun de ces sujets ne fait référence à la migration [9].

5. Références

1. Tammur A, Tammaru T, Puur A: Is There a Migration Turnaround Taking Place in Estonia? Migration Trends 2000–2015 In: *Estonian Human Development Report 2016/2017 Estland im Zeitalter der Migration* 2016.
2. Statistics Estonia: Population, 1 January by year, Country, Age group, Country of birth/citizenship, Sex and Country; 2019.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Estonia; 2019.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Estonia; 2019.
5. Esri: World Ocean Background; 2010.
6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Statistics Estonia: Population Statistics. In. Tallinn: Statistics Estonia; 2019.
8. National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]
9. Linnamägi Ü, Vahter L, Jaanson K, Tomberg T, Siiri-Merike L, Gross-Paju K, Kreis A, Toomsoo T: DEMENTSUSTE EESTI RAVI- TEGEVUS- JA DIAGNOSTIKAJUHEND. In. Édité par Neurosurgeons SoNa; 2006.

6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Statistics Estonia: Population Statistics. In. Tallinn: Statistics Estonia; 2019.
8. National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]

9. Linnamägi Ü, Vahter L, Jaanson K, Tomberg T, Siiri-Merike L, Gross-Paju K, Kreis A, Toomsoo T: DEMENTSUSTE EESTI RAVI- TEGEVUS- JA DIAGNOSTIKAJUHEND. In. Edited by Neurosurgeons SoNa; 2006.

< retour au sommaire

Finlande

Population
5 525 000 (2020)

Superficie
338 452 km^2

Capitale
Helsinki

Trois plus grandes villes
Helsinki (654 000)
Espoo (290 000)
Vantaa (234 000)

Pays voisins
Norvège, La Fédération de Russie, Suède

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

La Finlande n'a pas une longue tradition de migration internationale. Avant les années 1990, l'histoire de la migration était principalement caractérisée par une émigration motivée par des raisons économiques [1]. Entre 1860 et 1999, plus d'un million de personnes ont émigré de Finlande, près de 500 000 avant la Seconde Guerre mondiale et plus de 730 000 après. Avant la Seconde Guerre mondiale, la majorité des émigrants ont quitté le pays pour l'Amérique du Nord, et par la suite, 75 % d'entre eux ont émigré en Suède. Environ la moitié des émigrants sont retournés en Finlande. La Finlande a fait partie de la Fédération de Russie entre 1809 et 1917. Des dizaines de milliers de personnes originaires de la Fédération de Russie ont vécu en Finlande durant cette période. Ils y sont restés même après l'indépendance du pays, établissant une petite communauté d'environ 15 000 personnes dans les années 1930. L'admission des premiers migrants internationaux remonte à 1973, lorsqu'une centaine de réfugiés sont venus du Chili. Depuis 1986, la Finlande accepte l'immigration annuelle estimée entre 500 à 1 000 réfugiés. En 1990, les premiers demandeurs d'asile sont arrivés en Finlande [2]. À partir de cette époque, la Finlande s'est transformée en un pays d'immigration avec des migrants en provenance de la Fédération de Russie, de l'Estonie, de la Somalie, de la Syrie, de l'Afghanistan et de l'Irak [1]. En 2017, les personnes originaires de l'ancienne Union soviétique (56 700) représentaient le groupe de migrants le plus important, suivi par l'Estonie (46 000), la Suède (32 400) et l'Irak (16 300) [3]. Par rapport aux autres pays européens et scandinaves, la population migrante en Finlande est relativement faible. Cependant, entre 1990 et 2019, cette population (personnes nées à l'étranger) a environ été multipliée par 6 (de 63 300 à 383 100). Au cours de la même période, la proportion de migrants dans la population totale a également augmenté de manière significative (de 1,3 à 6,9 %) [4]. En 2020, le taux de migration nette sera de 2,5 [5].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Fig. 3.7.10.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Finlande – Nation)

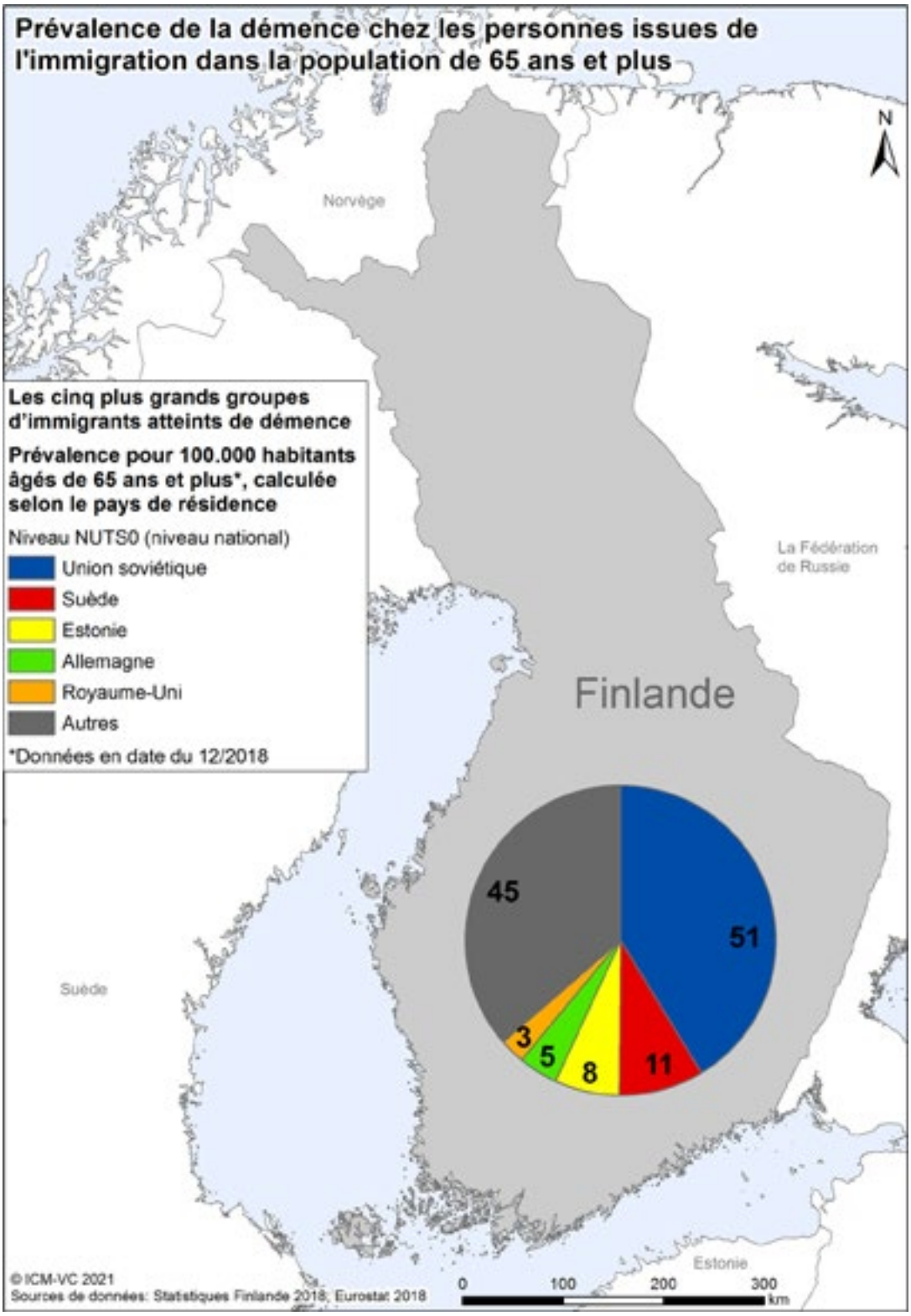


Fig. 3.7.10.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Finlande – Nation)

Tableau 20: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Finlande - Nation)

NUTS	Total	FI	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Finlande	83.134	81.637	SU 616	SE 132	EE 101	DE 61	UK 40	547
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Finlande	38.332	-	SU 284	SE 61	EE 46	DE 28	UK 18	253
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Finlande	6.900	6.776	SU 51	SE 11	EE 8	DE 5	UK 3	99

Source des données: Statistics Finland (2018)

Il y a 21 700 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 1 500 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.10.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Union soviétique (environ 600), de Suède (environ 100), d'Estonie (environ 100), d'Allemagne (environ 60) et de Royaume-Uni (environ 40). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Finlande pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.10.2). Le tableau 20 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Union soviétique, de Suède, d'Estonie, d'Allemagne et de Royaume-Uni dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2.

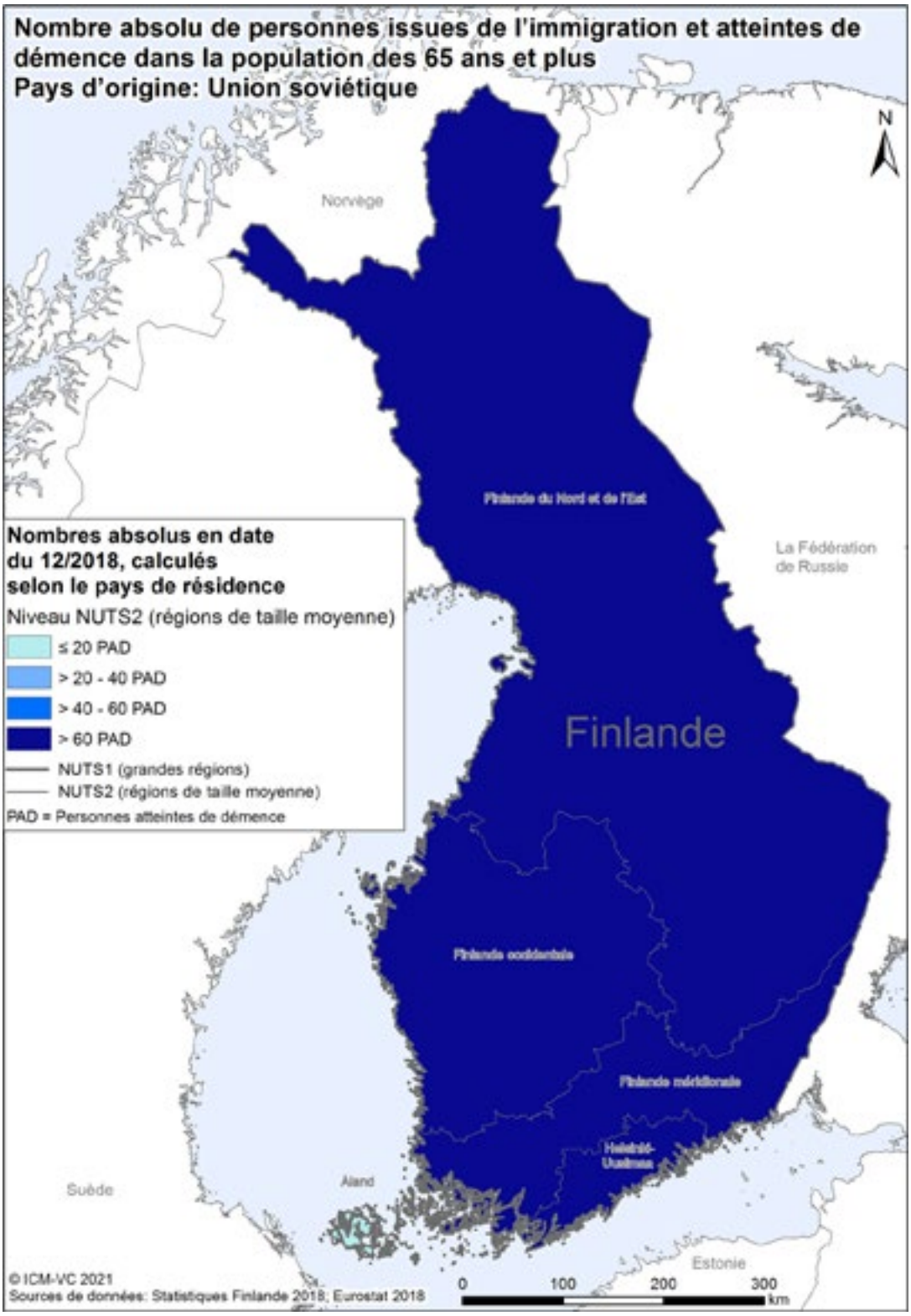


Fig. 3.7.10.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Union soviétique (Finlande – NUTS2)

Fig. 3.7.10.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Suède (Finlande – NUTS2)

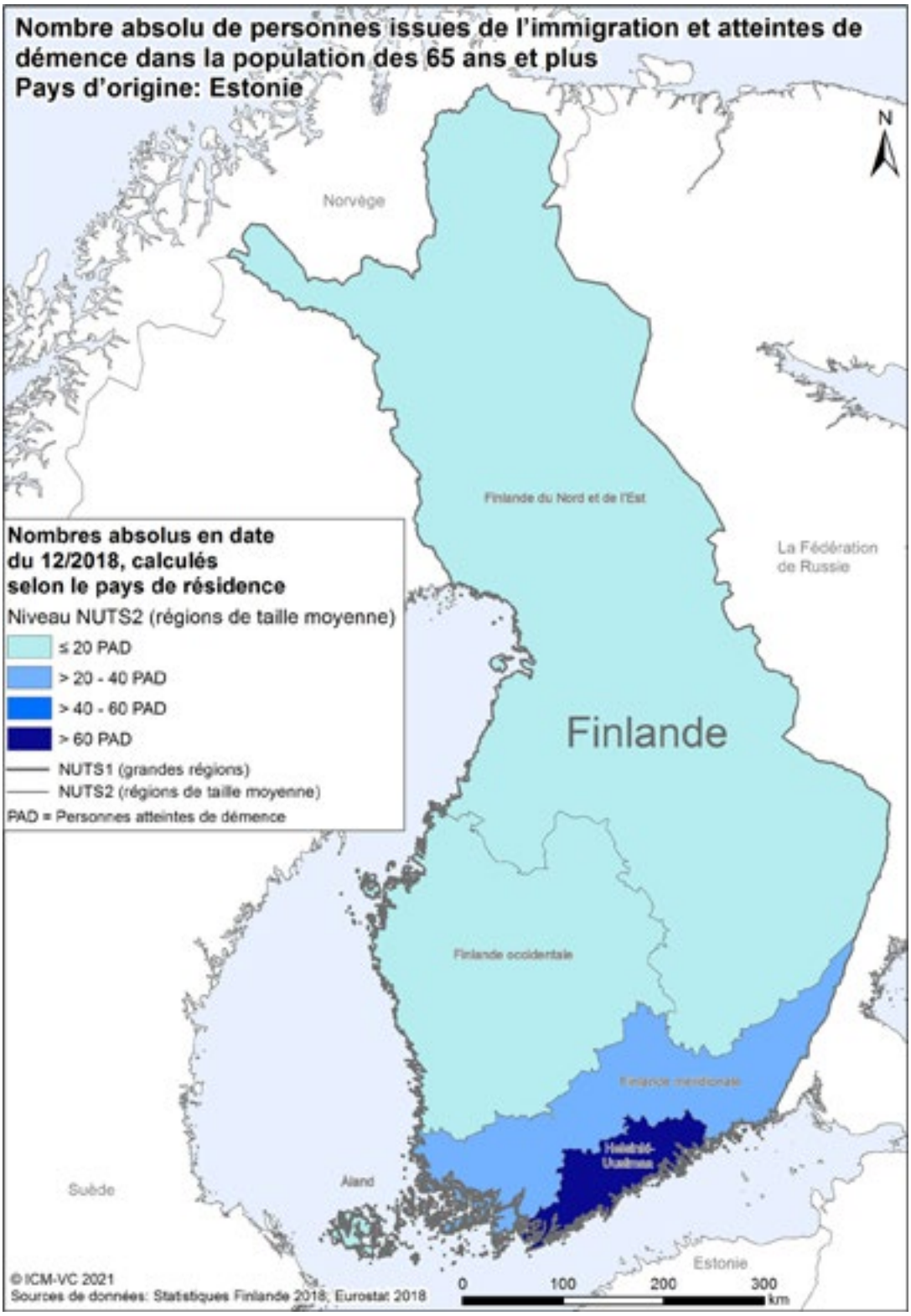


Fig. 3.7.10.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Estonie (Finlande – NUTS2)

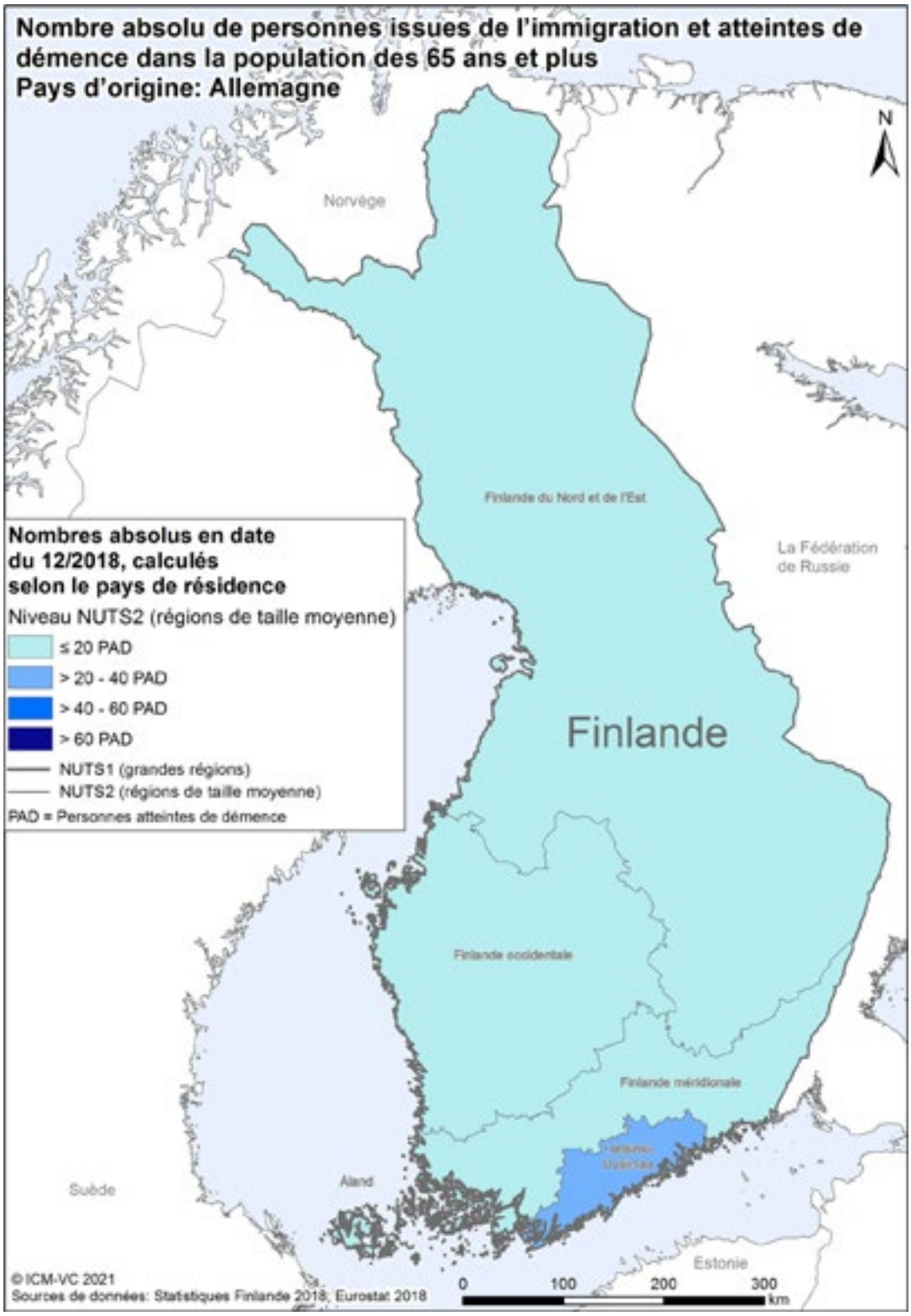


Fig. 3.7.10.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Finlande – NUTS2)

Fig. 3.7.10.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Royaume-Uni (Finlande – NUTS2)

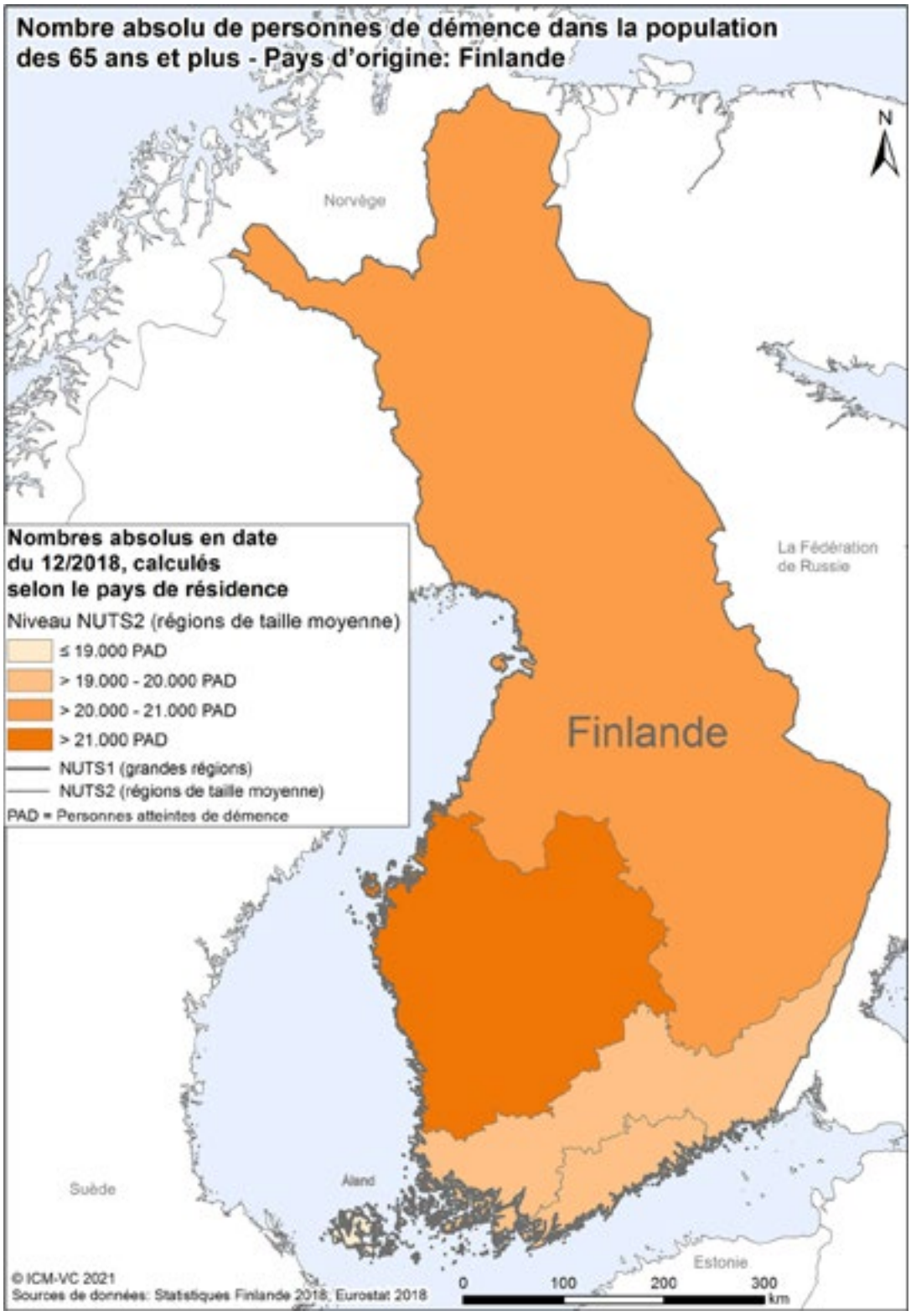


Fig. 3.7.10.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Finlande (Finlande – NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.10.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (Fig. 3.7.10.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 21 [6-8].

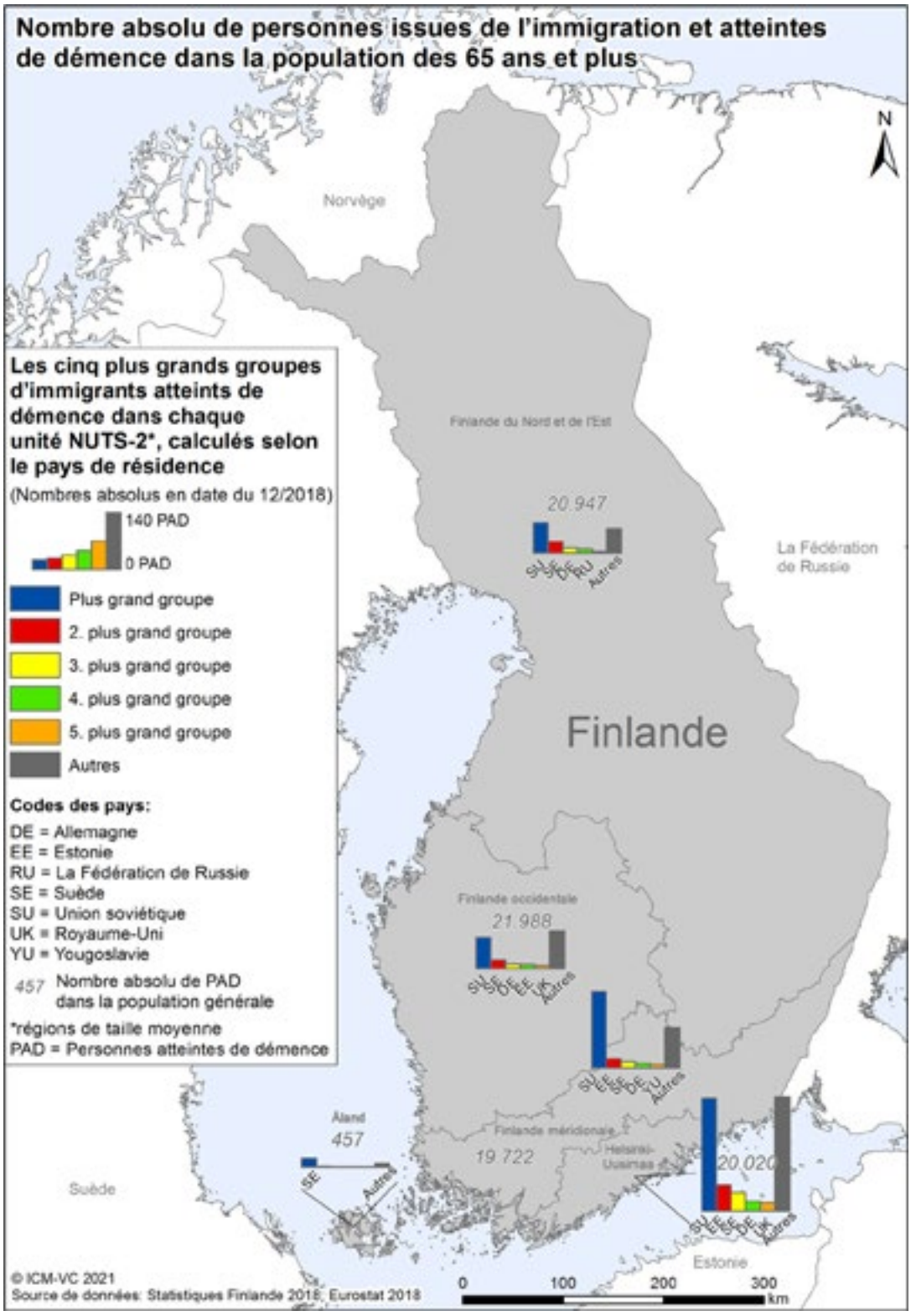


Fig. 3.7.10.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Finlande – NUTS2)

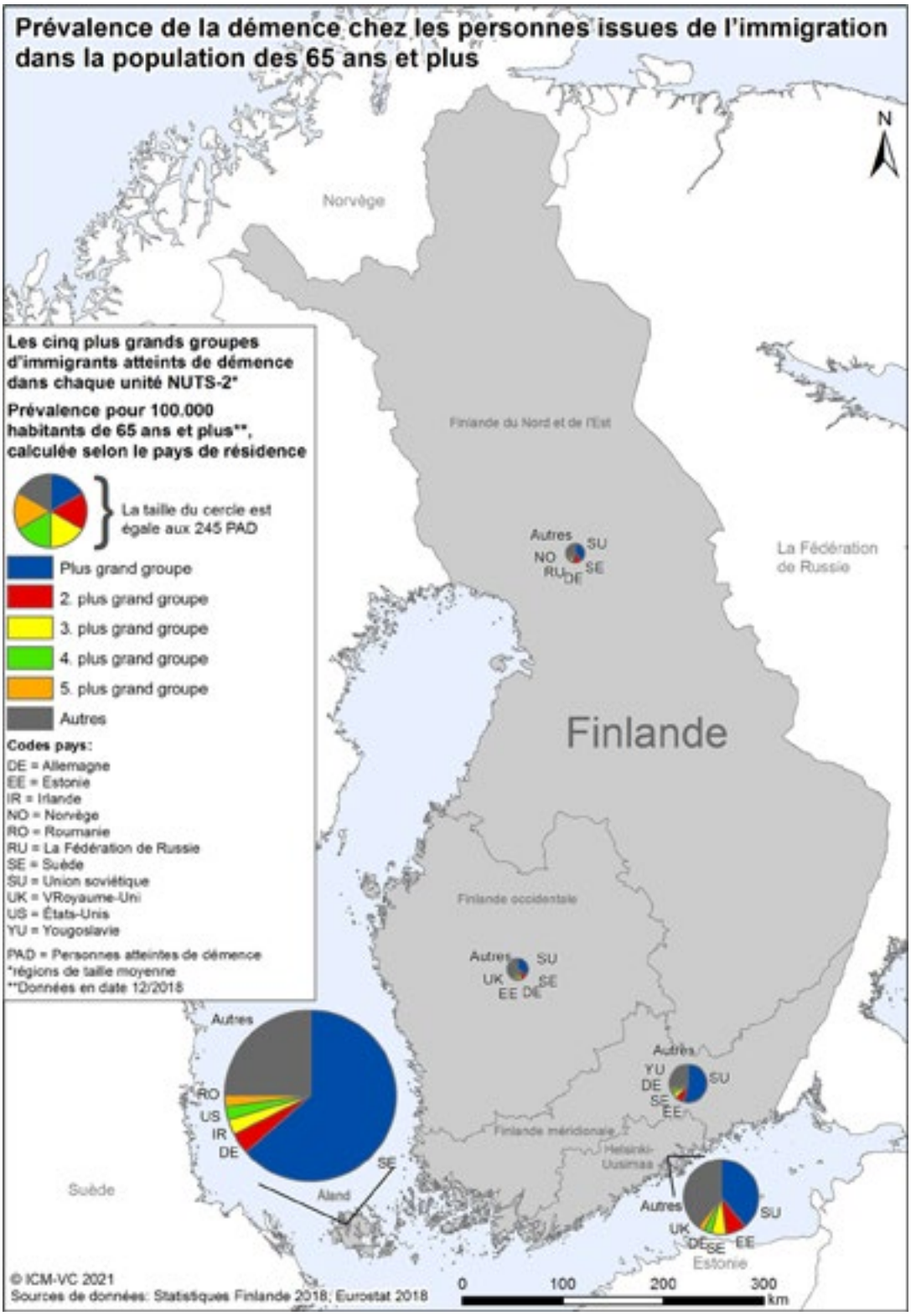


Fig. 3.7.10.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Finlande - NUTS2)

Tableau 21: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Finlande - NUTS 2)

NUTS	Total	FI	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Finlande occidentale	21.988	21.770	SU 76	SE 21	DE 12	EE 10	UK 8	91
Helsinki-Uusimaa	20.020	19.309	SU 278	EE 64	SE 44	DE 24	UK 20	281
Finlande méridionale	19.722	19.376	SU 188	EE 23	SE 16	DE 12	YU 8	99
Finlande du Nord et de l'Est	20.947	20.761	SU 74	SE 28	DE 12	RU 9	<5	59
Åland	457	421	SE 23	<5	<5	<5	<5	9
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Finlande occidentale	69.539	-	SU 240	SE 67	DE 37	EE 32	UK 25	289
Helsinki-Uusimaa	19.422	-	SU 270	EE 62	SE 43	DE 23	UK 20	272
Finlande méridionale	39.326	-	SU 375	EE 46	SE 32	DE 23	YU 16	198
Finlande du Nord et de l'Est	78.072	-	SU 275	SE 104	DE 46	RU 35	NO 15	215
Åland	8.784	-	SE 438	DE 28	IR 20	US 17	RO 15	172
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Finlande occidentale	6.900	6.832	SU 24	SE 7	DE 4	EE 3	UK 2	54
Helsinki-Uusimaa	6.900	6.655	SU 96	EE 22	SE 15	DE 8	UK 7	198
Finlande méridionale	6.900	6.779	SU 66	EE 8	SE 6	DE 4	YU 3	103
Finlande du Nord et de l'Est	6.900	6.839	SU 24	SE 9	DE 4	RU 3	NO 1	45
Åland	6.900	6.358	SE 344	DE 22	IR 16	US 14	RO 11	138

Note: Nombres absolus < 5 n'est pas indiqué pour des raisons de protection des données.
Source des données: Statistics Finland 2018

3. Plan national de lutte contre la démence

Le « Programme national de la mémoire 2012 - 2020 : créer une Finlande respectueuse de la mémoire », publié en 2013, compte 21 pages. Ce document explique pourquoi un Programme national de la mémoire est nécessaire et quel en l'objectif. La partie principale est divisée en quatre chapitres : 1. « La santé du cerveau est une préoccupation tout au long de la vie ». 2. « Les troubles de la mémoire nous concernent tous : procédons dès maintenant à un contrôle des comportements ». 3. « Un traitement et des soins appropriés sont des investissements rentables ». 4. « Il faut poursuivre la recherche et l'éducation ». Enfin, certaines informations concernant la mise en œuvre prévue du programme sont fournies. À aucun moment, il n'est fait référence à la migration [9].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

En 2017, la Finlande a publié des lignes directrices de traitement pour les « troubles de la mémoire ». Ce document de 41 pages aborde les sujets suivants relatifs aux troubles de la mémoire : les symptômes, l'incidence, les facteurs de risque, les possibilités de prévention, les causes, le diagnostic et l'évaluation des symptômes, les conditions cliniques typiques, les médicaments, le traitement des symptômes comportementaux, l'ensemble des soins pour un patient souffrant de troubles de la mémoire, les cliniques ambulatoires de la mémoire et les équipes de soins. Là encore, le thème de la migration est absent [10].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

L'experte a estimé qu'en Finlande, la stratégie en matière de soins de santé était une stratégie intégrative dans laquelle les services d'hospitalisation et de consultation externe pour les personnes atteintes de démence étaient disponibles dans tout le pays pour les personnes issues de l'immigration. La démence et la migration sont des sujets encore relativement nouveaux en Finlande, si bien que les services de soins manquent actuellement de sensibilité culturelle et qu'il n'existe pas de services de soins spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Un service fourni à l'échelle nationale consiste en un matériel d'information sur la démence dans différentes langues. Il existe également des ONG axées sur la promotion de la santé, telles que l'ETNIMU, qui s'adressent également aux personnes issues de l'immigration. Le projet ETNIMU se concentre sur les locuteurs somaliens, estoniens et russes, ainsi que sur les Roms âgés et les membres de leur famille, et propose des activités de groupe orientées vers le client [11]. En outre, ils collaborent avec des

organisations de migrants et les informent sur les maladies de la mémoire, que les organisations de migrants transmettent ensuite aux PM. En ce qui concerne les services généraux existants pour la démence, l'expert estime qu'ils ne conviennent qu'aux non-migrants.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Selon l'experte, la capacité à fournir des soins adaptés à la diversité culturelle n'a qu'une importance limitée dans la qualification professionnelle des travailleurs de la santé en Finlande. La formation aux soins interculturels est disponible dans tout le pays, mais elle n'est obligatoire nulle part.
Comme l'a indiqué l'expert, la proportion de personnes issues de l'immigration travaillant comme professionnels dans le secteur des soins ambulatoires est modérée est modérée. Ces soignants travaillent aussi bien à domicile qu'en institution et sont pour la plupart originaires de la Fédération de Russie, d'Afrique du Nord et des pays baltes.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon l'experte, la famille élargie, les organisations de migrants, les communautés religieuses et les prestataires de services jouent un rôle important dans le soutien aux aidants familiaux. En outre, il existe un besoin important de services spécialisés fournissant un soutien et des informations aux aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Finlande.

8. Références

1. OECD: Finding the Way: a Discussion of the Finnish Migrant Integration System; 2017.
2. Korkiasaari J, Söderling I: Finnish Emigration and Immigration after World War II. In. Édité par Migration Institute of Finland; 2003.
3. Ministry of the Interior Finland: International Migration 2017–2018: Report for Finland. In., vol. 25. Helsinki; 2018.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Finland; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Statistics Finland: Population Structure. In. Helsinki Statistics Finland 2018.
9. Ministry of Social Affairs and Health: National Memory Programme 2012-2020: creating a 'memoryfriendly' Finland In. Helsinki; 2013.
10. Duodecim Käypä Hoito: Muistisairaudet; 2017.
11. Alzheimer Europe. ETNIMU (FIN). [https://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Database-of-initiatives-for-intercultural-care-and-support/Russian-former-Soviet-Union/ETNIMU-FIN]. (2019).
Consulté le 27 septembre 2019.

< retour au sommaire

France

Population
67 099 000 (2020)

Superficie
643 801 km^2

Capitale
Paris

Trois plus grandes villes
Paris (2 190 000)
Marseille (860 000)
Lyon (520 000)

Pays voisins
Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Monaco, Suisse

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

La France a une longue histoire d'immigration. Aujourd'hui encore, la situation de l'immigration est fortement influencée par le colonialisme des siècles passés et la longue tradition de recrutement de travailleurs étrangers [1]. Globalement, l'immigration n'a cessé d'augmenter depuis le milieu du XIXe siècle [2]. Au XVIIIe siècle déjà, la France a admis des immigrants en raison d'une pénurie de main-d'œuvre. Après les deux guerres de 1870-71 et de 1914-1918, la France a conclu des accords avec l'Italie, la Belgique, la Pologne et la Tchécoslovaquie pour le recrutement de travailleurs. Dans les années 1930, la France était le deuxième pays d'immigration au monde (après les États-Unis). À cette époque, environ 2,7 millions d'immigrants vivaient en France (6,6 % de la population). Dans les années 1950 et 1960, la France a de nouveau recruté un grand nombre de travailleurs originaires d'Italie, du Portugal, d'Espagne, de Belgique, d'Allemagne et de la Fédération de Russie. Dans le même temps, l'immigration en provenance des anciennes colonies a augmenté. Après la guerre d'Algérie (1954-62), un grand nombre de personnes originaires d'Algérie sont venues en France. En 1974, le gouvernement a mis fin au recrutement de travailleurs étrangers. Dès lors, le regroupement familial est devenu la raison majeure de l'immigration. Parallèlement, la composition de la population migrante a également changé. Entre 1962 et 2005, la proportion d'immigrants européens est passée de 79 à 40 %. En 2005, pour la première fois, les migrants originaires d'Afrique étaient plus nombreux à vivre en France que ceux de l'Union européenne [1]. Malgré le changement politique d'une politique d'immigration ouverte à une politique restrictive à l'égard des réfugiés d'Afrique à la fin du XXe siècle [2], la population migrante (née à l'étranger) est passée de 5,9 millions à 8,3 millions, leur proportion dans la population totale augmentant de 10,4 à 12,8 % entre 1990 et 2019 [3]. En 2015, les groupes de migrants les plus importants (nés à l'étranger) en France étaient originaires d'Algérie (790 700), du Maroc (741 200), du Portugal (621 800), d'Italie (286 300) et de Tunisie (269 900) [4]. En 2020, le taux de migration nette sera de 0,6 % [5].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

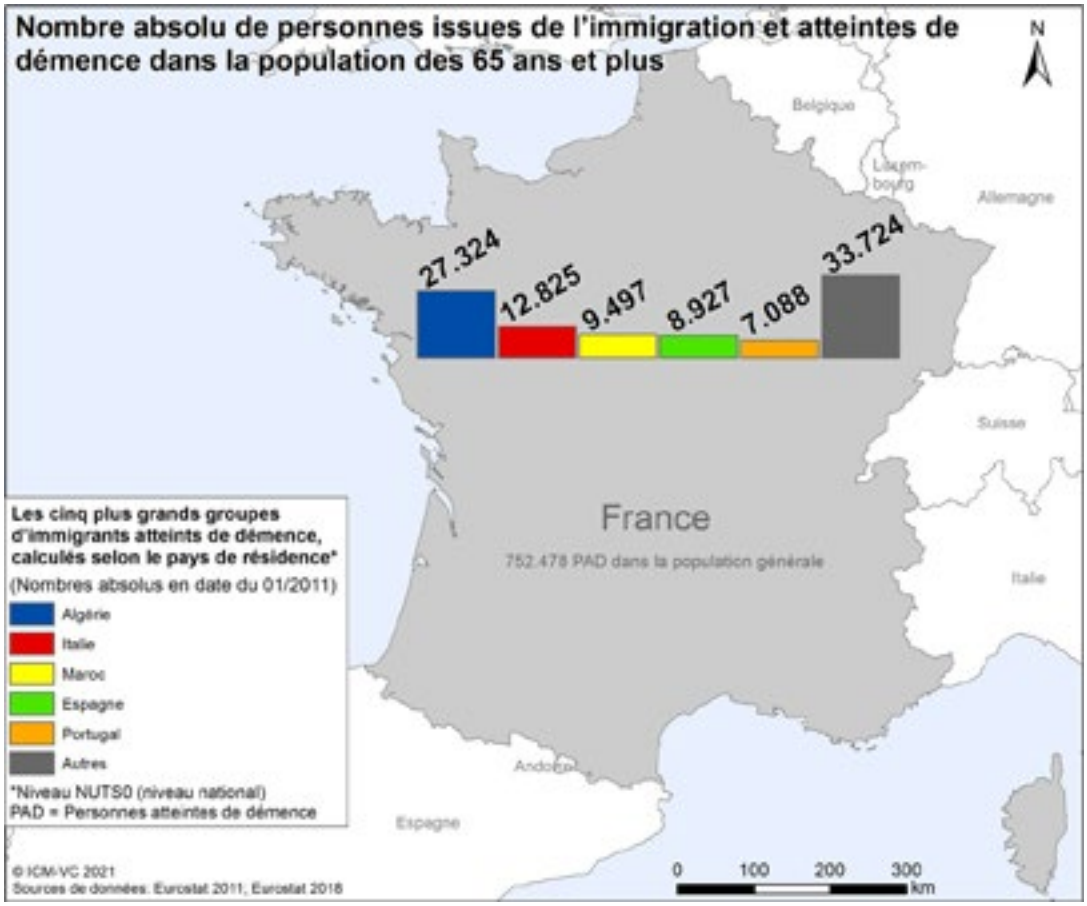


Fig. 3.7.10.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (France – Nation)

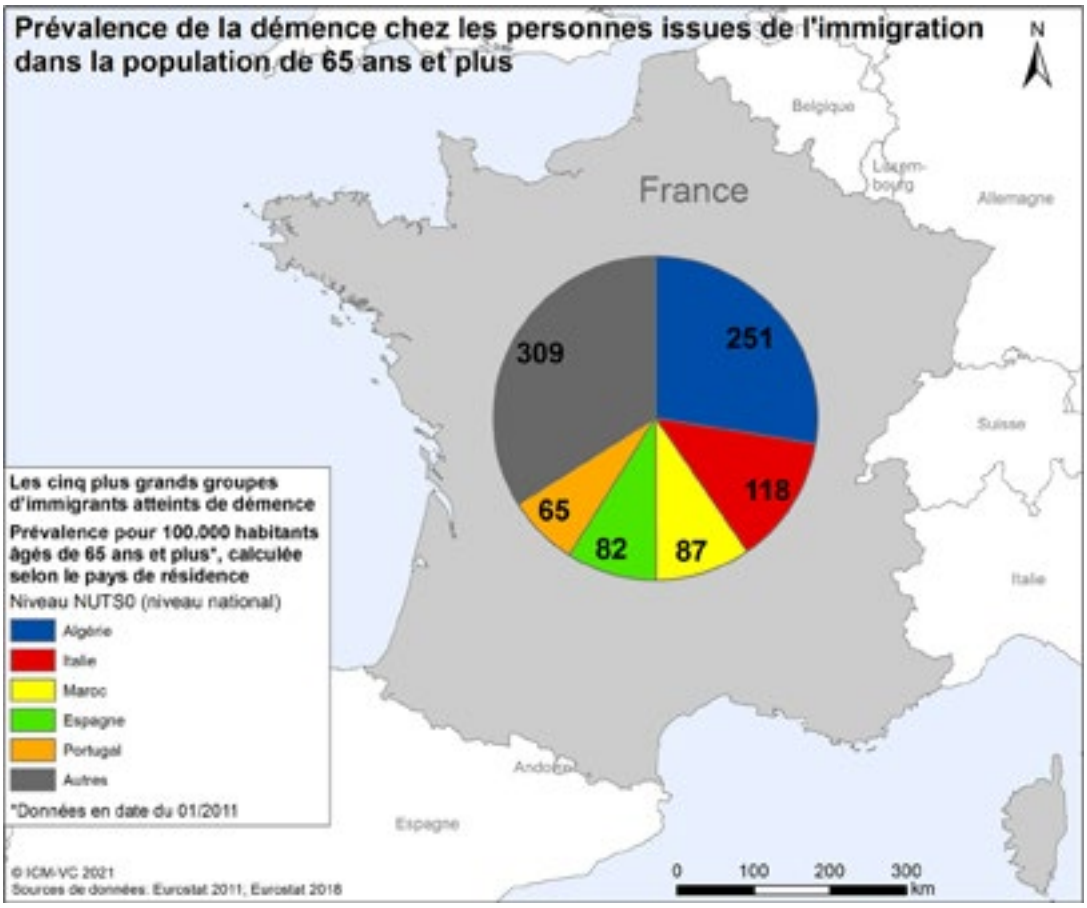


Fig. 3.7.10.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (France – Nation)

Tableau 22: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (France - Nation)

NUTS	Total	FR	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
France	752.478	658.094	DZ 27.324	IT 12.824	MA 9.497	ES 8.927	PT 7.088	33.724
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
France	5.224	-	DZ 190	IT 89	MA 66	ES 62	PT 49	234
Prévalence/100.000 habitants 65+								
France	6.900	5.989	DZ 251	IT 118	MA 87	ES 82	PT 65	308

Source des données: Eurostat (2011)

Il y a 1 440 400 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 99 400 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.11.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Algérie (environ 27 300), d'Italie (environ 12 800), du Maroc (environ 9 500), d'Espagne (environ 8 900) et du Portugal (environ 7 100). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en France pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.11.2). Le tableau 22 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [6-8].

3. Plan national de lutte contre la démence

Le « Plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées 2008-2012 » de 2008 comprend 84 pages, dont le contenu est réparti en trois grandes sections. La première section intitulée « Améliorer la qualité de vie des patients et des aidants » énonce de multiples objectifs, dont certains sont les suivants : renforcer le soutien aux aidants, permettre aux patients et à leurs familles de choisir un soutien à domicile, améliorer l'accès au diagnostic et aux parcours de soins, développer et diversifier les structures de répit, améliorer le suivi de la santé des aidants familiaux et mettre en place un système de diagnostic et de conseil. La deuxième section intitulée « Des connaissances pour l'action » a examiné divers objectifs et mesures concernant la production de connaissances et la création d'une base scientifique pour les actions futures. Il s'est fixé de nombreux objectifs tels que la réalisation d'efforts sans précédent en matière de recherche et l'organisation de la surveillance et du suivi épidémiologiques. Il a examiné des mesures telles que la création d'une fondation pour la coopération scientifique afin de stimuler et de coordonner la recherche scientifique, la poursuite de la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer et l'amélioration de l'évaluation des thérapies non médicamenteuses. La troisième section, intitulée « Mobilisation autour d'une question sociale », a déclaré que les objectifs étaient de diffuser des informations pour sensibiliser le grand public et de faire de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer une priorité européenne [9]. En outre, le « Plan Maladies neurodégénératives 2014 - 2019 » a été publié en 2014. Ce document compte 124 pages et comprend, entre autres, les thèmes suivants : promouvoir un diagnostic de qualité, favoriser une évaluation générale et partagée de la situation, l'accès à des soins de qualité tout au long de la vie avec la maladie, adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse aux personnes malades, faciliter la vie avec la maladie dans une société respectueuse et inclusive, soutenir les aidants (y compris les aidants familiaux), atténuer les conséquences économiques de la maladie et aider les jeunes patients à maintenir leur carrière ainsi que renforcer et mieux coordonner la recherche [10]. Dans aucun des deux documents, le thème de la migration n'est abordé à aucun moment.

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Pour la France, quatre documents contenant des lignes directrices ou des recommandations au niveau national ont pu être identifiés : 1. « Synthèse du guide parcours de soin de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée » de 2018 (le guide comporte quatre pages), 2. « Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénérative en EHPAD » de 2018 (18 pages), 3. « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés » de 2017 (huit pages), et 4. « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en unité d'hébergement en unité d'hébergement renforcée » de 2017 (huit pages). Le « Guide de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée » (premier document) fournit des recommandations pour accompagner le patient vers une consultation spécialisée, préserver l'environnement du patient, soutenir l'aidant, faire face à une détérioration soudaine des capacités cognitives ou de l'état mental, gérer les troubles chroniques du comportement et assurer la prise en charge jusqu'à la fin de vie [11]. Le second document (« Adaptation de la mise en œuvre du projet fondateur pour l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénérative dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes [EHPAD] ») a trois priorités principales : 1. l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des patients, 2. la garantie de la qualité de vie des patients et des résidents, et 3. le développement et la coordination de la recherche [12]. Dans le troisième document (« L'intégration et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives dans un pôle d'activité et de soins adaptés »), les responsables d'EHPAD ayant créé ou souhaitant créer un Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) reçoivent des recommandations concernant sa mise en œuvre, l'organisation de la coopération entre EHPAD et PASA, l'intégration et l'accompagnement des personnes en PASA, les activités liées au concept thérapeutique des personnes non accompagnées et une organisation professionnelle interne spécifique [13]. Le quatrième document (« Accueil et accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives en hébergement renforcé ») est divisé en trois chapitres. Le premier chapitre traite de la mise en œuvre du projet d'habitat renforcé, le deuxième chapitre de l'organisation de l'arrivée des résidents, et le troisième chapitre de l'accueil et de l'accompagnement des résidents hébergés en habitat renforcé [14]. Cependant, aucun chapitre des quatre documents d'orientation/recommandations ne fait référence à la migration.

5. Références

1. Engler M: Country Profile France In. Publié par Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, vol. 2. Hambourg; 2007.
2. Bernard F, Bisson TN, Popkin JD, Flower JF, Blondel JFP, Fournier G, Drinkwater JF, Elkins TH, Higonett PLR, Tuppen JN, Bachrach BS, Shennan JH, Weber E, Woloch I, Wright G: Immigration. [https://www.britannica.com/place/France/Immigration]. (2020). Consulté le 21 juillet 2020.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: France; 2019.
4. Insee: IMG1B - Population immigrée par sexe, âge et pays de naissance en France. 2015.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: France; 2019.
6. Esri: World Ocean Background ; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Eurostat: Census 2011; 2011.
9. Plan national pour «Alzheimer et les maladies apparentées» 2008-2012; 2008.
10. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes: Plan Maladies neurodégénératives 2014-2019. In.: Ministère de L'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche France, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes France; 2014: 124.
11. Haute Autorité de Santé: SYNTHÈSE DU GUIDE PARCOURS DE SOINS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE MALADIE APPARENTÉE; 2018.
12. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux: ADAPTER LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT À L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES D'UNE MALADIE NEURO-DÉGÉNÉRATIVE EN EHPAD; 2018.
13. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux: L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE EN PÔLE D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA); 2017.
14. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux: L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE EN UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉE (UHR); 2017.

< retour au sommaire

Grèce

Population
10 710 000 (2020)

Superficie
132 049 km^2

Capitale
Athènes

Trois plus grandes villes
Athènes (664 000)
Thessalonique (325 000)
Patra (214 000)

Pays voisins
Albanie, Bulgarie, Macédoine du Nord, Turquie

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Des années 1830 à la fin du XX^{e} siècle, la Grèce a été caractérisée par l'émigration d'une grande partie de la population. Entre la fin du XIX^{e} et le début du XX^{e} siècle et après la Seconde Guerre mondiale, deux vagues d'immigration à grande échelle ont eu lieu. De 1890 à 1914, environ un sixième de la population grecque a quitté le pays. Entre 1950 et 1974, un autre million de personnes ont émigré. Dans les années 1974 à 1985, environ la moitié des émigrants de la période d'après-guerre sont revenus [1]. Au cours des années 1980, la Grèce est devenue un pays de transit pour les personnes originaires d'Europe de l'Est, du Moyen-Orient et d'Afrique [2]. L'effondrement des systèmes politiques d'Europe centrale et orientale en 1989 a entraîné une augmentation significative de l'immigration. Entre 1990 et 2005, la Grèce est passée d'un pays d'émigration à un pays d'immigration. Au début des années 1990, ce sont surtout des personnes originaires d'Albanie qui sont venues en Grèce. Après 1995, de nombreux immigrants sont arrivés d'autres États des Balkans, de l'ancienne Union soviétique, du Pakistan et de l'Inde. En 2001, la population étrangère comptait déjà 762 200 personnes. Près des deux tiers des personnes de cette population étaient originaires d'Albanie, de Bulgarie et de Roumanie (plus de la moitié d'Albanie) [1]. Depuis 2007, le nombre de migrants irréguliers et de demandeurs d'asile (originaires du Pakistan, du Bangladesh, d'Irak, d'Afghanistan, etc.) entrant en Grèce par la mer Égée et par la voie terrestre a également augmenté significativement [2]. Depuis le conflit syrien en 2011, la migration de transit vers la Grèce a sensiblement augmenté. Rien qu'en 2015, environ 860 000 personnes en provenance d'Afrique du Nord ou via la Turquie ont atteint la Grèce, la plupart par voie maritime. En 2019 (jusqu'au 20 octobre), plus de 53 000 personnes sont arrivées en Grèce par voie terrestre ou maritime. Les groupes de personnes les plus importants venaient d'Afghanistan (13 800) et de Syrie (9 100). La plupart d'entre eux ont ensuite migré vers l'Europe occidentale ou septentrionale [3]. En 2013, les personnes originaires d'Albanie (574 800), de Bulgarie (56 000), de Roumanie (38 600), de Géorgie (37 900) et du Pakistan (24 500) représentaient les groupes de migrants les plus importants [4]. Entre 2010 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a diminué de 1,3 à 1,2 million et sa proportion dans la population totale est passée de 12,1 à 11,6 %. Auparavant, elle avait doublé par rapport à 1990 (618 100 / 6 %) [5]. Depuis 2010, le taux de migration nette est négatif. Actuellement, le taux est de -1,5 [6].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

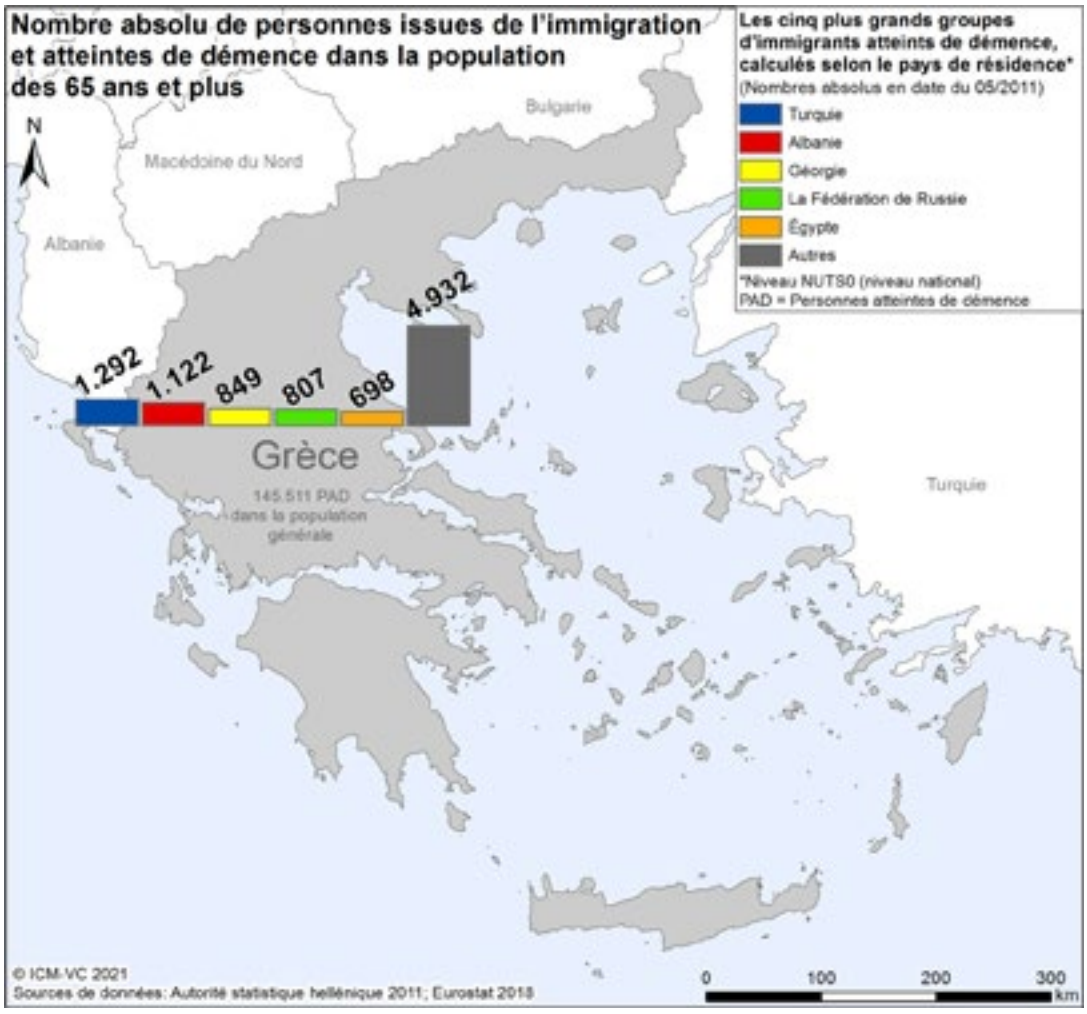


Fig. 3.7.12.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Grèce – Nation)

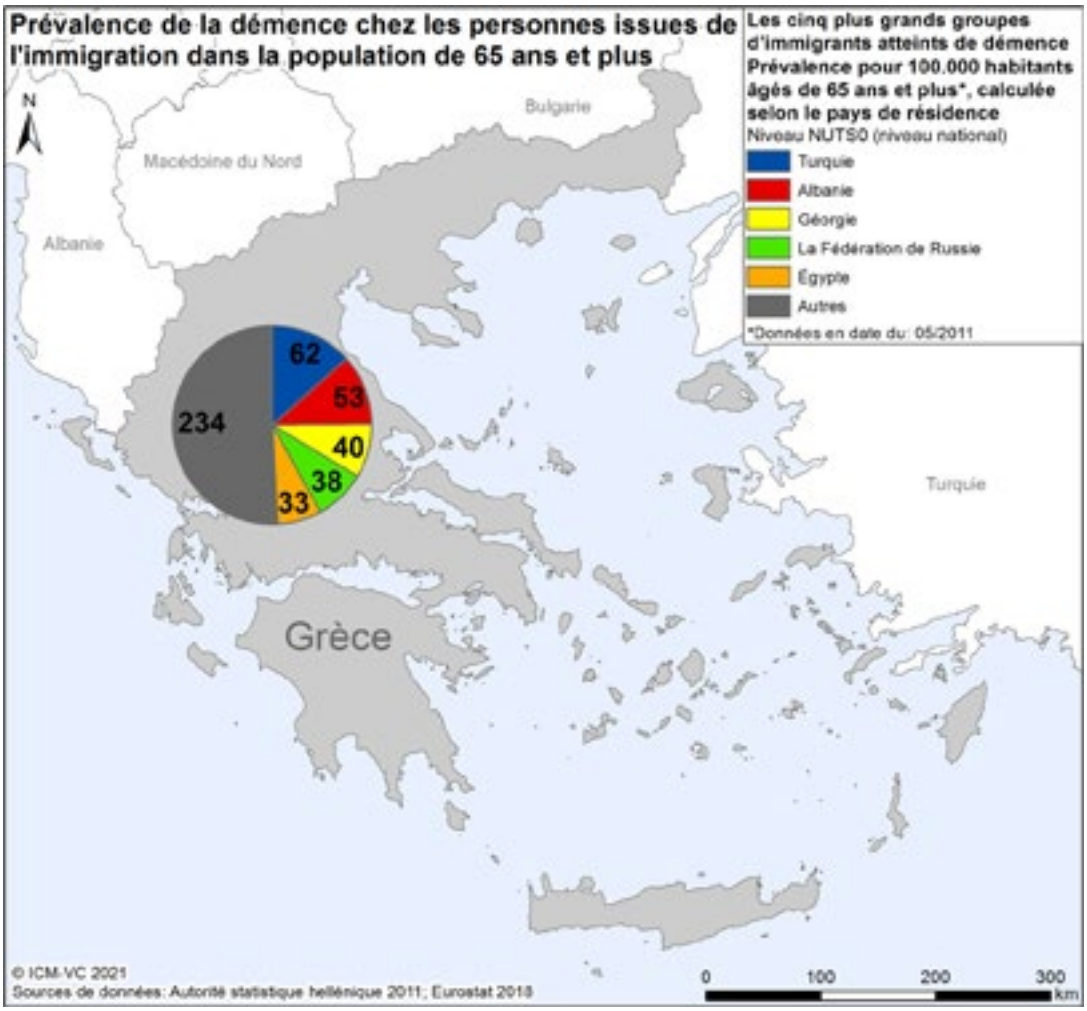


Fig. 3.7.12.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Grèce – Nation)

Tableau 23: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Grèce - Nation)

NUTS	Total	GR	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Grèce	145.511	135.812	TR 1.292	AL 1.122	GE 849	RU 807	EG 698	4.931
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Grèce	10.352	-	TR 92	AL 80	GE 60	RU 57	EG 50	351
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Grèce	6.900	6.440	TR 61	AL 53	GE 40	RU 38	EG 33	83

Source des données: Hellenic Statistical Authority (2011)

Il y a 140 600 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 9 700 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.12.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Turquie (environ 1 300), d'Albanie (environ 1 100), de Géorgie (environ 900), de la Fédération de Russie (environ 800) et d'Égypte (environ 700). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Grèce pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.12.2). Le tableau 23 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de Turquie, d'Albanie, de Géorgie, de la Fédération de Russie et d'Égypte dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.12.3 - 3.7.12.8).

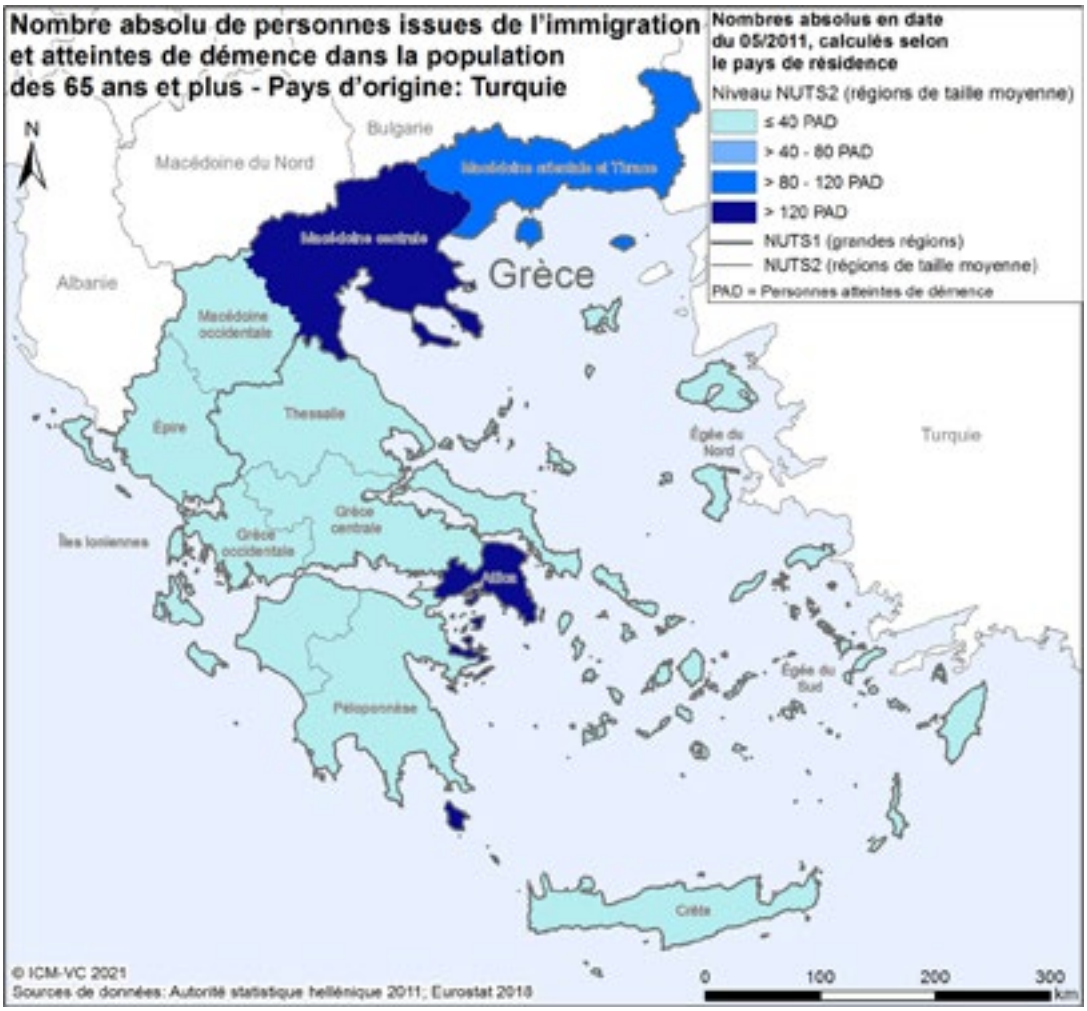


Fig. 3.7.12.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Turquie (Grèce – NUTS2)

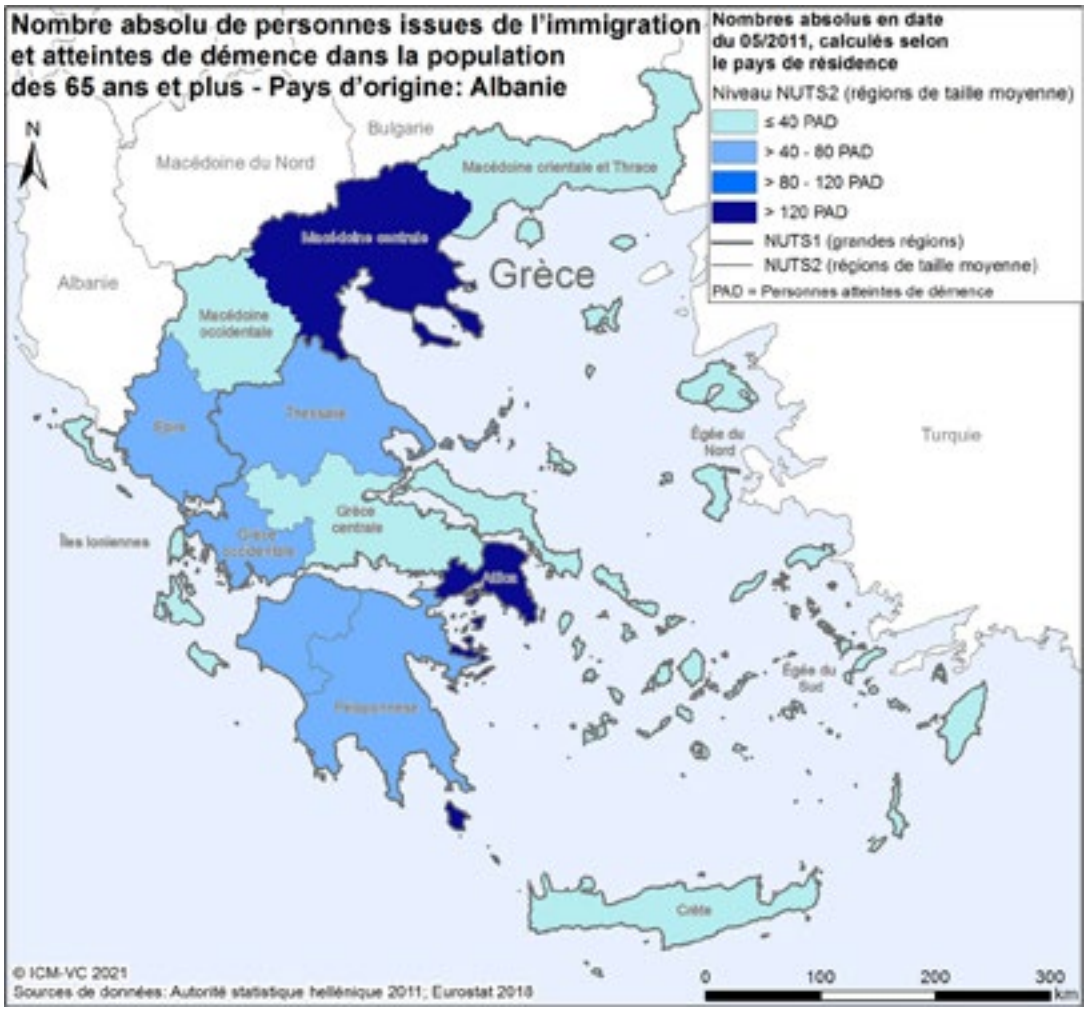


Fig. 3.7.12.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Albanie (Grèce – NUTS2)

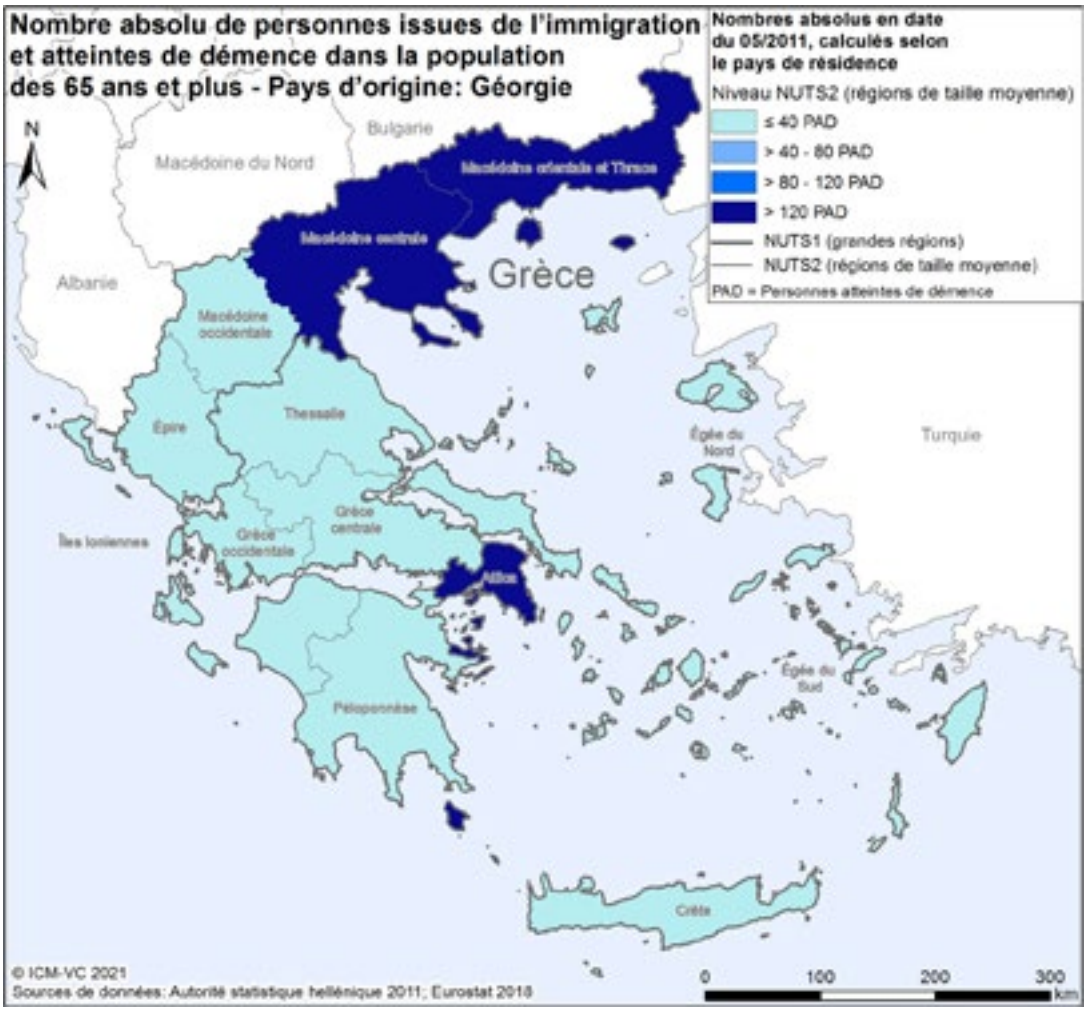


Fig. 3.7.12.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Géorgie (Grèce – NUTS2)

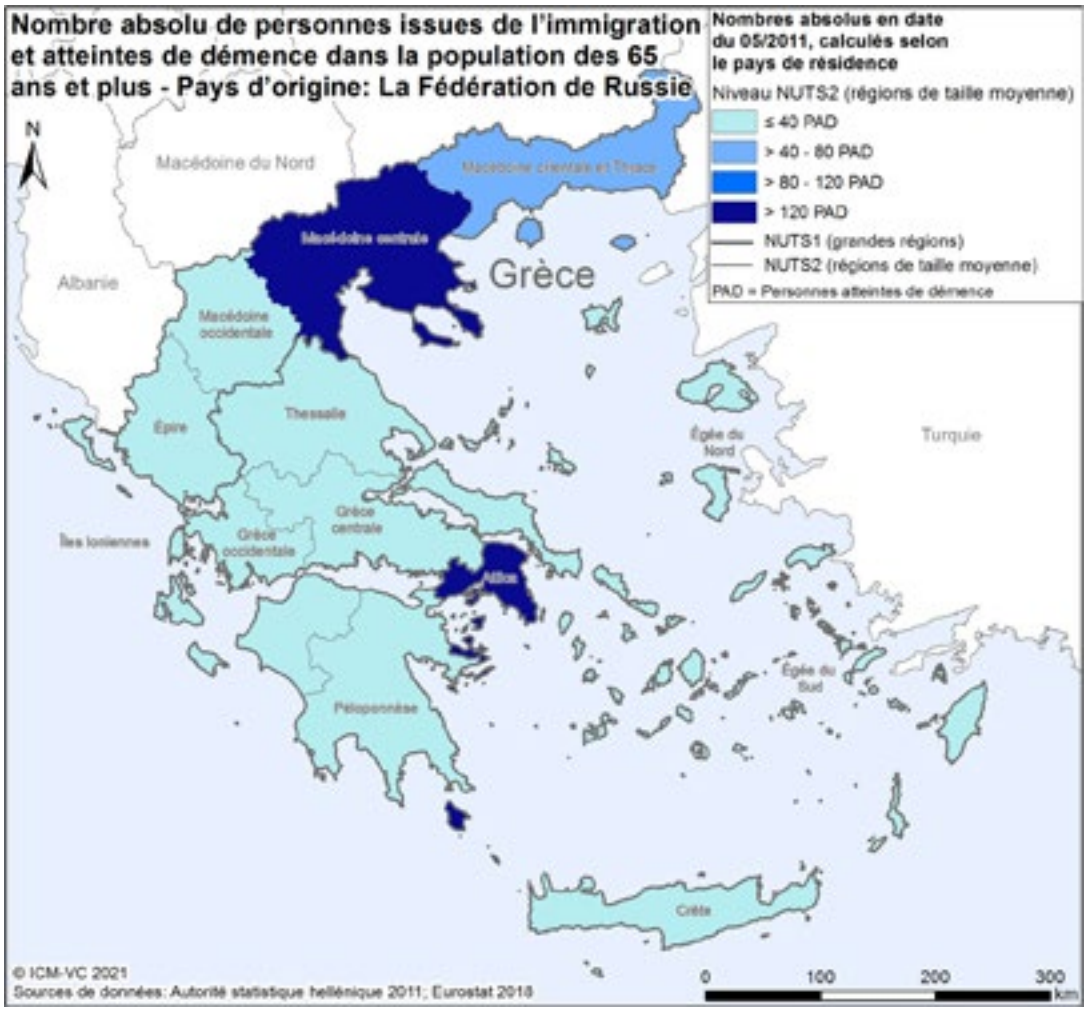


Fig. 3.7.12.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: La Fédération de Russie (Grèce – NUTS2)

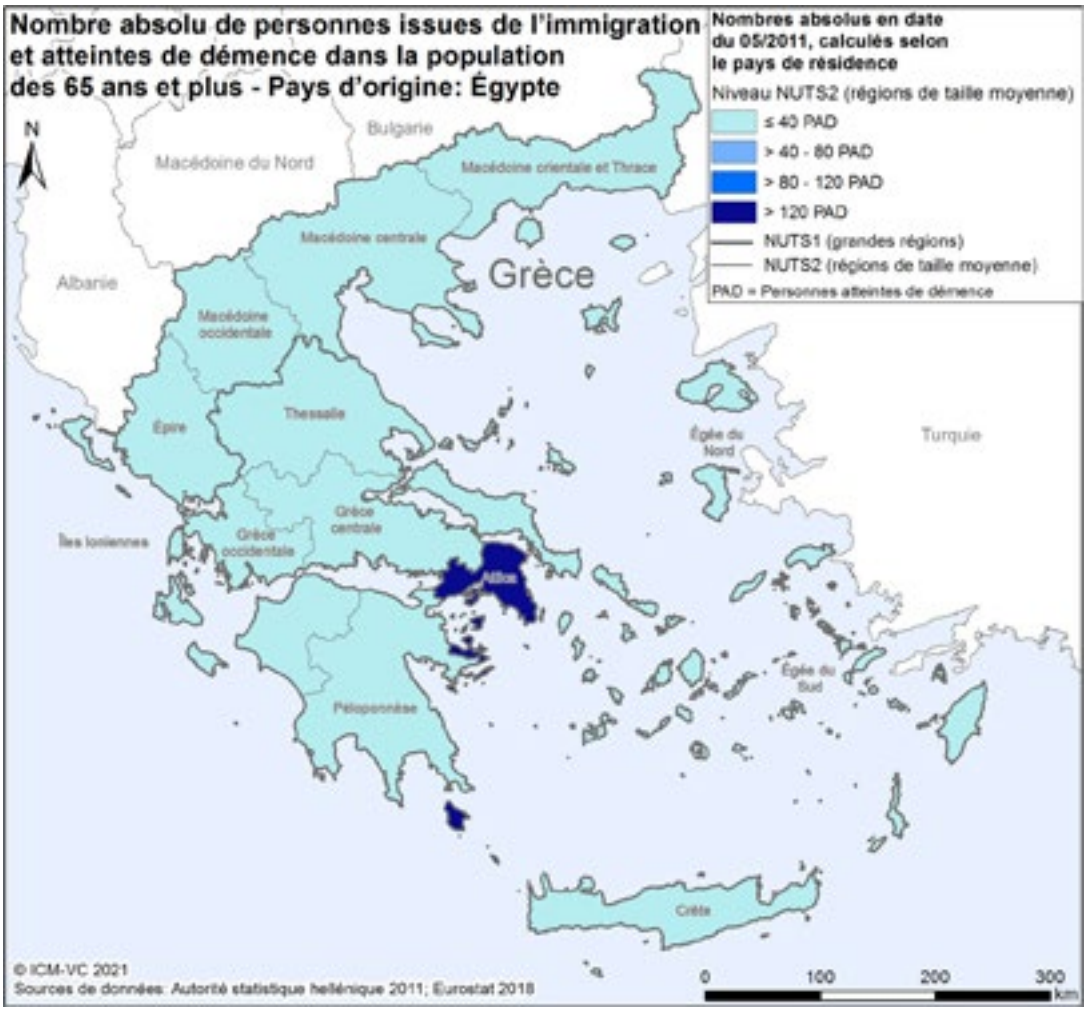


Fig. 3.7.12.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Égypte (Grèce – NUTS2)

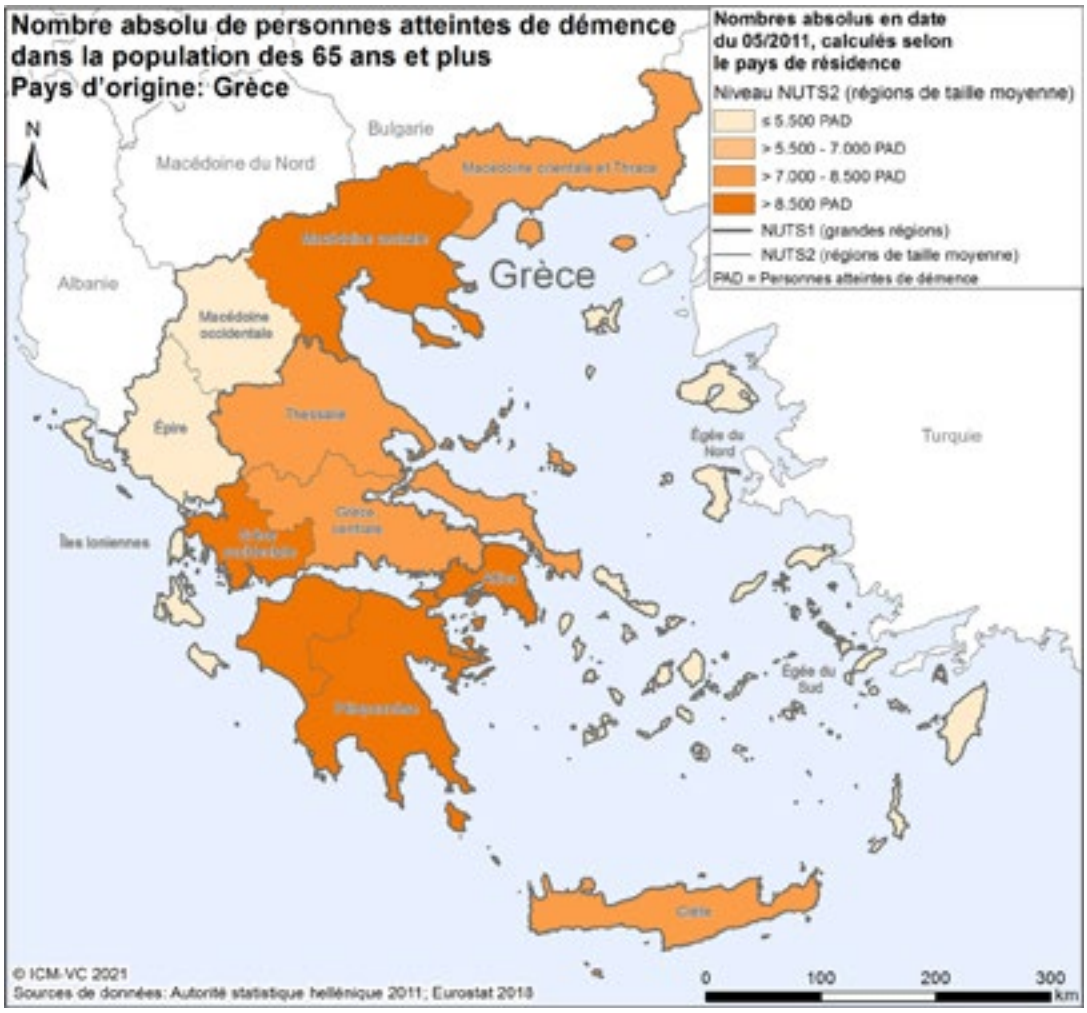


Fig. 3.7.12.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Grèce (Grèce - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.12.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.12.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 24 [7-9].

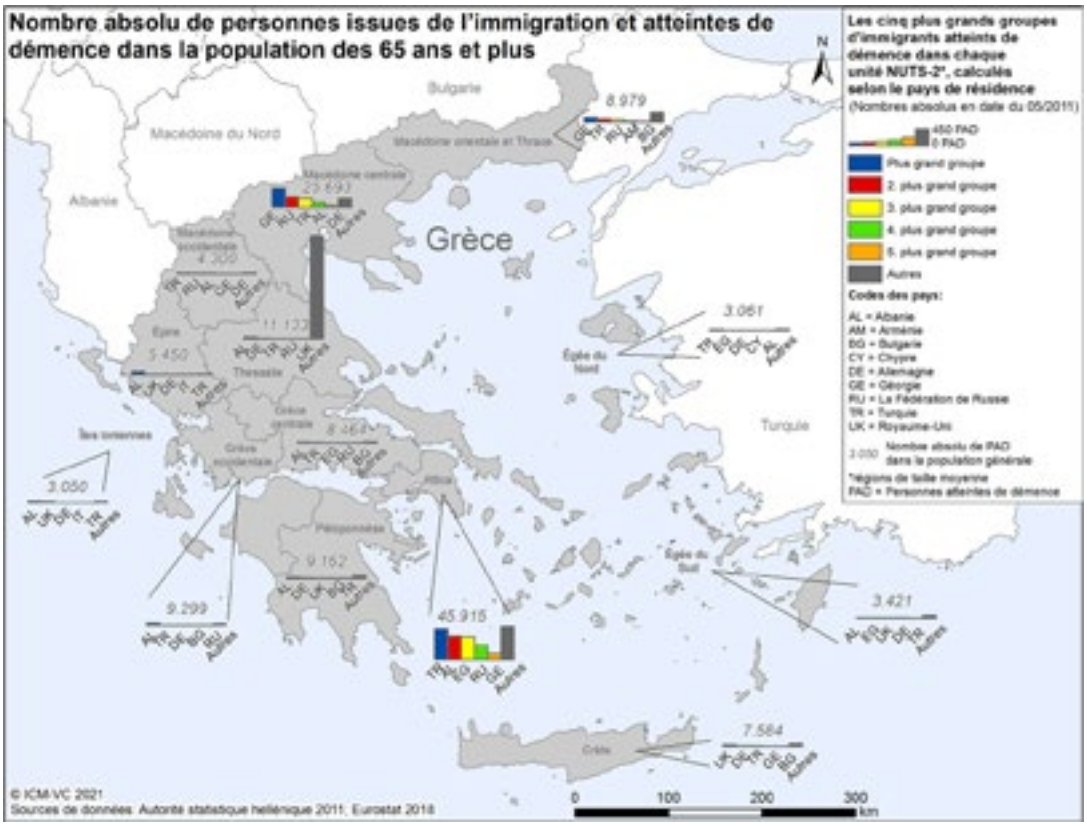


Fig. 3.7.12.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Grèce - NUTS-2)

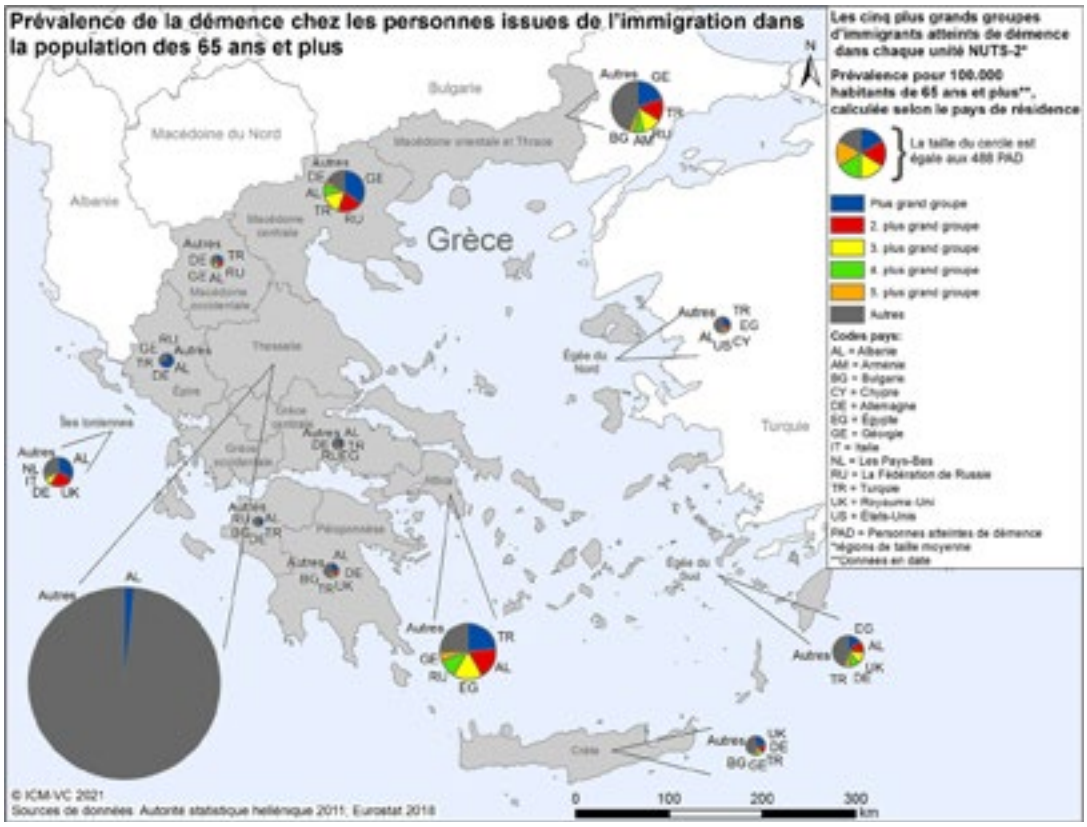


Fig. 3.7.12.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Grèce – NUTS2)

Tableau 24: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Grèce - NUTS 2)

NUTS	Total	GR	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Attica	45.915	42.392	TR 828	AL 637	EG 611	RU 383	GE 166	898
Égée du Nord	3.061	2.991	TR 18	EG 8	CY 5	US 5	AL 5	29
Égée du Sud	3.421	3.274	EG 19	AL 19	UK 18	DE 16	TR 8	67
Crète	7.584	7.383	UK 49	DE 25	TR 17	GE 15	BG 10	85
Macédoine orientale et Thrace	8.979	8.344	GE 126	TR 91	RU 74	AM 35	BG 24	285

Grèce

NUTS	Total	GR	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Macédoine centrale	25.693	24.211	GE 522	RU 291	TR 248	AL 125	DE 48	248
Macédoine occidentale	4.300	4.228	TR 17	RU 15	AL 14	GE 6	<5	16
Épire	5.450	5.342	AL 77	DE 7	<5	<5	<5	16
Thessalie	11.133	8.237	AL 48	DE 17	TR 14	RU 12	UK 10	2,795
Îles Ioniennes	3.050	2.927	AL 40	UK 33	DE 10	<5	<5	34
Grèce occidentale	9.299	9.173	AL 57	TR 11	DE 9	BG 6	RU 6	37
Grèce centrale	8.464	8.337	AL 34	TR 21	EG 12	RU 9	DE 8	43
Péloponnèse	9.162	8.972	AL 45	DE 28	UK 17	TR 12	BG 12	76
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Attica	8.992	-	TR 162	AL 125	EG 120	RU 75	GE 32	176
Égée du Nord	29.985	-	TR 172	EG 82	CY 49	US 47	AL 46	4,294
Égée du Sud	16.003	-	EG 89	AL 88	UK 83	DE 73	TR 39	318
Crète	26.054	-	UK 168	DE 87	TR 59	GE 50	BG 36	290
Macédoine orientale et Thrace	9.765	-	GE 137	TR 99	RU 81	AM 38	BG 26	309
Macédoine centrale	11.967	-	GE 243	RU 136	TR 116	AL 58	DE 22	115
Macédoine occidentale	41.035	-	TR 164	RU 144	AL 130	GE 54	DE 36	162
Épire	34.867	-	AL 492	DE 44	TR 22	GE 19	RU 15	98
Thessalie	2.653	-	AL 11	DE 4	TR 3	RU 3	UK 2	667
Îles Ioniennes	17.163	-	AL 226	UK 186	DE 57	IT 19	NL 17	185
Grèce occidentale	51.010	-	AL 312	TR 61	DE 51	BG 34	RU 33	199
Grèce centrale	46.023	-	AL 183	TR 112	EG 65	RU 47	DE 44	239

NUTS	Total	GR	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Péloponnèse	33.257	-	AL 163	DE 102	UK 63	TR 44	BG 42	276
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Attica	6.900	6.371	TR 124	AL 96	EG 92	RU 58	GE 25	122
Égée du Nord	6.900	6.741	TR 40	EG 19	CY 11	US 11	AL 11	57
Égée du Sud	6.900	6.602	EG 39	AL 38	UK 36	DE 31	TR 17	126
Crète	6.900	6.717	UK 45	DE 23	TR 16	GE 13	BG 10	57
Macédoine orientale et Thrace	6.900	6.412	GE 97	TR 70	RU 57	AM 27	BG 18	51
Macédoine centrale	6.900	6.502	GE 140	RU 78	TR 67	AL 34	DE 13	58
Macédoine occidentale	6.900	6.784	TR 28	RU 24	AL 22	GE 9	DE 6	23
Épire	6.900	6.763	AL 97	DE 9	TR 4	GE 4	RU 3	14
Thessalie	6.900	5.105	AL 30	DE 10	TR 9	RU 7	UK 6	23
Îles Ioniennes	6.900	6.623	AL 91	UK 75	DE 23	IT 8	NL 7	63
Grèce occidentale	6.900	6.807	AL 42	TR 8	DE 7	BG 5	RU 4	21
Grèce centrale	6.900	6.797	AL 27	TR 17	EG 10	RU 7	DE 7	28
Péloponnèse	6.900	6.757	AL 34	DE 21	UK 13	TR 9	BG 9	49

Note: Nombres absolus < 5 n'est pas indiqué pour des raisons de protection des données.
Source des données: Hellenic Statistical Authority (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

Le «plan d'action national de lutte contre la démence - maladie d'Alzheimer» de 2017 comporte 93 pages et quatre chapitres généraux: 1. «La démence dans le monde» (thèmes: épidémiologie et facteurs de risque de la démence, types de démence, politique internationale de traitement de la démence et droits des personnes atteintes de démence), 2. «La démence en Grèce» (recherche et éducation, dimensions économiques, soins de santé et services sociaux), 3. «Planification stratégique» (vision, principes et objectifs du

plan d'action national), et 4. « Axes et actions du plan national » (enregistrement et classification des personnes atteintes de démence en Grèce, prévention, soutien aux aidants des personnes atteintes de démence et traitement de la démence). Dans aucun de ces chapitres, il n'est fait référence au thème de la migration [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon un expert de l'école de psychologie de l'université Aristote de Thessalonique, la Grèce ne dispose actuellement d'aucune directive nationale en matière de traitement. Cet expert a déclaré que les cliniciens traitaient la démence principalement par des médicaments, quelques centres (Hellenic Alzheimer's Association, Athens Alzheimer's Association) et des praticiens individuels proposant une amélioration/réhabilitation cognitive [11].

Les parties suivantes, qui portent sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux, sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'expert, les migrants ne sont pas considérés comme un groupe vulnérable du seul fait qu'ils sont des migrants. Le système de santé grec considère les personnes comme vulnérables en fonction de leurs caractéristiques individuelles, telles que l'âge ou le handicap physique, plutôt qu'en fonction de leur origine ethnoculturelle. La démence et la migration ne sont pas un sujet important en Grèce au niveau de l'État. Le gouvernement ne fournit aucun service spécialisé pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, que ce soit au niveau national ou régional. Cela n'est pas surprenant car a) d'autres sujets concernant la migration ne sont pas non plus au centre des préoccupations, par exemple la santé et la migration ou l'éducation et la migration et b) les premiers services pour la démence ont été mis en place au début du millénaire et ils sont loin d'être nombreux. Ce n'est qu'au cours des dernières années qu'une réforme de la santé mentale a permis de multiplier les unités pour la démence. En outre, un effort a été fait pour relier les services de mémoire ambulatoires aux centres de soins de jour pour personnes âgées afin de détecter les premiers symptômes de démence. Dans la pratique, les professionnels de la santé essaient d'utiliser le MMSE, mais il n'existe pas d'outils de diagnostic culturellement adaptés aux personnes d'origine culturelle différente. L'expert a indiqué que, de manière générale, « il n'existe pas en Grèce de dispositions spécifiques pour des soins de santé adaptés à la diversité culturelle ou aux migrants ». L'expert a également déclaré qu'il n'existait aucune mesure actuelle ou prévue pour fournir des soins et un soutien aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Si une personne migrante, in-

dépendamment de la démence, se rend dans une clinique ou tout autre service, il n'y aura même pas d'interprètes spécialisés, car elle est censée assurer elle-même la traduction. L'expert a noté que si un certain soutien est offert aux personnes issues de l'immigration ou aux réfugiés en général, c'est par des initiatives individuelles ou des ONG, par exemple, Caritas a essayé de mettre en place un service pour les réfugiés atteints de démence. Cependant, comme il n'y avait pas de demande de la part de ce groupe, les réfugiés étant une population plus jeune, ce service a été supprimé. Il semble y avoir une faible demande pour ces services. L'expert a constaté que les personnes originaires de pays qui n'offraient pas de services spécifiques à la démence, ne les sollicitaient pas car elles n'en connaissaient pas l'existence. En outre, si l'on ne parle pas le grec ou au moins l'anglais, c'est un obstacle supplémentaire pour obtenir de l'aide. De même, si les organisations qui travaillent avec les migrants rencontrent des personnes issues de l'immigration susceptibles d'être atteintes de démence, elles doivent compter sur leurs propres ressources pour trouver des solutions et fournir une aide. Un autre point intéressant mentionné par l'experte est que le secteur privé offre des services de soins médicaux, et si quelqu'un est en mesure de les payer, il sera pris en charge, quelle que soit son origine ethnique.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Il semble que les soins adaptés à la diversité culturelle ne fassent pas partie des qualifications professionnelles et, selon l'experte, il n'existe aucune possibilité de formation professionnelle en soins interculturels. Il existe donc un besoin important de sensibilisation et de formation aux soins adaptés à la diversité culturelle.

L'experte a supposé qu'il y avait une forte proportion de soignants (professionnels) dans les soins ambulatoires. Il existe des femmes issues de l'immigration, employées par certaines agences, qui travaillent dans le secteur privé en tant qu'aides-soignantes de personnes atteintes de démence. Généralement, ces femmes sont originaires d'Ukraine, de Géorgie ou de pays africains, et elles vivent au domicile de la personne atteinte de démence en tant que personnel domestique. La plupart du temps, elles ne sont pas formés professionnellement et travaillent en Grèce de manière irrégulière. Comme ils travaillent toute la journée et n'ont que quelques heures de repos le dimanche, l'impact de ce travail sur leur santé mentale est très grave. En ce qui concerne les soins aux patients hospitalisés, l'expert a mentionné qu'il semblait y avoir des suggestions concernant la formation de personnes ayant un passé de réfugié pour travailler dans les soins aux patients hospitalisés.

7. Soutien aux aidants familiaux

L'expert a mentionné qu'étant donné que l'État ne fournissait absolument aucun service spécialisé, la famille, les communautés religieuses et les organisations de migrants jouaient un rôle crucial en matière de soutien. Ces réseaux peuvent, dans une certaine mesure, combler le fossé entre les besoins et les services destinés aux personnes issues de l'immigration atteints de démence.

L'expert a déclaré que les services et les res-

sources d'information existants n'étaient pas suffisamment utiles aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration, car ils ne répondaient pas à leurs besoins spécifiques. En outre, les informations ne sont même pas disponibles dans différentes langues. L'experte a donc souligné le besoin très important de services spécialisés fournissant un soutien et des informations aux aidants familiaux.

8. Références

1. Kasimis C, Kassimi C: Greece: A History of Migration. [https://www.migrationpolicy.org/article/greece-history-migration]. (2004). Consulté le 21 avril 2020.
2. International Organization for Migration Greece: History. [https://greece.iom.int/en/iom-greece]. Consulté le 21 avril 2020.
3. United Nations High Commissioner for Refugees: Mediterranean Situation: Greece; 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Greece; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the toral population at mid-year 2019: Greece; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Greece; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016. In.; 2018.
9. Hellenic Statistical Authority: Population Census 2011. In.; 2011.
10. Sakka P, Polititis A, Skarmeas N, Kyriopoulos G, Vidalis P, Takis D, Vorvolakos T, Koulouri F: National Action Plan for Dementia: Alzheimer's Disease. In. Édité par Ministry of Health Hellenic Republic; 2017.
11. Aristotle University of Thessaloniki: National treatment guidelines for dementia Greece. In., Conversation par e-mail, edn.; 2019.

Hongrie

Population
9 770 000 (2020)

Superficie
93 022 m^2

Capitale
Budapest

Trois plus grandes villes
Budapest (1 752 000)
Debrecen (201 000)
Szegedin (161 000)

Pays voisins
Autriche, Croatie, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Ukraine

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

La migration a joué un rôle clé en Hongrie depuis la fondation de l'État au X^e siècle. D'importants mouvements migratoires ont eu lieu sous l'empire des Habsbourg à partir du XVI^e siècle et sous la monarchie austro-hongroise. Jusqu'aux années 1880, la Hongrie se caractérise principalement par des flux d'immigration. Entre les années 1880 et la Première Guerre mondiale, environ deux millions de personnes ont émigré. Les deux guerres mondiales ont entraîné les prochains grands flux migratoires. De 1919 à 1923, environ 200 000 Hongrois de souche se sont réinstallés en Hongrie. Après la Seconde Guerre mondiale, environ 200 000 personnes d'origine allemande ont été expulsées de Hongrie et plus de 100 000 personnes ont émigré (dont 73 000 Slovaques). Dans le même temps, environ 308 500 Hongrois de souche se sont réinstallés en Hongrie [1]. La vague suivante de migration à grande échelle s'est produite en 1956, lorsque 176 000 personnes de Hongrie ont quitté le pays pour les États-Unis, le Canada, l'Autriche et d'autres pays d'Europe occidentale. Dans l'ensemble, les flux migratoires ont été sévèrement limités sous l'État socialiste. Le nombre d'immigrants légaux (à l'exclusion des citoyens hongrois de retour au pays) n'était que de 52 000 en 1987. L'effondrement des systèmes communistes (1989/1990) a entraîné une augmentation significative de l'immigration et de l'émigration. Au milieu des années 1990, l'émigration a de nouveau diminué et de nombreux anciens émigrants sont rentrés en Hongrie. Après le début des guerres de Yougoslavie (1991), des citoyens non ethniques hongrois ex-Yougoslaves (de Bosnie-Herzégovine, de Serbie et d'Albanie) ont demandé l'asile. Au milieu ou à la fin des années 1990, la Hongrie est passée du statut de pays d'origine à celui de pays de destination pour les migrants. Environ deux tiers des immigrants des années 1990 venaient des pays voisins (Roumanie, Ukraine, États successeurs de l'ex-Yougoslavie et Slovaquie). L'adhésion à l'UE en 2004 a ensuite entraîné de nouvelles vagues d'émigration et d'immigration à grande échelle. En 2008, l'immigration a encore augmenté (35 000). La plupart des immigrants étaient originaires de Roumanie, de Serbie, d'Ukraine et d'Allemagne [2]. De 2009 à 2012, les Chiffres de l'immigration ont diminué en raison de la récession économique [2, 3]. Entre 2013 et 2015, on a assisté à une vague de transmigration importante en provenance d'Afrique et du Moyen-Orient et le nombre de demandes d'asile (notamment en provenance de Syrie et d'Afghanistan) a augmenté [4]. Après 2015, le nombre de demandes d'asile et de franchissements illégaux de la frontière, qui avait atteint un pic de 441 515 en 2015, a de nouveau diminué. Actuellement, l'immigration de travailleurs migrants en provenance des pays voisins (notamment d'Ukraine) représente la caractéristique centrale de la migration. Depuis quelques années, les Chiffres de l'émigration sont également de nouveau en hausse (29 400 en 2016) [5]. En 2013, les personnes originaires de Roumanie (232 800) représentaient le groupe de migrants le plus important, suivi par l'Allemagne (33 900), l'Ukraine (31 600), la Serbie (26 800) et la Slovaquie (24 000) [6]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger), est passée de 347 500 à 512 000, et la proportion de migrants dans la population totale est passée de 3,3 à 5,3 % [7]. En 2020, le taux de migration nette sera de 0,6 [8]. La Hongrie est un pays d'origine, de transit et de destination des migrants [1]. Toutefois, la population immigrée est beaucoup plus faible que dans de nombreux autres pays de l'UE et de la EFTA.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

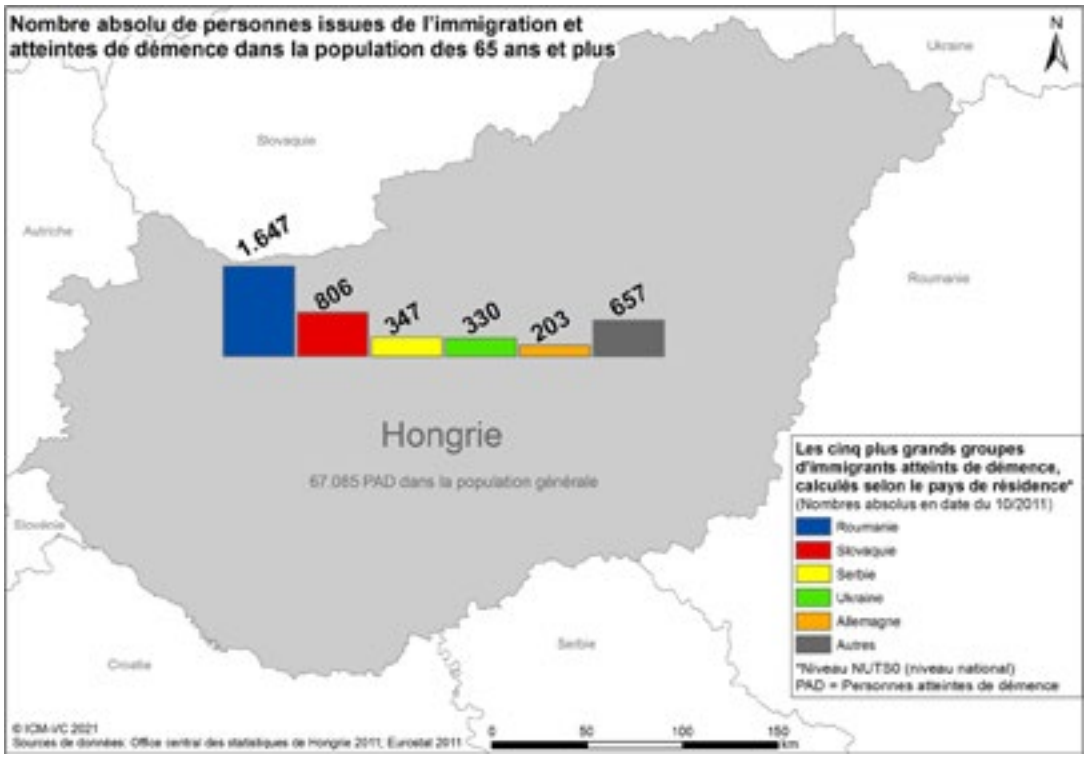


Fig. 3.7.13.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Hongrie – Nation)

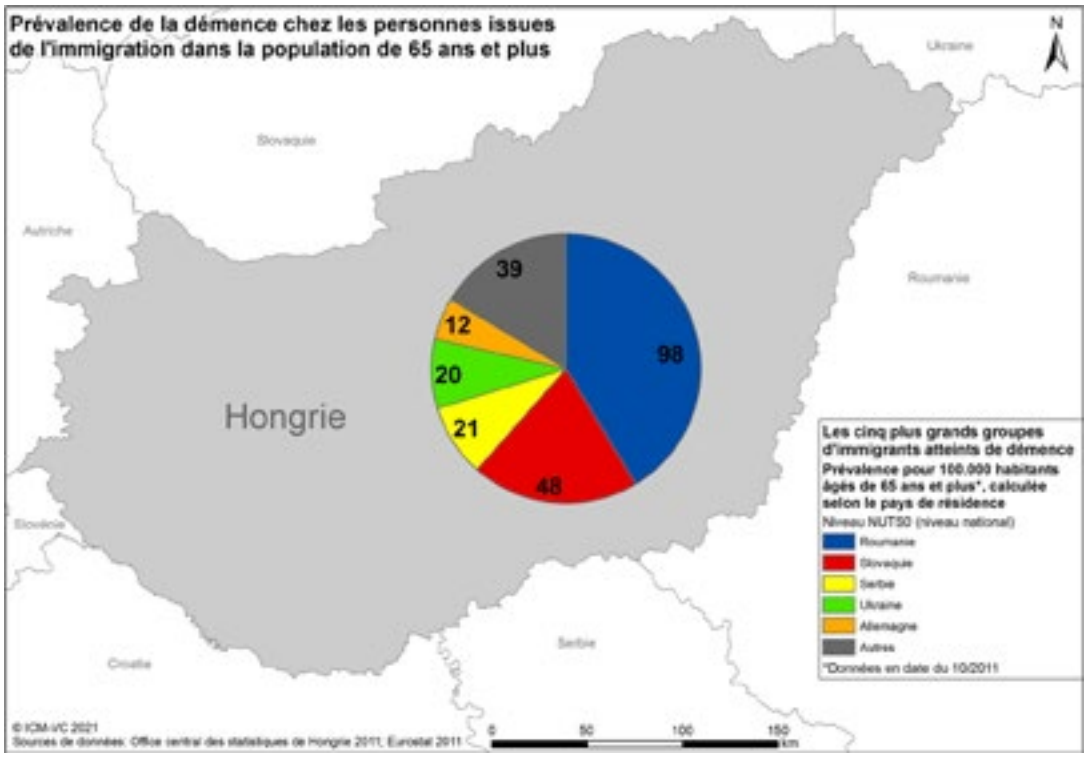


Fig. 3.7.13.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Hongrie – Nation)

Tableau 25: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Hongrie - Nation)

NUTS	Total	HU	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Hongrie	67.085	63.096	RO 1.647	SK 806	XS 347	UA 330	DE 203	656
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Hongrie	6.727	-	RO 165	SK 81	XS 35	UA 33	DE 20	66
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Hongrie	4.000	3.762	RO 98	SK 48	XS 21	UA 20	DE 12	39

Source des données: Hungarian Central Statistical Office (2011)

Il y a 99 700 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 4 000 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.13.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Roumanie (environ 1 700), de Slovaquie (environ 800), de Serbie (environ 400), d'Ukraine (environ 300) et d'Allemagne (environ 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Hongrie pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.13.2). Le tableau 25 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de Roumanie, de Slovaquie, de Serbie, d'Ukraine et d'Allemagne dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.13.3 - 3.7.13.8).

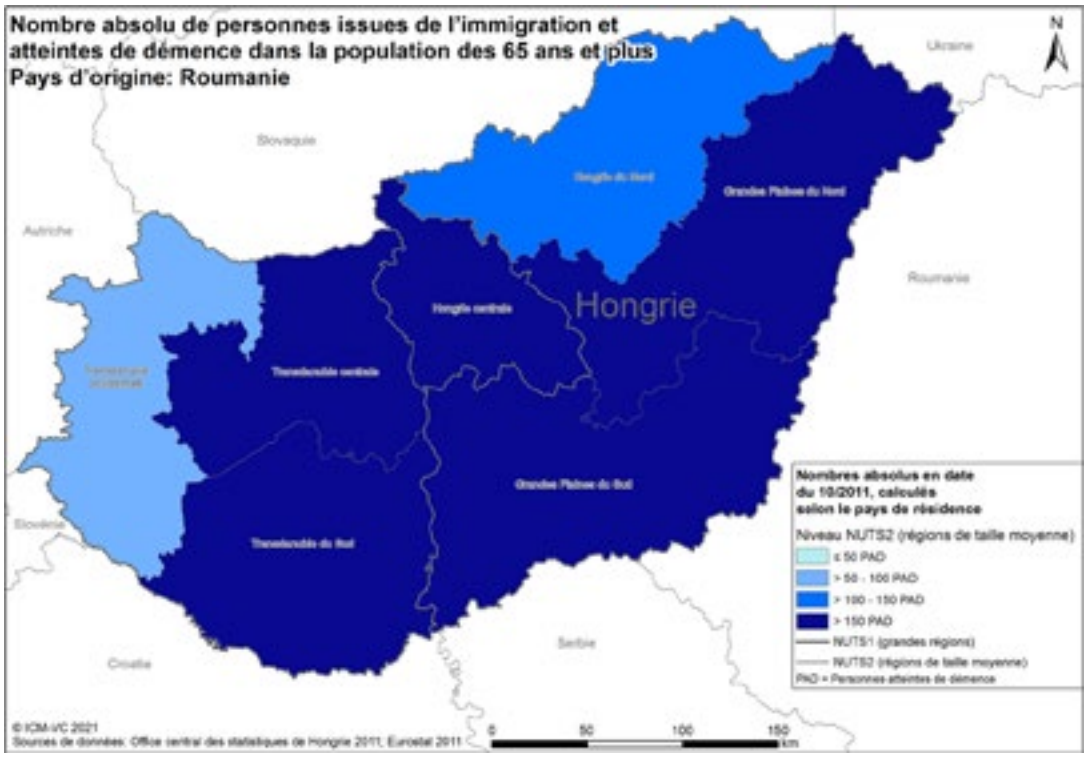


Fig. 3.7.13.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Roumanie (Hongrie – NUTS2)

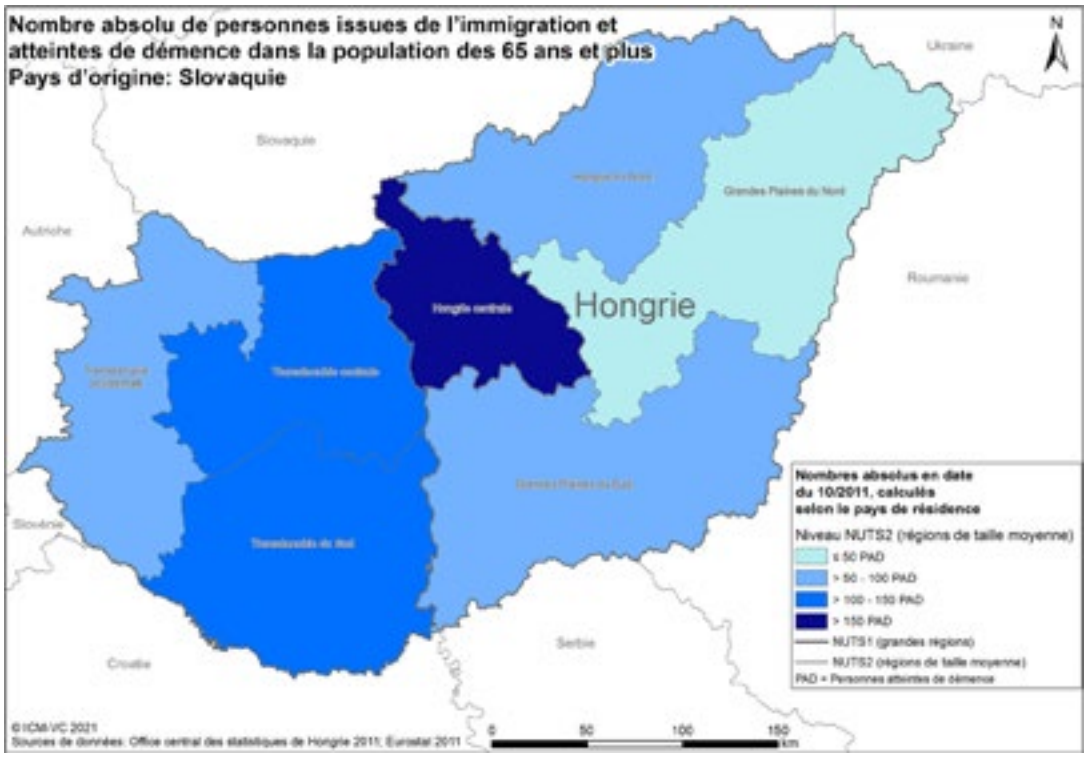


Fig. 3.7.13.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Slovaquie (Hongrie – NUTS2)

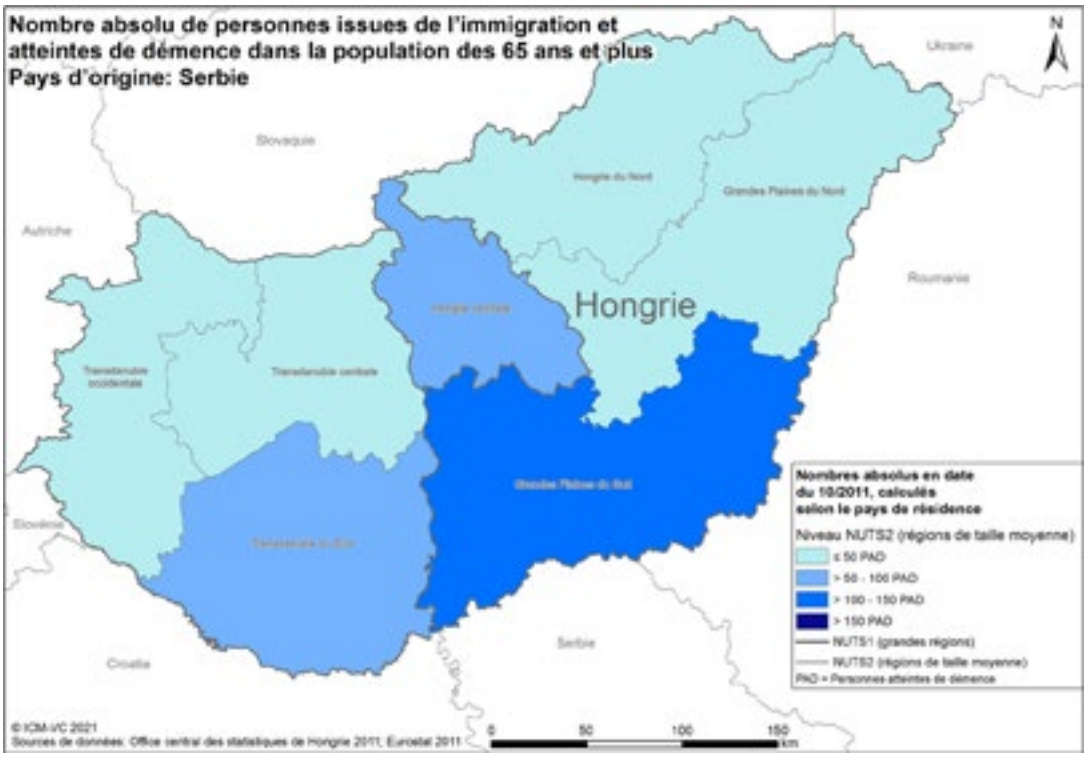


Fig. 3.7.13.5: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Serbie (Hongrie – NUTS2)

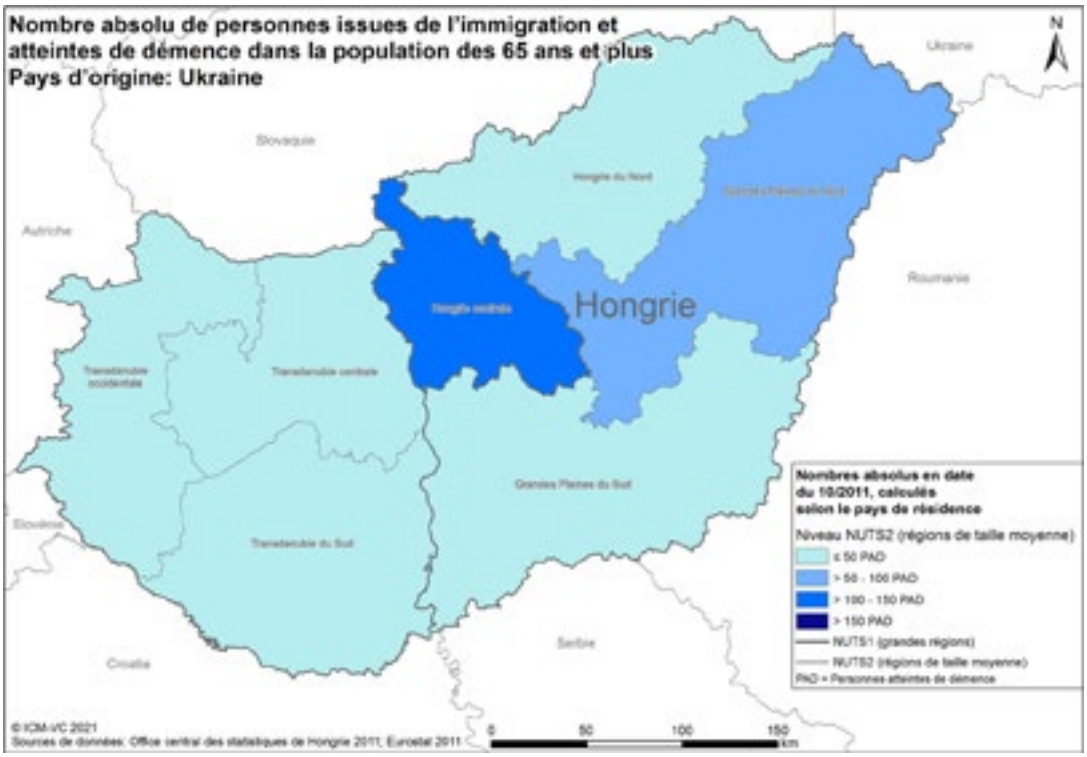


Fig. 3.7.13.6: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Ukraine (Hongrie – NUTS2)

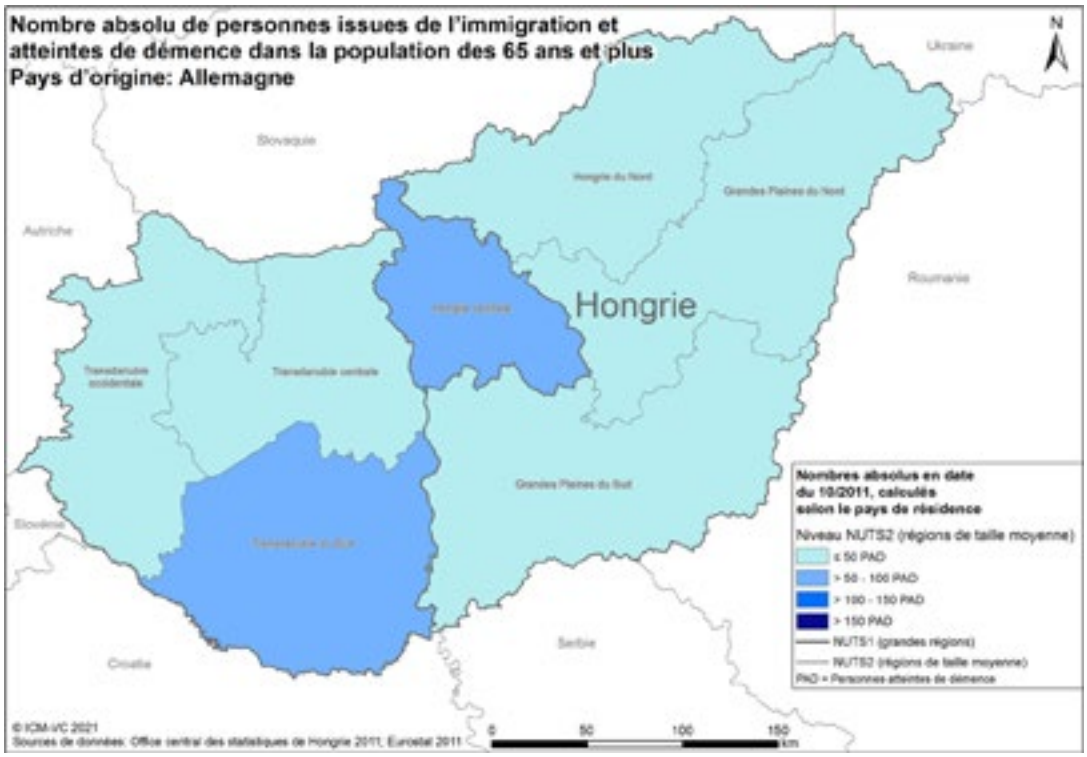


Fig. 3.7.13.7: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Hongrie – NUTS2)

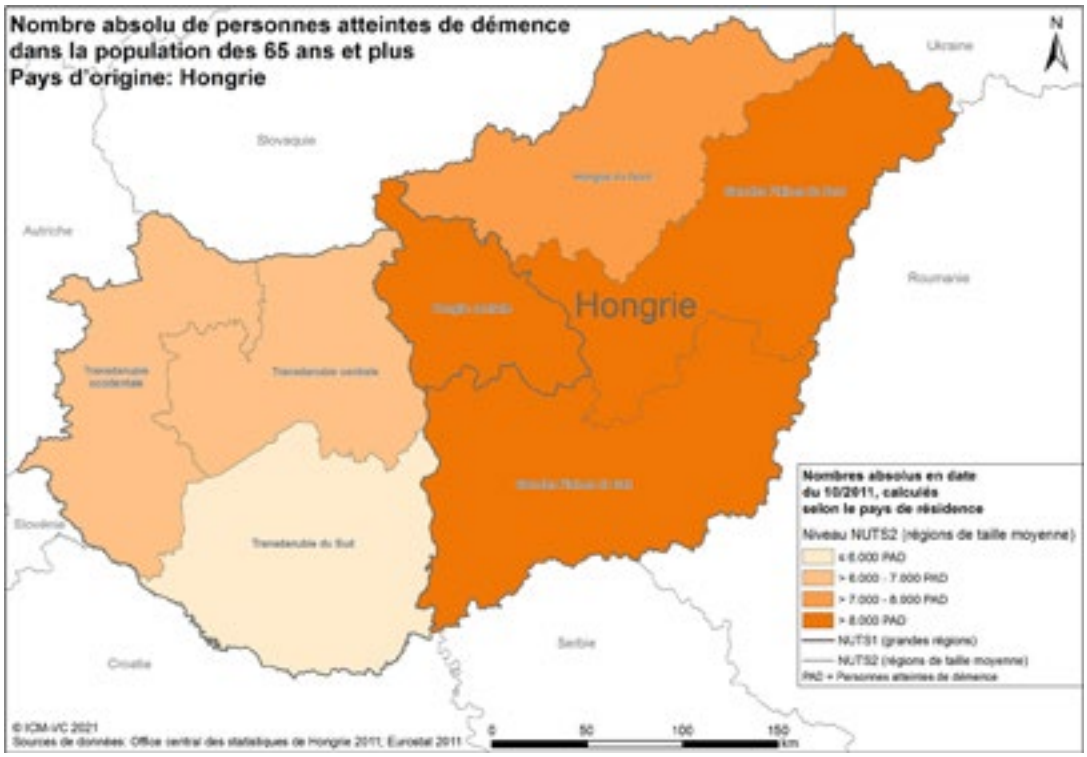


Fig. 3.7.13.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Hongrie (Hongrie - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.13.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (Fig. 3.7.13.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 26. [9, 10].

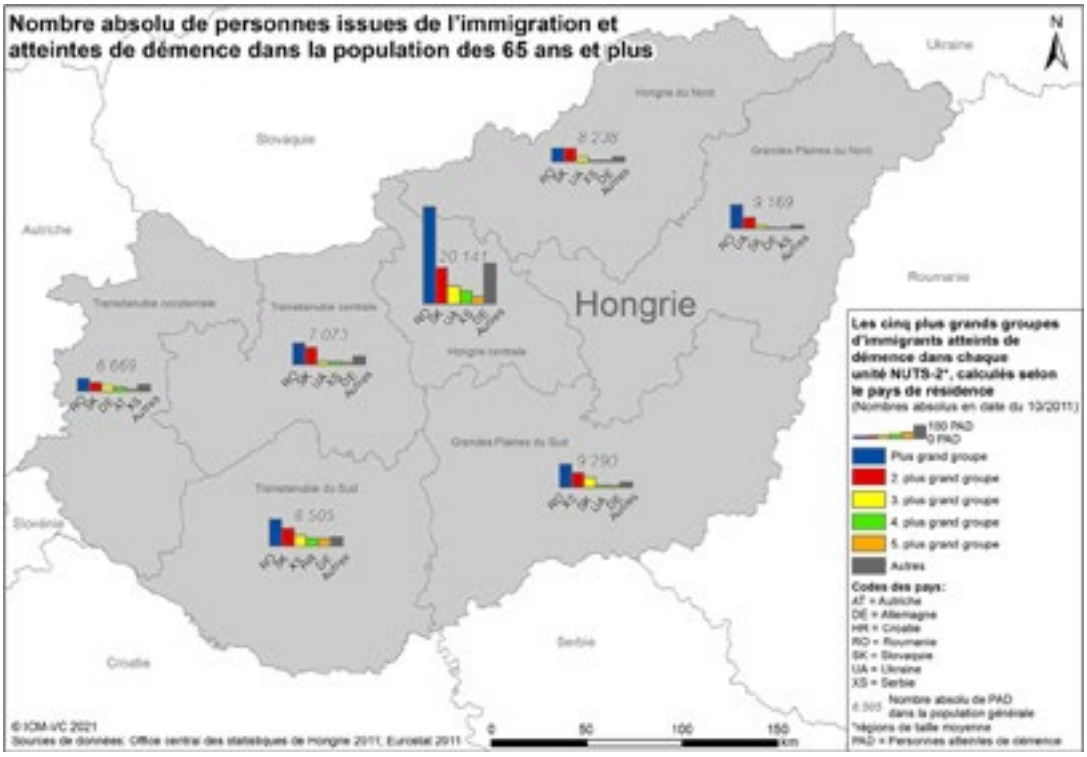


Fig. 3.7.13.9: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Hongrie – NUTS2)

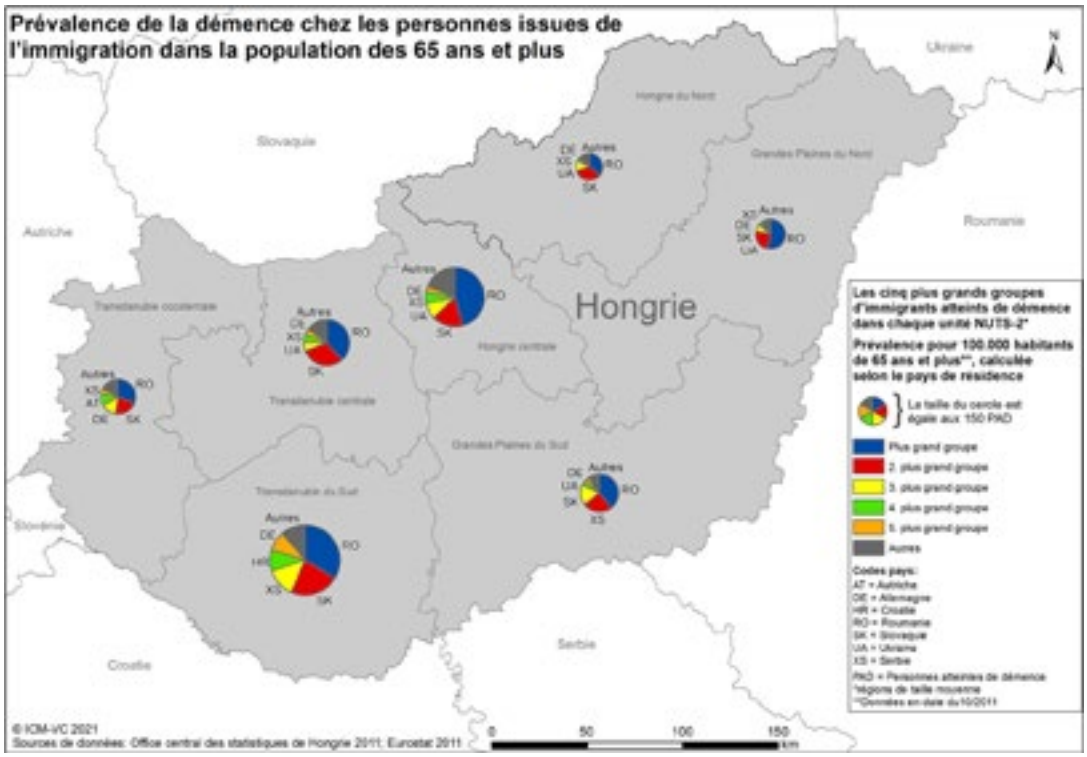


Fig. 3.7.13.10: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Hongrie – NUTS2)

Tableau 26: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Hongrie - NUTS 2)

NUTS	Total	HU	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Hongrie centrale	20.141	18.553	RO 729	SK 270	UA 136	XS 100	DE 52	301
Transdanubie centrale	7.073	6.658	RO 159	SK 128	UA 25	XS 23	DE 18	62
Transdanubie occidentale	6.669	6.359	RO 96	SK 67	DE 44	AT 32	XS 15	56
Transdanubie du Sud	6.505	5.905	RO 203	SK 137	XS 80	HR 58	DE 54	68
Hongrie du Nord	8.238	7.951	RO 101	SK 98	UA 35	XS 8	DE 8	37
Grandes Plaines du Nord	9.169	8.825	RO 183	UA 86	SK 28	DE 9	XS 8	30
Grandes Plaines du Sud	9.290	8.845	RO 177	XS 112	SK 78	UA 18	DE 16	44

NUTS	Total	HU	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Hongrie centrale	5.073	-	RO 184	SK 68	UA 34	XS 25	DE 13	76
Transdanubie centrale	6.811	-	RO 153	SK 123	UA 24	XS 22	DE 18	60
Transdanubie occidentale	8.608	-	RO 124	SK 87	DE 57	AT 42	XS 20	70
Transdanubie du Sud	4.340	-	RO 135	SK 91	XS 54	HR 38	DE 36	46
Hongrie du Nord	11.508	-	RO 141	SK 137	UA 50	XS 11	DE 11	50
Grandes Plaines du Nord	10.645	-	RO 212	UA 100	SK 32	DE 10	XS 10	36
Grandes Plaines du Sud	8.348	-	RO 159	XS 100	SK 70	UA 16	DE 15	40
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Hongrie centrale	4.000	3.685	RO 145	SK 54	UA 27	XS 20	DE 10	59
Transdanubie centrale	4.000	3.765	RO 90	SK 72	UA 14	XS 13	DE 10	36
Transdanubie occidentale	4.000	3.814	RO 58	SK 40	DE 27	AT 19	XS 9	33
Transdanubie du Sud	4.000	3.631	RO 125	SK 84	XS 49	HR 35	DE 34	42
Hongrie du Nord	4.000	3.861	RO 49	SK 48	UA 17	XS 4	DE 4	17
Grandes Plaines du Nord	4.000	3.850	RO 80	UA 38	SK 12	DE 4	XS 4	12
Grandes Plaines du Sud	4.000	3.808	RO 76	XS 48	SK 34	UA 8	DE 7	18

Source des données: Hungarian Central Statistical Office (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

Si aucun plan hongrois de lutte contre la démence n'a pu être trouvé au moment de la première recherche en juin 2019 [11], un document intitulé «*Living with Dementia: National Dementia Strategy*» a été rendu public en janvier 2021. Le document de 23 pages aborde les sujets suivants: «Qu'est-ce que la démence?», «Quelles sont les causes de la démence ?», «la fourniture d'informations adéquates», «le diagnostic précoce » et «le développement de services». Cependant, le thème de la migration ne joue pas un rôle significatif. Il n'y a qu'un seul passage dans lequel il est souligné que la démence peut toucher n'importe qui, quelle que soit son origine ethnique [12].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Les lignes directrices hongroises en matière de soins aux personnes atteintes de démence, intitulées « Protocole professionnel pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la démence », publiées en 2008, ont expiré le 31 décembre 2013 et n'ont pas été renouvelées depuis. Ainsi, des lignes directrices nationales de traitement avaient été publiées en Hongrie, mais elles ne sont plus valables. Ce document de 46 pages contient des chapitres sur le diagnostic de la démence (thèmes : examens physiques, tests diagnostiques obligatoires, tests diagnostiques supplémentaires, diagnostic différentiel) et sur la thérapie (traitement non pharmacologique, traitement médicamenteux, réhabilitation). Le thème de la migration n'est pas abordé [13].

5. Références

1. Juhász J: Hungary: Transit Country Between East and West. [https://www.migrationpolicy.org/article/hungary-transit-country-between-east-and-west]. (2003). Consulté le 7 mai 2020.
2. Gödri I, Soltész B, Bodacz-Nagy B: Immigration or emigration country? Migration trends and their socio-economic background in Hungary: A longer-term historical perspective. In: *Working Papers on Population, Family and Welfare.* Édité par Hungarian Demographic Research Institute, Bd. 19. Budapest; 2014.
3. International Organization for Migration: Inflows of foreign population in 2017: Hungary; 2017.
4. Kallius A: The East-South Axis: Legitimizing the „Hungarian Solution to Migration". *Revue européenne des migrations internationales* 2017, 33.
5. Kocaeli Kültürel Gelişim ve Dayanışma Derneği, Kartepe Halk Eğitim Merkezi, Migrants Resource Center, Bulgarian Development Agency, Business Development Friesland, International Organization for Migration, Schola Empirica: Migration Report: Overview of the Current Migration Facts and Figures in the Project Countries; 2018.
6. United Nations: Migration Profiles: Hungary; 2013.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Hungary. 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020; 2019.
9. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
10. Hungarian Central Statistical Office: Census 2011; 2011.
11. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
12. Society of the Relatives of the People: Living with Dementia: National Dementia Strategy.
13. Professional College of Psychiatry: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokoll A demencia kórismézése, kezelése és gondozása. In. Édité par Ministry of Health Hungary; 2008.

< retour au sommaire

Irlande

Population
4 964 000 (2020)

Superficie
70 273 km^2

Capitale
Dublin

Trois plus grandes villes
Dublin (553 000)
Cork (126 000)
Galway (80 000)

Pays voisins
Irlande du Nord

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et information destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

L'Irlande est traditionnellement un pays d'émigration. Depuis 1800, environ dix millions de personnes ont quitté le pays [1]. En raison de la famine, la population irlandaise est passée de 6,5 millions en 1841 à 2,8 millions en 1961 [2]. Entre 1961 et 1981, la population a augmenté de 22 % en raison du retour d'un grand nombre d'émigrants irlandais [2, 3]. La récession du début des années 1980 a entraîné une nouvelle vague d'émigration [1]. Dans les années 1990, l'Irlande est devenue un pays d'immigration. La croissance économique a entraîné le retour de nombreux émigrants irlandais entre le milieu des années 1990 et le début des années 2000 [3]. Dans le même temps, le nombre de demandeurs d'asile a considérablement augmenté. Jusqu'en 1999, la plupart des demandeurs d'asile venaient d'Afrique, plus de la moitié du Nigeria, du Congo et de l'Algérie. Depuis 1999, les personnes originaires de Roumanie et du Nigeria constituent les groupes les plus importants de demandeurs d'asile. Au cours de la période 1995-2004, 486 300 personnes se sont installées en Irlande, tandis que 263 800 personnes en sont parties [2]. Entre 2002 et 2004, les personnes ont principalement immigré de pays non membres de l'UE. Après l'élargissement de l'UE en 2004, un grand nombre de personnes sont venues des dix nouveaux États membres. Entre 2005 et 2008, les personnes originaires de Roumanie et de Bulgarie ont représenté près de la moitié des immigrants [3]. En raison de l'effondrement du système bancaire irlandais, l'immigration nette a diminué à partir de 2008 et a été à nouveau négative en 2015 (pour la première fois depuis 1995) [4]. Entre 2008 et 2012, le nombre d'émigrants irlandais a triplé. D'avril 2014 à avril 2015, 81 000 personnes ont quitté l'Irlande. La majorité d'entre eux étaient des citoyens irlandais [1]. Après 2015, les Chiffres de l'émigration ont diminué et l'Irlande a de nouveau connu une immigration nette positive [4]. En 2013, les personnes originaires de Royaume-Uni et d'Irlande du Nord (253 600), de Pologne (124 600), de Lituanie (37 800), des États-Unis d'Amérique (24 900) et de Lettonie (21 800) représentaient les groupes de migrants les plus importants [5]. La population migrante (née à l'étranger) est passée de 228 000 à 833 600 personnes entre 1990 et 2019. Au cours de la même période, la proportion de migrants dans la population totale est passée de 6,5 à 17,1 % [6]. En 2020, le taux de migration nette sera de 4,9 [4].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

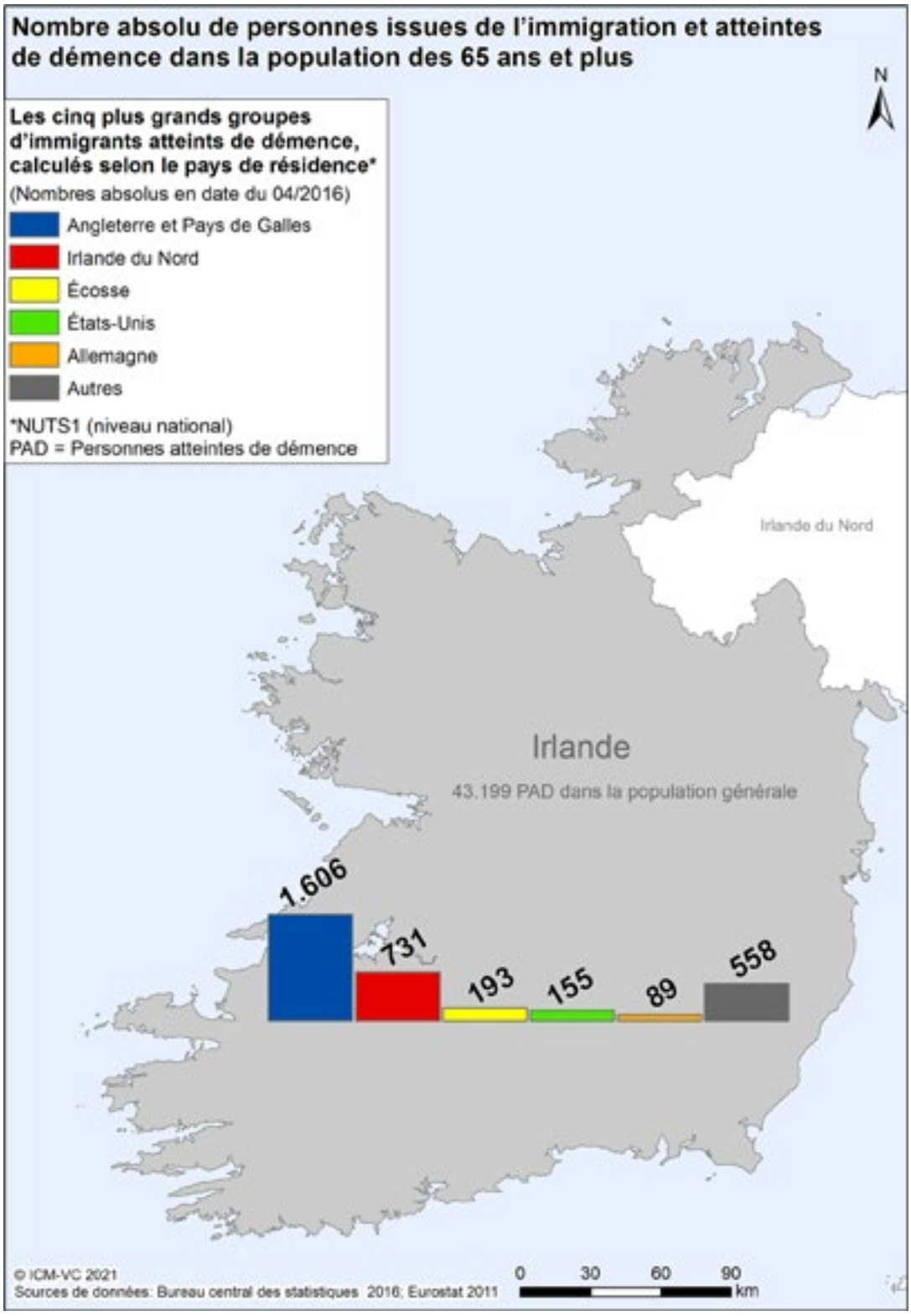


Fig. 3.7.14.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Irlande – Nation)

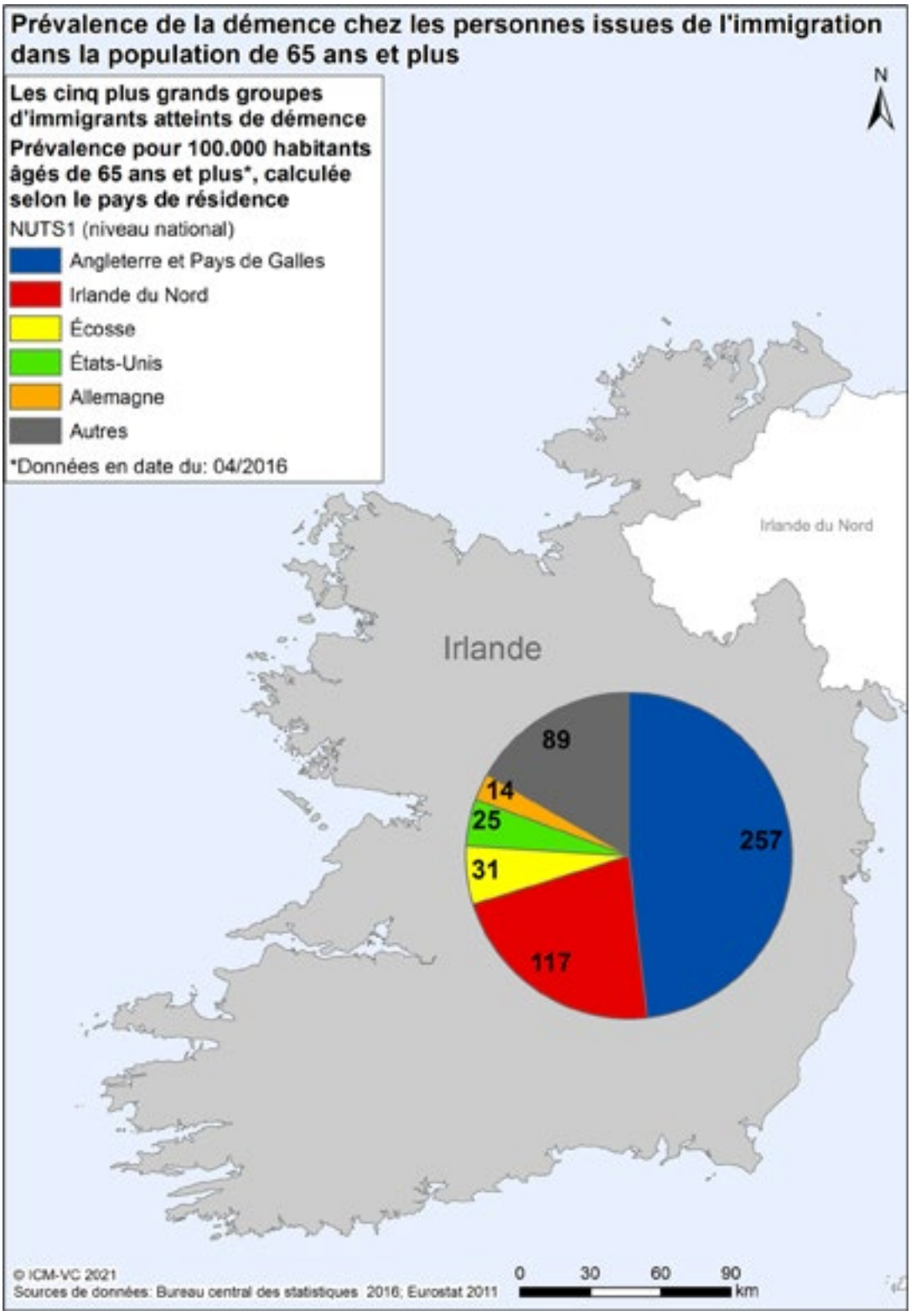


Fig. 3.7.14.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Irlande – Nation)

Tableau 27: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Irlande - Nation)

NUTS	Total	IE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Irlande	43.199	39.867	EAW 1.606	NIR 731	SCT 193	US 155	DE 89	558
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Irlande	8.946	-	EAW 333	NIR 151	SCT 40	US 32	DE 18	116
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Irlande	6.900	6.368	EAW 257	NIR 117	SCT 31	US 25	DE 14	89

Quelle: Central Statistics Office (2016)

On compte 48 300 personnes issues de l'immigration âgés de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 3 300 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.14.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Angleterre et du Pays de Galles (environ 1 600), d'Irlande du Nord (environ 700), d'Écosse (environ 200), des États-Unis (environ 200) et d'Allemagne (environ 90). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Irlande pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.14.2). Le tableau 27 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Angleterre et du Pays de Galles, d'Irlande du Nord, d'Écosse, des États-Unis et d'Allemagne dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.14.3 - 3.7.14.8).

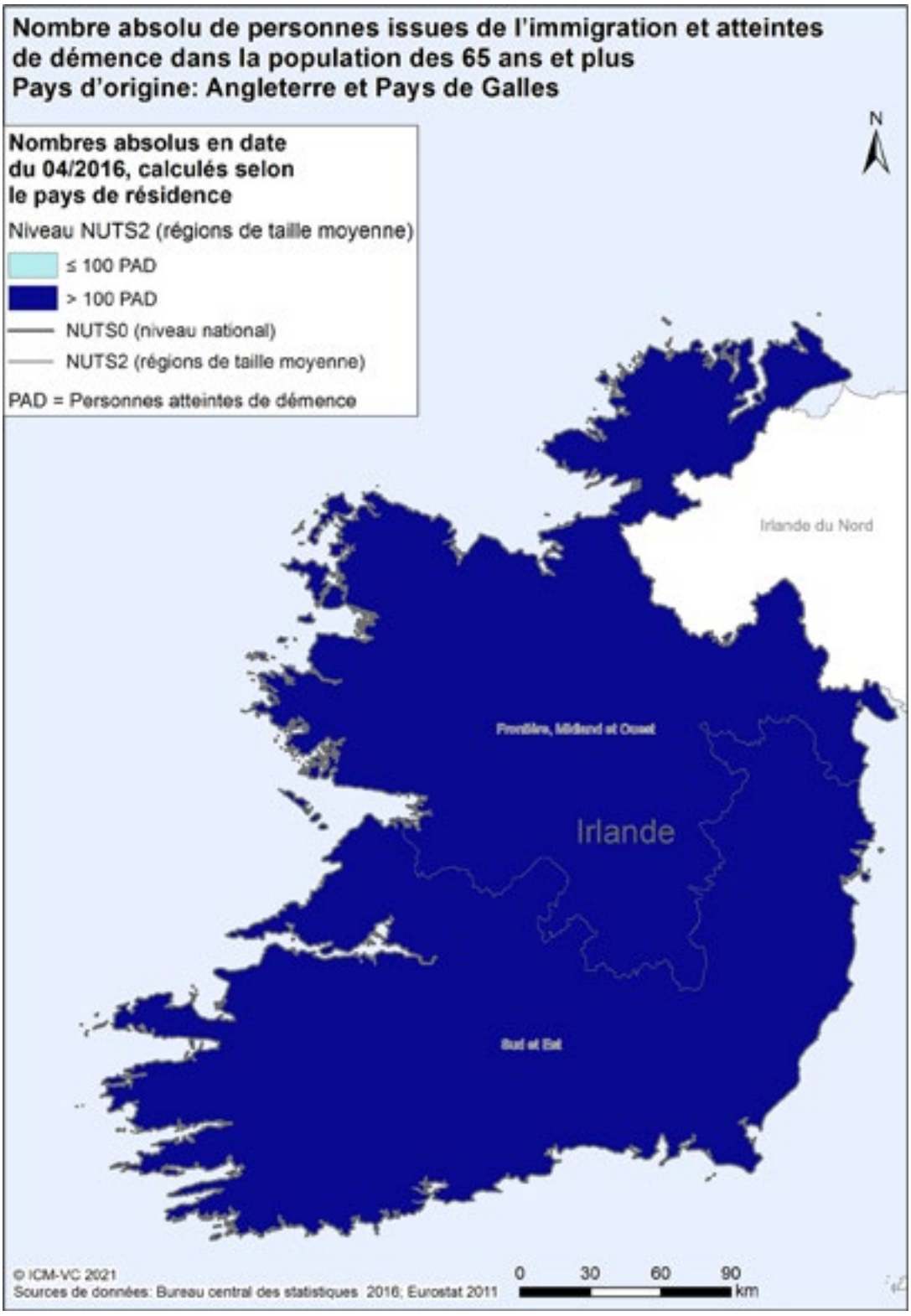


Fig. 3.7.14.3: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Angleterre et Pays de Galles (Irlande – NUTS2)

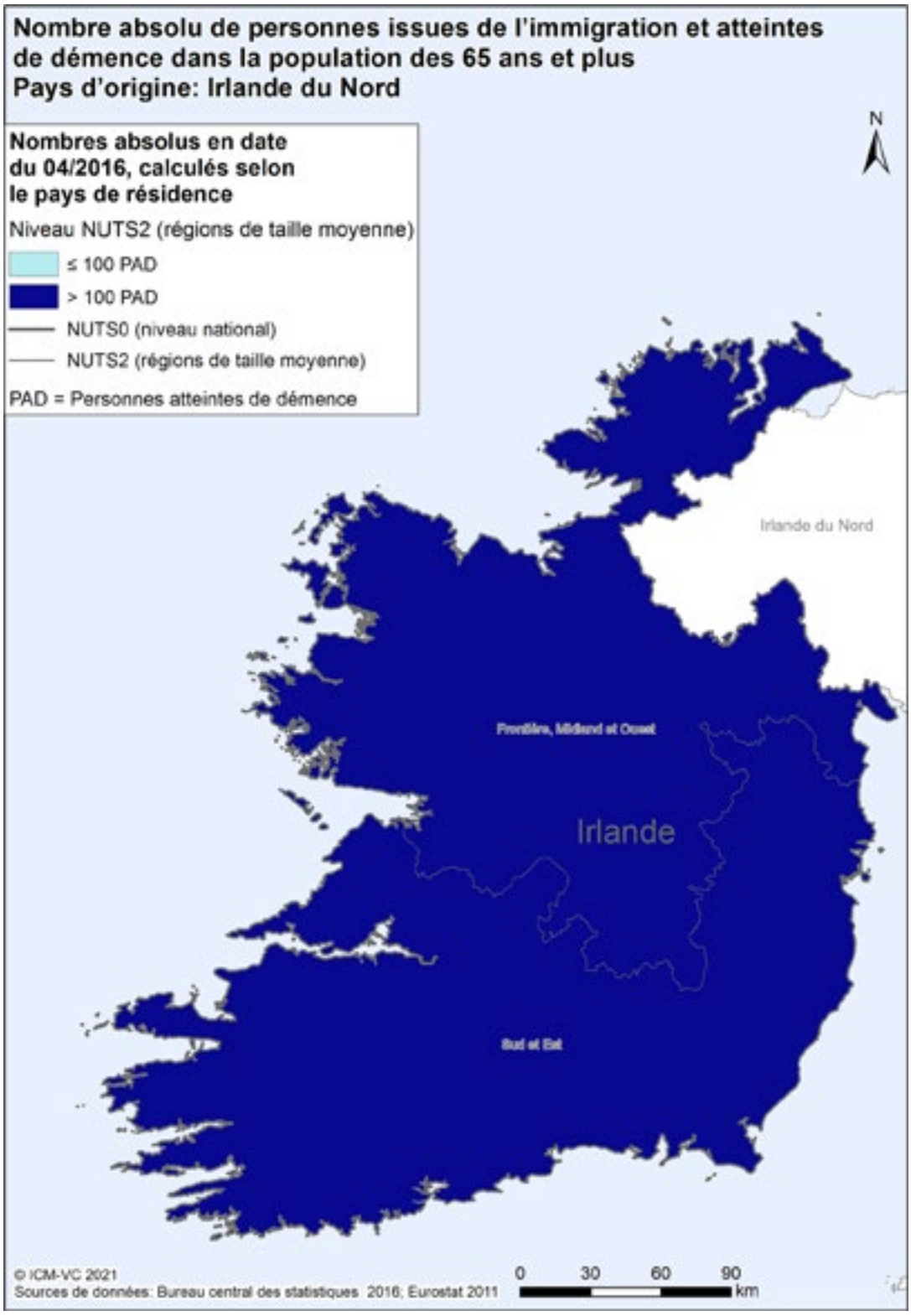


Fig. 3.7.14.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Irlande du Nord (Irlande – NUTS2)

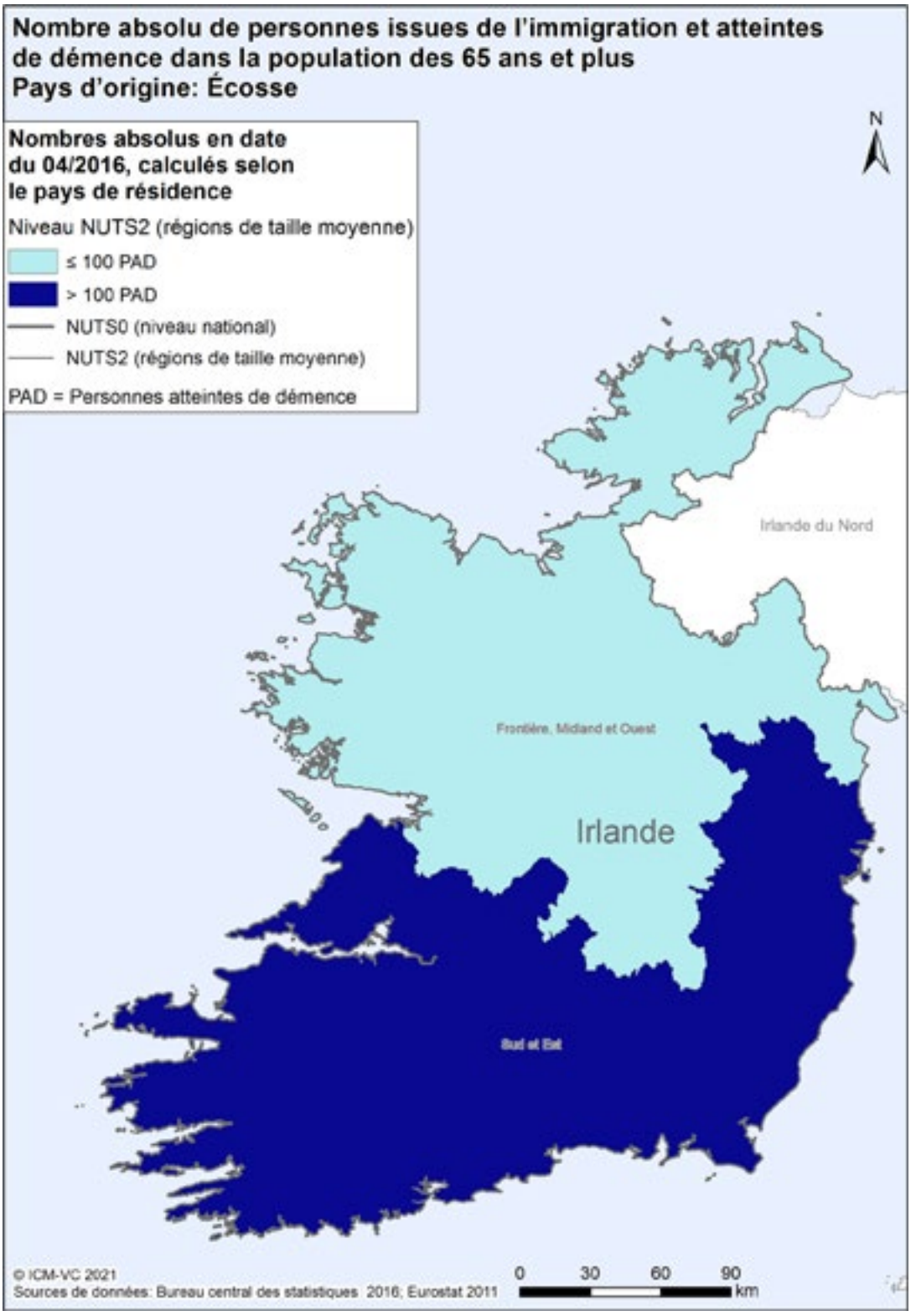


Fig. 3.7.14.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Écosse (Irlande – NUTS2)

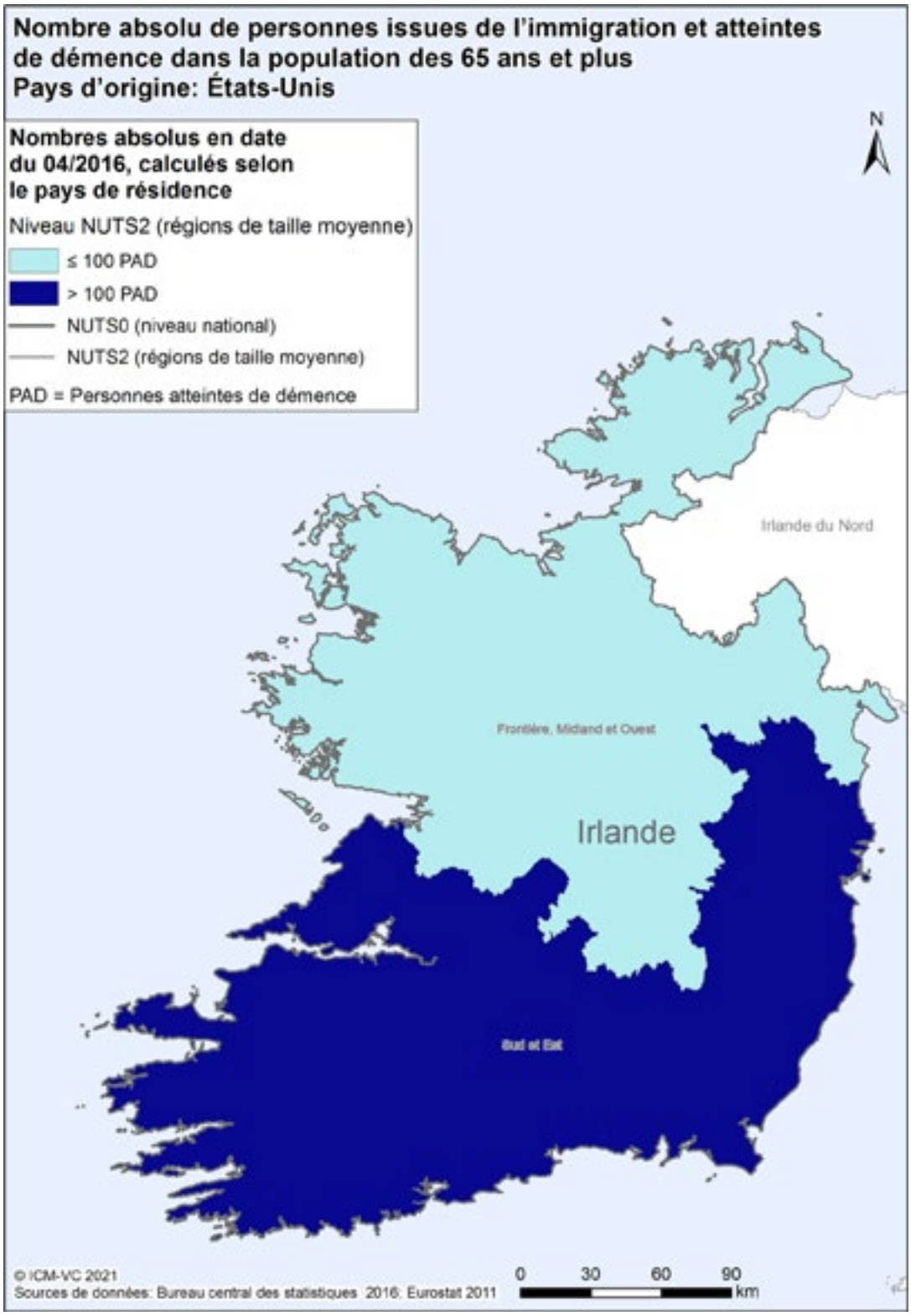


Fig. 3.7.14.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Les États-Unis (Irlande – NUTS2)

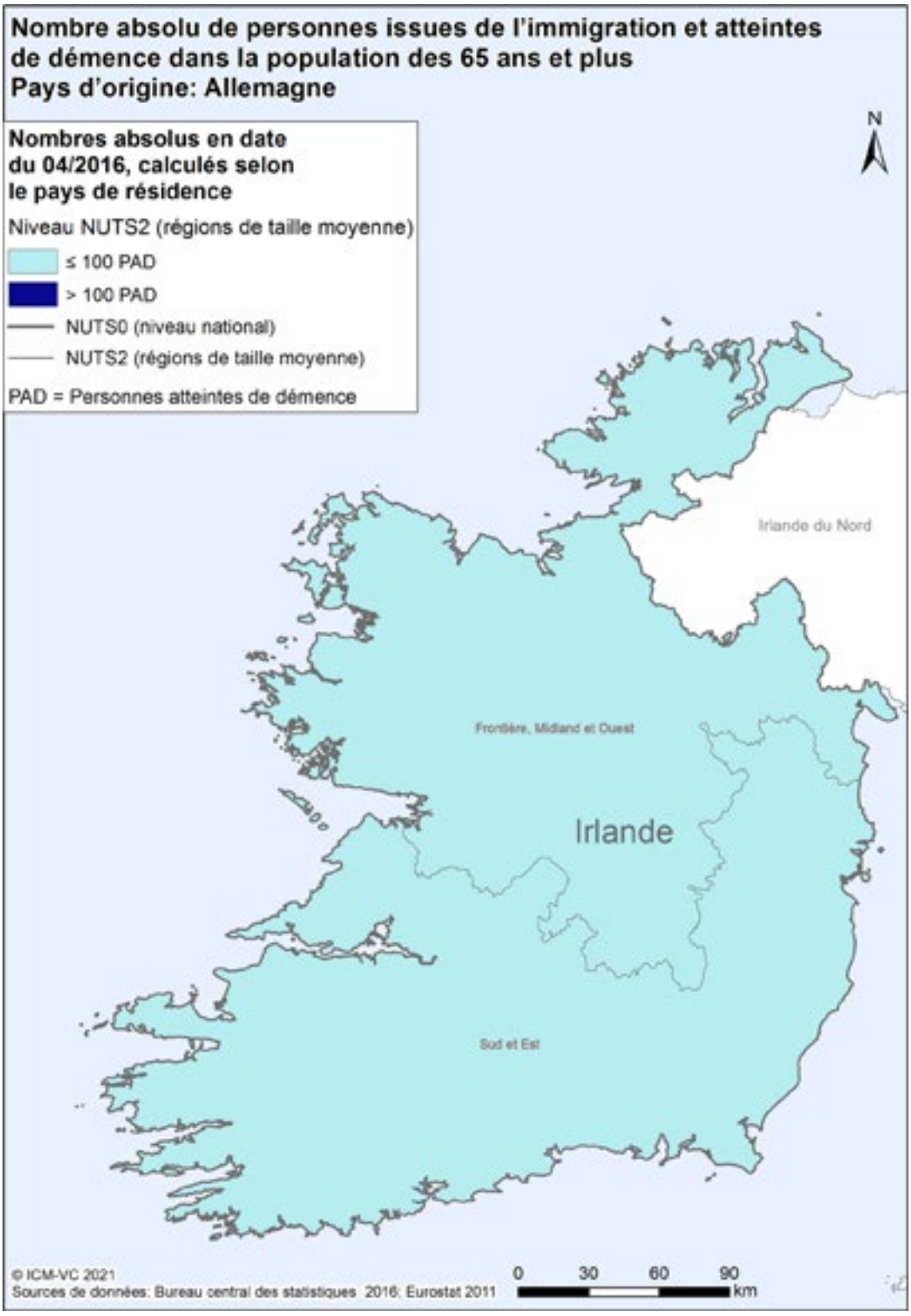


Fig. 3.7.14.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Irlande – NUTS2)

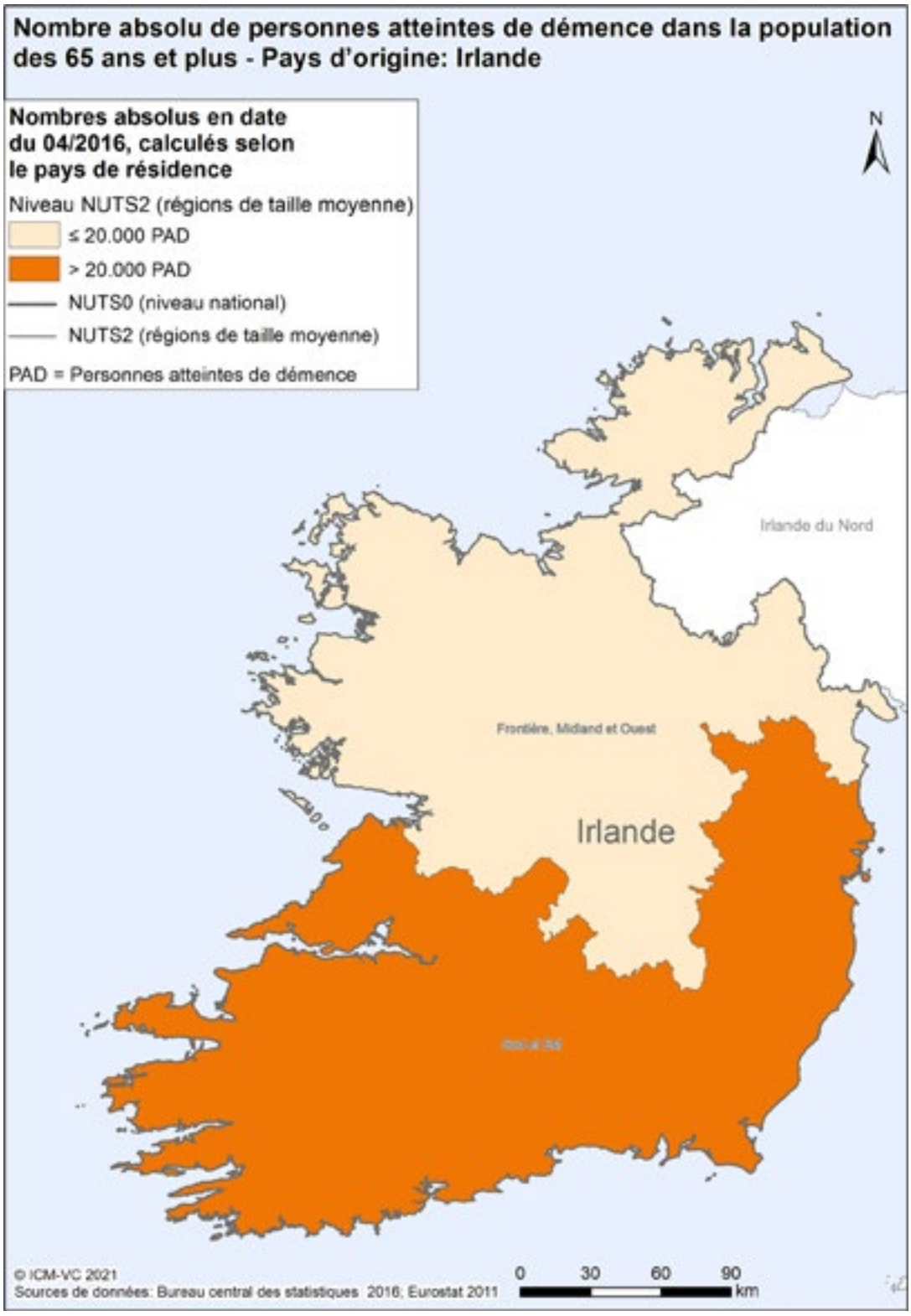


Fig. 3.7.14.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Irlande (Irlande - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.14.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (Fig. 3.7.14.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 28 [7-9]..

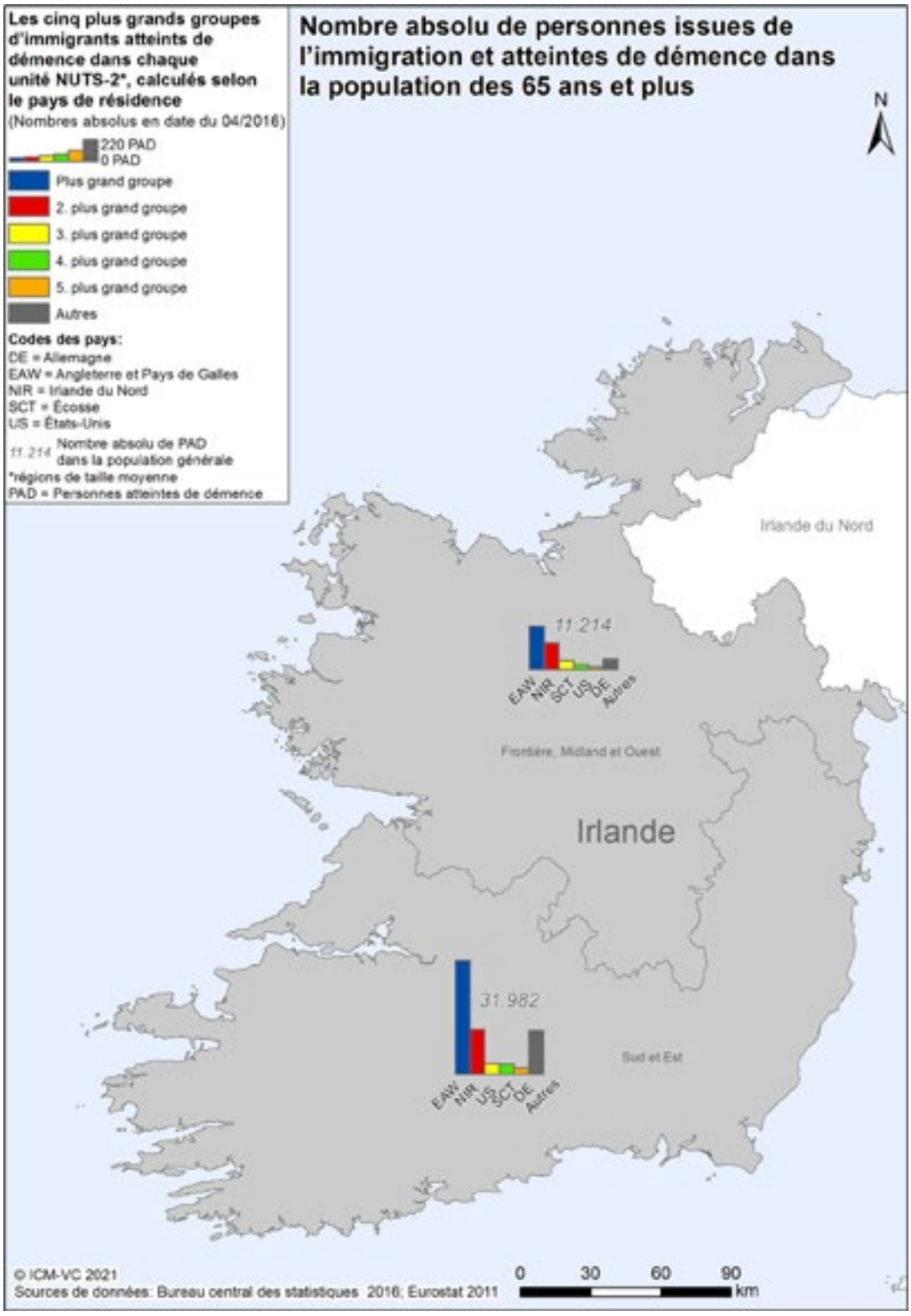


Fig. 3.7.14.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Irlande – NUTS2)

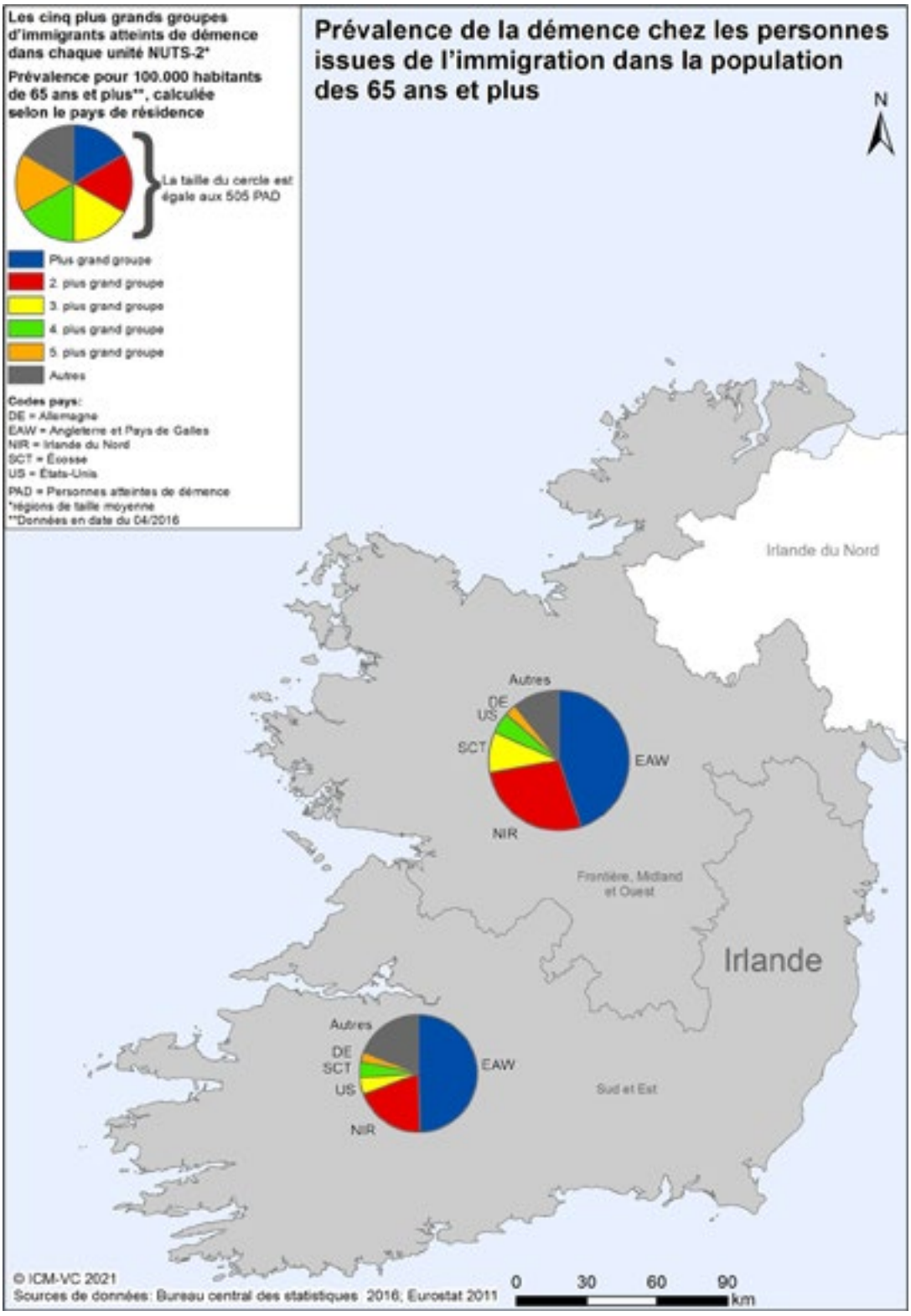


Fig. 3.7.14.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Irlande – NUTS2)

Tableau 28: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Irlande - NUTS 2)

NUTS	Total	IE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Frontière, Midland et Ouest	11.214	10.227	EAW 442	NIR 270	SCT 91	US 49	DE 27	107
Sud et Est	31.982	29.640	EAW 1.164	NIR 461	US 106	SCT 102	DE 62	448
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Frontière, Midland et Ouest	7.844	-	EAW 310	NIR 189	SCT 64	US 34	DE 19	75
Sud et Est	9.422	-	EAW 343	NIR 136	US 31	SCT 30	DE 18	132
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Frontière, Midland et Ouest	6.900	6.293	EAW 272	NIR 166	SCT 56	US 30	DE 17	66
Sud et Est	6.900	6.395	EAW 251	NIR 99	US 23	SCT 22	DE 13	97

Source des données: Central Statistics Office (2016)

3. Plan national de lutte contre la démence

La «stratégie nationale irlandaise en matière de démence» de 2014 compte 40 pages et aborde les questions de la sensibilisation et de la compréhension de la démence, du diagnostic et du traitement en temps opportun, des services intégrés, du soutien et des soins aux personnes atteintes de démence et à leurs aidants, des soins primaires, de la santé mentale et des soins de proximité, des soins aigus, des soins de longue durée, des soins palliatifs pour les personnes atteintes de démence, de l'éducation et de la formation, ainsi que des systèmes de recherche et d'information. Aucune de ces questions n'inclut le thème de la migration [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Actuellement, aucune directive publiée pour le traitement de la démence n'a pu être identifiée pour l'Irlande, comparable aux lignes directrices du *National Institute for Health and Care*

Excellence (NICE). Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de démence, le Bureau national des démences travaille à l'élaboration d'un cadre de diagnostic et de post-diagnostic des démences afin de guider l'évaluation holistique, le diagnostic, la divulgation et le soutien post-diagnostic immédiat. En outre, il est prévu de publier des lignes directrices cliniques sur la prescription appropriée de médicaments antipsychotiques et psychotropes pour les personnes atteintes de démence [11]. Un guide intitulé « *Dementia : Diagnosis & Management in General Practice* » (à partir de 2019) existe déjà dans le domaine des soins primaires. Ce document ne comporte pas de chapitre distinct sur les migrations, mais fait brièvement référence à ce sujet à trois reprises dans un sous-chapitre. Tout d'abord, il identifie le problème selon lequel l'origine culturelle d'une personne peut influencer sa performance dans les outils de dépistage des troubles cognitifs. Ensuite, l'adéquation des outils de dépistage existants pour les troubles cognitifs chez les minorités ethniques est examinée. Le *Memory Impairment Screen* (MIS) et le Mini-Cog Screening Test sont deux outils particulièrement adaptés aux minorités ethniques. Le test Mini-Cog a été validé pour une population multiethnique et multilingue. Cette situation est décrite, mais aucune recommandation d'action ou de mesure n'en découle. D'autres sujets liés à la démence et à la migration ne sont pas examinés [12]. L'Irlande semble considérer les minorités ethniques comme un groupe nécessitant une attention particulière dans le diagnostic de la démence en médecine générale.

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'experte, le système de santé ne traite pas les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence comme un groupe vulnérable. En outre, le thème de la démence et de la migration est relativement peu important en Irlande. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la démence n'est devenue une priorité qu'au cours des dernières années et que la diversité au sein de la nation ne s'est développée qu'à la fin des années 90. La combinaison de la démence et de la migration est donc un nouveau sujet auquel l'Irlande n'est pas encore prête à faire face.

En général, l'experte a constaté que les communautés traditionnellement nomades et la communauté Rom étaient reconnues comme des groupes particulièrement défavorisés. L'accès au système de santé est difficile en raison des barrières linguistiques, de l'absence de soutien et du faible niveau d'alphabétisation. En outre, l'experte a déclaré que le manque de services d'interprétation s'ajoutait au problème.

Partant du constat que les personnes issues de l'immigration utilisent moins les services de santé formels et que la démence est sous-diagnostiquée, l'experte a suggéré qu'il était possible que les migrants âgés soient soignés à domicile par la famille ou que les communautés nomades ne reconnaissent même pas

la démence. De même, la couverture des cliniques de la mémoire dans l'ensemble du pays est limitée ; l'experte a donc affirmé que les cliniques spécialisées ne sont pas présentes dans tout le pays. Ainsi, le lieu de résidence influence également l'accès au soutien.

Selon l'experte, l'Irlande suit une stratégie de soins de santé intégratifs. Pourtant, aucune information sur la démence n'est disponible dans d'autres langues. Il n'existe pas de services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les services existants sont ouverts à tous, et si une personne accède à un service, elle sera prise en charge. L'experte a déclaré que les services existants en matière de démence n'étaient pas adaptés aux personnes issues ou non de l'immigration. Cela s'explique par le fait qu'il n'existe pas de maisons de soins ou de maisons de repos spécialisées dans la démence, ni d'ensemble de soins particuliers pour les soins à domicile des personnes atteintes de démence. En outre, l'experte a noté qu'il n'y avait pas de cohérence dans les forfaits généraux de soins à domicile, et donc que différentes personnes dispensaient les soins, ce qui posait un gros problème de continuité des soins.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

L'experte estime que la formation sur les soins adaptés à la diversité culturelle ne semble pas être proposée dans le cadre de la formation des prestataires de soins. Cependant, il arrive que des sujets tels que la prise en compte de la religion d'une personne soient abordés dans les cours relatifs à la fin de vie, bien que cela ne soit pas très répandu. L'experte a constaté que la proportion de personnes issues de l'immigration parmi les soignants professionnels travaillant dans le domaine des soins ambulatoires et hospitaliers était très élevée. Beaucoup d'entre eux sont originaires de pays africains et un nombre important d'infirmiers des Philippines travaillent à Dublin. Selon l'experte, l'impact qu'une forte proportion d'aidants professionnels issus de l'immigration peut avoir sur les soins est médiatisé par la langue. Si aucun langage commun n'est parlé, cela peut générer certaines difficultés entre les soignants et les soignés. L'experte a déclaré que la majorité des aides-soignants étaient « des personnes fabuleuses, chaleureuses et attentionnées », mais que si une personne ne faisait ce travail que parce qu'elle ne trouvait rien d'autre, elle pouvait éprouver du ressentiment parce que ce travail n'était pas ce qu'elle voulait faire.

7. Soutien aux aidants familiaux

L'experte a estimé que l'importance de la famille, des communautés religieuses, des organisations de migrants et des prestataires de services de soins ambulatoires et hospitaliers comme source de soutien pour les aidants familiaux était élevée, voire très élevée. L'experte a notamment souligné l'importance de soutenir les familles par l'information et l'éducation, afin que les personnes atteintes de démence puissent recevoir le soutien et l'aide médicale nécessaires. De même, l'experte a fait allusion à l'importance des communautés religieuses, car elles pouvaient servir d'outil pour apporter réconfort et paix aux aidants familiaux et aux personnes atteintes de démence. Par conséquent, il peut être pertinent de prendre

en compte et de respecter les différentes croyances religieuses qu'ils peuvent avoir. Enfin, l'experte a estimé que les services de soins ambulatoires et hospitaliers étaient essentiels au système de soutien des aidants familiaux, car ils fournissaient un soutien ainsi que des conseils fondés sur des informations objectives et une expérience clinique, ce qui contribuait considérablement à la santé mentale, psychologique et émotionnelle des aidants familiaux.

8. Références

1. Glynn I, Kelly T, Piaras MÉ: The Re-emergence of Emigration from Ireland. In. Washington, DC: Migration Policy Institute; 2015.
2. Éinrí PM, White A: Immigration into the Republic of Ireland: A bibliography of recent research. *Irish Geography* 2008, 41(2):151-179.
3. Quinn E: Country Profile Ireland. In. Édité par Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 19; 2010.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Ireland; 2019.
5. United Nations: Migration Profiles: Ireland; 2013.
6. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Ireland; 2019.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
8. Esri: World Ocean Background; 2010.
9. Central Statistics Office: Census 2016. In. Cork: Central Statistics Office 2016.
10. Department of Health: The Irish National Dementia Strategy. In. Dublin; 2014.
11. National Dementia Office Ireland: Ireland: national standards on dementia. In., Conversation par E-mails edn.; 2019.
12. Foley T, Jennings A, Swanwick G: Dementia: Diagnosis & Management in General Practice: ICGP Quality and Safety in Practice Committee; 2019.

Islande

Population
364 000 (2020)

Superficie
103 000 km^2

Capitale
Reykjavík

Trois plus grandes villes
Reykjavík (131 000)
Kópavogur (38 000)
Hafnarfjörður (30 000)

Pays voisins
Aucun

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

En raison de sa situation géographique, l'Islande n'a pas une longue histoire de migration. Jusqu'à il y a quelques années, la population restait relativement isolée et homogène. Dans le passé, l'Islande a été davantage caractérisée par l'émigration de ses citoyens et la migration de retour. Entre 1960 et 1996, l'Islande a connu une émigration nette d'environ 9 300 personnes. Une forte croissance économique et un secteur touristique en plein essor ont conduit à l'arrivée dans le pays d'un plus grand nombre d'immigrants sans origine islandaise à la fin des années 1990 et au début du nouveau millénaire. Entre 1997 et 2008, l'Islande a connu une immigration nette de 20 300 personnes. En raison de la crise bancaire de 2008, le nombre d'émigrants a dépassé le nombre d'immigrants entre 2009 et 2012. En 2013, le solde migratoire était à nouveau positif et en 2016, il a dépassé la barre des 10 000. Alors que le solde démographique des citoyens non islandais est clairement positif, le nombre de citoyens islandais a légèrement diminué. Cela a entrainé une augmentation historique du nombre et de la proportion de citoyens étrangers sur l'île [1]. Au cours de la période 1990-2019, la population migrante (née à l'étranger) est passée de 9 600 à 52 400 et la proportion de migrants dans la population totale de 3,8 à 15,5 % [2]. Au cours des dernières décennies, on a également constaté un changement dans les pays d'origine des immigrants. En 1986, 70 % des immigrants non islandais venaient du Danemark, des États-Unis, de la Royaume-Uni, de la Suède et de la Norvège. En 2016, les citoyens des pays de l'UE non nordiques constituaient le groupe le plus important [1]. À l'exception de 2004 (Portugal), depuis 1995, la Pologne est le principal pays d'origine des immigrants (2016 : 2 800 ou 36 %) [1, 3]. Mais des personnes ont également immigré de Lituanie (700), des États-Unis (300), d'Allemagne (300) et d'autres pays (3 800) (en 2016) [1]. En 2013, les personnes originaires de Pologne (9 400), du Danemark (3 100), de Suède (1 900), des États-Unis (1 900) et d'Allemagne (1 600) représentaient les groupes de migrants les plus importants [4]. L'Islande est devenue un pays d'immigration, notamment pour les migrants originaires de Pologne et de certains autres États membres de l'UE. En 2020, le taux de migration nette sera de 1,1 [5].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

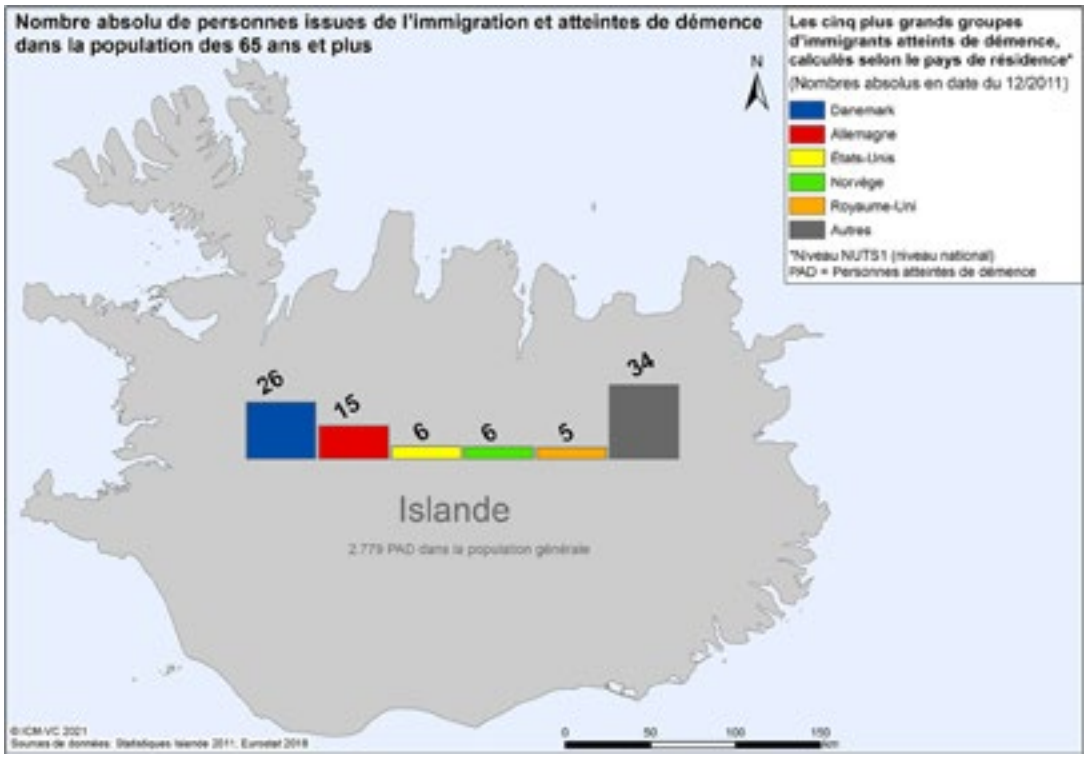


Fig. 3.7.15.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Islande - Nation)

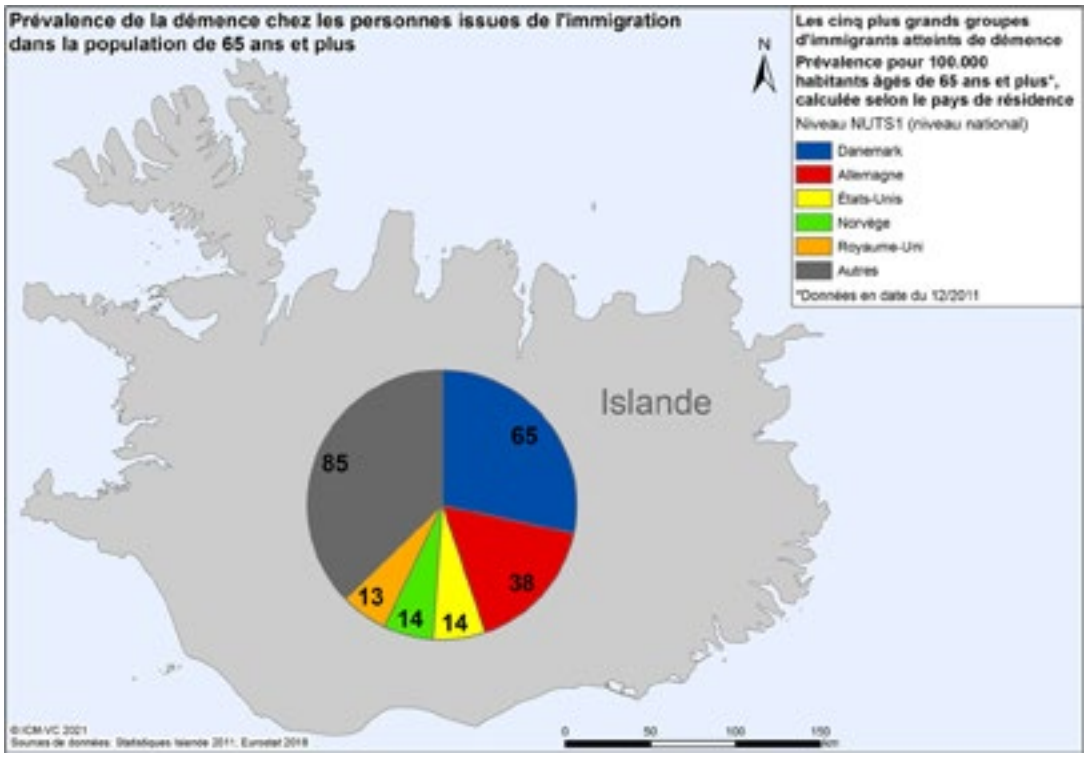


Fig. 3.7.15.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Islande – Nation)

Tableau 29: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Islande - Nation)

NUTS	Total	IS	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Islande	2.779	2.687	DK 26	DE 15	US 6	NO 6	UK 5	34
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Islande	20.851	-	DK 196	DE 113	US 43	NO 41	UK 39	258
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Islande	6.900	6.672	DK 65	DE 38	US 14	NO 14	UK 13	76

Source des données: Statistics Iceland (2011)

Il y a 1 300 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 90 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.15.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires du Danemark (environ 30), de l'Allemagne (environ 20), des États-Unis (environ 10), de la Norvège (environ 10) et de la Royaume-Uni (environ 10). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Islande pour 100 000 habitants de 65 ans ou plus (figure 3.7.15.2). Le tableau 29 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [6-8].

3. Plan national de lutte contre la démence

Au moment de la première recherche, le 1er juin 2019, aucun PND n'a pu être identifié pour l'Islande [9]. Cependant, en avril 2020, le gouvernement a publié un PND : le « Plan d'action pour les services aux personnes atteintes de démence ». Ce plan d'action contre la démence comporte 27 pages et couvre 5 sujets : 1. le droit à l'autodétermination, la participation du patient et le cadre juridique, 2. la prévention, le diagnostic en temps utile au bon endroit et le suivi post-diagnostic, 3. l'activité, l'entraide et le soutien, 4. les soins appropriés en fonction du stade de la démence, et 5. la recherche, les connaissances et les compétences. Le document ne fait pas référence au sujet de la migration [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

L'Islande dispose d'un guide de traitement intitulé « Directive clinique 2007 : diagnostic et traitement de la démence » de 2007 de 10 pages qui se réfère aux thèmes suivants : analyse (anamnèse et diagnostic différentiel, évaluation initiale des capacités cognitives, recherche d'autres maladies et de maladies d'accompagnement, analyse d'images, etc.), traitement non médicamenteux (stimulation des capacités cognitives, stimulation sensorielle, activité physique et réhabilitation, aménagement de l'environnement, etc.), traitement médicamenteux et information des patients et des proches. Le thème de la migration n'est pas non plus abordé dans ce document [11].

5. Références

1. Heleniak T, Sigurjonsdottir HR Once Homogenous, Tiny Iceland Opens Its Doors to Immigrants [https://www.migrationpolicy.org/article/once-homogenous-tiny-iceland-opens-its-doors-immigrants]. (2018). Consulté le 21 avril 2020.
2. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Iceland; 2019.
3. Statistics Iceland: Migration remains high in 2018. [https://www.statice.is/publications/news-archive/inhabitants/migration-2018/]. (2019). Consulté le 21 avril 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Iceland; 2013.
5. International Organization for Migration. Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Iceland; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Statistics Iceland: Census 2011. In. Reykjavík: Statistics Iceland; 2011.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
10. Government of Iceland: Aðgerðaáætlun um þjónustu við einstaklinga með heilabilun. In. Édité par Ministry of Health; 2020.
11. Directorate of Health: Heilabilun greining og meðferð; 2007.

< retour au sommaire

Italie

Population
60 245 000 (2020)

Superficie
302 068 km^2

Capitale
Rome

Trois plus grandes villes
Rome (2 840 000)
Milan (1 400 000)
Naples (960 000)

Pays voisins
Autriche, Monaco, Slovénie, Suisse

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence'
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Au cours des dernières décennies, l'Italie est passée du statut de pays d'émigration à celui de pays d'immigration. Entre 1876 et 1976, près de 24 millions de personnes ont émigré d'Italie (principalement vers l'Amérique avant la Seconde Guerre mondiale, puis vers l'Europe du Nord). Avant les années 1970, l'immigration en Italie se caractérisait principalement par l'arrivée de petits groupes de personnes provenant des anciennes colonies d'Afrique de l'Est (par exemple, l'Érythrée) et des pays catholiques d'Amérique latine et d'Asie. Dans les années 1960, des travailleurs saisonniers de Tunisie ont migré vers la Sicile. En outre, certains réfugiés politiques du Vietnam et du Chili, ainsi que des étudiants d'Iran et de Grèce ont été admis. Toutefois, l'Italie a connu sa première immigration nette positive en 1973. Depuis lors, la population étrangère a fortement augmenté et l'Italie est devenue un pays d'immigration. La raison de ce changement dans les années 1970 est la politique d'immigration restrictive de nombreux pays d'Europe du Nord après la crise pétrolière et l'absence de politique d'immigration en Italie. La première grande vague d'immigration a eu lieu entre 1984 et 1989, lorsque 700 000 à 800 000 personnes sont arrivées en Italie. La plupart des migrants venaient de Tunisie, du Maroc, du Sénégal et des Philippines. De nombreux migrants sont venus d'Europe de l'Est dans les années 1990 (Albanie, Yougoslavie, Pologne) et au début des années 2000 (Roumanie, Ukraine, Moldavie). En 2013, les personnes originaires de Roumanie constituaient le plus grand groupe de migrants avec 832 100 personnes, suivies par l'Albanie (451 400) et le Maroc (407 100) [1]. Entre 2014 et 2017, un grand nombre de migrants et de réfugiés sont arrivés en Italie par la mer (624 700) [2]. Au cours des dernières décennies, l'absence de politique d'immigration a entraîné une composition extrêmement hétérogène de la population migrante en Italie (192 pays d'origine différents) et un grand nombre d'immigrants sans papiers [1]. Globalement, entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a plus que quadruplé (de 1,4 à 6,3 millions). Il en a été de même pour la proportion de migrants dans la population totale au cours de la même période (2,5 à 10,4 %). Le taux de migration nette est continuellement positif depuis 2000 (2020 : 2.5 %) [3].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

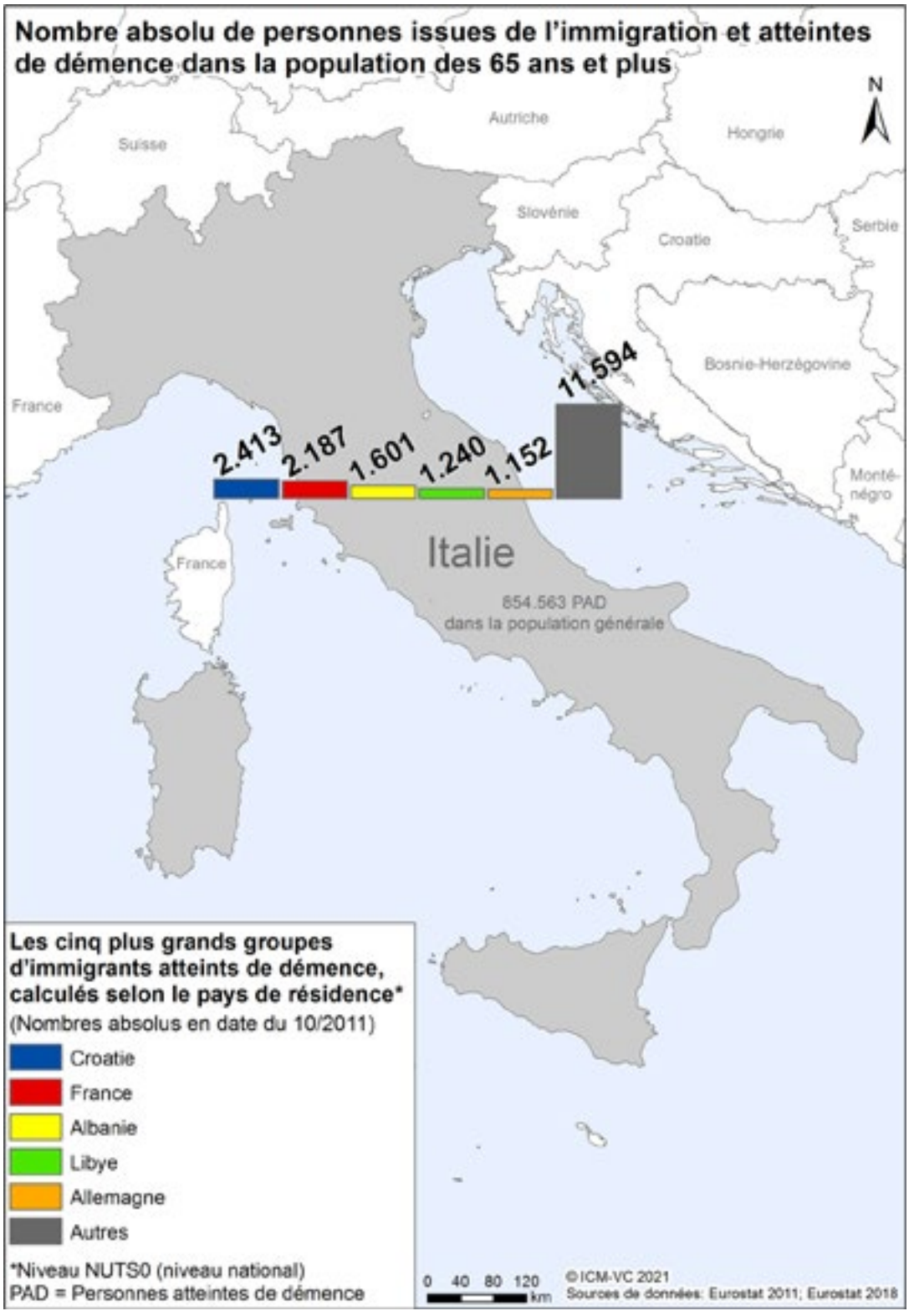


Fig. 3.7.16.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Italie – Nation)

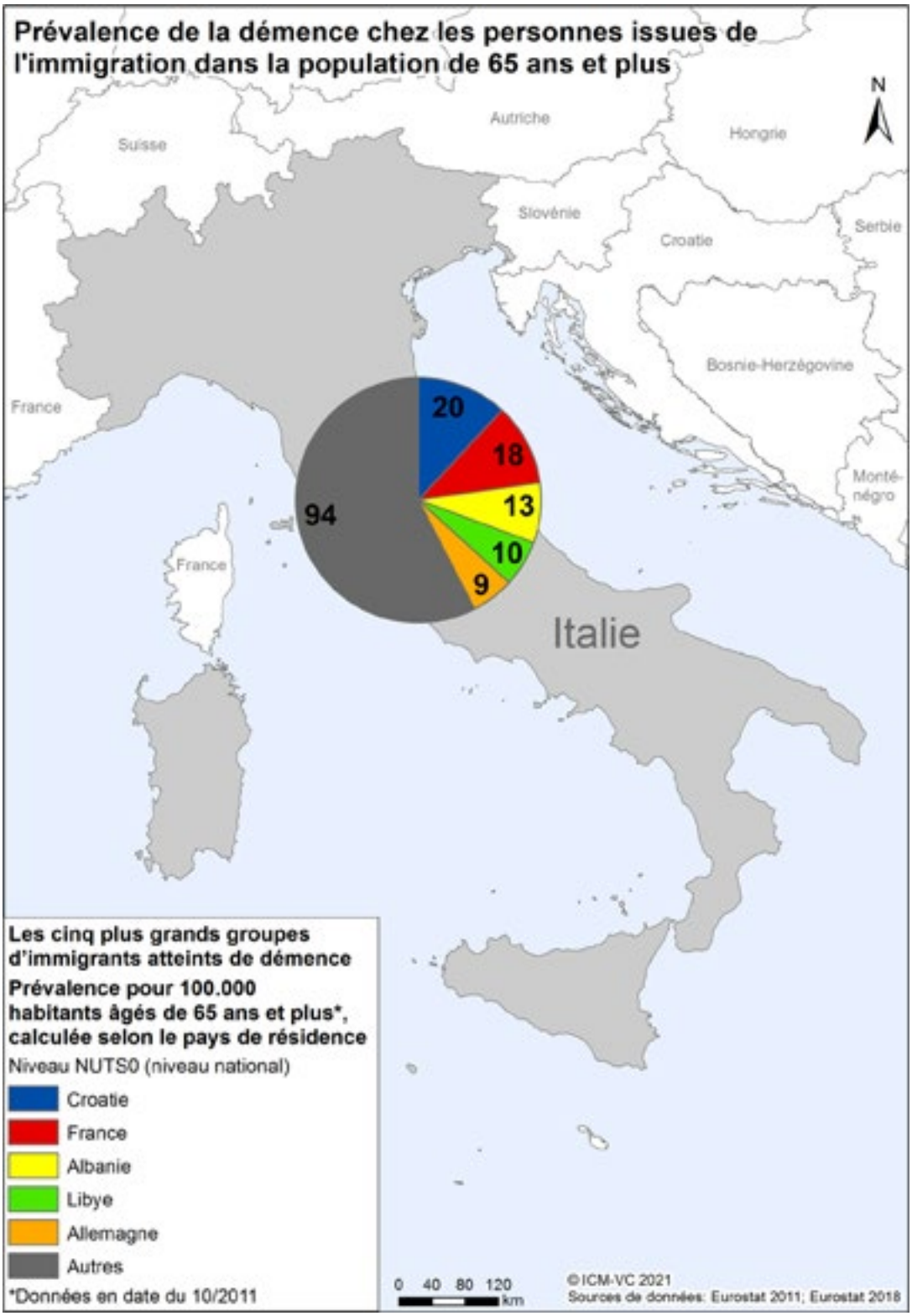


Fig. 3.7.16.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Italie – Nation)

Tableau 30: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Italie - Nation)

NUTS	Total	IT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Italie	854.563	834.377	HR 2.413	FR 2.187	AL 1.601	LY 1.240	DE 1.152	11.593
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Italie	29.210	-	HR 82	FR 75	AL 55	LY 42	DE 39	397
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Italie	6.900	6.737	HR 19	FR 18	AL 13	LY 10	DE 9	94

Source des données: Eurostat (2011)

Il y a 292 600 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 20 200 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.16.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Croatie (environ 2 400), de France (environ 2 200), d'Albanie (environ 1 600), de Libye (environ 1 200) et d'Allemagne (environ 1 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Italie pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.16.2). Le tableau 30 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [4-6].

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour l'Italie, deux documents ont pu être identifiés, intitulés « La nouvelle stratégie nationale italienne » de 2014 et « Plan national de lutte contre la démence - État des lieux » de 2019.
« La nouvelle stratégie nationale italienne » contre la démence de 2014 compte 13 pages. Il se compose des sujets suivants : L'Italie et la démence (taille de la population des personnes âgées et des personnes atteintes de démence en Italie, nombre estimé d'aidants familiaux), les services de santé pour la démence en Italie, le plan national de lutte contre la démence (domaines abordés : prévention, réseau de services, soins intégrés, recherche, éthique et responsabilisation des patients/aidants, lutte contre la stigmatisation), les objectifs du plan, les actions et les développements futurs. Dans aucun de ces sujets, il n'est fait référence à la migration [7].
Le document « Plan national de lutte contre la démence - État des lieux » de 2019 compte 25 pages et se concentre sur les thèmes suivants : définition et causes des démences, influence de l'environnement, troubles cognitifs et fragilité, évolution démographique et incidence italienne, interventions et actions en matière de politique sanitaire et socio-médicale, mise en œuvre de stratégies et d'interventions en

matière de soins, d'activités de soutien, d'activité physique et de réadaptation, innovations technologiques, sensibilisation et réduction de la stigmatisation, augmentation de la qualité de vie, recherche, observatoire des démences, lignes directrices italiennes et outils internationaux existants. Ce document cite le projet « Démence chez les immigrés et les minorités ethniques vivant en Italie : aspects cliniques et épidémiologiques et services de santé publique » (ImmiDem), qui est le premier projet italien à s'intéresser à la prévalence de la démence dans la population immigrée et dans les minorités ethniques. Toutefois, il n'est fait aucune autre référence au sujet de la démence et de la migration [8].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon un représentant de la société italienne de gérontologie et de gériatrie, il n'existe pas de lignes directrices italiennes pour le traitement de la démence. Il n'existe qu'une version des lignes directrices anglaises traduite en italien par le *Gruppo Italiano per la Medicina Basata* (= Groupe italien pour la médecine fondée sur les preuves) (GIMBE) [9].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'expert, les personnes issues de l'immigration sont généralement considérées comme une population vulnérable composée de personnes originaires de Roumanie, d'Ukraine, du Pérou et de pays d'Afrique du Nord tels que le Maroc, la Tunisie, l'Algérie et la Libye. Le système de santé les reconnaît et anticipe leurs besoins. Mais si le thème de la santé et de la migration est considéré comme très important, celui de la démence et de la migration est encore un concept tellement nouveau qu'il a suscité peu d'intérêt et d'attention jusqu'à présent, selon l'expert. À ce jour, une seule initiative nationale porte sur la démence et la migration - le projet ImmiDem. L'expert a noté que les personnes issues de l'immigration constituent un groupe vulnérable en termes de diagnostic et d'accès aux services de santé formels. La démence est sous-diagnostiquée dans cette population, ce qui fait que leurs besoins ne sont pas suffisamment pris en compte. En outre, les personnes issues de l'immigration n'utilisent pas beaucoup les services de santé. S'ils présentent un problème cognitif, ils peuvent s'adresser à leur médecin généraliste ou à leur communauté, mais ne cherchent généralement pas à obtenir une aide médicale supplémentaire ou des services spécialisés.

L'Italie s'efforce de suivre une stratégie de soins de santé intégratifs, dans laquelle les personnes atteintes de démence utilisent les services de santé existants. Toutefois, l'expert a souligné qu'en réalité, les services n'étaient

pas adaptés aux patients atteints de démence issus de milieux et de cultures différents, car il s'agissait d'un sujet très récent en Italie. Il existe de nombreux obstacles, tels que les barrières linguistiques, l'analphabétisme en matière de santé, ainsi que des obstacles inconnus du système de santé et des prestataires de soins de santé, qui font que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence n'utilisent pas les services. Ainsi, les personnes atteintes de démence sont à peine incluses dans le système de santé. Par expérience, l'expert a noté que c'étaient surtout les migrants les plus en forme, les plus riches et les mieux intégrés qui accédaient aux services spécialisés. Des informations sur la démence en différentes langues pour les personnes issues de l'immigration ne sont disponibles que dans quelques régions. Le projet ImmiDem vise à mettre en place un site Internet où les personnes issues de l'immigration peuvent s'informer sur les centres où leur langue est parlée et où ils peuvent trouver l'adresse et les coordonnées pour améliorer et augmenter l'accès aux services. L'expert a déclaré qu'il n'existait actuellement aucun service spécialisé pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les soins hospitaliers et ambulatoires en Italie. Sur les 600 cliniques de mémoire que compte l'Italie, seules quelques-unes offrent des soins adaptés à la diversité culturelle. Dans certains centres de certaines régions, des outils cognitifs interculturels et du matériel d'information dans des langues autres que l'italien sont disponibles et utilisés, par exemple à Milan ou à Trente. Quelques centres ou services individuels travaillent avec des médecins généralistes pour faciliter l'accès aux cliniques de la mémoire et diffuser des informations. Certains développent ou utilisent des mesures, des outils ou du matériel d'information pour les personnes issues de l'immigration, comme le RUDAS comme instrument de dépistage cognitif, mais cela ne se fait qu'au niveau local. Il n'existe donc pas d'approche uniforme et sensible du diagnostic sur le plan culturel pour soutenir et impliquer les familles dans le processus. Habituellement, la plupart des centres utilisent les mêmes procédures de diagnostic pour les personnes issues de l'immigration que pour les non-migrants, c'est-à-dire qu'ils utilisent le MMSE et d'autres tests qui sont fortement influencés par les aspects culturels. L'expert a donc estimé que les services existants ne sont adaptés qu'aux non-migrants atteints de démence.

L'expert a déclaré que, dans l'ensemble, il était crucial de développer une approche compétente en termes culturels de la démence en général, et qu'il était de notre devoir d'améliorer l'offre de soins. Il ne s'agit pas seulement de répondre aux besoins actuels des personnes issues de l'immigration. À l'heure actuelle, la démence et la migration sont des préoccupations périphériques, mais elles vont progressivement prendre de l'importance. Il est donc important d'anticiper un grand besoin de tels services à l'avenir. En outre, il est impératif de forger des collaborations entre les médecins généralistes, les autres professionnels de la santé, les services spécialisés, les communautés religieuses et d'autres organisations pour sensibiliser le public à ce sujet.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Selon l'expert, les soins adaptés à la diversité culturelle ne font pas partie de la qualification professionnelle, et les possibilités de formation professionnelle en matière de soins

interculturels n'existent que sous la forme de quelques initiatives isolées.
La proportion de soignants professionnels issus de l'immigration dans le domaine des soins ambulatoires est exceptionnellement élevée, comme l'indique l'expert. Ils sont principalement originaires de pays d'Europe de l'Est comme la Roumanie et l'Ukraine, ainsi que du Pérou et des Philippines. Les soins qu'ils dispensent varient en fonction du contexte culturel. Par exemple, les aidants professionnels du Pérou sont extrêmement doux et gentils avec les patients atteints de démence. La situation est très similaire dans le domaine des soins hospitaliers. La proportion d'aidants professionnels issus de l'immigration est élevée. Ils sont principalement originaires de pays d'Europe de l'Est comme la Fédération de Russie, l'Ukraine, la Roumanie, le Sri Lanka, le Bangladesh et d'autres pays d'Asie du Sud, ainsi que d'Amérique du Sud. Mais le besoin de soins adaptés à la diversité culturelle n'est pas satisfait par des professionnels suffisamment qualifiés dans les soins hospitaliers et ambulatoires.

7. Soutien aux aidants familiaux

L'expert a déclaré que la famille ainsi que les organisations de migrants, les communautés religieuses et les prestataires de services jouaient un rôle important dans le soutien aux aidants familiaux. Cependant, leur importance peut varier en raison de l'hétérogénéité de la population issue de l'immigration. Par exemple, pour certaines personnes issues de l'immigration, les communautés religieuses peuvent être une source de soutien plus importante que pour d'autres personnes issues de l'immigration. Mais globalement, l'importance de tous ces réseaux est cruciale.
Il existe des différences majeures dans l'adéquation et l'utilisation des services existants entre les personnes issues de l'immigration et les non-migrants, car le système de santé n'est actuellement pas équipé pour servir efficacement les personnes issues de l'immigration, comme indiqué ci-dessus. Par conséquent, le besoin de services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration est très élevé. L'expert a noté qu'il était essentiel de développer un meilleur système pour fournir des informations et un soutien aux aidants familiaux de personnes atteintes de démence en Italie, quel que soit le contexte migratoire.

8. Références

1. Bettin G, Cela E: The evolution of migration flows in Europe and Italy. *Economia Marche / Journal of Applied Economics* 2014, 0(1):37-63.
2. United Nations High Commissioner for Refugees: Mediterranean Situation: Italy. In., 2020 Ausg; 2020.
3. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Italy; 2019.
4. Esri: World Ocean Background; 2010.
5. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
6. Eurostat: Census 2011; 2011.
7. Di Fiandra T: The new Italian National Strategy. In. Edité par le Ministry of Health I. Rome; 2014.
8. Bologna F: National Dementia Plan - the state of the art; 2019.
9. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria: Linee guida per il trattamento nazionale per la demenza in Italia. In., Conversation par E-mails edn.; 2019.

Lettonie

Population
1 908 000 (2020)

Superficie
63 290 km^2

Capitale
Riga

Trois plus grandes villes
Riga (627 000)
Daugavpils (82 000)
Liepaja (69 000)

Pays voisins
Biélorussie, Estonie, Lituanie, la Fédération de Russie

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

L'histoire migratoire de la Lettonie se caractérise par des vagues d'immigration et d'émigration à grande échelle (notamment vers et depuis la Fédération de Russie). Les premiers grands groupes de personnes originaires de la Fédération de Russie sont arrivés en Lettonie au XVIIIe siècle. À la fin du XIXe siècle, la population de la Fédération de Russie était passée à 200 000 personnes [1]. Pendant la première guerre mondiale, environ 400 000 personnes ont fui vers la Fédération de Russie [2]. Après la signature du traité de paix avec la Fédération de Russie en 1918, près de 300 000 personnes sont revenues de la Fédération de Russie [3]. Pendant la Seconde Guerre mondiale, 200 000 personnes ont fui vers l'Ouest et l'Allemagne. Parallèlement à cela, un important afflux de personnes en provenance de la Fédération de Russie a commencé en 1940. Entre 1945 et 1959, environ 400 000 personnes de la Fédération de Russie et 100 000 personnes d'autres minorités ethniques ont immigré en Lettonie (dans le même temps, au moins 60 500 personnes nées en Lettonie ont été expulsées) [2]. L'immigration en provenance de la Fédération de Russie est restée élevée jusque dans les années 1980. En 1989, la proportion de minorités ethniques dans la population totale était de 48 %. À la suite de la déclaration d'indépendance du 4 mai 1990 et de l'effondrement de l'Union soviétique en 1990/1991, la Lettonie a accueilli plus d'un demi-million d'immigrants (y compris des familles entières) en provenance de l'Union soviétique. Par la suite, le nombre d'immigrants et d'émigrants a considérablement diminué. Dans le même temps, la Lettonie est passée d'un pays à solde migratoire positif (jusqu'en 1990) à un solde migratoire négatif (à partir de 1991) [3]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a diminué de 646 000 à 237 300, et la proportion de migrants dans la population totale est passée de 24,2 à 12,4 % [4]. La Lettonie est passée du statut de pays d'immigration à celui de pays d'émigration. L'émigration s'est accélérée, surtout après l'adhésion à l'UE en 2004 [3]. En 2020, le taux de migration nette sera de -7,6 [5]. Cependant, un grand nombre de personnes originaires de la Fédération de Russie vivent toujours en Lettonie et représentent environ un quart de la population (en 2016) [1]. Il existe également de petites populations de personnes originaires de Biélorussie, d'Ukraine, de Pologne et de Lituanie. Au total, un tiers de la population parle russe [6].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

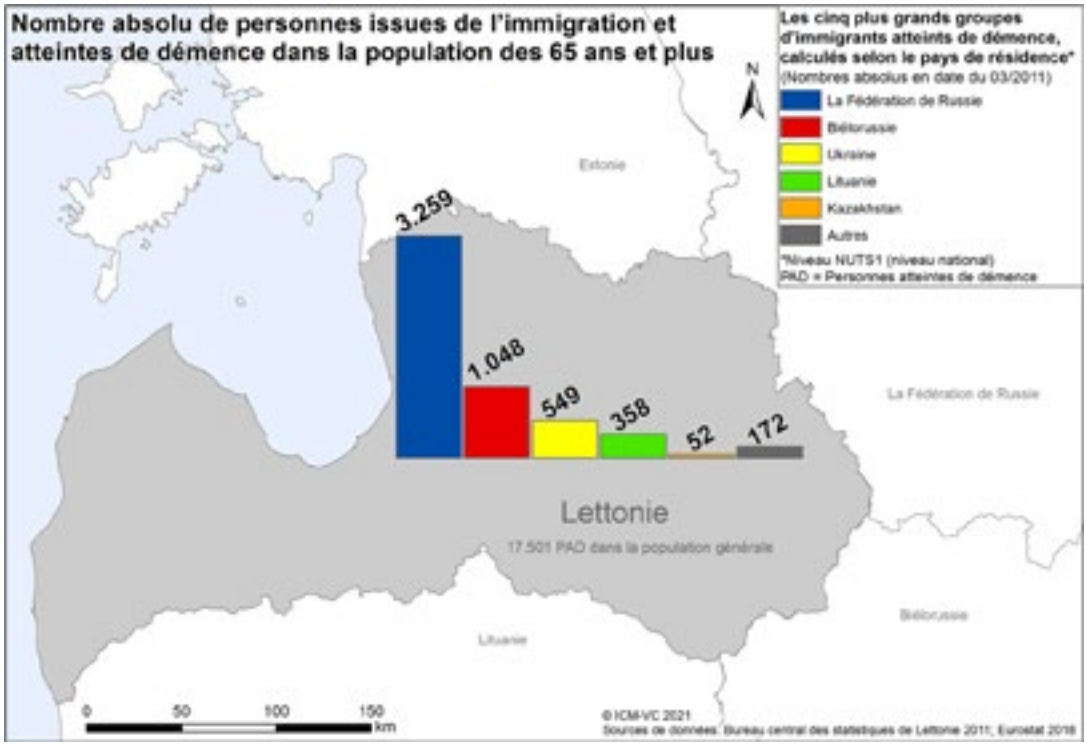


Fig. 3.7.17.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Lettonie – Nation)

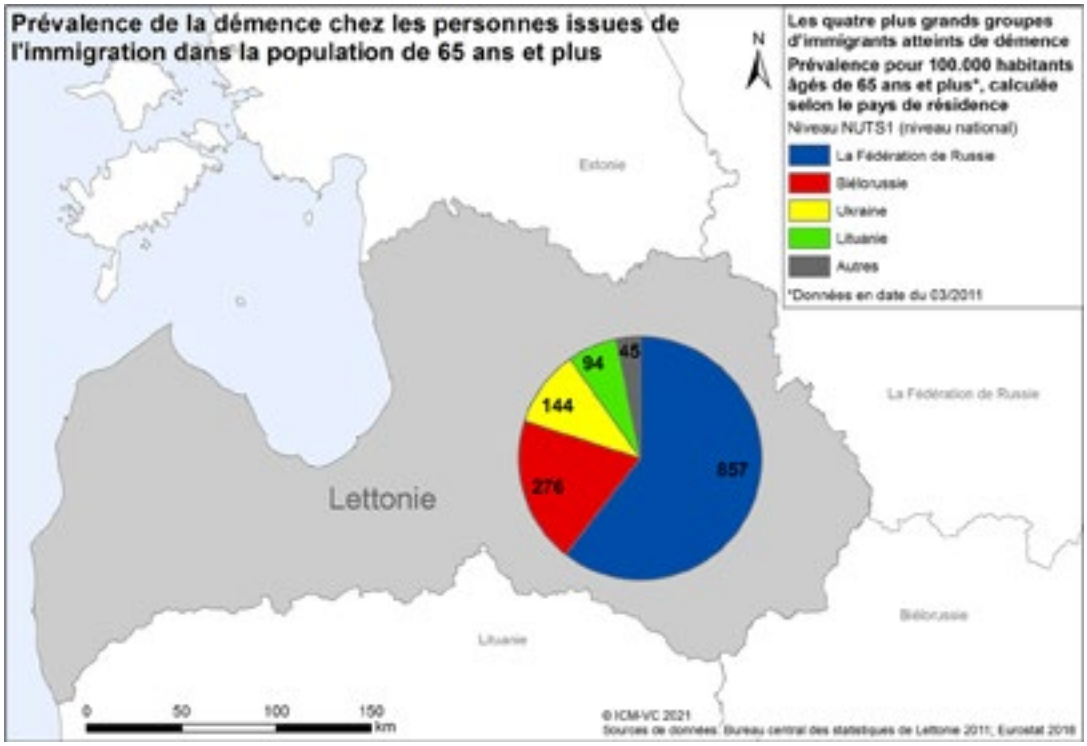


Fig. 3.7.17.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Lettonie – Nation)

Tableau 31: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Lettonie - Nation)

NUTS	Total	LV	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Lettonie	17.501	12.064	RU 3.259	BY 1.048	UA 549	LT 358	KZ 52	172
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Lettonie	1.481	-	RU 276	BY 89	UA 46	LT 30	KZ 4	15
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Lettonie	4.600	3.171	RU 857	BY 275	UA 144	LT 94	KZ 14	45

Source des données : Central Statistical Bureau of Latvia (2011)

Il y a 118 200 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 5 400 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.17.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de la Fédération de Russie (environ 3 300), de Biélorussie (environ 1 100), de l'Ukraine (environ 600), de la Lituanie (environ 400) et du Kazakhstan (environ 50). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Lettonie pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.17.2). Le tableau 31 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [7-9].

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour la Lettonie, aucun PND n'a pu être identifié [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

En Lettonie, un seul document contenant des lignes directrices de traitement a été publié en 2017 : le « Guide clinique pour la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy et la démence frontotemporale » . Ce document compte 162 pages. Il traite deux sujets principaux : 1. les formes les plus courantes de démence, et 2. les caractéristiques et les effets des médicaments destinés au traitement des démences neurodégénératives. En ce qui concerne le premier thème, l'étiologie, les facteurs de risque, le pronostic, le tableau clinique, les critères de diagnostic, le diagnostic, la prévention et le traitement de

chaque forme de démence sont abordés. En ce qui concerne le second thème, l'accent est mis sur le traitement des troubles de la mémoire, des maladies neuropsychiatriques, du syndrome de Parkinson et des troubles du sommeil. Aucun de ces thèmes ne traite d'une question liée à la migration [11]

5. Références

1. Minority Rights Group International: Latvia: Russians. [https://minorityrights.org/minorities/russians-4/]. (2018). Consulté le 22 avril 2020.
2. Rozenberga IG, Zirnite M: Oral History: Migration and Local Identities. In: *Conference at the University of Latvia.* Riga; 2008.
3. SPLASH-db.eu: Policy: „Migration Policies: Latvia" In., 2015 edn.; 2015.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of population at mid-year 2019: Latvia; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Latvia; 2019.
6. Smogorzewski KM, Stranga A, Misiunas RJ, Bater JH, Spekke A, Gulyans PV: Latvia. In: *Britannica.* 2020.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Central Statistical Bureau of Latvia: Population and Housing Census 2011. In. Rīga: Central Statistical Bureau of Latvia 2011.
10. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
11. Latvian Association of Neurodegenerative Diseases: Alcheimera slimības, vaskulāras demences, Levi ķermenīšu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas. In. Riga; 2017.

< retour au sommaire

Liechtenstein

Population
39 000 (2020)

Superficie
160 km²

Capitale
Vaduz

Trois plus grandes villes
Schaan (6 000)
Vaduz (6 000)
Triesen (5 000)

Pays voisins
Autriche, Suisse

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence'
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

En quelques années, le Liechtenstein est passé du statut de pays d'émigration à celui de pays d'immigration. Au XIXe siècle, il y a eu plusieurs vagues d'émigration au cours desquelles une partie de la population a émigré en Amérique en raison de la pauvreté et du manque de perspectives. L'émigration s'est poursuivie jusque dans les années 1920. Dans les années 30, ce sont surtout des citoyens allemands qui ont été naturalisés. Par la suite, l'industrialisation a entraîné une immigration progressive en provenance de Suisse dans la seconde moitié du XIXe siècle [1]. Après la Seconde Guerre mondiale, le Liechtenstein est devenu un pays d'immigration en raison du boom économique [2]. Le besoin croissant de travailleurs qualifiés a été largement satisfait par l'immigration en provenance des pays germanophones. Pour les emplois moins qualifiés, des personnes ont été recrutées dans des pays d'Europe du Sud comme l'Italie, l'Espagne ou le Portugal. Après 1963, les travailleurs italiens, essentiellement saisonniers, ont été de plus en plus remplacés par des travailleurs invités de Yougoslavie, dont le nombre a plus que triplé entre 1973 et 1980. Les changements politiques, sociaux, territoriaux et économiques en Europe ont entraîné un afflux croissant d'étrangers en provenance de l'Europe de l'Est et du Sud-Est, dont la Turquie depuis 1980 [1]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a plus que doublé (10 900 à 25 500). Dans le même temps, la proportion de migrants dans la population totale est passée de 37,9 à 67 %. Il s'agit de la plus forte croissance parmi tous les pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni et de la cinquième plus forte croissance mondiale [3]. Selon les statistiques démographiques de l'Office des statistiques de la Principauté du Liechtenstein, la proportion d'étrangers n'ayant pas la nationalité liechtensteinoise dans la population permanente totale du Liechtenstein était de 34,2 % en 2019. Les groupes de migrants les plus importants sont originaires de Suisse (3 700), d'Autriche (2 300), d'Allemagne (1 700), d'Italie (1 200), du Portugal (700) et de Turquie (600) [4]. La grande importance de la migration au Liechtenstein est due à la position économique du pays, aux entreprises opérant à l'échelle mondiale, au nombre élevé d'employés (surtout des migrants), aux fluctuations de la composition de la population (immigration, émigration et naturalisation d'étrangers, forte mobilité des personnes entre les États) et aux identités multinationales de nombreux citoyens. En termes quantitatifs, le regroupement familial des migrants et la migration de mariage jouent le rôle le plus important dans l'immigration [2].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

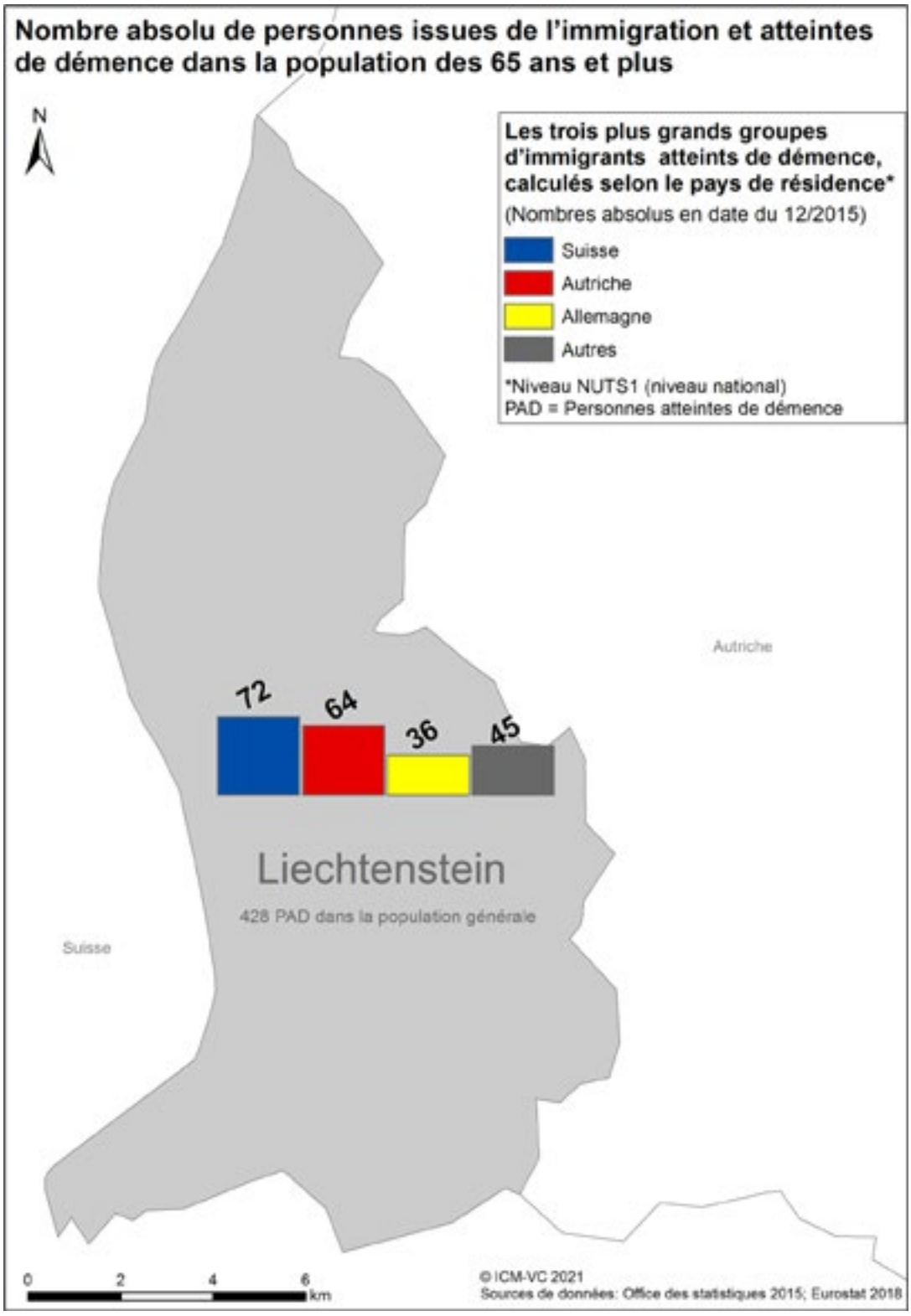


Fig. 3.7.18.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Liechtenstein – Nation)

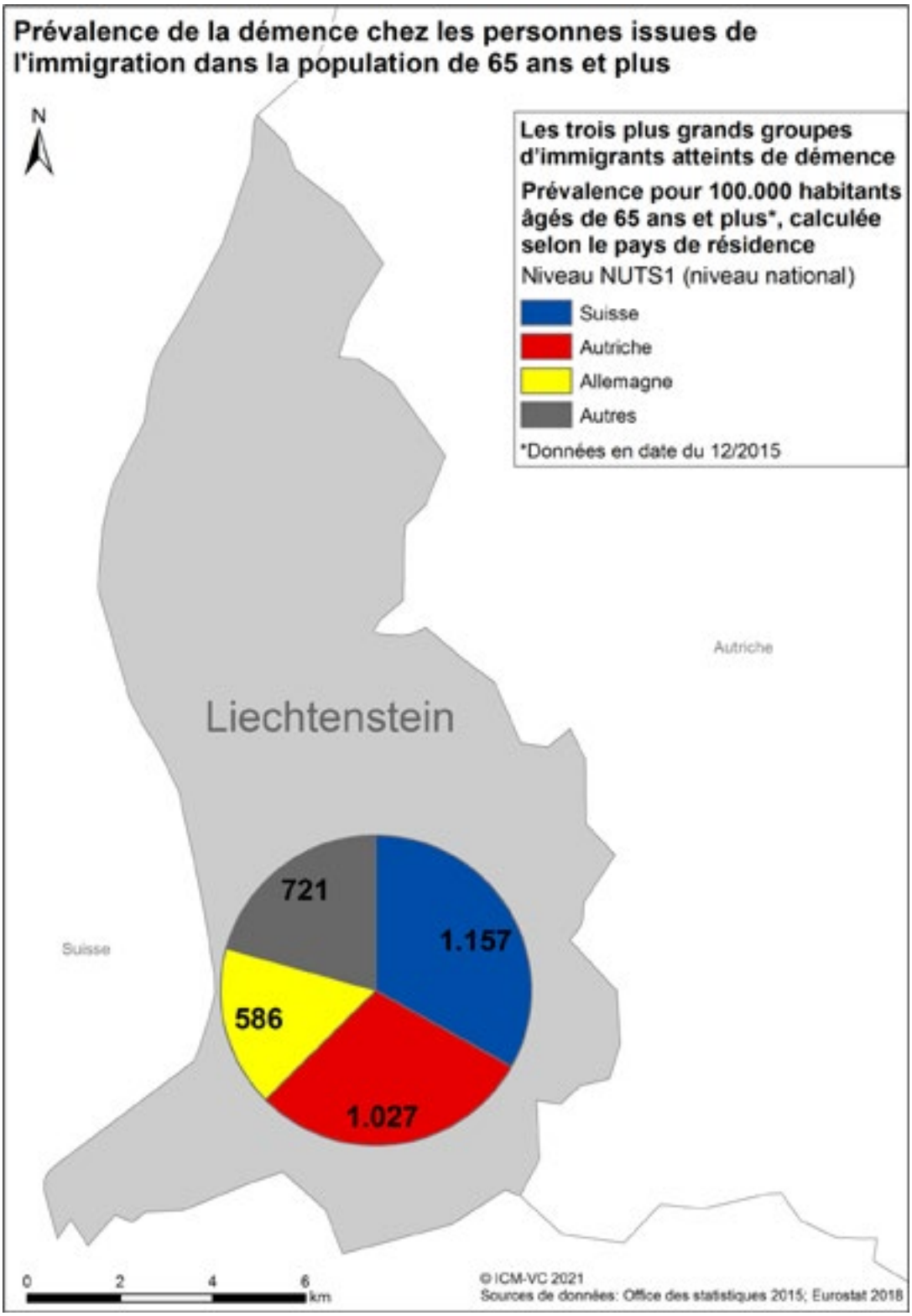


Fig. 3.7.18.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Liechtenstein – Nation)

Tableau 32: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Liechtenstein - Nation)

NUTS	Total	LI	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Liechtenstein	428	211	CH 72	AT 64	DE 36	N/A	N/A	45
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Liechtenstein	1.364	-	CH 229	AT 203	DE 116	N/A	N/A	143
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Liechtenstein	6.900	3.409	CH 1.156	AT 1.027	DE 585	N/A	N/A	721

Note: N/A = non disponible.
Source des données: Amt für Statistik (2015)

Il y a 3 100 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. Parmi eux, environ 200 présentent une forme de démence. La figure 3.7.18.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Suisse (environ 70), d'Autriche (environ 60) et d'Allemagne (environ 40). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence au Liechtenstein pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.18.2). Le tableau 32 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [5, 6].

3. Plan national de lutte contre la démence

La « Stratégie en matière de démence pour la Principauté du Liechtenstein » de 2012 compte 36 pages. Ce document est divisé en quatre chapitres : 1. « La démence : Une vue d'ensemble », 2. « L'importance de la démence pour la santé et la politique sociale », 3. « La démence au Liechtenstein : La situation actuelle », 4. « Les objectifs de la stratégie 2020 en matière de démence ». Il traite, entre autres, les sujets suivants : Qu'est-ce que la démence ? Les formes de démence, le diagnostic, les exigences en cas de démence, les lacunes en matière de traitement, les coûts de la démence, les défis futurs, la structure de soins actuelle au Liechtenstein, la situation des aidants familiaux, les normes de qualité, les six champs d'action de la stratégie en matière de démence (1. Sensibilisation, 2. Détection précoce, 3. Education et formation, 4. Services, 5. Coopération et mise en réseau, 6. Aidants familiaux) ainsi que la mise en œuvre et le financement de la stratégie en matière de démence. Aucun des sujets susmentionnés ne s'inscrit dans un contexte de migration [7].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon l'expert, il n'existe pas de lignes directrices de traitement ou de soins pour la démence au niveau national. Alors que deux organismes de financement ont été chargés de fournir des soins aux patients âgés hospitalisés, l'« Association pour les personnes atteintes de démence au Liechtenstein » a reçu un mandat implicite de l'État pour fournir des soins aux personnes atteintes de démence vivant à domicile [8]. Les statuts de cette association (de 2016) ne considèrent pas le sujet de la migration [9].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basés sur un entretien réalisé et des déclarations écrites et reflètent l'expérience et l'opinion des experts. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

L'expert a déclaré que le thème de la migration dans le contexte des soins aux personnes âgées et aux personnes atteintes de démence ne jouait pas un rôle important au Liechtenstein. Bien qu'il y ait une forte proportion de migrants, la majorité d'entre eux proviennent de pays germanophones. La population des personnes issues de l'immigration non germanophones qui sont à un âge pertinent pour la prise en charge de la démence est extrêmement réduite. Au Liechtenstein, leurs cas sont traités comme des cas individuels. Par exemple, l'expert travaille souvent dans des maisons de retraite et ne connaît aucun résident turcophone et ne connaît qu'une poignée de résidents italiens.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, un modèle intégratif est utilisé. En raison de la faible population totale (environ 38 400 habitants en 2020 [10]), il existe un niveau relativement élevé de contrôle social au Liechtenstein et, grâce à un important travail d'éducation (par exemple, par l'Association pour les personnes atteintes de démence au Liechtenstein), une grande sensibilité au sujet de la démence. Des informations et des services de santé spécifiques à la démence sont disponibles dans tout le pays. Par exemple, tous les ménages reçoivent des dépliants d'information sur la démence. Selon l'expert, cette disponibilité nationale des services s'applique en principe aussi aux personnes issues de l'immigration. Cependant, il n'existe pas de services de soins spécifiquement adaptés aux besoins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et les informations ne sont disponibles qu'en allemand (dans le contexte de la santé, il n'existe pas de site Internet multilingue ni de brochures d'information en langues étrangères sur le thème de la démence). En raison d'une proportion relativement élevée de migrants dans la profession d'infirmier et d'une grande diversité en ce qui concerne les pays d'origine du personnel infirmier (selon l'estimation de l'expert, environ dix nationalités différentes), les compétences linguistiques et culturelles sont fondamen-

talement disponibles, mais elles ne sont pas systématiquement appliquées ou utilisées pour le développement de services de soins spécialisés pour les personnes issues de l'immigration.

L'expert a mentionné un modèle général de bonne pratique non spécifique à la démence. Il se caractérise par le fait que les prestataires de soins au Liechtenstein disposent du temps et des ressources financières nécessaires pour s'occuper de manière intensive de chaque patient et identifier ses besoins individuels. Ces ressources sont utilisées, par exemple, pour déterminer les besoins linguistiques des personnes issues de l'immigration et pour consulter des traducteurs compétents si nécessaire. En outre, les migrantes ont accès au centre d'information et de conseil pour les femmes « Infra », qui propose des séances d'information sur des sujets tels que le travail, le droit du mariage, les finances et la santé dans le cadre du projet « Integra » soutenu par l'État. Si nécessaire, des traductions en espagnol, portugais, anglais, tibétain et turc sont organisées [11]. En outre, des conseils individuels gratuits sont fournis dans la langue maternelle respective [12] et un service de lecture-écriture est proposé pour aider les femmes de langue étrangère à comprendre, lire ou écrire des lettres officielles ou remplir des formulaires [13].

Selon un deuxième expert, les services de soins existants au Liechtenstein sont adaptés aux non-migrants ainsi qu'aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Bien que les connaissances culturelles ne soient pas toujours présentes, les soins centrés sur la personne sont pratiqués dans les maisons de retraite, où le personnel soignant s'occupe des contextes culturels et biographiques respectifs des personnes.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Selon le premier expert, il y a un manque d'opportunités de formation professionnelle pour les professionnels de santé en matière de soins adaptés à la diversité culturelle ou interculturels (l'expert interrogé n'a participé qu'à un seul évènement de formation interculturelle en 30 ans de carrière). Le second expert a toutefois déclaré que les questions de sensibilité culturelle font partie de l'éducation et de la formation des soignants. Au Liechtenstein, il y a une forte proportion de migrants parmi les soignants professionnels. Selon le second expert, la proportion de soignants professionnels issus de la migration dans le domaine des soins hospitaliés est d'environ 60 %. La majorité de ces aidants sont originaires de pays germanophones (Allemagne, Suisse et Autriche). L'expert interrogé a estimé la proportion de soignants issus de l'immigration de pays non germanophones dans les soins hospitaliers à 5 à 10 %. Dans les soins ambulatoires, selon son expérience, la diversité en termes de pays d'origine est légèrement plus élevée. La proportion de soignants issus de l'immigration de pays non germanophones y est d'environ 10 à 15 %. Les principaux pays d'origine sont l'Italie, le Portugal et l'Espagne. Un certain nombre de soignants (femmes) en soins ambulatoires sont également originaires d'Amérique du Sud (Brésil, Équateur, Costa Rica), de Thaïlande et des Philippines. Le besoin de soins adaptés à la diversité culturelle n'est pas satisfait (que ce soit dans le cadre des soins ambulatoires ou des soins hospitaliers) par des professionnels suffisamment qualifiés.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon l'expert, divers réseaux au Liechtenstein jouent un rôle dans le soutien aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. L'expert a estimé que l'importance des familles dans ce contexte était très élevée et que celle des prestataires de soins et des organisations de migrants l'était également. Le besoin de services spécialisés fournissant un soutien et des informations aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence a également été identifié comme élevé. Actuellement, il y a toujours un manque de ressources d'information adaptées, dans la langue maternelle, pour les aidants de personnes atteintes de démence.

8. Références

1. Marxer W: Migration und Integration: Geschichte - Probleme - Perspektiven In: *Studie zuhanden der NGO-Arbeitsgruppe „Integration".* Liechtenstein-Institut; 2007.
2. Marxer W: Migration: Fakten und Analysen zu Liechtenstein. In: Liechtenstein-Institut; 2012.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Liechtenstein; 2019.
4. Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein: Bevölkerungsstatistik. In: *Vorläufige Ergebnisse 31. Dezember 2019.* Vaduz; 2020.
5. Office of Statistics: Volkszählung. In. Vaduz: Office of Statistics; 2015.
6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Regierung des Fürstentums Liechtenstein: Demenzstrategie für das Fürstentum Liechtenstein. In. Édité par Ressort Soziales und Gesundheit; 2012.
8. Verein für Menschen mit Demenz in Liechtenstein: Nationale Behandlungsrichtlinien für Demenz Liechtenstein. In., Conversation par E-mails edn; 2019.
9. Verein für Menschen mit Demenz: Statuten: Verein für Menschen mit Demenz in Liechtenstein. In. Liechtenstein; 2016.
10. Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein: Liechtenstein in Zahlen 2020. 2020.
11. Infra Informations- und Beratungsstelle für Frauen. Integra für Migrantinnen: Informationsveranstaltungen. [https://www.infra.li/Themen/integrafürMigrantinnen/Informationsveranstaltungen.aspx]. (2020). Consulté le 1er octobre 2020.
12. Infra Informations- und Beratungsstelle für Frauen. Einzelberatungen: Beratungen von Migrantinnen für Migrantinnen [https://www.infra.li/Themen/integrafürMigrantinnen/Einzelberatungen.aspx]. (2020) Consulté le 1er octobre 2020.
13. Infra Informations- und Beratungsstelle für Frauen. Integra für Migrantinnen: Schreib-Lese-Service [https://www.infra.li/Themen/integrafürMigrantinnen/SchreibLeseService.aspx]. (2020). Consulté le 1er octobre 2020.

Lituanie

Population
2 794 000 (2020)

Superficie
62 643 km²

Capitale
Vilnius

Trois plus grandes villes
Vilnius (559 000)
Kaunas (293 000)
Klaipeda (149 000)

Pays voisins
Biélorussie, Lettonie, Pologne, la Fédération de Russie (Oblast de Kaliningrad)

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

La Lituanie n'a pas une longue histoire migratoire. L'État des Balkans est passé d'un pays au solde migratoire positif (entre les années 1960 et 1980) à un pays d'émigration (depuis les années 1990). De 1940 à 1958, la Lituanie a perdu environ un million de personnes à cause des expulsions, des actes de guerre et de l'Holocauste. La fin de la Seconde Guerre mondiale a été marquée par l'expulsion des Allemands de la Baltique et la réinstallation de groupes ethniques provenant d'Union soviétique. Ensuite, l'industrialisation a entraîné un afflux de travailleurs en provenance d'Union soviétique. Jusqu'à la fin des années 1980, la Lituanie affichait un solde migratoire positif de 6 000 à 8 000 personnes par an. Après 1991, les schémas de migration ont changé. Les personnes précédemment expulsées de Lituanie sont rentrées chez elles et les groupes ethniques nouvellement installés ont quitté le pays. Après l'ouverture de l'État à l'Ouest, l'émigration des travailleurs a commencé. Depuis le rétablissement de l'indépendance en 1990, la Lituanie a connu un déclin démographique important. Dans les premières années qui ont suivi la déclaration d'indépendance, les membres des minorités ethniques ont principalement émigré vers la Fédération de Russie et l'Ukraine. Dans la seconde moitié des années 1990, l'émigration vers l'Europe occidentale et l'Amérique du Nord s'est accrue. Avec l'adhésion à l'UE en 2004, le nombre de Lituaniens travaillant ou étudiant à l'étranger a considérablement augmenté. Entre 2004 et 2006, la plupart des personnes ont quitté le pays pour le Royaume-Uni, la Suède et l'Irlande. Depuis 1990, la Lituanie connaît un solde migratoire négatif [1]. En 2013, les personnes originaires de la Fédération de Russie (62 100), de Biélorussie (35 700), de l'Ukraine (13 300), de la Lettonie (6 400) et du Kazakhstan (5 400) représentaient les groupes de migrants les plus importants [2]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a diminué d'un peu moins de 350 000 à 117 200 personnes. La proportion de migrants par rapport à la population totale est passé de 9,4 to 4,2 % [3]. En 2020, le taux de migration nette est de -11,6 % [4]. Ces Chiffres montrent que la Lituanie a une population de migrants nettement inférieure à celle des autres États baltes [1]

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

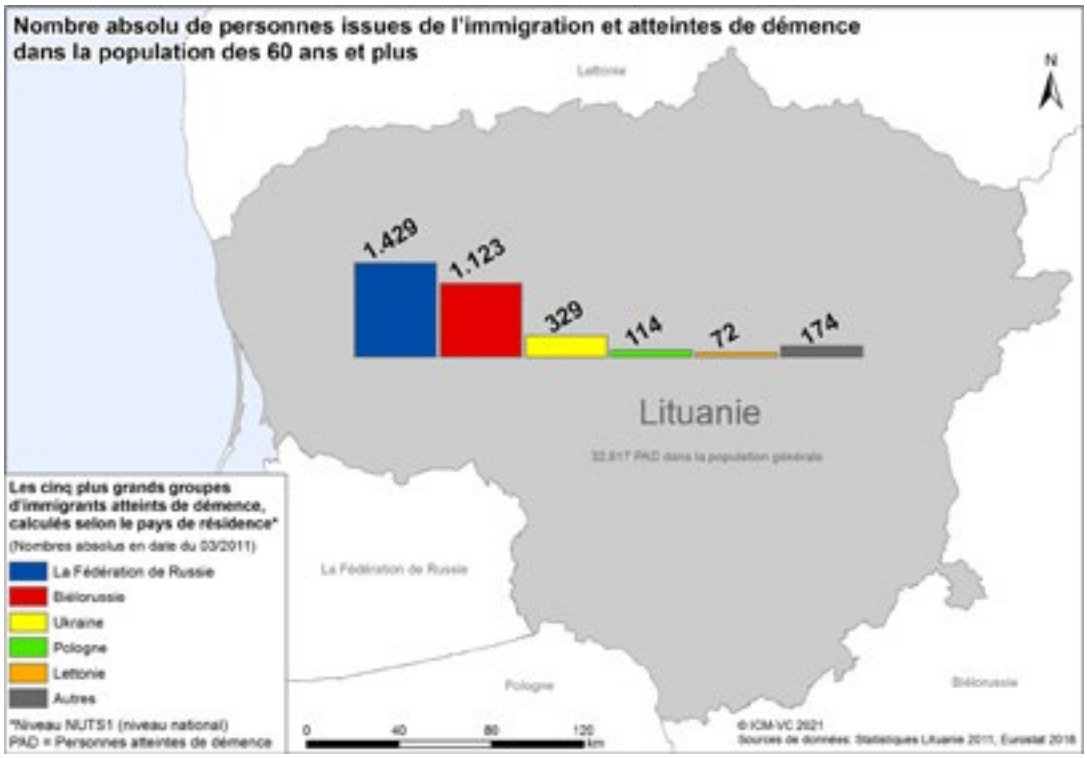


Fig. 3.7.19.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus (Lituanie – Nation)

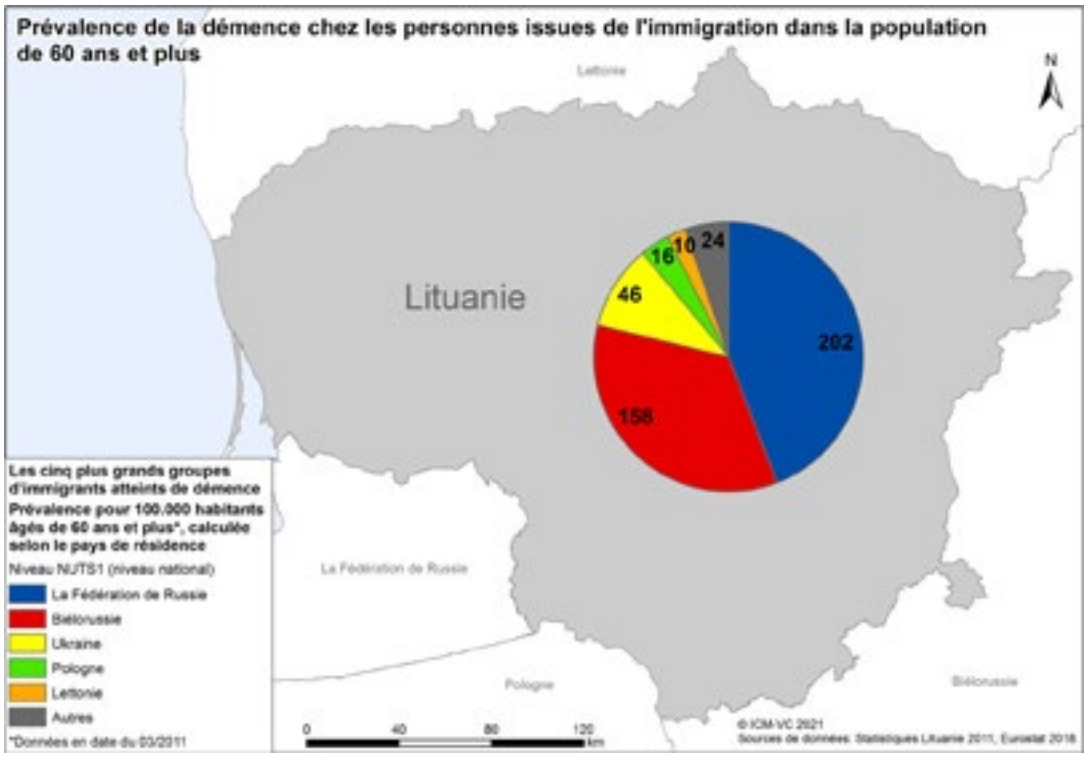


Fig. 3.7.19.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 60 ans et plus (Lituanie – Nation)

Tableau 33: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Lituanie - Nation)

NUTS	Total	LT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Lituanie	32.617	29.376	RU 1.429	BY 1.123	UA 329	PL 114	LV 72	174
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 60+								
Lituanie	4.629	-	RU 203	BY 159	UA 47	PL 16	LV 10	25
Prévalence/100.000 habitants 60+								
Lituanie	4.600	4.143	RU 202	BY 158	UA 46	PL 16	LV 10	24

Source des données: Statistics Lithuania (2011)

Il y a 70 500 personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans ou plus. On estime qu'environ 3 200 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.19.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de la Fédération de Russie (environ 1 400), de Biélorussie (environ 1 100), de l'Ukraine (environ 300), de la Pologne (environ 100) et de la Lettonie (environ 70). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Lituanie pour 100 000 habitants âgés de 60 ans ou plus (figure 3.7.19.2). Le tableau 33 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [5-7].

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour la Lituanie, aucun PND n'a pu être identifié [8].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon un représentant du ministère de la santé, il n'existe pas de lignes directrices nationales de traitement de la démence en Lituanie [9]. Ces résultats suggèrent que le thème de la démence ne joue pas un rôle pertinent dans la politique publique et le discours médical en Lituanie. En ce qui concerne l'organisation des soins de santé, on peut dire que la Lituanie dispose d'un système de soins de santé mixte, financé principalement par le Fonds national d'assurance maladie par le biais d'un système d'assurance obligatoire, complété par d'importantes contributions de l'État au nom de la population économiquement inactive. La plupart des établissements de soins de santé en Lituanie sont des organisations à but non

lucratif. Les fonctions administratives relèvent de la responsabilité du ministère national de la santé ou des municipalités locales. L'agenda politique est fixé par le Parlement par le biais d'amendements législatifs ainsi que de programmes, de stratégies et de plans nationaux. Les dernières réductions des dépenses de santé publique et les paiements directs élevés (en particulier pour les médicaments) pourraient compromettre l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé [10].

5. Références

1. Brake B: Country Profile Lithuania. In. Édité par Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 7; 2007.
2. United Nations: Migration Profiles: Lithuania; 2013.
3. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019; 2019.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Lithuania; 2019.
5. Esri: World Ocean Background; 2010.
6. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
7. Statistics Lithuania: 2011 Population and Housing Census of the Republic of Lithuania. In. Vilnius: Statistics Lithuania; 2011.
8. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
9. Ministry of Health of the Republic of Lithuania: National treatment guidelines for dementia. In., E-Mail Conversation edn.; 2019.
10. Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M: Lithuania: health system review. *Health Syst Transit* 2013, 15(2):1-150. Census of the Republic of Lithuania. In. Vilnius: Statistics Lithuania; 2011.
8. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
9. Ministry of Health of the Republic of Lithuania: National treatment guidelines for dementia. In., E-Mail conversation edn; 2019.
10. Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M: Lithuania: health system review. *Health Syst Transit* 2013, 15(2):1-150.

< retour au sommaire

Luxembourg

Population
626 000 (2020)

Superficie
2 586 km²

Capitale
Luxembourg (ville)

Trois plus grandes villes
Luxembourg (ville) (122 000)
Esch-sur-Alzette (36 000)
Differdange (27 000)

Pays voisins
Allemagne, Belgique, France

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Entre 1840 et 1870, environ 72 000 personnes ont émigré du Luxembourg. Après la découverte de gisements de minerais de fer à la fin du XIXe siècle, un grand nombre de travailleurs étrangers (principalement d'Italie et d'Allemagne) sont venus dans le pays. Au XXe siècle, ce développement s'est poursuivi et l'on a surtout admis des immigrants blancs, catholiques et européens (principalement d'Italie et du Portugal). À partir du milieu des années 1980, l'immigration au Luxembourg a augmenté de manière significative [1]. Au début des années 1990, le Luxembourg a accepté plus de 2 000 demandeurs d'asile, pour la plupart originaires de Bosnie. Pendant la guerre du Kosovo (1998/1999), 5 300 demandes d'asile ont été déposées au Luxembourg, dont seulement 4 % ont été acceptées. À la suite d'une campagne menée par le gouvernement luxembourgeois en 2001 pour légaliser les demandeurs d'asile, 2 850 personnes ont été acceptées comme immigrants légaux. La plupart d'entre eux venaient de l'ex-Yougoslavie [2]. Dans la période qui a suivi la guerre du Kosovo, la plupart des immigrants venaient d'autres pays de l'UE. En 2017, par exemple, les personnes originaires de France, du Portugal et d'Italie représentaient les plus grands groupes d'immigrants [3]. L'immigration au Luxembourg est historiquement et actuellement dominée par les flux en provenance d'autres pays européens. En 2015, la proportion d'immigrants en provenance des pays européens était d'environ 85 % [1]. Par pays d'origine, les Portugais constituent le plus grand groupe de migrants (16 % de tous les étrangers), suivis par la France (7,6 %), l'Italie (3,6 %), la Belgique (3,4 %) et l'Allemagne (2,1 %) [3]. La population migrante (née à l'étranger) du Luxembourg a plus que doublé entre 1990 et 2019 (113 800 à 291 700). Dans le même temps, la proportion de migrants dans la population totale a également augmenté de manière significative (de 29,8 à 47,4 %). En 2020, le taux de migration nette sera d'environ 16,3 % [4]. Ces Chiffres montrent que le Luxembourg est un pays d'immigration.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

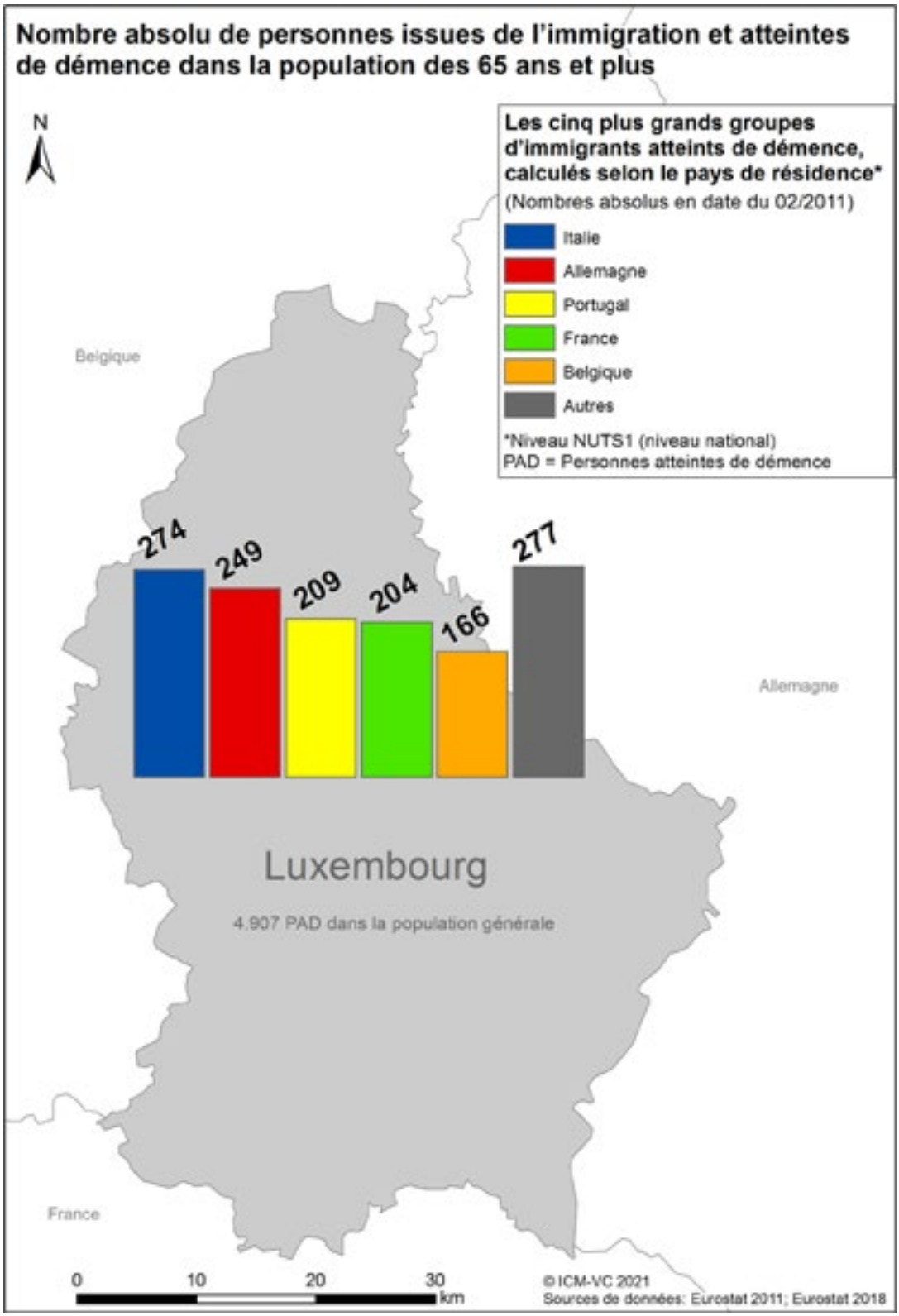


Fig. 3.7.20.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Luxembourg – Nation)

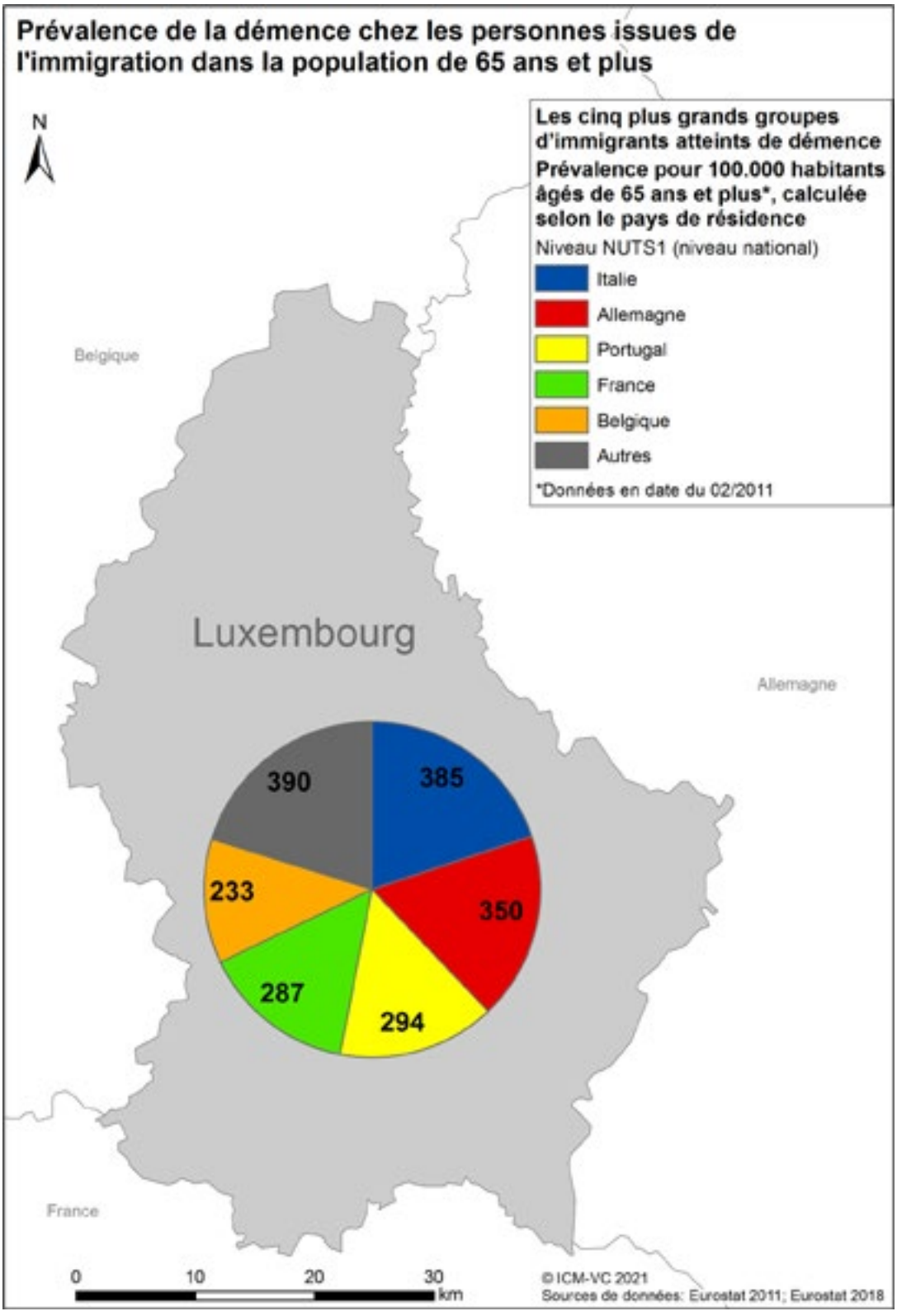


Fig. 3.7.20.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Luxembourg – Nation)

Tableau 34: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Luxembourg - Nation)

NUTS	Total	LU	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Luxembourg	4.907	3.529	IT 274	DE 249	PT 209	FR 204	BE 166	277
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Luxembourg	2.458	-	IT 137	DE 125	PT 105	FR 102	BE 83	139
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Luxembourg	6.900	4.963	IT 385	DE 350	PT 293	FR 287	BE 233	390

Source des données: Eurostat (2011)

Il y a 20 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 1 400 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.20.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Italie (environ 300), d'Allemagne (environ 300), du Portugal (environ 200), de France (environ 200) et de Belgique (environ 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence au Luxembourg pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figures 3.7.20.2). Le tableau 34 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [5, 6].

3. Plan national de lutte contre la démence

Le Luxembourg dispose d'un plan d'action national contre la démence publié en 2013. Ce document de 130 pages aborde les questions de la qualité de vie des personnes atteintes, de la prévention, des troubles cognitifs légers, du diagnostic de la démence, de la prise en charge médicale, des besoins en soins des familles, du suivi de la maladie et de sa gestion dans le temps, de l'accompagnement de la personne atteinte et de son environnement, des soins à domicile, du soutien institutionnel, des aspects éthiques, des droits et de la protection des personnes atteintes, de l'exclusion sociale, du vieillissement en bonne santé et de la société favorable à la démence. Cependant, le PND ne fait à aucun moment référence au thème de la migration [7].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

La directive « Personnes atteintes de démence à l'hôpital » de 2018 comprend 40 pages et aborde les thèmes de l'admission à l'hôpital ou dans un établissement de réadaptation, de l'accompagnement par les proches et/ou les professionnels de la santé, de l'hébergement à l'hôpital, des mesures techniques et structurelles, des bénévoles et de la formation spécialisée de toutes les personnes impliquées dans les soins. Les personnes issues de l'immigration ou les aspects liés à la migration ne reçoivent pas une attention particulière [8].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Sur la base de l'entretien avec l'expert, les personnes issues de l'immigration au Luxembourg peuvent être divisées en deux groupes : Les « premiers » groupes de migrants originaires d'Espagne, d'Italie, du Portugal et de l'ex-Yougoslavie qui se sont installés au Luxembourg il y a longtemps et les « nouveaux » groupes de migrants originaires d'Afghanistan et de Syrie qui sont arrivés au cours des 10 à 15 dernières années.

La stratégie en matière de soins de santé au Luxembourg est une stratégie intégrative. Les groupes de migrants « précoces » sont pleinement intégrés dans la culture luxembourgeoise et, selon l'expert, presque totalement intégrés dans le système de santé. Les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne sont pas incluses dans cette mesure car le Luxembourg a un problème de détection de la démence en général. Les groupes de migrants « plus récents » ne sont pas intégrés dans le système de santé, ce qui se traduit par une faible utilisation des services de santé disponibles. L'expert suppose que l'une des raisons de cette situation est le manque de sensibilisation à la démence en tant que maladie. Mais d'après son expérience avec d'autres groupes de migrants, il estime que l'utilisation augmentera au fur et à mesure que les personnes s'installent au Luxembourg. Les services de santé et les prestataires de services ne font pas de discrimination entre les personnes issues ou non de l'immigration. Ils essaient d'inclure les personnes issues de l'immigration et de s'adapter aux besoins de cette population. L'information est également disponible pour tous. Au Luxembourg, il existe un « *Info-Zenter Demenz* » (centre d'information sur la démence) qui informe le public à ce sujet et les encourage à trouver de l'aide. Ce service est ouvert aux personnes issues ou non de l'immigration. Des services de soins hospitaliers et ambulatoires sont disponibles pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. En outre, l'expert a déclaré que des mesures visant à garantir des soins sensibles aux différences culturelles sont en cours d'élaboration à l'échelle nationale. En outre, en cas de problèmes de communication dans les services de santé et autres, les prestataires

peuvent faire appel à un traducteur pour les aider. Ce service de traduction est financé par le gouvernement.
En ce qui concerne la participation à la conception du matériel d'information et des services de soins de santé, l'expert a noté que les personnes atteintes de démence issues des nouveaux groupes de migrants sont très rarement incluses. Cela s'explique par le fait que le gouvernement souhaite se concentrer sur l'intégration de ce groupe dans la culture luxembourgeoise, en l'aidant à apprendre la langue et les coutumes locales, plutôt que de l'engager dans la création de services spécialisés qui l'isoleraient du reste de la population.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Les soins interculturels ne semblent pas faire partie de la qualification professionnelle des professionnels de la santé à l'échelle nationale. Il existe des possibilités de formation et d'apprentissage sur les soins interculturels pour les professionnels de la santé, mais elles sont proposées sur une base individuelle, et non sous forme de cours collectifs à grande échelle.

L'expert est parti du principe que la proportion de personnes issues de l'immigration nés dans un autre pays que le Luxembourg et travaillant dans le secteur de la santé est faible. Ceux qui travaillent dans les soins de santé sont originaires de l'ex-Yougoslavie. Mais il y a une proportion assez importante de personnes issues de l'immigration de la deuxième génération qui travaillent dans le secteur des soins de santé.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon l'expert, les familles et les communautés religieuses jouent un rôle crucial dans le soutien aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, tandis que les organisations de migrants ne jouent qu'un rôle modérément important. Les prestataires de services de santé sont importants pour les premiers groupes de migrants, mais pas autant pour les groupes de migrants « plus récents ».
L'expert a estimé que le besoin de développer des services spécialisés était faible, car des services adéquats existent déjà et sont toujours adaptés aux besoins des migrants. Toutefois, l'expert a reconnu que l'utilisation de ces services par les personnes issues de l'immigration reste modérément faible.

8. Références

1. Beine M, Souy B: The evolution of immigration and asylum policy in Luxembourg: insights from IMPALA. In. Luxemburg: University of Luxembourg; 2016.
2. Kollwelter S: Immigration in Luxembourg: new Challenges for an Old Country. [https://www.migrationpolicy.org/article/immigration-luxembourg-new-challenges-old-country]. (2007). Consulté le 27 mars 2020.
3. Le Gouvernment Du Grand-Duché de Luxembourg: International Migration in Luxembourg. In: *Continuous Reporting System on Migration - OECD.* Ministére de la Famille, de l'accuell et de l'Intégration ; 2018.
4. International Organization for Migration: Net migration rate in the next 5 years prior to 2020: Luxembourg; 2019.
5. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
6. Eurostat: Census 2011; 2011.
7. Le Gouvernment Du Grand-Duché de Luxembourg: Demenz: Rapport final du Comité de pilotage en vue de l'établissement d'un plan d'action national „maladies démentielles". In. Édité par Ministére de la Famille et de l'ntegration, Ministére de la Santé; 2013.
8. Le Gouvernment Du Grand-Duché de Luxembourg: Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Vorschläge für Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen für die Betreuung und das Verständnis von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In. Édité par Ministère de la Santé. Luxemburg; 2018.

Malte

Population
515 000 (2020)

Superficie
313 km²

Capitale
La Valette

Trois plus grandes villes
Baie de Saint Paul (32 000)
Birkirkara (25 000)
Sliema (24 000)

Pays voisins
Aucun

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

Les îles maltaises ont une longue histoire de migration [1] en raison de leur situation géographique au centre de la mer Méditerranée et de la domination coloniale britannique, qui a duré 164 ans jusqu'en 1964. Au début du XXe siècle, de nombreux Maltais ont émigré en Égypte, en Libye, en Algérie et en Tunisie. Entre le milieu des années 1950 et les années 1980, l'Australie, la Royaume-Uni, le Canada et les États-Unis ont été les destinations de nombreux émigrants. À la même époque, seuls quelques migrants vivaient à Malte. Il y avait une communauté indienne de 300 personnes, une communauté de 3 000 personnes de pays arabophones, et de petites communautés du Nigeria et de Royaume-Uni [2]. Au cours du XXe siècle, Malte est passée d'un pays d'émigration à un pays d'immigration, où la communauté britannique s'est fortement développée [1]. Simultanément, avec l'arrivée d'asiatiques d'Ouganda en 1972, l'État insulaire a commencé à se transformer en un pays d'immigration humanitaire. Ce développement s'est poursuivi avec deux vagues d'immigration en 1991 : L'immigration irakienne pendant la deuxième guerre du Golfe et une deuxième vague après l'effondrement de la Yougoslavie. Pendant les négociations d'adhésion à l'UE entre 1990 et 2004, des milliers de migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont arrivés à Malte. Ce développement s'est intensifié après l'adhésion le 1er mai 2004 [2]. Entre 2002 et 2008, 11 500 migrants sont arrivés à Malte par la mer. Dans le même temps, Malte est devenu l'un des pays ayant le plus haut taux d'acceptation des demandes d'asile en Europe [3]. Ces dernières années, ce sont principalement des migrants originaires de Syrie et de Libye qui ont demandé l'asile à Malte. Bien qu'un nombre croissant de migrants proviennent de pays non membres de l'UE (en 2013, les migrants des pays non membres de l'UE étaient plus nombreux que ceux des pays de l'UE), les personnes originaires de l'UE représentent le groupe de migrants le plus important [1]. En 2013, la Royaume-Uni et l'Irlande du Nord (11 400), l'Australie (5 500), le Canada (2 100), l'Italie (1 600) et les États-Unis (1 500) étaient les principaux pays d'origine de la population migrante [4]. La population migrante de Malte (née à l'étranger) a plus que quintuplé entre 1990 et 2019 (15 100 à 84 900). Dans le même temps, la proportion de migrants dans la population totale est passée de 4,2 à 19,3 % [5]. Le taux de migration nette est continuellement positif depuis 1990 et s'élève actuellement à 2,1 % (2020) [6].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

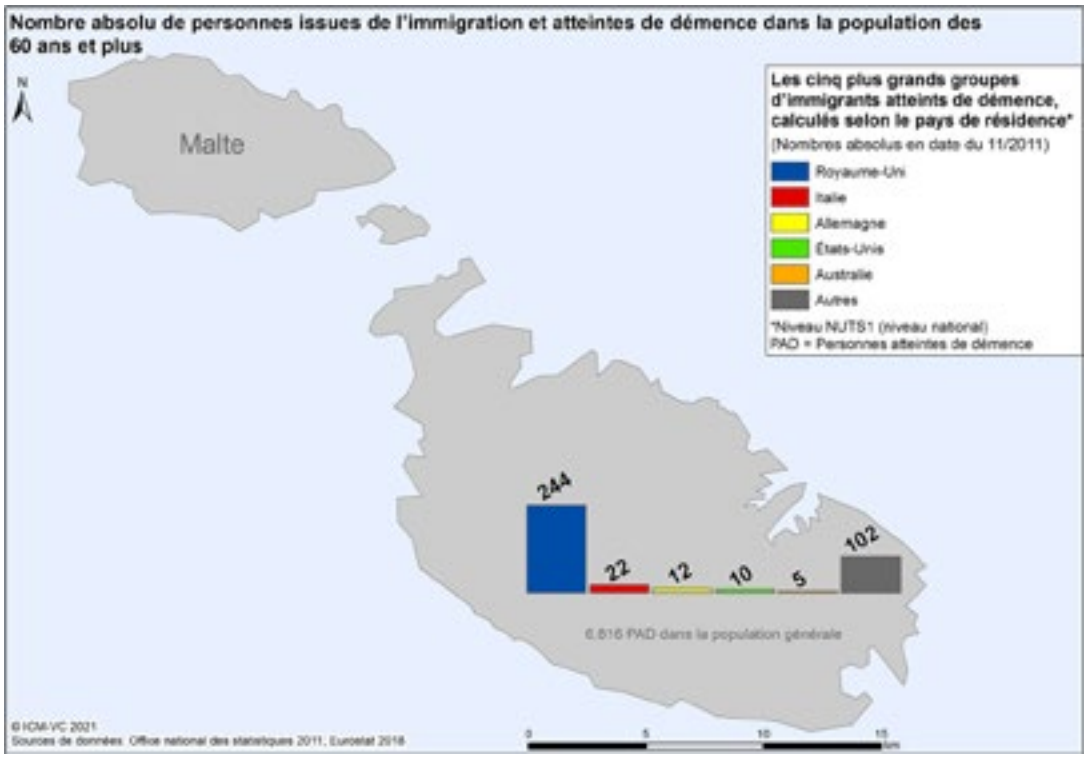


Fig. 3.7.21.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus (Malte - Nation)

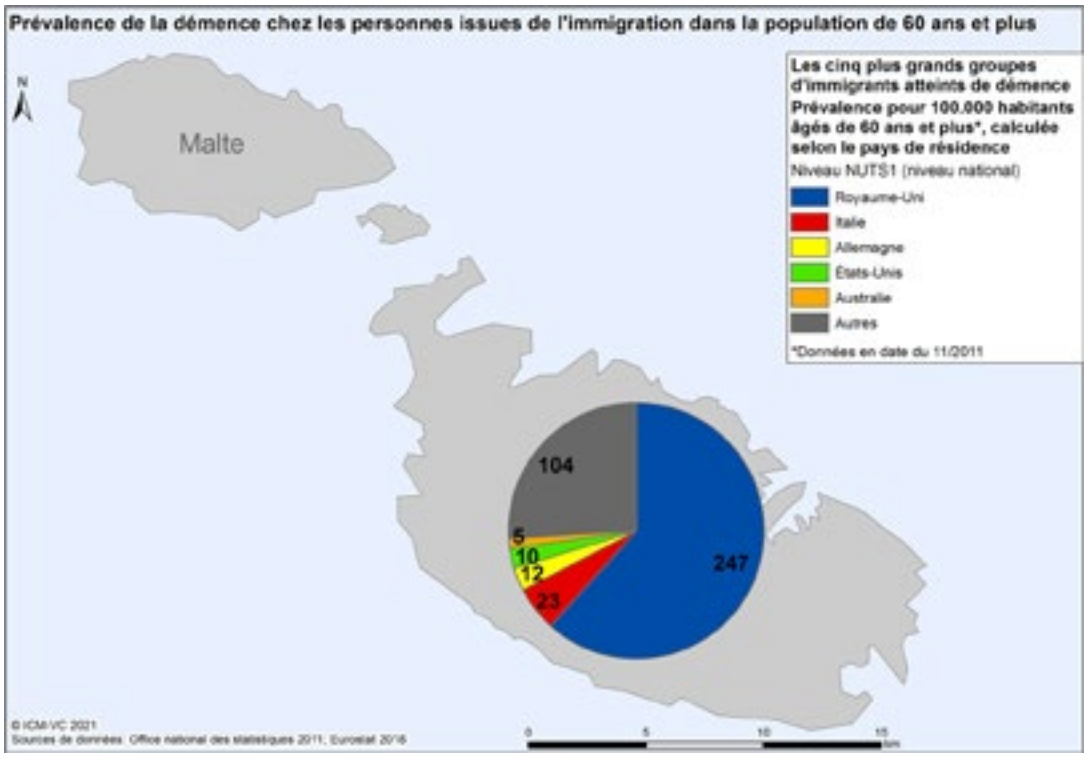


Fig. 3.7.21.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 60 ans et plus (Malte – Nation)

Tableau 35: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Malte - Nation)

NUTS	Total	MT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Malte	6.816	6.421	UK 244	IT 22	DE 12	US 10	AU 5	102
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 60+								
Malte	11.889	-	UK 426	IT 39	DE 20	US 17	AU 9	179
Prévalence/100.000 habitants 60+								
Malte	6.900	6.500	UK 247	IT 23	DE 12	US 10	AU 5	104

Source des données : National Statistics Office (2011)

Il y a 5 700 personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans ou plus. On estime qu'environ 400 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.21.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Royaume-Uni (environ 200), d'Italie (environ 20), d'Allemagne (environ 10), des États-Unis (environ 10) et d'Australie (environ 10). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence à Malte pour 100 000 habitants âgés de 60 ans ou plus (figure 3.7.21.2). Le tableau 35 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [7-9].

3. Plan national de lutte contre la démence

La « Stratégie nationale contre la démence dans les îles maltaises 2015-2023 » de 2015 compte 132 pages et aborde les sujets suivants : définition de la démence, types de démence, facteurs de risque et de protection de la démence, charge de la démence, conséquences financières de la démence, point de vue des personnes atteintes de démence et de leurs aidants, sensibilisation à la démence, diagnostic et intervention précoces, interventions médicamenteuses et non médicamenteuses, services de soins de proximité, soins de longue durée et palliatifs, aspects éthiques liés à la gestion et aux soins de la démence, et recherche. Le thème de la migration est absent [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

En outre, Malte a publié en 2012 le guide de trois pages intitulé « Traitement de la démence ». Ce document traite exclusivement du traitement médicamenteux de la démence par le donépézil. Il n'y est fait aucune référence à la migration [11].

5. Références

1. The People for Change Foundation and Integra Foundation: Migration in Malta: Country Profile 2015. In. Genf: International Organization for Migration; 2016.
2. Cassar CM: Researching Migration and Asylum in Malta: A Guide; 2013.
3. St. John J, Delicata M, Azzopardi M: The Organisation of Asylum and Migration Policies in Malta. In: *National Report 2008.* European Migration Network Malta; 2008.
4. United Nations: Migration Profiles: Malta; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Malta; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Malta; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. National Statistics Office: Census of Population and Housing 2011: Final Report. In. Valletta: National Statistics Office; 2011.
10. Parliamentary Secretariat for Rights of Persons with Disability and Active Ageing: Empowering Change: A National Strategy for Dementia in the Maltese Islands 2015-2023; 2015.
11. Azzopardi Muscat N: Dementia Treatment. In. Édité par Office of the Chief Medical Officer; 2012.

< retour au sommaire

Norvège

Population
5 368 000 (2020)

Superficie
309 158 km²

Capitale
Oslo

Trois plus grandes villes
Oslo (693 000)
Bergen (284 000),
Trondheim (205 000)

Pays voisins
Finlande, la Fédération de Russie, Suède

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

La Norvège, qui a déclaré son indépendance de la Suède en 1905, a d'abord été un pays d'émigration. Entre 1825 et 1945, environ 850 000 personnes ont quitté le pays (principalement pour les États-Unis), ce qui représente la deuxième plus grande émigration d'Europe en termes de population (après l'Irlande). Jusque dans les années 1970, la population norvégienne était relativement homogène. Après la création d'un marché commun du travail entre la Norvège, la Suède, la Finlande et le Danemark dans les années 1950 (l'Islande a rejoint ce marché en 1982), de nombreuses personnes ont émigré des pays scandinaves voisins. À la fin des années 1960, certains travailleurs migrants sont venus en Norvège du Maroc, de Yougoslavie, de Turquie et du Pakistan. La migration de travail et le regroupement familial ont caractérisé l'immigration en Norvège jusqu'à l'interdiction de l'immigration en 1975. Ensuite, la migration des réfugiés a occupé le devant de la scène pendant plusieurs années. Alors que la Norvège n'a accepté que 223 réfugiés entre 1960 et 1970, il y en a eu 1 680 en 1978 et 1979, dont plus de 1 300 sont venus du Vietnam par la mer [1]. Entre 1990 et 2017, la migration de travail et le regroupement familial sont redevenus les caractéristiques centrales de l'immigration étrangère non nordique [2]. Le nombre de permis de travail pour les migrants a augmenté d'environ 10 000 entre 1999 et 2003, pour atteindre un pic de 33 000 en 2004. En 2004, 74 % de tous les permis de travail norvégiens ont été délivrés à des citoyens des nouveaux États membres de l'UE, pour la plupart des travailleurs saisonniers de Pologne et de Lituanie. A partir de 2004, des flux migratoires importants sont venus de Suède, de la Fédération de Russie, du Danemark et de la Pologne [1]. En 2017, le nombre d'immigrants était de 58 200, soit 8 600 de moins que l'année précédente, ce qui confirme la tendance à la légère baisse de l'immigration depuis 2008. Par pays d'origine, la plupart des immigrants viennent de Syrie (7 000), de Pologne (5 200) et de Lituanie (2 750) [2]. En 2019, les personnes originaires de Pologne (98 700), de Lituanie (39 300), de Suède (35 600), de Syrie (30 800) et de Somalie (28 600) représentaient les plus grands groupes d'immigrants (nés à l'étranger avec deux parents nés à l'étranger) [3]. À l'exception de 1989, la Norvège a connu un solde migratoire positif chaque année depuis la fin des années 1960 [2]. La population migrante (née à l'étranger) a plus que quadruplé entre 1990 et 2019 (192 600 à 867 800). Dans le même temps, la proportion de migrants dans la population est passée de 4,5 à 16,1 % [4]. En 2020, le solde migratoire est de 5,3 % [5]. Cela indique que la Norvège est devenue un pays d'immigration.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

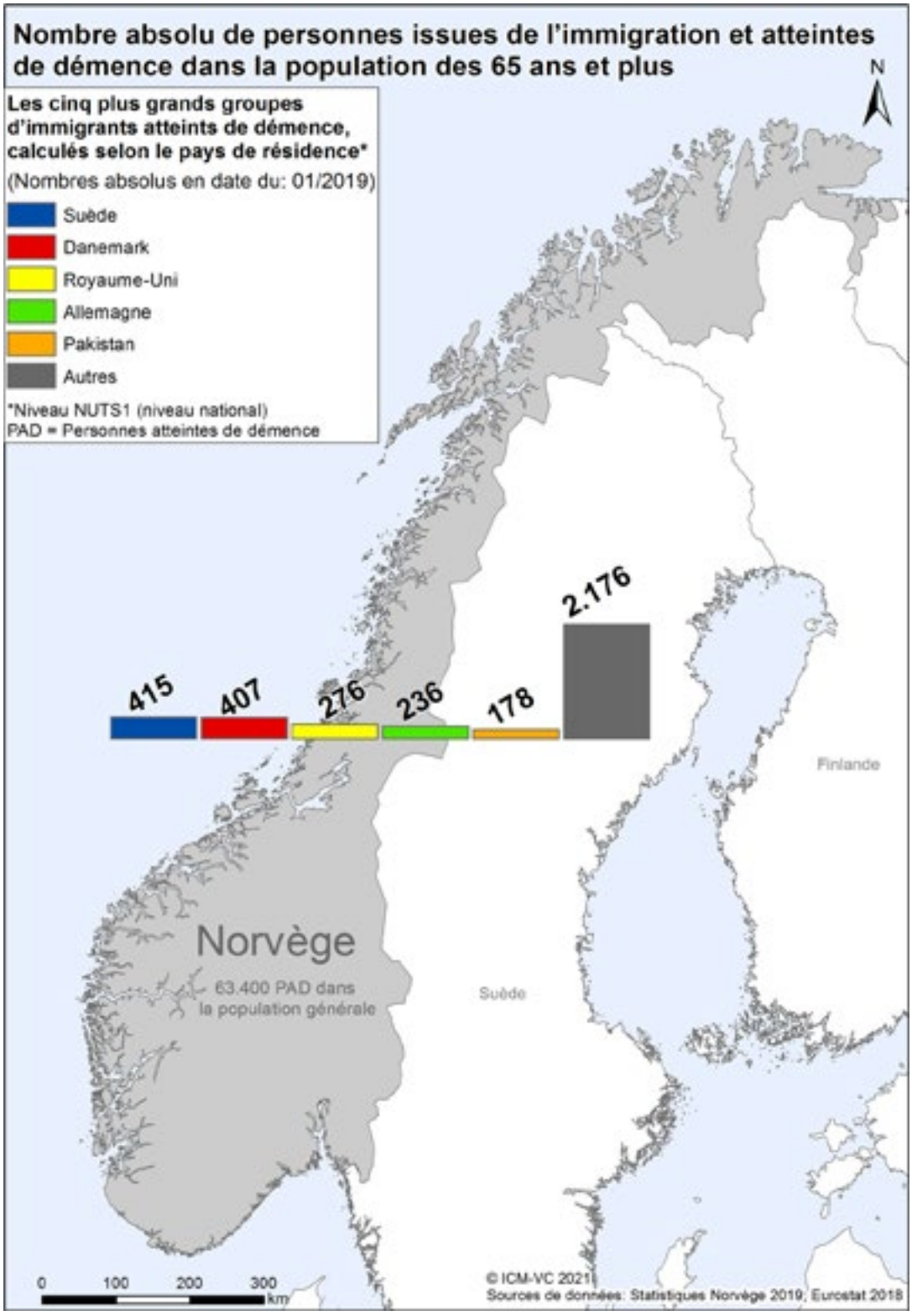


Fig. 3.7.22.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Norvège – Nation)

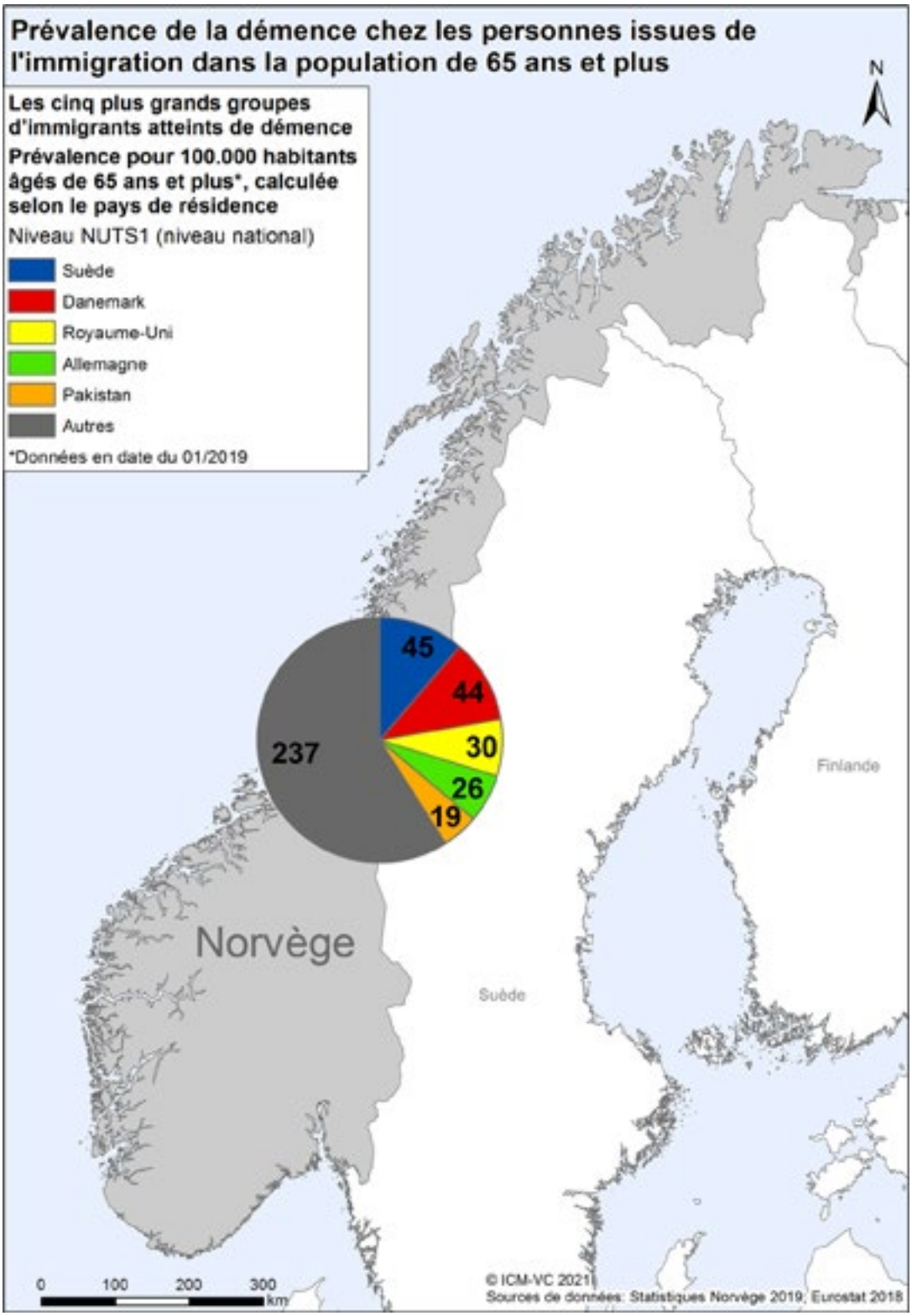


Fig. 3.7.22.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Norvège – Nation)

Tableau 36: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Norvège - Nation)

NUTS	Total	NO	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Norvège	63.400	59.711	SE 415	DK 407	UK 276	DE 236	PK 178	2.176
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Norvège	11.860	-	SE 78	DK 76	UK 52	DE 44	PK 33	407
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Norvège	6.900	6.499	SE 45	DK 44	UK 30	DE 26	PK 19	237

Source des données: Statistics Norway (2019)

Il y a 53 500 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 3 700 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.22.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Suède (environ 400), du Danemark (environ 400), de Royaume-Uni (environ 300), d'Allemagne (environ 200) et du Pakistan (environ 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Norvège pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.22.2). Le tableau 36 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de Suède, du Danemark, de Royaume-Uni, d'Allemagne et du Pakistan dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.22.3 - 3.7.22.8).

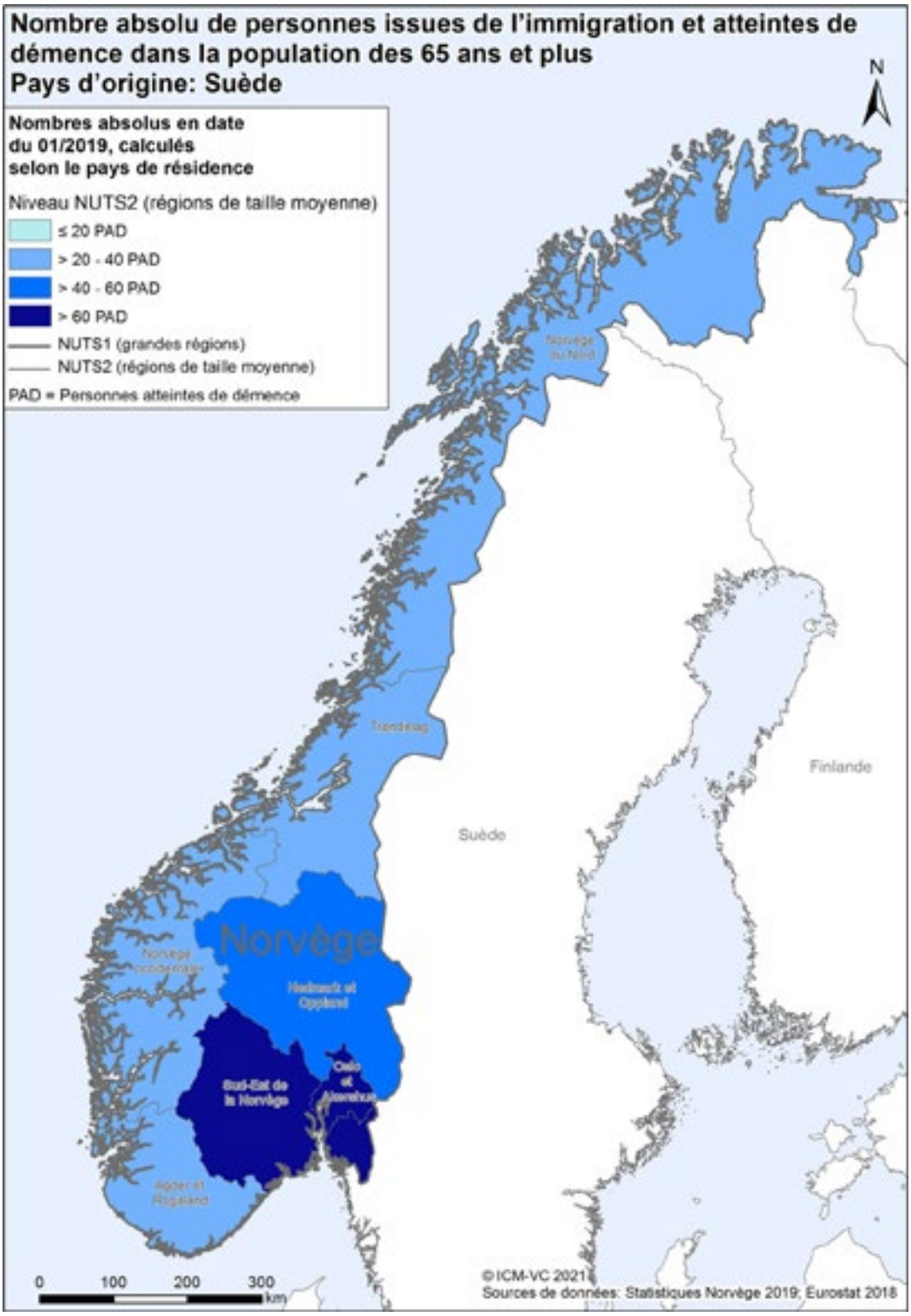


Fig. 3.7.22.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Suède (Norvège – NUTS2)

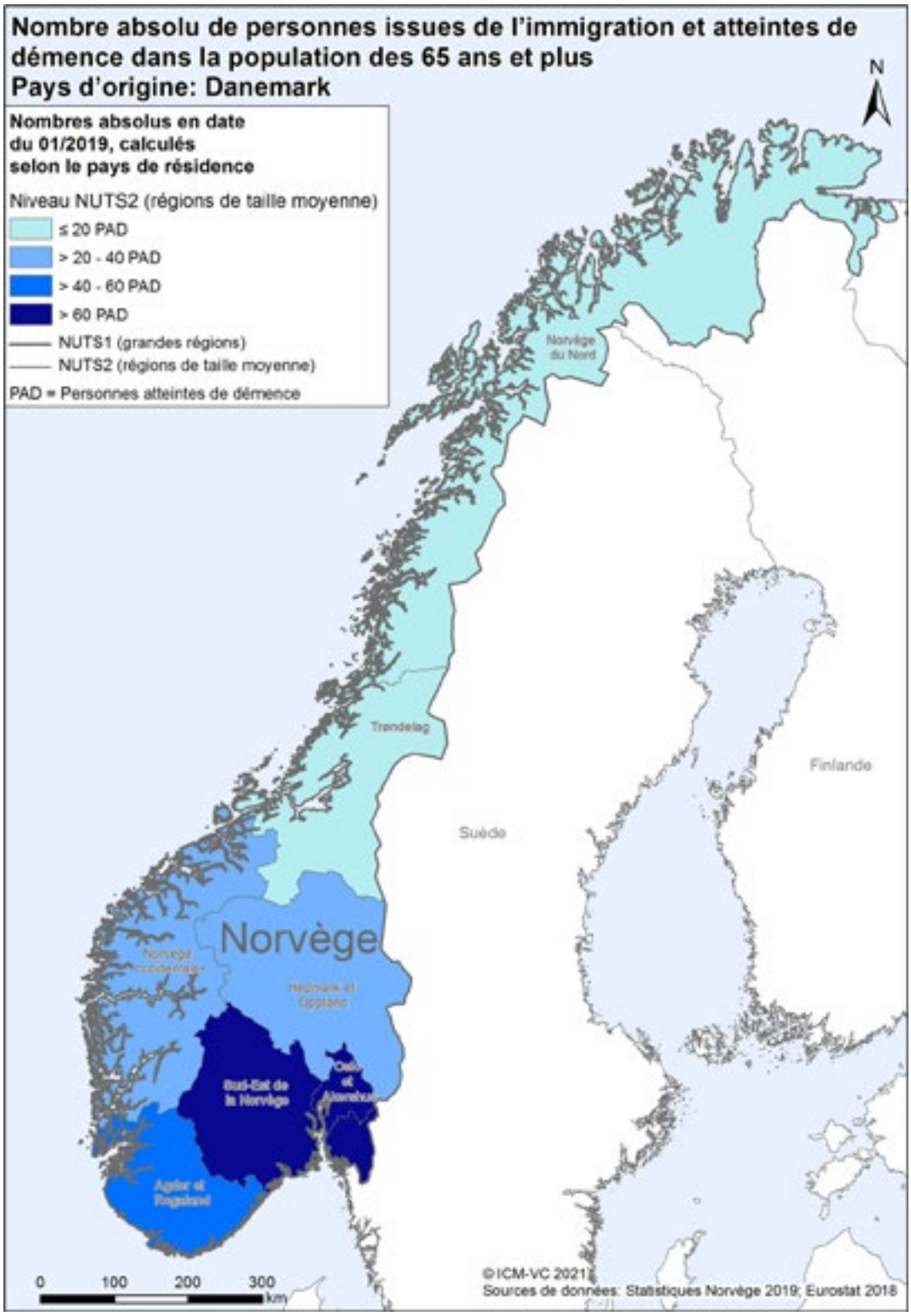


Fig. 3.7.22.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Danemark (Norvège – NUTS2)

Fig. 3.7.22.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Royaume-Uni (Norvège – NUTS2)

Fig. 3.7.22.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Norvège – NUTS2)

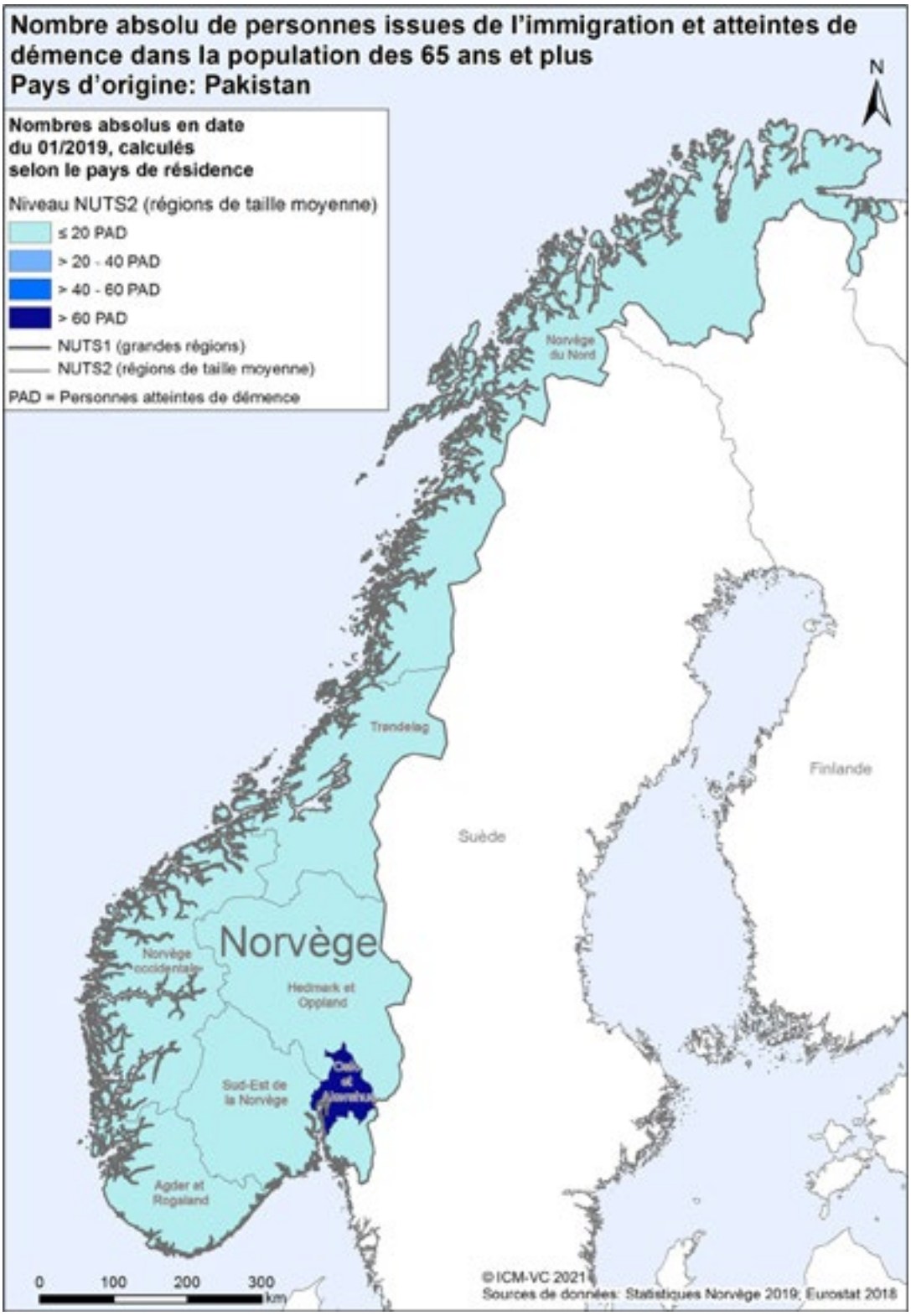


Fig. 3.7.22.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Pakistan (Norvège – NUTS2)

Fig. 3.7.22.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Norvège (Norvège - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figures 3.7.22.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.22.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 37 [6-8].

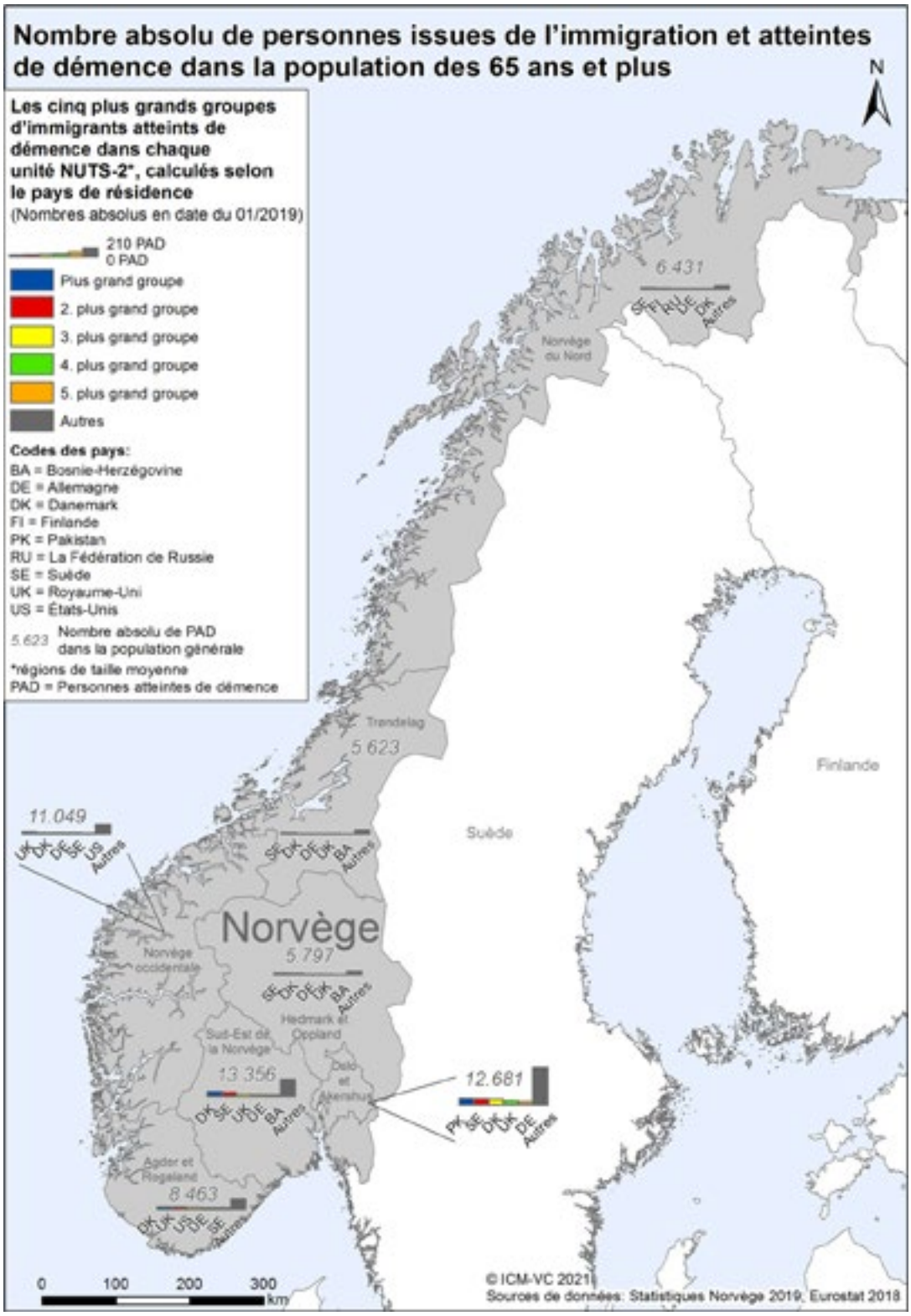


Fig. 3.7.22.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Norvège – NUTS2)

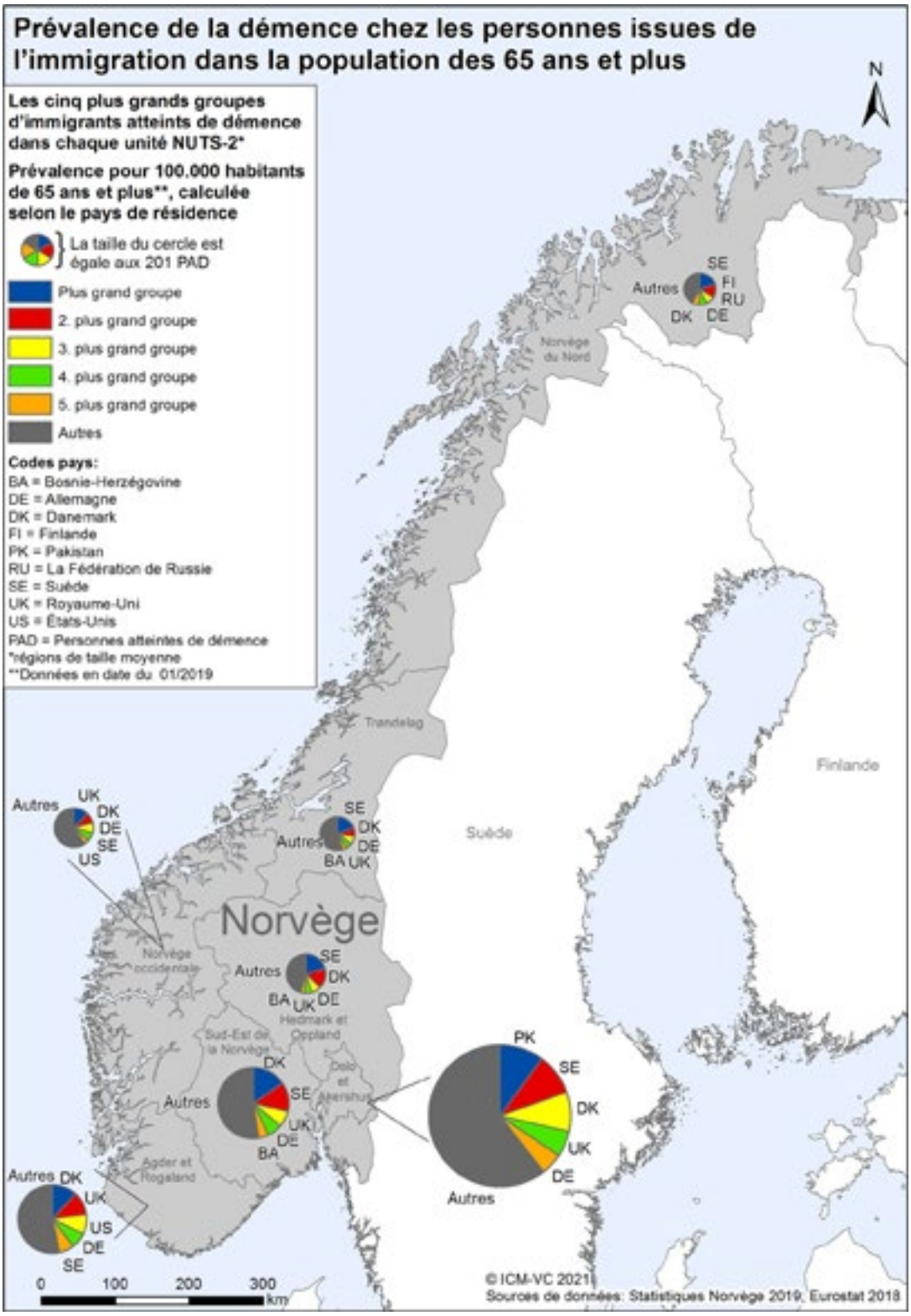


Fig. 3.7.22.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Norvège – NUTS2)

Tableau 37 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Norvège - NUTS2)

NUTS	Total	NO	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Oslo et Akershus	12.681	11.177	PK 151	SE 143	DK 135	UK 89	DE 75	911
Hedmark et Oppland	5.797	5.604	SE 40	DK 32	DE 15	UK 10	BA 8	87
Sud-Est de la Norvège	13.356	12.558	DK 123	SE 107	UK 59	DE 53	BA 39	417
Agder et Rogaland	8.463	7.977	DK 58	UK 53	US 45	DE 36	SE 34	260
Norvège occidentale	11.049	10.677	UK 46	DK 33	DE 31	SE 25	US 18	220
Trøndelag	5.623	5.459	SE 32	DK 13	DE 12	UK 10	BA 7	90
Norvège du Nord	6.431	6.260	SE 34	FI 23	RU 15	DE 14	DK 13	72
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Oslo et Akershus	5.819	-	PK 69	SE 66	DK 62	UK 41	DE 34	418
Hedmark et Oppland	20.741	-	SE 144	DK 114	DE 55	UK 35	BA 30	312
Sud-Est de la Norvège	11.547	-	DK 107	SE 92	UK 51	DE 46	BA 34	361
Agder et Rogaland	12.005	-	DK 83	UK 75	US 64	DE 51	SE 48	369
Norvège occidentale	20.491	-	UK 85	DK 61	DE 57	SE 46	US 34	407
Trøndelag	23.674	-	SE 134	DK 55	DE 51	UK 41	BA 30	379
Norvège du Nord	3.210	-	SE 138	FI 94	RU 59	DE 57	DK 53	289
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Oslo et Akershus	6.900	6.082	PK 82	SE 78	DK 73	UK 49	DE 41	469
Hedmark et Oppland	6.900	6.670	SE 48	DK 38	DE 18	UK 12	BA 10	104
Sud-Est de la Norvège	6.900	6.488	DK 64	SE 55	UK 30	DE 27	BA 20	216

NUTS	Total	NO	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Agder et Rogaland	6.900	6.503	DK 47	UK 43	US 37	DE 29	SE 27	212
Norvège occidentale	6.900	6.668	UK 28	DK 20	DE 19	SE 16	US 12	137
Trøndelag	6.900	6.699	SE 39	DK 16	DE 15	UK 12	BA 9	110
Norvège du Nord	6.900	6.716	SE 37	FI 25	RU 16	DE 15	DK 14	77

Source des données: Statistics Norway (2019)

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour la Norvège, trois PND publiés ont été identifiés. Le « Plan de lutte contre la démence 2015 », le « Plan de lutte contre la démence 2020 : Une société plus respectueuse de la démence », et le « Plan de lutte contre la démence 2025 » abordent tous le thème de la migration ou des minorités linguistiques/ethniques.

Dans le « Plan de lutte contre la démence 2015 » de 2008, le thème de la migration est brièvement abordé. Dans un passage, il est mentionné que la Direction de la santé et des affaires sociales prévoit de mener des projets de recherche pour mieux comprendre la situation des personnes issues de minorités linguistiques et atteintes de démence au cours de la période 2006-2010. Une brève section sur les « personnes issues de minorités linguistiques et atteintes de démence » présente un programme de développement nordique de trois ans destiné à cette population. Ce programme sera axé sur les besoins d'information, de diagnostic, de traitement et d'assistance. Les pays nordiques devraient fournir une expertise professionnelle et un financement pour ce programme. Le premier PND montre que le gouvernement norvégien est impliqué dans le lancement ou la planification de projets sur la démence chez les personnes issues de minorités linguistiques, bien qu'il n'y ait pas d'autre discussion de fond sur ce sujet [9].

Le « *Dementia Plan 2020: A More Dementia-friendly Society* » de 2015 fait référence à l'immigration dans plusieurs sections. En matière de soins aux personnes atteintes de démence, la Norvège a adopté une approche centrée sur la personne qui tient compte du contexte culturel. En outre, le deuxième plan de lutte contre la démence fait référence aux besoins particuliers des Samis et des personnes appartenant à des groupes linguistiques minoritaires et exprime la nécessité d'approfondir les connaissances sur ces groupes et de mieux prendre conscience des différences culturelles. Elle aborde également la nécessité de former et de conseiller les professionnels de la santé sur le diagnostic de la démence chez les personnes ayant des besoins particuliers. Un problème fondamental identifié est que les migrants âgés atteints de démence n'ont souvent pas recours aux services de santé avant que la maladie ne soit à un stade avancé. En l'absence de services linguistiquement et culturellement appropriés, la charge de la famille augmente. Un autre problème clé est celui des barrières linguistiques entre les professionnels et les patients, qui mettent en danger la sécuri-

té des patients. Pour remédier à ce problème, il est recommandé aux prestataires de soins d'employer du personnel multilingue. Une autre recommandation concerne la construction ou la modernisation des maisons de retraite et des établissements de vie assistée, où les besoins particuliers des personnes issues des groupes linguistiques Samis et minoritaires devraient être pris en compte. Une section particulière sur la recherche, les connaissances et les compétences demande que les programmes de soins de santé et les programmes socio-éducatifs des universités et des collèges soient davantage axés sur l'amélioration des connaissances sur ces groupes. Dans le chapitre sur les mesures pour la période de planification 2016-2020, il est fait référence à une brochure publiée sur les services de soins de santé pour les personnes âgées Samis, qui vise à améliorer la compétence du personnel travaillant avec des personnes atteintes de démence provenant de Sami ou de groupes linguistiques minoritaires. Il est indiqué qu'à l'avenir, les personnes atteintes de démence issues de différents groupes culturels et leurs familles devraient participer à l'élaboration d'un projet pilote de suivi post-diagnostic.

Le «Plan Démence 2020: Une société plus respectueuse de la démence» considère les personnes atteintes de démence en provenance de groupes minoritaires Samis ou linguistiques comme un groupe ayant des besoins spécifiques qui doivent être considérés séparément. Il identifie certains problèmes spécifiques liés au diagnostic et à la prise en charge des personnes issues de ces groupes et mentionne certaines mesures concrètes pour les résoudre. Cependant, il révèle également le manque actuel de sensibilisation aux différences culturelles et de connaissances sur les groupes minoritaires Samis et linguistiques dans le système de santé norvégien. En outre, il ne fournit aucune donnée sur la prévalence de la démence au sein de ces groupes [10].

Le «Plan de lutte contre la démence 2025» de 2020 aborde en détail le thème de la migration dans 14 sections réparties en 7 chapitres. Dans plusieurs chapitres, ce thème fait l'objet de sections ou de paragraphes distincts. Il est indiqué à plusieurs reprises que la proportion de personnes âgées issues de minorités ethniques augmente et que, par conséquent, le nombre de personnes atteintes de démence issues de cette population augmente également. Dans différentes parties du document, il est précisé à quel point il est important d'adapter l'information, le conseil, le traitement et les services de soins (par exemple, les activités de jour dans la communauté) à la langue et au contexte culturel des personnes atteintes de démence et de leurs proches. Dans un premier temps, les différents défis liés à la prise en charge des personnes issues d'une minorité ethnique et les besoins spécifiques de cette population sont décrits dans différentes sections relatives à la migration. Dans ce contexte, les problèmes de langue, les différences culturelles, les perceptions différentes de la démence et le manque de connaissances de nombreuses personnes âgées issues de minorités sur le système de santé norvégien, ainsi que le manque de compétences en matière de diversité de la part des prestataires de soins, sont autant d'obstacles à des soins de santé efficaces. En particulier, l'investigation et le diagnostic de la démence chez les minorités ethniques peuvent être difficiles en raison des problèmes de communication. Ce NPD conclut que les personnes issues de minorités ne bénéficient pas des mêmes services de soins de santé que les autres personnes atteintes de démence, même si la maladie s'aggrave. Selon le document, l'un des problèmes pourrait également être que de nombreuses personnes appartenant à ces groupes ne cherchent pas à obtenir une aide professionnelle, car elles se sentent coupables ou ont honte de ne pas être en mesure de s'occuper des membres de leur famille sans l'aide de l'État.

Le troisième plan norvégien de lutte contre la démence énumère également certaines mesures déjà prises par le gouvernement et les prestataires de soins, ainsi que des mesures qui doivent encore être prises par les municipalités et les prestataires de services pour relever les défis de la prise en charge des démences et garantir que les personnes d'origines ethniques différentes aient accès aux mêmes services. Il est indiqué que le gouvernement continuera à mettre l'accent sur l'information et la diffusion des connaissances concernant la population de langue minoritaire atteinte de démence. En outre, il est noté qu'un domaine de compétence national pour la culture, la santé et les soins a été créé dans le cadre des plans 2015 et 2020. En outre, un encadré distinct met en évidence le projet sur l'évaluation des capacités cognitives et des symptômes de démence chez les personnes ayant d'autres besoins linguistiques et culturels, qui a débuté en 2019 et s'est achevé en 2020. Ce projet a réuni un groupe de cliniciens de l'hôpital universitaire d'Oslo, de l'hôpital universitaire St. Olav (Trondheim) et de l'hôpital central de Vestfold (Tønsberg) afin de proposer des tests cognitifs adaptés aux patients de langue étrangère. Outre ce programme, il est fait référence à des études qui ont montré que la communication dans la langue maternelle du patient est essentielle au maintien des niveaux fonctionnels de cognition et que le recours à des services d'interprétation de qualité est bénéfique. Il est avancé que les personnes atteintes de démence issues de minorités et leurs proches préfèrent les services de soins centrés sur la personne, dans lesquels le personnel possède les compétences linguistiques et la compréhension culturelle requises. En outre, ce plan de démence montre qu'il existe un besoin ouvert d'instruments adaptés (multilingues) pour l'évaluation de base de la démence. Les personnes ayant des antécédents culturels et linguistiques différents devraient être davantage impliquées dans le processus d'adaptation de ces instruments, et leurs réactions devraient faire l'objet d'une enquête systématique. En outre, le registre national de qualité et de recherche sur les patients atteints de démence traités, élaboré à l'intention des médecins et du personnel de santé, devrait être étendu aux registres en langue anglaise.

Globalement, le thème de la migration joue un rôle important dans le troisième et actuel plan norvégien sur la démence. Le groupe croissant de personnes issues de minorités ethniques ou de l'immigration et atteintes de démence est identifié comme une population vulnérable ayant des besoins spécifiques sur lesquels le gouvernement et les prestataires de soins se concentrent depuis quelques années déjà, mais qui doit faire l'objet d'une attention accrue à l'avenir, notamment de la part des municipalités et des prestataires de soins. Les problèmes et inégalités existants en matière de soins aux minorités et aux immigrants sont décrits en détail, ainsi qu'un cadre d'action significatif. Le «*Dementia Plan 2025*» fait référence aux mesures déjà prises et aux projets réalisés sur le thème de la démence et de la migration, mais il contient également des recommandations d'action à l'intention des planificateurs de soins et des prestataires de services [11].

Par rapport à d'autres pays européens, les plans norvégiens de 2015 et 2020 prennent en compte le thème de la migration ou des minorités linguistiques/ethniques de manière exhaustive. Le fait que la portée de la référence à la migration, les connaissances scientifiques communiquées et le cadre d'action concernant les immigrants ou les minorités linguistiques/ethniques s'étendent à chaque année de publication des plans de lutte contre la démence suggère que le thème de la démence et de la migration/minorités se voit accorder une importance croissante au niveau gouvernemental en Norvège.

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Les « Lignes directrices professionnelles nationales en matière de démence » de 2017, qui comptent 300 pages, évoquent en détail le thème de la migration. Le chapitre « Les groupes qui peuvent avoir des besoins spéciaux : évaluation et suivi de la démence », comporte une section distincte sur les « personnes issues de minorités et suspectées de démence » (1 page et demie). Le terme « personnes issues de minorités » inclut les personnes issues de l'immigration, mais toutes les personnes issues de minorités ne sont pas issues de l'immigration. Les lignes directrices font également référence à la démence chez les migrants et les personnes issues de minorités dans 9 des 18 autres chapitres. Notamment, un représentant du *Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons - og minoritetshelse* (Centre norvégien de compétence en matière de migration et de santé des minorités) (NAKMI) faisait partie du groupe de travail qui a élaboré les lignes directrices. En 2015, le ministère norvégien de la santé a chargé le NAKMI d'effectuer des recherches sur la situation en matière de soins des personnes issues de minorités et atteintes de démence. Les sections thématiques pertinentes du document décrivent tout d'abord les défis généraux liés à la prise en charge des personnes issues de minorités et atteintes de démence. L'accent est mis sur les défis liés au diagnostic. Il a été constaté que les personnes issues de groupes minoritaires sont examinées à un stade plus avancé de la démence. Leur contexte culturel et linguistique peut rendre le diagnostic difficile. En outre, les procédures de test cognitif existantes ne sont pas adaptées comme outils d'évaluation pour les migrants. Un autre phénomène est la moindre utilisation des services de soins de santé formels (services de soins de santé primaires, prescription de médicaments, séjours en maison de retraite) par les personnes issues de minorités et atteintes de démence. Après la description générale du problème, l'accent est mis sur l'identification des obstacles et des besoins spécifiques en matière de soins. Il s'avère que les personnes qui ne sont pas familières avec le système de santé norvégien peuvent avoir besoin de conseils et de soins supplémentaires. En outre, les stéréotypes concernant les personnes issues de minorités peuvent constituer un obstacle à la personnalisation des soins. Un autre sujet abordé est celui des différentes perceptions des symptômes de la démence au sein de ce groupe (par exemple, la perception que la démence est simplement le résultat d'une légère confusion, du vieillissement normal, du stress psychologique, de problèmes familiaux ou d'expériences de migration, de facteurs spirituels (volonté de Dieu) ou du destin). Les lignes directrices norvégiennes identifient à plusieurs reprises les personnes issues de minorités comme un groupe ayant des besoins spécifiques. Ils expliquent que les personnes d'autres cultures ont des idéaux, des idées et des souhaits différents en matière d'information et d'autodétermination.

En outre, les lignes directrices donnent quelques recommandations spécifiques pour l'action, qui sont déclarées comme des recommandations fortes. Une recommandation concerne le service médical, qui devrait examiner si le niveau d'éducation, la langue ou le contexte culturel des personnes issues de minorités et suspectées de démence représentent un obstacle au traitement. En outre, il est recommandé aux prestataires de soins de documenter les ressources et la vulnérabilité d'une personne en termes de culture et de spiritualité dans un plan d'action individuel. L'analyse des recommandations, des mesures

et des services de soins montre que la Norvège s'efforce généralement de fournir des soins intégratifs aux personnes issues de minorités. L'objectif est de les intégrer dans le système général de soins de santé primaires. Toutefois, dans les régions où les obstacles aux soins sont importants, des services spécialisés sont également développés. Un domaine dans lequel la Norvège semble avoir choisi un modèle ségrégatif est le diagnostic de la démence. Étant donné que les tests de dépistage standardisés utilisés par la majorité de la population (par exemple, le MMSE) sont très spécifiques à la langue et à la culture, l'utilisation de l'outil de dépistage interculturel RUDAS est recommandée pour les personnes n'ayant pas fait d'études supérieures et ayant d'autres origines culturelles et linguistiques. En général, des versions standardisées dans la langue maternelle devraient être utilisées pour les tests oraux. Pour les personnes issues de minorités, une évaluation complète par le service médical est également recommandée (y compris un examen neuropsychologique). Ceci est particulièrement important si la langue, le niveau d'éducation ou la culture constituent un obstacle à l'évaluation. En cas de barrière linguistique, il convient de faire appel à un interprète. Pour l'évaluation cognitive étendue, il n'existe actuellement aucun test standardisé adapté aux personnes issues de minorités. Les soins post-diagnostic devraient être fournis dans le cadre des soins primaires généraux. En outre, des efforts sont en cours pour garantir des soins de santé efficaces aux personnes issues de minorités par le biais de l'élaboration de politiques, par exemple en inscrivant dans la loi le droit à des informations dans la langue maternelle sur la santé/les soins et le droit d'avoir accès à un interprète. En outre, des services spécifiques tels qu'une brochure sur les interprètes de santé, le matériel d'information sur la démence en quatre langues (norvégien, anglais, polonais et urdu) et la version norvégienne de RUDAS sont fournis.
Dans l'ensemble, le thème de la migration ou des groupes minoritaires figure en bonne place dans les « *National Professional Guidelines on Dementia* » [12].

Les parties suivantes portant sur les services et les informations pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux, sont basées sur un entretien et une discussion et reflètent l'expérience et l'opinion des experts. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'expert interrogé en premier, la démence et la migration sont, d'une manière générale, relativement peu importantes en Norvège. Actuellement, les immigrants âgés ne sont pas nombreux en Norvège. Toutefois, la proportion de la population issue de l'immigration varie considérablement selon les régions et les municipalités. À Oslo, par exemple, la question est beaucoup plus pertinente que dans d'autres régions du pays. Le deuxième expert a déclaré que la population immigrée était très hétérogène. Au sein de cette population, il existe de grandes différences dans les régions d'origine, le moment de l'immigration, la raison ou le but de la migration, et le niveau d'éducation de l'individu. Ces différences affectent le niveau d'intégration dans le système de santé. En Norvège, le thème de la démence

et de la migration a été abordé pour la première fois dans un projet en 2012. Le projet, auquel les deux experts ont participé, avait pour toile de fond la prise de conscience croissante des médecins et autres professionnels de la santé quant à l'incidence de la démence chez les migrants âgés en Norvège et à leurs besoins spécifiques. Toutefois, le nombre de ces projets est relativement réduit. Selon le premier expert, les centres de développement existants pour les maisons de retraite et les services de soins à domicile ainsi que les centres de recherche sur les soins ne sont pas particulièrement axés sur ce sujet. C'est grâce aux projets individuels réalisés que la Norvège dispose de connaissances fondées sur la recherche concernant les problèmes de sous-diagnostic et la moindre utilisation des services de santé formels par les personnes issues de l'immigration.

Selon le premier expert interrogé, la Norvège utilise un modèle de soins intégrés dans lequel les personnes issues de l'immigration ont les mêmes droits que la population autochtone. En matière de soins ambulatoires et hospitaliers, les services officiels sont généralement disponibles dans tout le pays pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Cependant, les personnes issues de l'immigration ont souvent moins accès aux soins en raison d'un manque de connaissance du système de santé et d'un manque d'adaptation culturelle et linguistique des services. Selon un troisième expert interrogé, le problème structurel central est que les personnes issues des groupes de migrants, contrairement aux groupes minoritaires individuels originaires de Norvège, n'ont pas de droit légal à des informations et à des services de soins adaptés à leur langue maternelle. Actuellement, peu de services en Norvège sont adaptés aux besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Le premier expert a qualifié la clinique de la mémoire de l'université d'Oslo de modèle de bonne pratique, car elle dispose d'une expertise particulière dans l'évaluation de la démence chez les patients issus de l'immigration. Selon le second expert, quelques médecins généralistes et maisons de soins norvégiens comptent de nombreux employés issus de l'immigration et tentent d'adapter leurs services aux besoins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans des limites légales. À titre d'exemple concernant le service de soins spécialisés en milieu hospitalier, le premier expert a également mentionné le foyer de soins juif et le foyer de soins pour les personnes originaires du Danemark à Oslo.

Il s'agit toutefois d'initiatives privées et non d'initiatives publiques. Il semble qu'une stratégie nationale fasse défaut et que les services de soins spécialisés actuels pour les migrants atteints de démence soient loin de répondre à leurs besoins. Selon les experts, les services spécialisés existants ne sont pas suffisamment adaptés aux besoins individuels, culturels et linguistiques des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les personnes issues de l'immigration ne reçoivent pas les informations adaptées dont ils ont besoin sur les différents aspects de la vie avec la démence et ne sont pas invités à participer au développement des services qui leur sont destinés. Compte tenu du fait que la société norvégienne compte une communauté hétérogène de migrants, la Norvège doit, selon les experts, poursuivre ses efforts pour garantir à long terme des services de santé diversifiés et adaptés à la diversité culturelle des migrants. Ceci est d'autant plus important que le nombre de personnes issues de l'immigration âgés va continuer à augmenter dans les années à venir.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Le premier expert a souligné que les soins adaptés à la diversité culturelle sont en partie inclus dans les qualifications des professionnels de la santé. Les professionnels qui ont été formés il y a de nombreuses années ont probablement eu moins de contact avec ce sujet au cours de leur formation. Cependant, un changement est actuellement en cours. Le thème des soins adaptés à la diversité culturelle fait de plus en plus partie du programme d'études des infirmières et des médecins, et les présentations sur ce sujet sont de plus en plus nombreuses dans les universités ou dans le cadre de la formation des infirmières. Cependant, les modules ne sont pas obligatoires, et le sujet fait rarement partie des examens. Ainsi, l'une des tâches les plus cruciales de l'éducation pour l'avenir est d'inclure l'immigration et la diversité dans les programmes d'enseignement en tant que question principale et transversale qui imprègne les différents sujets de santé enseignés dans les programmes. La seconde experte a déclaré que le besoin d'agir sur la démence et l'immigration était encore beaucoup plus important dans la formation des professionnels de la santé que dans le domaine des soins. Selon le troisième expert, le principal problème réside dans le fait que le système d'éducation des professionnels n'est pas modifié en fonction de l'évolution de la société vers plus de diversité. En ce qui concerne la formation des professionnels de la santé, le premier expert a indiqué qu'il existe désormais une offre nationale de cours sur les soins interculturels. L'université métropolitaine d'Oslo, par exemple, propose un programme de formation sur les soins de santé multiculturels, et d'autres universités comme celle de Bergen ont des programmes similaires. Dans les maisons de retraite et les services de soins, le « Programme éducatif ABC sur la démence destiné aux travailleurs non qualifiés » est disponible et comprend un module sur les immigrants âgés et la démence.

En 2017, 17 % (24 700) des employés réguliers des services de soins municipaux étaient des migrants. En 2009, la proportion était de 11 % (13 700) [13]. Selon le premier expert, cette augmentation s'explique par la politique norvégienne visant à qualifier les migrants pour travailler dans les services de soins. Cependant, il existe de grandes différences régionales dans la proportion de migrants en matière de soins. À Oslo, la proportion d'employés issus de l'immigration est de 44 %, alors qu'elle est de 8 % dans le Nord-Trøndelag (Norvège centrale). Le premier pays d'origine des migrants est de loin les Philippines. Les autres pays d'origine fréquents sont la Pologne, l'Érythrée, la Somalie, la Suède et la Thaïlande. Le personnel des services de soins municipaux est originaire de 160 pays différents au total [13]. Le deuxième expert a déclaré que les personnes issues de l'immigration étaient également bien représentés parmi les médecins généralistes (un sur cinq) et les spécialistes en Norvège. Selon les experts, cette grande diversité culturelle et linguistique dans le secteur des soins offre un fort potentiel, qui actuellement n'est pas utilisé de manière stratégique. Le premier expert a noté que de nombreuses personnes en Norvège considèrent la forte proportion de migrants dans les services de soins comme un défi plutôt que comme une ressource en termes d'adaptation des services aux personnes ayant un contexte linguistique ou culturel différent. Par exemple, les projets actuels se concentrent davantage sur le dépassement des barrières de communication. Selon l'expert, il n'existe pas de travail ou de projet systématique sur la manière d'utiliser les ressources de ce personnel.

Malgré cette tendance positive dans le domaine de la formation des employés du secteur des soins de santé, le besoin de soins adaptés à la diversité culturelle en Norvège, en général, n'est actuellement pas satisfait par des professionnels suffisamment qualifiés, comme l'ont déclaré les experts. En particulier dans le domaine de la formation aux soins de santé, il y a grand besoin d'agir.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon le premier expert, les réseaux familiaux, les organisations de migrants, les communautés religieuses et les organisations bénévoles sont très importants pour soutenir les aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les prestataires de soins ambulatoires ou hospitaliers jouent actuellement un rôle plutôt subalterne. Pour le troisième expert, les clubs d'étrangers sont particulièrement importants pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs aidants familiaux en raison de la présence de personnes en qui ils peuvent avoir confiance et avec qui ils peuvent parler dans leur langue maternelle. Ceci est particulièrement important pour le transfert de connaissances sur le thème de la démence et des soins.

Le premier expert a souligné qu'il existait actuellement des différences significatives entre les personnes issues de l'immigration et les non-migrants en termes d'accessibilité à l'information et d'utilisation des services. Pour le grand public, il existe de nombreuses informations sur les démences. Cependant, les personnes issues de l'immigration n'utilisent pas les mêmes canaux médiatiques que les non-migrants, et ils sont moins familiers avec le système de santé norvégien, ce qui entraîne des barrières plus élevées à l'information. Une enquête auprès des aidants familiaux a révélé une forte demande d'informations adaptées aux personnes issues de l'immigration dans leurs langues maternelles respectives.

Selon le premier expert, des cours de formation sont disponibles dans tout le pays pour les aidants de personnes atteintes de démence. Étant donné qu'aucun parent issu de l'immigration n'a suivi ces cours de formation, un projet a été lancé pour développer des cours sur mesure pour les personnes originaires du Pakistan et de Turquie et les proposer dans différentes villes. En outre, un cours d'apprentissage en ligne a été élaboré, dans lequel d'autres municipalités ont reçu des recommandations sur la manière de mettre en place un cours pour les parents issus de l'immigration. Le personnel médical, ainsi que les organisations de minorités, les organisations de migrants et les personnes clés des communautés respectives, ont été impliqués dans le développement de ces cours.

En Norvège, selon les experts, il y a actuellement encore un grand manque d'informations adaptées et de services de soutien accessibles offerts par les prestataires de soins ambulatoires et hospitaliers. Cependant, il existe des premiers modèles de bonnes pratiques dans la formation des aidants familiaux de certains groupes de migrants.

8. Références

1. Cooper B: Norway: Migrant Quality, Not Quantity. [https://www.migrationpolicy.org/article/norway-migrant-quality-not-quantity]. (2005). Consulté le 4 mai 2020.
2. Thorud E: Immigration and Integration 2017-2018. In: *Report for Norway to the OECD.* 2019.
3. Statistics Norway: Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents, by immigration category, country background, contents and year; 2019.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Norway; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Norway; 2019.
6. Statistics Norway: Sonderanfertigung. In. Oslo: Statistics Norway; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units forStatistics (NUTS) 2016; 2018
9. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2015; 2008.
10. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2020: a More Dementia-friendly Society; 2016.
11. Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2025; 2020.
12. Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje om demens. In. Édité par Helsedirektoratet: Helsedirektoratet Norge; 2017.
13. Claus G. Innvandrerne sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg. [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg]. (2018). Consulté le 6 novembre 2020.

Les Pays-Bas

Population
17 408 000 (2020)

Superficie
34 188 km²

Capitale
Amsterdam

Trois plus grandes villes
Amsterdam (873 000)
Rotterdam (651 000)
La Haye (546 000)

Pays voisins
Allemagne, Belgique

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

L'histoire de la migration néerlandaise se caractérise par d'importants flux d'immigration et d'émigration. Pendant la Première Guerre mondiale, des milliers de réfugiés belges ont immigré et, entre 1920 et 1940, de nombreux Juifs et autres groupes persécutés par les nazis ont fui vers les Pays-Bas. Après l'invasion allemande de 1940, un grand groupe de la population autochtone a émigré en Royaume-Uni [1]. Entre 1946 et 1969, près d'un demi-million de personnes ont quitté le pays (principalement pour le Canada, l'Australie, les États-Unis, l'Afrique du Sud et la Nouvelle-Zélande) [2, 3]. Dans le même temps, de nombreuses personnes ont immigré des anciennes colonies et des pays des travailleurs invités. À la suite de l'indépendance de l'Indonésie en 1945, environ 300 000 rapatriés néerlando-indonésiens et 12 500 Malukans sont arrivés dans le pays. Après l'indépendance du Suriname en 1975, près de la moitié de sa population a émigré aux Pays-Bas. Dans les années 1960 et 1970, les travailleurs invités ont été recrutés principalement en Turquie, au Maroc et en Espagne. Après l'arrêt du recrutement en 1975, le regroupement familial a été la principale source d'immigration. Depuis 2007, la migration de travail a façonné les modèles de migration aux Pays-Bas [2]. Une caractéristique centrale de l'histoire récente de la migration est l'afflux continu d'immigrants en provenance d'autres États de l'UE, en particulier de l'Allemagne [3]. En 2019, les personnes originaires de Turquie représentaient le groupe de migrants le plus important (194 300), suivi par le Suriname (178 300), le Maroc (170 500), la Pologne (145 200), l'Allemagne (120 600) et l'Indonésie (115 100) [4]. La population migrante (née à l'étranger) a presque doublé entre 1990 et 2019 (1,2 à 2,3 millions). Dans le même temps, la proportion de migrants dans la population totale a également augmenté de manière significative (7,9 à 13,4 %) [5]. En 2020, le taux de migration nette est de 0,9 [6]. Alors que les Pays-Bas étaient un pays d'émigration après la Seconde Guerre mondiale, ils sont devenus un pays d'immigration entre les années 1960 et le millénaire. Depuis quelques années, les Chiffres de l'immigration et de l'émigration convergent.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

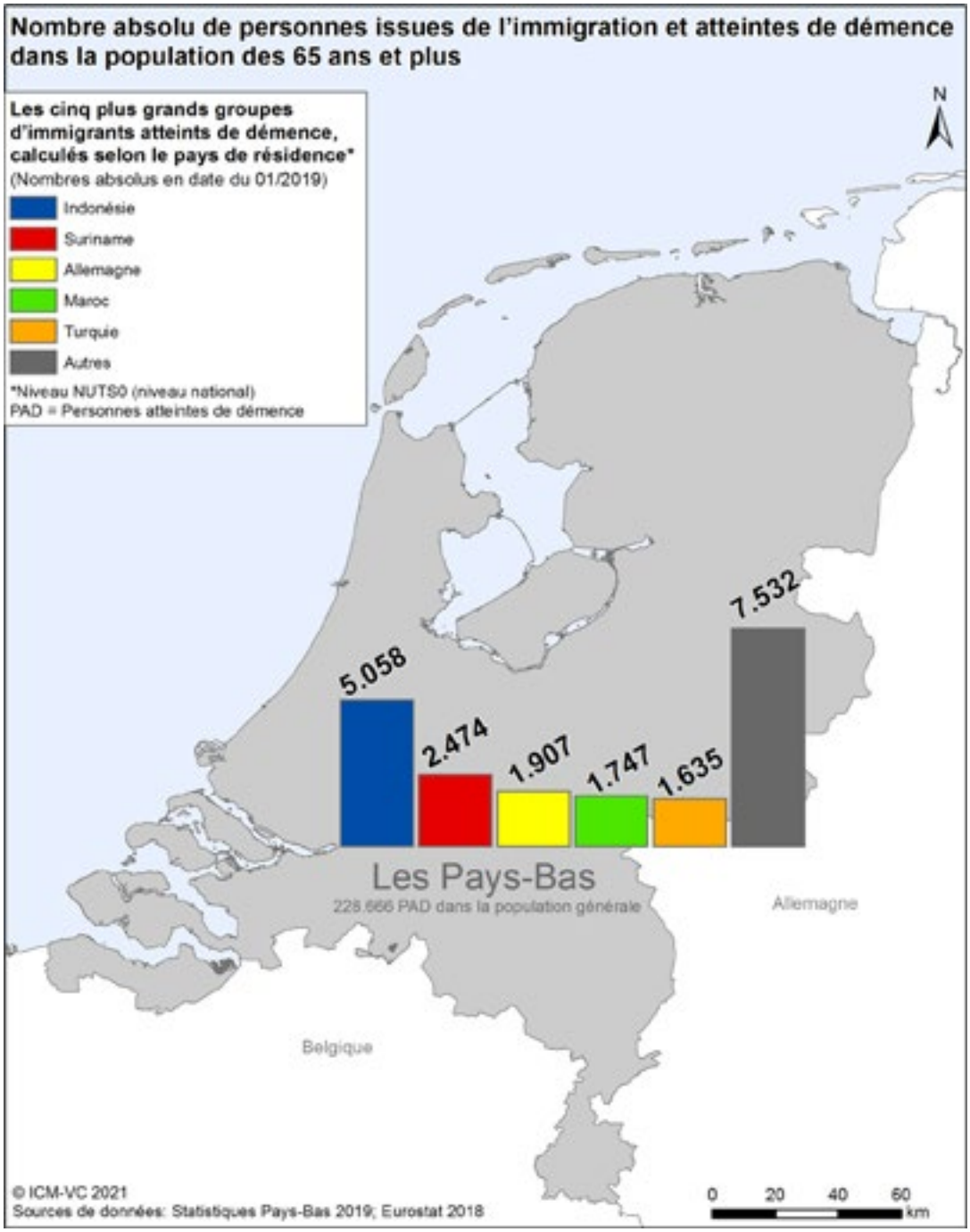


Fig. 3.7.23.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Pays-Bas - Nation)

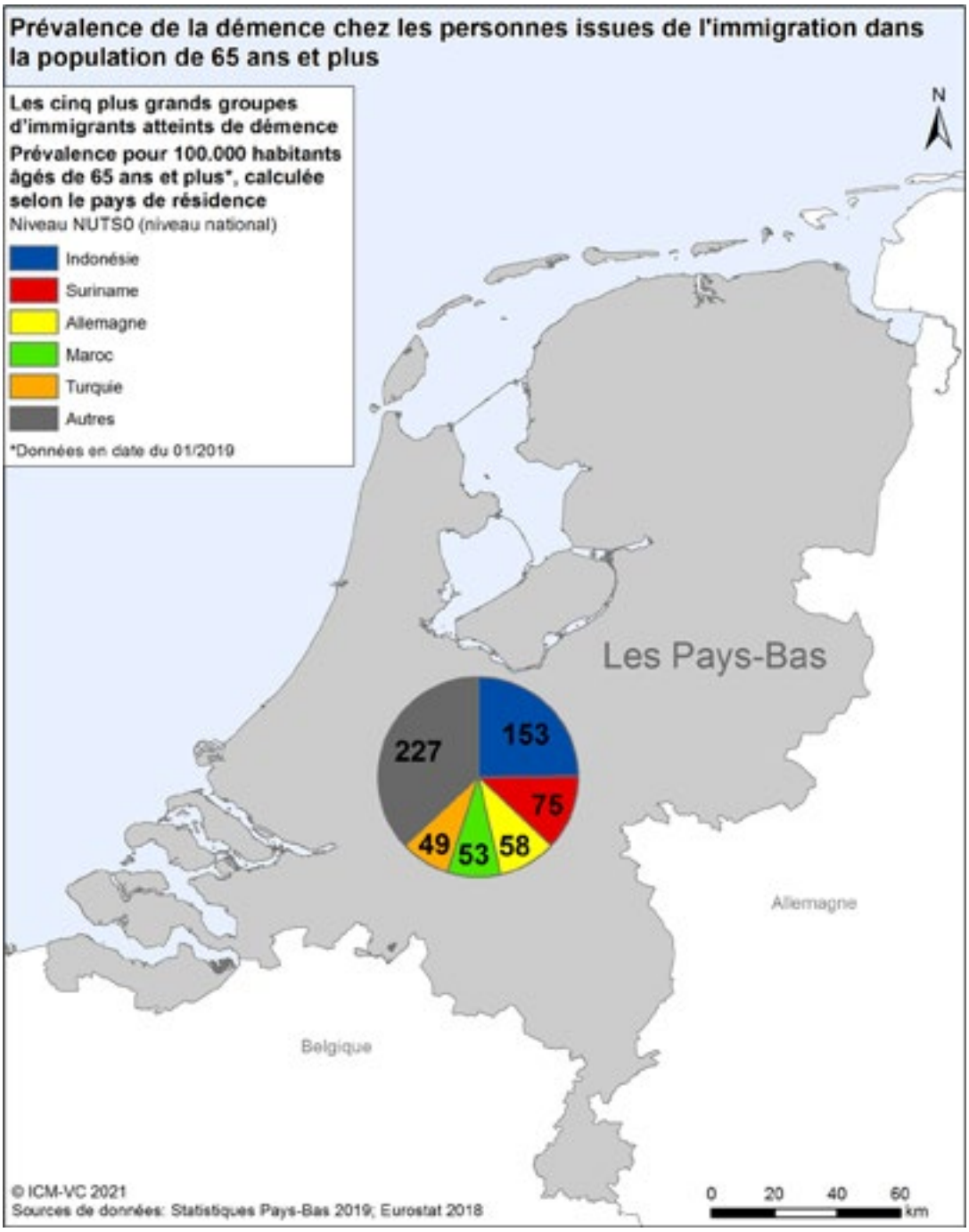


Fig. 3.7.23.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Pays-Bas – Nation)

Tableau 38: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays-Bas - Nation)

NUTS	Total	NL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Pays-Bas	228.666	208.313	ID 5.058	SR 2.474	DE 1.907	MA 1.747	TR 1.635	7.532
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Pays-Bas	7.752	-	ID 171	SR 84	DE 65	MA 59	TR 55	255
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Pays-Bas	6.900	6.286	ID 153	SR 75	DE 58	MA 53	TR 49	227

Source des données: Statistics Netherland (2019)

Il y a 295 000 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 20 400 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.23.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Indonésie (environ 5 100), du Suriname (environ 2 500), d'Allemagne (environ 1 900), du Maroc (environ 1 800) et de Turquie (environ 1 600). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence aux Pays-Bas pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.23.2). Le tableau 38 présente les valeurs figurant dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Indonésie, du Suriname, d'Allemagne, du Maroc et de Turquie dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.23.3 - 3.7.23.8).

Fig. 3.7.23.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Indonésie (Pays-Bas – NUTS2)

Fig. 3.7.23.4: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Suriname (Pays-Bas – NUTS2)

Fig. 3.7.23.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Allemagne (Pays-Bas – NUTS2)

Fig. 3.7.23.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Maroc (Pays-Bas – NUTS2)

Fig. 3.7.23.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Turquie (Pays-Bas – NUTS2)

Fig. 3.7.23.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Pays-Bas (Pays-Bas - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.23.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (Fig. 3.7.23.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 39 [7-9].

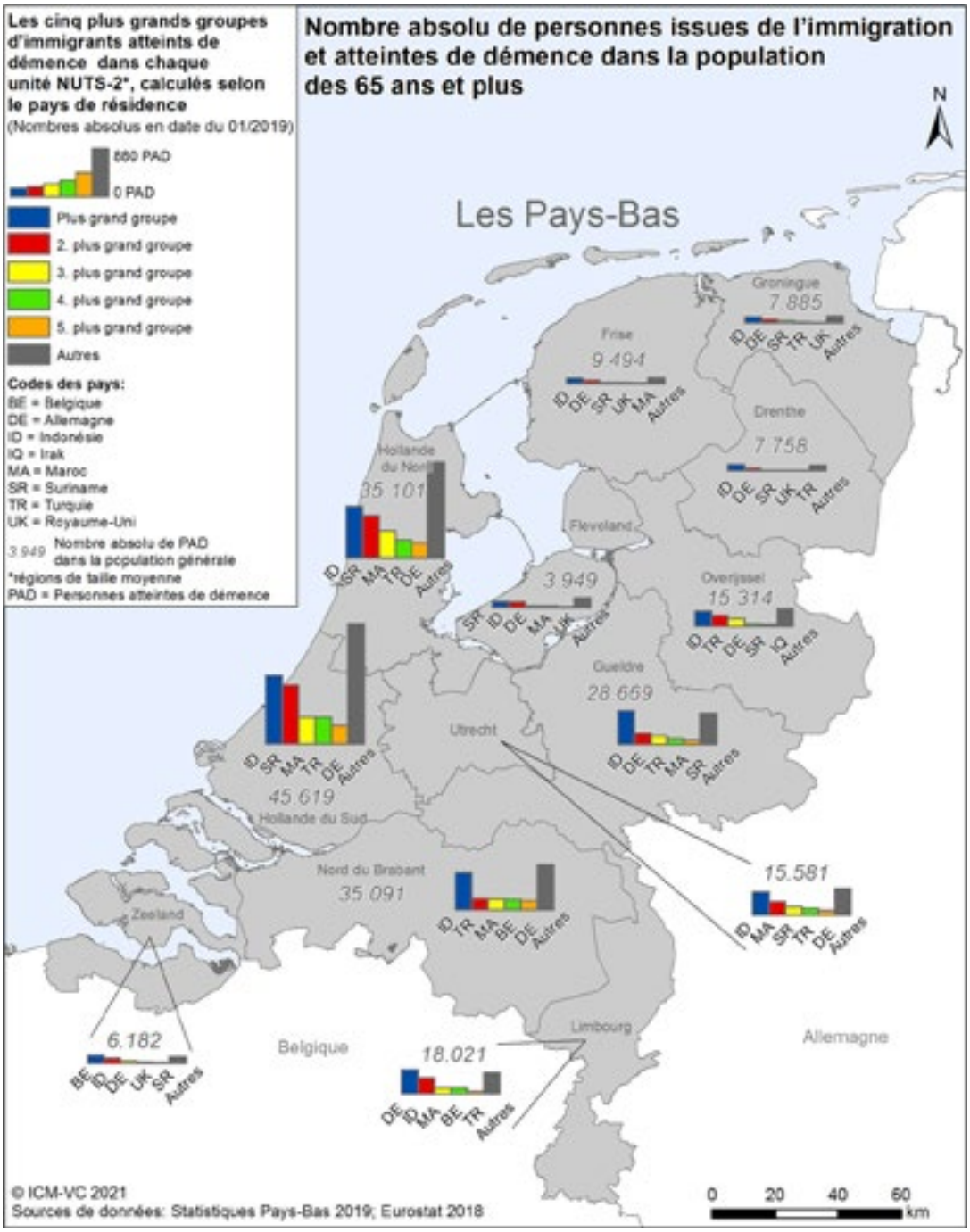


Fig. 3.7.23.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Pays-Bas – NUTS2)

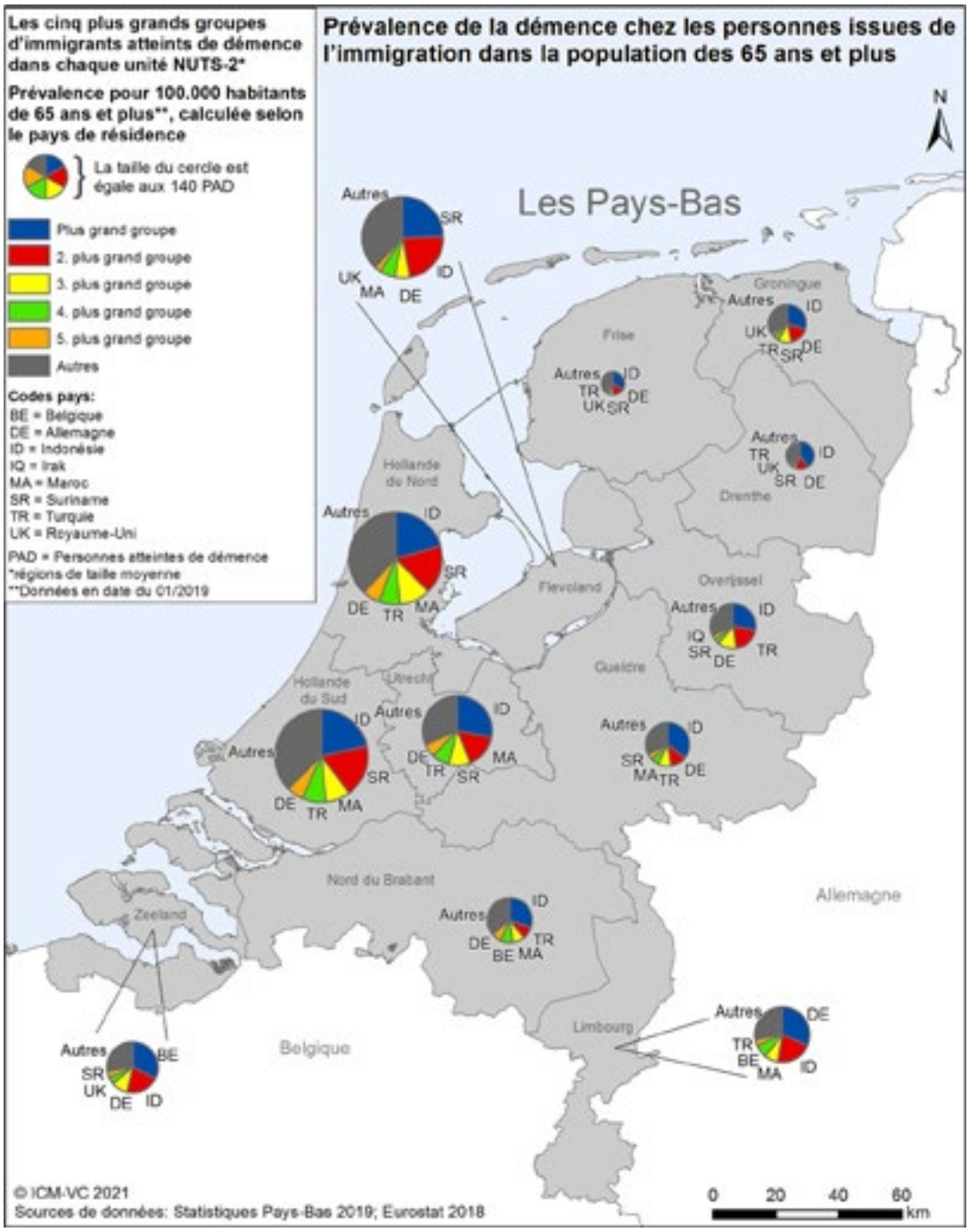


Fig. 3.7.23.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Pays-Bas – NUTS2)

Tableau 39 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays-Bas - NUTS 2)

NUTS	Total	NL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Groningue	7.885	7.473	ID 122	DE 72	SR 45	TR 20	UK 13	140
Frise	9.494	9.187	ID 101	DE 53	SR 17	UK 14	MA 8	114
Drenthe	7.758	7.462	ID 120	DE 46	SR 10	UK 10	TR 8	103
Overijssel	15.314	14.335	ID 272	TR 195	DE 132	SR 35	IQ 34	310
Gueldre	28.660	26.893	ID 629	DE 214	TR 167	MA 104	SR 83	579
Flevoland	3.949	3.498	SR 111	ID 101	DE 27	MA 27	UK 12	172
Utrecht	15.581	14.064	ID 424	MA 243	SR 152	TR 123	DE 89	485
Hollande du Nord	35.101	30.501	ID 948	SR 777	MA 500	TR 341	DE 279	1.755
Hollande du Sud	45.619	39.707	ID 1.270	SR 1.086	MA 502	TR 500	DE 339	2.216
Zeeland	6.182	5.743	BE 140	ID 95	DE 47	UK 19	SR 17	122
Nord du Brabant	35.091	32.841	ID 677	TR 202	MA 201	BE 190	DE 165	814
Limbourg	18.021	16.609	DE 444	ID 298	MA 114	BE 112	TR 51	393
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Groningue	13.195	-	ID 204	DE 120	SR 76	TR 33	UK 22	235
Frise	21.316	-	ID 226	DE 119	SR 39	UK 31	MA 19	257
Drenthe	18.042	-	ID 279	DE 106	SR 24	UK 23	TR 18	239
Overijssel	10.796	-	ID 192	TR 138	DE 93	SR 25	IQ 24	218
Gueldre	11.136	-	ID 244	DE 83	TR 65	MA 49	SR 32	225
Flevoland	6.044	-	SR 169	ID 155	DE 42	MA 42	UK 18	264

NUTS	Total	NL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Utrecht	7.087	-	ID 193	MA 111	SR 69	TR 56	DE 41	220
Hollande du Nord	5.265	-	ID 142	SR 117	MA 75	TR 51	DE 42	263
Hollande du Sud	5.324	-	ID 148	SR 127	MA 59	TR 58	DE 40	259
Zeeland	9.705	-	BE 220	ID 149	DE 73	UK 30	SR 27	192
Nord du Brabant	10.763	-	ID 208	TR 62	MA 62	BE 58	DE 51	250
Limbourg	8.803	-	DE 217	ID 146	MA 56	BE 55	TR 25	192
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Groningue	6.900	6.539	ID 107	DE 63	SR 40	TR 17	UK 12	123
Frise	6.900	6.677	ID 73	DE 38	SR 13	UK 10	MA 6	83
Drenthe	6.900	6.636	ID 107	DE 41	SR 9	UK 9	TR 7	92
Overijssel	6.900	6.459	ID 123	TR 88	DE 60	SR 16	IQ 15	140
Gueldre	6.900	6.472	ID 151	DE 52	TR 40	MA 25	SR 20	139
Flevoland	6.900	6.112	SR 193	ID 177	DE 48	MA 47	UK 21	301
Utrecht	6.900	6.228	ID 188	MA 108	SR 67	TR 54	DE 39	215
Hollande du Nord	6.900	5.996	ID 186	SR 153	MA 98	TR 67	DE 55	345
Hollande du Sud	6.900	6.006	ID 192	SR 164	MA 76	TR 76	DE 51	335
Zeeland	6.900	6.409	BE 156	ID 106	DE 52	UK 21	SR 19	136
Nord du Brabant	6.900	6.458	ID 133	TR 40	MA 39	BE 37	DE 33	160
Limbourg	6.900	6.359	DE 170	ID 114	MA 44	BE 43	TR 19	151

Source des données : Statistics Netherland (2019)

3. Plan national de lutte contre la démence

Quatre PND, stratégies ou normes ont été identifiés pour les Pays-Bas. Alors que le « Deltaplan néerlandais contre la démence » de quatre pages datant de 2017 et la « version publique des normes de soins en matière de démence » de 26 pages datant de 2016 ne traitent pas de la migration [10, 11], la « norme de soins en matière de démence » destinée aux prestataires de services professionnels datant de 2013 (82 pages) et la « stratégie nationale en matière de démence 2021 - 2030 » datant de 2020 (24 pages) font référence à ce sujet [12, 13].

La « Norme de soins Démence » destinée aux prestataires de services professionnels ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration, mais plusieurs passages de ce document abordent brièvement les thèmes de la prévalence de la démence, des besoins spécifiques, du diagnostic de la démence et de la prise en charge des personnes atteintes de démence. Elle fait ainsi référence au fait que la démence est de plus en plus fréquente chez les personnes d'origine non néerlandaise (en raison du vieillissement de la population et d'une prévalence élevée de maladies cardiovasculaires et de diabète) et que ce groupe a des besoins particuliers en matière de diagnostic et de soins de la démence. L'argument est que les patients issus de l'immigration et leurs familles ont des préférences différentes en matière de communication et de prise de décision concernant la maladie et le traitement. Les Pays-Bas accordent une attention particulière aux migrants en matière de détection précoce et de prévention. Les personnes atteintes de démence et leurs proches se voient proposer des activités (activités mentales, physiques et d'apprentissage) adaptées à leur culture. À l'avenir, une attention particulière sera accordée aux migrants atteints de démence dans l'offre de logements. En outre, les informations sur la démence seront adaptées au contexte linguistique et culturel des personnes d'origine étrangère. Ainsi, la version du « *Care Standard Dementia* » de 2013 qui s'adresse aux prestataires de services professionnels souligne qu'aux Pays-Bas des services spécifiques sont actuellement disponibles pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et que des actions supplémentaires seront prises pour améliorer la situation des soins de ce groupe de population [12].

La « Stratégie nationale en matière de démence 2021 - 2030 » fait brièvement référence à la migration dans trois sous-chapitres. Dans la section « Faits et Chiffres », un court paragraphe (5 lignes) souligne que sur les 178 000 personnes qui ont reçu un diagnostic formel de démence et qui sont dans le collimateur des prestataires de soins, 14 % sont issues de l'immigration. En outre, il est souligné que les Chiffres de la démence chez les personnes issues de l'immigration non occidentale augmentent plus rapidement que chez les personnes d'origine néerlandaise et que la démence est trois à quatre fois plus fréquente dans cette population. Dans deux sous-chapitres ultérieurs, le présent document souligne que les futurs réseaux de soins, et plus particulièrement de soins aux personnes atteintes de démence, doivent se concentrer sur la diversité culturelle des personnes nécessitant des soins. Toutefois, aucune stratégie ou mesure spécifique n'est mentionnée pour y parvenir. Dans l'ensemble, le thème de la migration joue un rôle secondaire dans la « Stratégie nationale en matière de démence 2021-2030 » [13].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Aux Pays-Bas, deux documents contenant des lignes directrices sur la démence ont été identifiés : 1. Les lignes directrices pour les soins intégrés de la démence de 2009 et la politique de traitement de la démence de 2012. Le premier document comprend 62 pages et traite des sujets suivants : 1. Les diagnostics (sous-thèmes : critères et recommandations pour le diagnostic des différents types de démence, outils de dépistage cognitif, tests neuropsychologiques) ; 2. Le traitement (traitement médicamenteux des symptômes de la démence et des symptômes neuropsychiatriques, interventions psychosociales et autres interventions non médicamenteuses telles que l'entraînement cognitif et la physiothérapie) ; 3. Les groupes de soutien pour les aidants des personnes atteintes de démence ; et 4. La formation des aidants [14]. Le deuxième document fait 38 pages et comprend les sujets : 1. Les personnes atteintes de démence et leur famille (sous-thèmes : ce qu'est la démence et ce qu'elle fait, les personnes atteintes de démence, leur famille et les Chiffres [par exemple, « Nombre de personnes atteintes de démence aux Pays-Bas »] ; les personnes atteintes de démence, leur famille et leurs questions [identification des différents domaines problématiques]) ; 2. Les soins intégrés aux personnes atteintes de démence et leurs aspects importants (sous-thèmes : ce qui est important pour de bons soins aux personnes atteintes de démence dans la région [c'est-à-dire ce que sont de bons soins aux personnes atteintes de démence] ; 3. Ce qui compte en termes de bonne qualité des soins intégrés (c'est-à-dire les critères de bonne gestion des soins intégrés), et 4. Les gestionnaires de cas en tant que maillon crucial de la chaîne de soins (c'est-à-dire de bons exemples de gestion de cas) [15]. Ni le premier ni le second document ne font référence à la migration dans aucun des sujets mentionnés [14, 15].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion des experts. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon les deux experts, le système de santé identifie les personnes issues de l'immigration âgées comme un groupe vulnérable. Par exemple, le Centre d'expertise sur les différences d'accès à la santé Pharos, qui dispense une éducation sanitaire aux patients et aux professionnels, s'intéresse tout particulièrement aux groupes de migrants. Mais dans l'ensemble, il existe de grandes différences régionales quant à la pertinence du thème de la démence et de la migration aux Pays-Bas. Pour ces experts, qui travaillent dans un hôpital d'Amsterdam, et les soignants d'autres grandes villes de l'ouest des Pays-Bas, comme Rotterdam ou La Haye, où vivent de nombreux migrants, le sujet est très important. L'un des experts a déclaré que dans quelques années, un tiers des personnes vivant à Amsterdam

et âgées de 60 ans ou plus seraient des migrants non occidentaux. Dans des provinces comme Groningue ou Drenthe, où ne vivent que quelques migrants, le sujet de la démence et de la migration n'est pas considéré comme important. Les personnes issues de l'immigration âgées sont considérées comme vulnérables dans les domaines du développement et de la prévalence de la démence (qui est plus élevée dans les groupes de migrants), du manque de soins, du sous-diagnostic et de l'utilisation des services de santé. Les migrants âgés de Turquie et du Maroc de la première génération sont particulièrement vulnérables (en raison des barrières linguistiques, culturelles et éducatives).

Selon l'un des experts, une stratégie de soins de santé hybride comportant des éléments d'intégration et de ségrégation est utilisée dans les soins ambulatoires et hospitaliers pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. En revanche, dans les soins hospitaliers, le modèle ségrégatif est un peu plus répandu. Cet expert a noté qu'il y a un peu moins de services de soins spécifiques aux migrants dans les soins hospitaliers que dans les soins ambulatoires. Les deux experts ont encore signalé qu'il existait dans plusieurs régions des services suffisamment efficaces pour les soins ambulatoires des migrants âgés, qui répondent à leurs besoins. Par exemple, l'outil interculturel de dépistage de la démence RUDAS est utilisé dans de nombreuses cliniques de la mémoire pour évaluer la démence chez les migrants. En outre, certaines cliniques de la mémoire proposent un programme de soins de jour spécialisés avec des interprètes ainsi que des formations liées au thème de la démence et de la migration. Comme modèle de base de bonne pratique, l'un des experts a souligné la combinaison de la pratique clinique et de la recherche scientifique dans le contexte du diagnostic dans certains centres et universités, tels que le département de psychiatrie et de psychologie médicale d'Amsterdam et l'université Erasmus de Rotterdam. De nombreux autres centres tirent également des enseignements de ces deux organisations, par exemple en recourant à des services d'interprétation, en améliorant leur connaissance des obstacles à l'éducation et à l'alphabétisation et en organisant des symposiums réunissant les hôpitaux où sont posés les diagnostics, les médecins généralistes et les établissements de soins qui accueillent de nombreux patients migrants. En matière de soins de suivi, le modèle de bonne pratique consiste à disposer d'une chaîne de soins solide dans laquelle les acteurs se connaissent bien et ont des connaissances sur les parties prenantes concernées. Bien qu'un nombre croissant de villes comme Amsterdam, Rotterdam ou La Haye proposent des services spécialisés tels que l'attribution d'appartements dans des maisons de retraite pour les migrants âgés originaires de Turquie et du Maroc (avec de la nourriture halal, du personnel de langue maternelle et des services spécifiques à la religion), de nombreuses régions sont encore dépourvues de telles options.

L'un des experts a souligné que les mesures de soins et de soutien interculturels pour les personnes atteintes de démence étaient répandues dans tout le pays. La plupart des services sont accessibles via Internet. Par exemple, il existe des outils et des vidéos qui aident les gens à reconnaître les symptômes de la démence et à parler de la démence. En outre, dans de nombreuses régions, il existe des cours de formation destinés aux membres clés de la communauté sur la manière de reconnaître les symptômes de la démence et de mettre en place des chaînes de soins. Les informations sont disponibles en ligne, ce qui permet de dispenser cette formation dans toutes les régions.

Selon les experts, les services de soins existants sont adaptés aux personnes atteintes

de démence, qu'elles soient issues ou non de l'immigration. Toutefois, comme ils sont généralement conçus par des non-migrants, ils conviennent mieux aux non-migrants. Les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ou leurs proches sont également moins souvent impliquées dans le développement de ces services, même si de tels projets participatifs existent aux Pays-Bas.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Dans la formation des professionnels de la santé dans les universités et les facultés de médecine, un accent particulier est mis sur le thème des soins adaptés à la diversité culturelle, comme l'ont indiqué les experts. En outre, l'institution Pharos propose des cours spéciaux sur les soins adaptés à la diversité culturelle et d'autres sujets pertinents pour les migrants âgés, tels que la démence et les soins palliatifs. Pharos a également développé un cours spécial sur les soins de fin de vie pour les migrants de la première génération, une initiative à laquelle les deux experts ont participé. Alors que les soins adaptés à la diversité culturelle font le plus souvent partie des programmes de formation des professionnels, il semble qu'il n'existe pas de possibilités officielles de formation aux soins interculturels pour les médecins ou les soignants. Toutefois, l'hôpital d'Amsterdam, où les deux experts sont employés, propose des cours ou des conférences auxquels participent également des professionnels de la santé ou des étudiants d'autres régions.

La proportion de soignants professionnels issus de la migration augmente relativement fortement, tant dans les soins ambulatoires que dans les soins hospitaliers. Selon les experts, elle se situe encore actuellement à un niveau modéré. Les trois principaux pays d'origine des aides-soignants issus de l'immigration sont le Suriname, la Turquie et le Maroc. Une proportion croissante de soignants professionnels originaires de ces pays a une influence très positive sur les patients qui ont également immigré de ces pays. Cependant, certains patients craignent de ne pas pouvoir faire confiance à un soignant qui a la même origine culturelle qu'eux, car ils ont peur qu'il fasse des commérages sur ce qu'il raconte. Ce problème se pose également avec les interprètes officiels.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon les experts, la famille est très importante pour soutenir les aidants familiaux des personnes issues de l'immigration atteints de démence. Dans ce contexte, les communautés religieuses, les organisations de migrants et les prestataires de soins sont tout aussi pertinents. Selon l'un des experts, il est important que les prestataires de soins professionnels établissent des contacts avec les communautés religieuses et les organisations de migrants pour fournir aux personnes issues de l'immigration des informations sur la démence.

Les aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence manquent souvent d'informations sur les services officiels et ont un très grand besoin de services spécialisés fournissant soutien et informations. Selon l'un des experts, ces services spécialisés n'existent actuellement que dans quelques régions (dans les grandes villes comptant un nombre élevé de migrants âgés, comme Rotterdam, Amsterdam et La Haye).

L'autre expert note qu'aux Pays-Bas, il existe généralement beaucoup d'informations sur la démence, mais qu'elles sont principalement disponibles en ligne. En particulier pour les migrants plus âgés, différentes voies d'accès à l'information et au soutien sont nécessaires. Il existe également un besoin important de sensibilisation et d'éducation en matière de démence, car la démence n'est souvent pas considérée comme une maladie dans certains groupes de migrants (par exemple, par de nombreuses personnes originaires du Maroc et de Turquie), ce qui constitue un obstacle à l'utilisation active des services.

8. Références

1. Zorlu A, Hartog J: Migration and immigrants: The case of the Netherlands. 2001.
2. Ersanilli E: Focus Migration: Country Profile Netherlands. In. Édité par Berlinghoff M, Hanewinkel V, Oltmer J: Institute for Migration Research and Intercultural Studies, Federal Agency for Civic Education; 2014.
3. Van Meeteren M, Van de Pol S, Dekker R, Engbersen G, Snel E: Destination Netherlands: History of Immigration and Immigration Policy in the Netherlands. In: *Immigrants: Acculturation, Socioeconomic Challenges and Cultural Psychology.* edn. Édité par Ho J. Los Angeles; 2013.
4. Centraal Bureau voor de Statistiek: Bevolking op 1 januari; leeftijd, geboorteland en regio. [https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70648ned/table?dl=19E43&ts=1581077548612]. (2019). Consulté le 7 février 2020.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Netherlands; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Statistics Netherland: Bevölkerungsstatistik. In. Den Haag: Statistics Netherland 2019.
10. Nederland Alzheimer: Publieksversie Zorgstandaard Dementie: Steun en zorg. In. Amersfort: Alzheimer Nederland; 2016.
11. Deltaplan Dementie: Netherlands Deltaplan for Dementia; 2017.
12. Nederland Alzheimer, Vilans: Zorgstandaard Dementie: Steun en zorg. In.: Alzheimer Nederland, Vilans; 2013.
13. Ministry of Health Welfare and Sport: National Dementia Strategy 2021-2030. In. Den Haag; 2020.
14. Ministry of Health Welfare and Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ: Guideline for Integrated Dementia Care. In: Ministry of Health, Welfare and Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ; 2009.
15. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie: Dementie. In: Federatie Medisch Specialisten; 2012.

Pologne

Population
37 958 000 (2020)

Superficie
309 158 km²

Capitale
Varsovie

Trois plus grandes villes
Varsovie (1 791 000)
Cracovie (779 000)
Lodz (680 000)

Pays voisins
Allemagne, Biélorussie, Lituanie, la Fédération de Russie (Oblast de Kaliningrad), République slovaque, La République Tchèque, Ukraine

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Rapport sur la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
6. Références

1. Histoire des migrations

L'histoire de la migration en Pologne est caractérisée par l'émigration [1]. Au cours de la seconde moitié du XVIII[e] siècle et tout au long du XIX[e] siècle, ce sont surtout des réfugiés politiques qui quittent le pays. L'émigration économique a commencé à la fin du XIX[e] siècle. De 1871 à 1913, près de 3,5 millions de personnes ont émigré (principalement vers les États-Unis). Pendant les deux guerres mondiales, 2,1 millions de personnes ont quitté le pays, la plupart vers la France, la Belgique, l'Allemagne et l'Amérique. Entre 1944 et 1949, près de 1,5 million de personnes sont revenues [2]. Après la Seconde Guerre mondiale, entre six et huit millions de personnes ont quitté la Pologne, la plupart d'entre elles émigrant vers l'Allemagne [2, 3]. Dans les années 1980, 1,1 à 1,3 million de citoyens polonais (en partie à cause de la répression du mouvement *Solidarność*) et des centaines de milliers de rapatriés allemands ont quitté le pays, dont beaucoup vers l'Allemagne de l'Ouest [1, 2]. Après l'effondrement du communisme en 1989, la migration de transit et l'immigration en provenance des pays orientaux voisins (Ukraine, Biélorussie, la Fédération de Russie) ont augmenté. Suite à l'adhésion à l'UE le 1[er] mai 2004, l'émigration vers d'autres États de l'UE, notamment vers la Royaume-Uni et l'Irlande, a augmenté [1, 3]. Depuis les années 1980, l'histoire migratoire de la Pologne a été fortement influencée par la migration circulaire (des personnes originaires de Pologne travaillant en Allemagne et des citoyens de l'ancienne Union soviétique travaillant en Pologne). La Pologne a une société ethniquement relativement homogène. En raison de l'holocauste et des réinstallations forcées après la Seconde Guerre mondiale, la population des minorités s'est considérablement réduite (1931 : un tiers, 2008 : 2 à 3 % de la population) [1]. En 2013, les personnes originaires d'Ukraine constituaient le groupe de migrants le plus important (221 300), suivi par l'Allemagne (81 800), la Biélorussie (81 400), la Lituanie (54 100) et la Fédération de Russie (40 900) [4]. Depuis plus d'un siècle, la Pologne est l'un des principaux pays d'origine des migrants en Europe centrale et orientale et sert de réservoir de main-d'œuvre à de nombreux pays d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord (depuis l'adhésion à l'UE en 2004, l'émigration de la main-d'œuvre se fait principalement vers d'autres États membres de l'UE) [3]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) et sa part dans la population totale ont presque diminué de moitié (1,1 million à 656 000 ; 3 à 1,7 %) [5]. Le taux de migration nette a toujours été négatif au cours des dernières décennies et, en 2020, il sera de 0,8 % [6].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

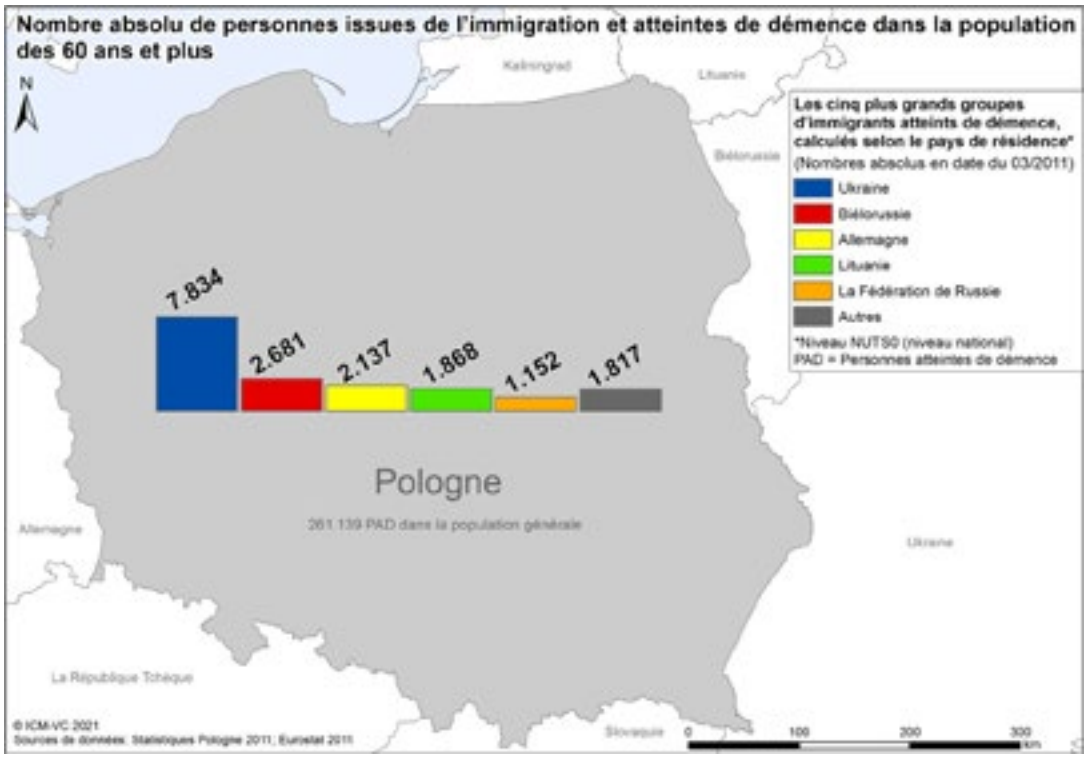


Fig. 3.7.24.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus (Pologne – Nation)

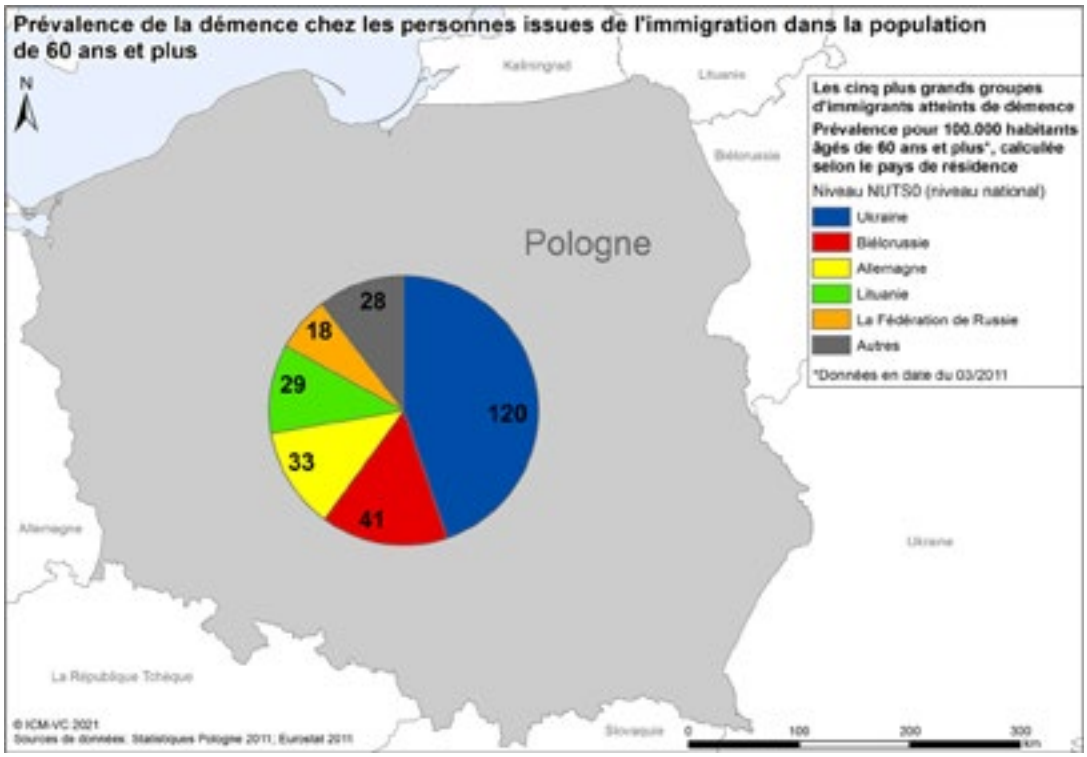


Fig. 3.7.24.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 60 ans et plus (Pologne – Nation)

Tableau 40 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Pologne - Nation)

NUTS	Total	PL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Pologne	261.139	243.649	UA 7.834	BY 2.681	DE 2.137	LT 1.868	RU 1.152	1.817
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 60+								
Pologne	5.972	-	UA 179	BY 61	DE 49	LT 43	RU 26	42
Prévalence/100.000 habitants 60+								
Pologne	4.000	3.732	UA 120	BY 41	DE 33	LT 29	RU 18	28

Source des données: Statistics Poland (2011)

Il y a 437 200 personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans ou plus. On estime qu'environ 17 300 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.24.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Ukraine (environ 7 800), de Biélorussie (environ 2 700), d'Allemagne (environ 2 100), de Lituanie (environ 1 900) et de la Fédération de Russie (environ 1 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Pologne pour 100 000 habitants âgés de 60 ans ou plus (figure 3.7.24.2). Le tableau 40 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Ukraine, de la Biélorussie, d'Allemagne, de Lituanie et de la Fédération de Russie dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.24.3 - 3.7.24.8).

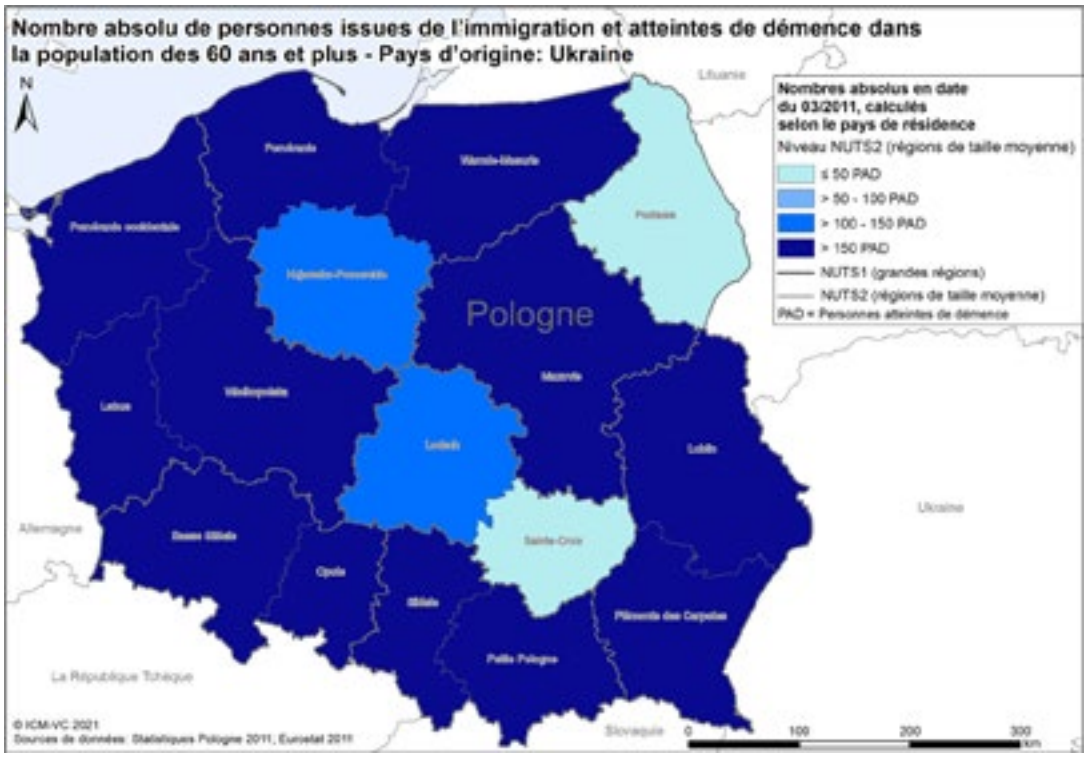


Fig. 3.7.24.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: Ukraine (Pologne – NUTS2)

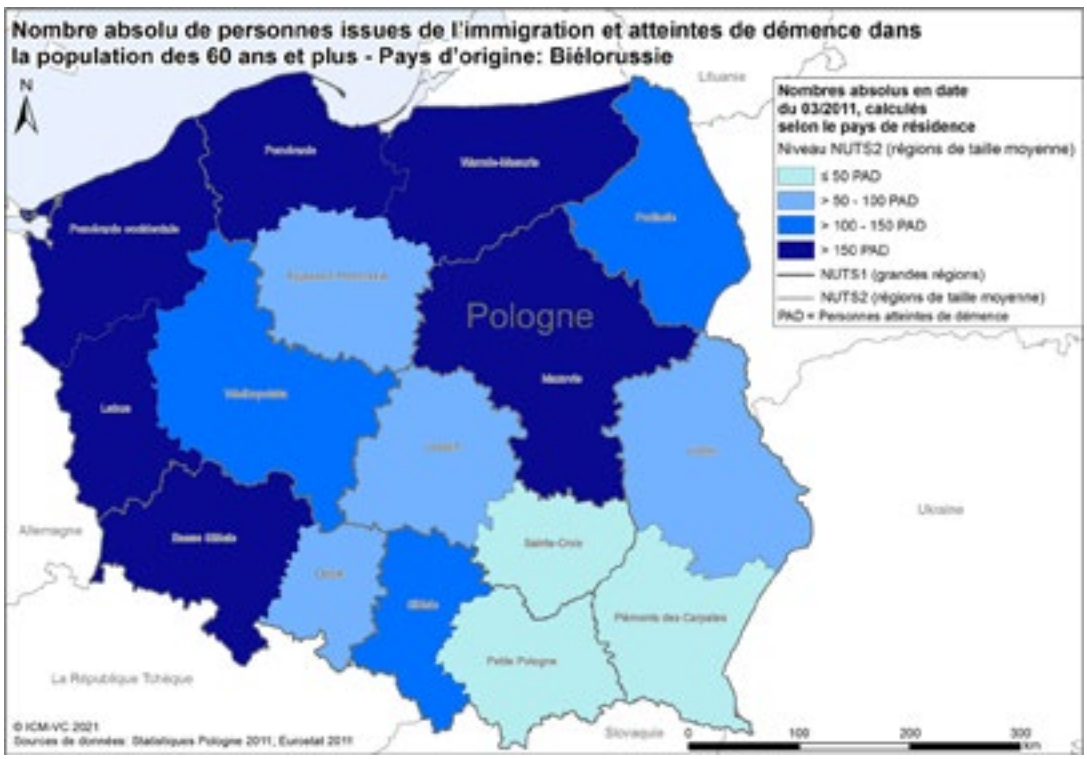


Fig. 3.7.24.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine: Biélorussie (Pologne – NUTS2)

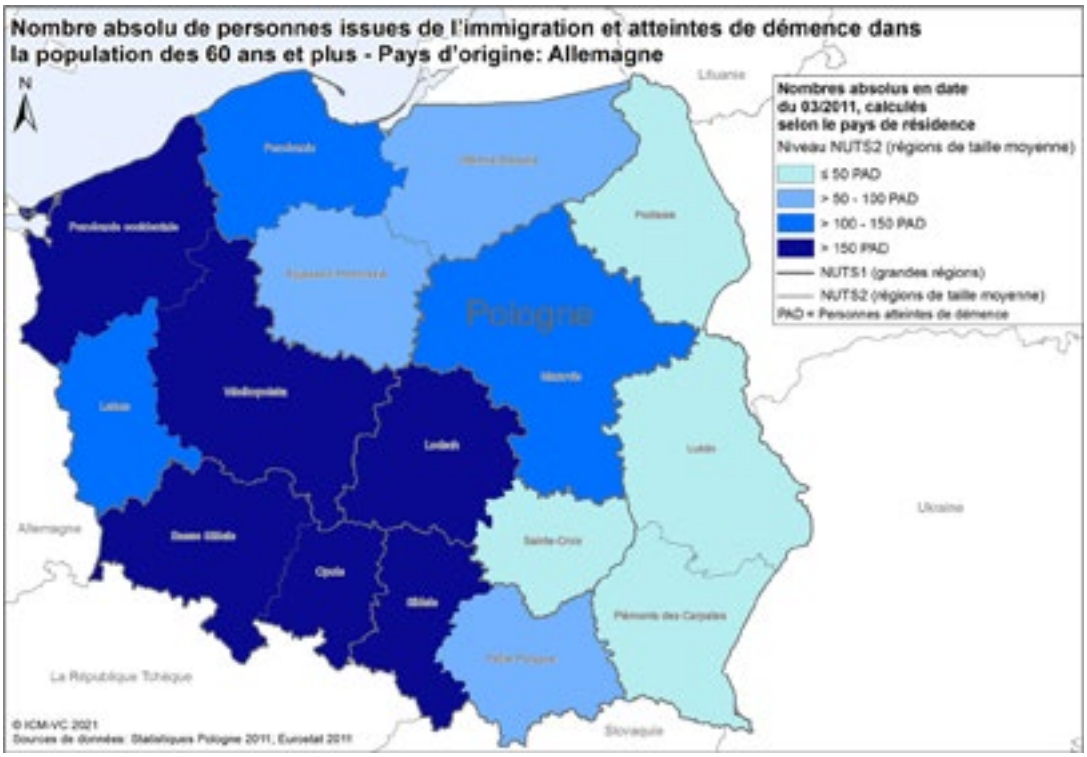


Fig. 3.7.24.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine : Allemagne (Pologne – NUTS2)

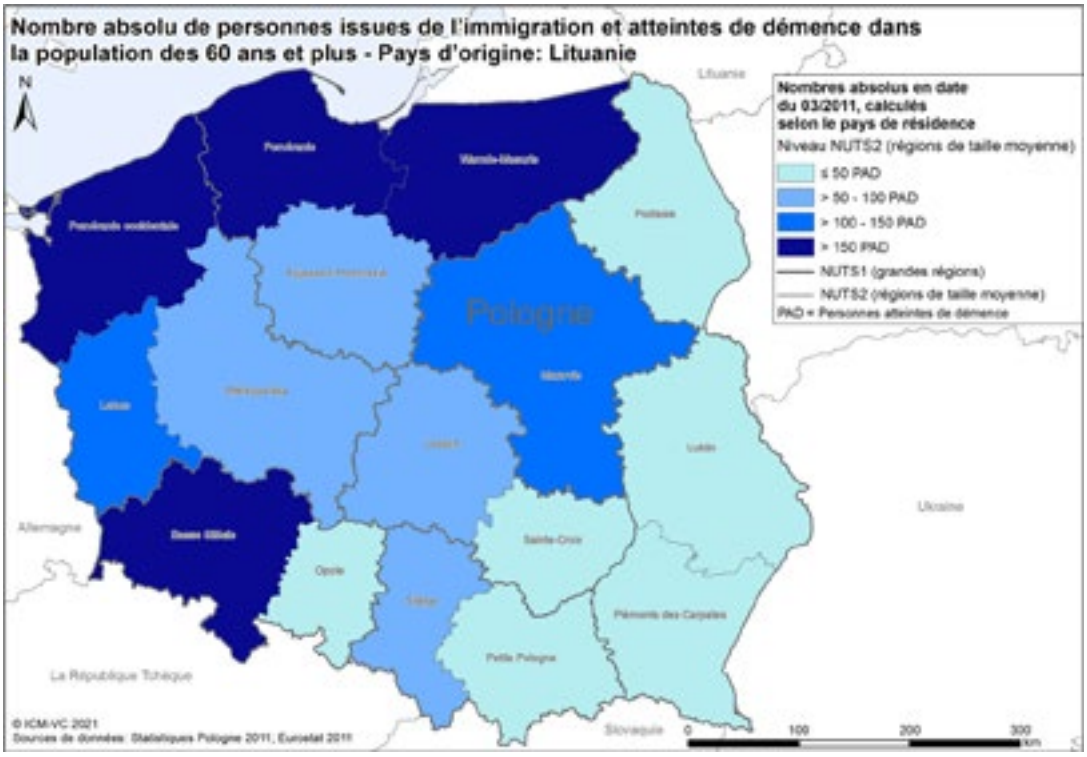


Fig. 3.7.24.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine : Lituanie (Pologne – NUTS2)

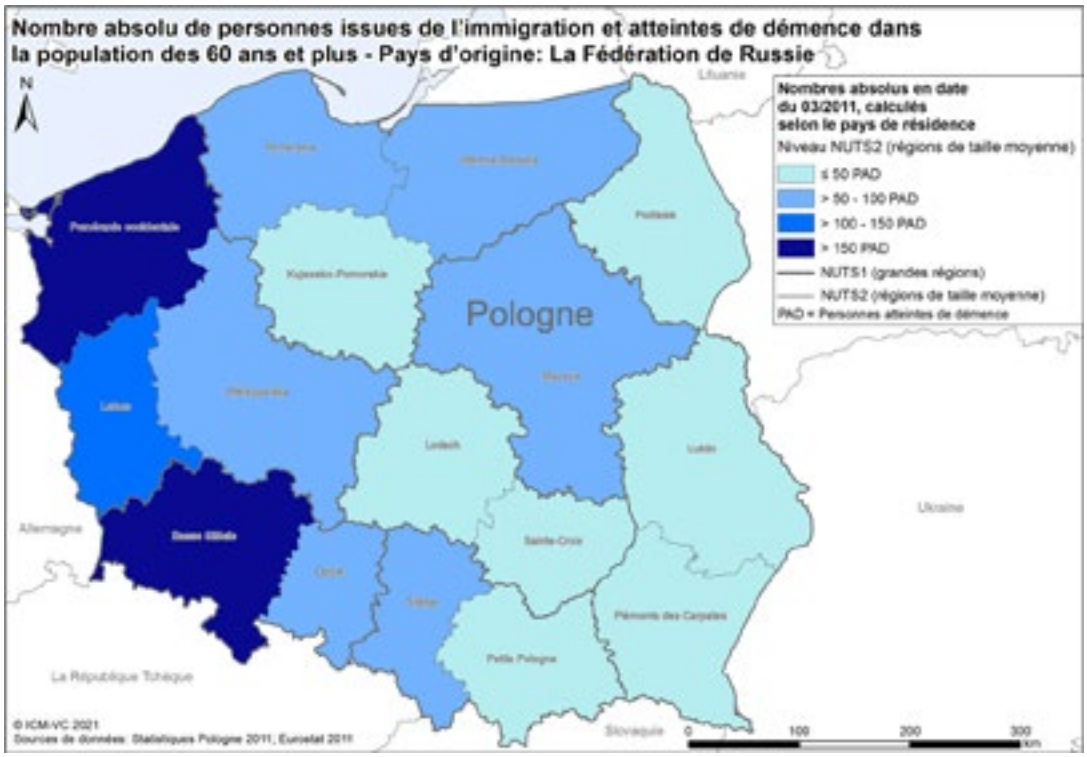


Fig. 3.7.24.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine : La Fédération de Russie (Pologne – NUTS2)

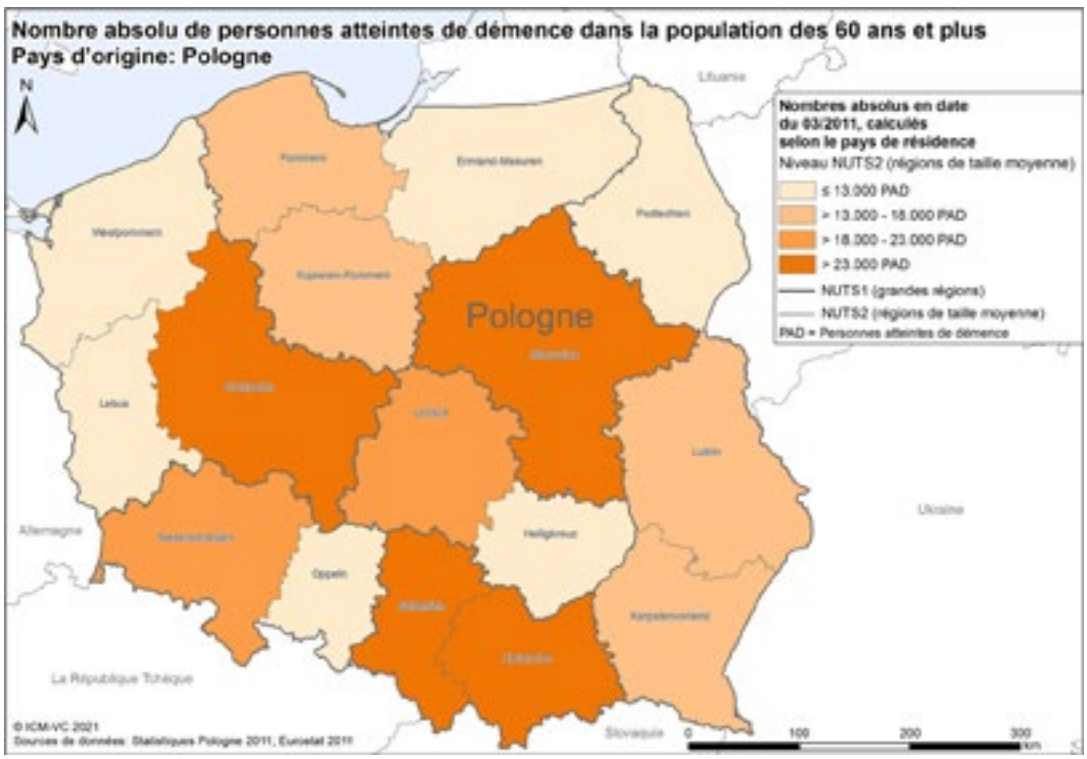


Fig. 3.7.24.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine : Pologne (Pologne - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.24.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 60 ans ou plus dans les régions NUTS2 (Fig. 3.7.24.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 41 [7, 8].

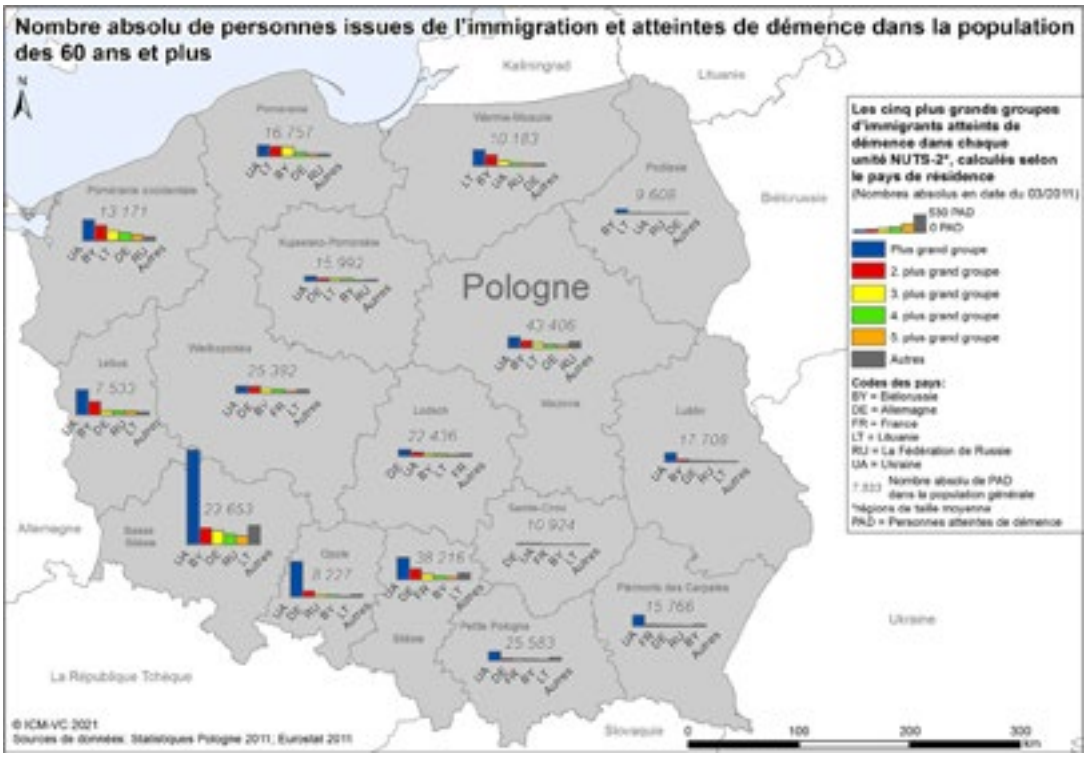


Fig. 3.7.24.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus (Pologne – NUTS2)

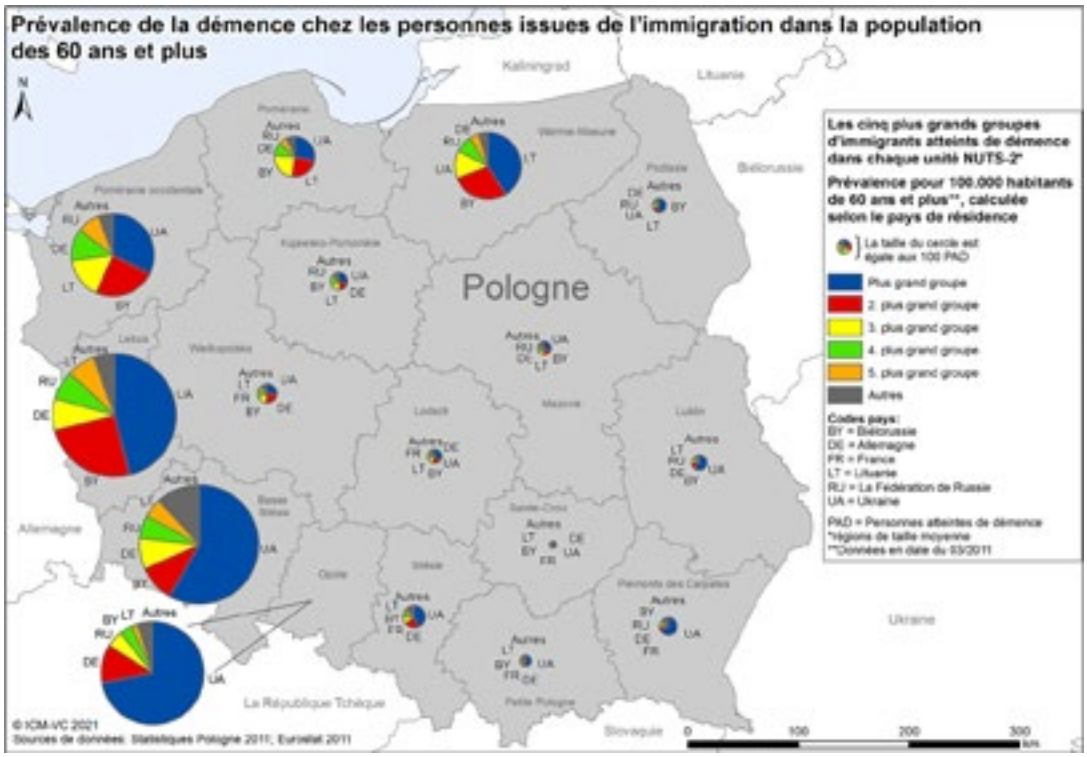


Fig. 3.7.24.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 60 ans et plus (Pologne - NUTS2)

Tableau 41 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Pologne - NUTS2)

NUTS	Total	PL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Lodsch	22.436	21.873	DE 195	UA 110	BY 74	LT 67	FR 50	68
Mazovie	43.406	42.380	UA 322	BY 205	LT 135	DE 106	RU 81	177
Petite Pologne	25.583	25.071	UA 258	DE 55	FR 44	BY 38	LT 32	85
Silésie	38.216	36.692	UA 662	DE 312	FR 159	BY 105	LT 83	203
Lublin	17.708	17.237	UA 287	BY 68	DE 42	RU 32	LT 18	24
Piémonts des Carpates	15.766	15.282	UA 319	FR 44	DE 35	RU 25	BY 14	46
Sainte-Croix	10.924	10.791	DE 42	UA 33	FR 17	BY 13	LT 8	20

NUTS	Total	PL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Podlasie	9.608	9.378	BY 124	LT 31	UA 23	RU 22	DE 10	20
Wielkopolska	25.382	24.530	UA 227	DE 221	BY 136	FR 106	LT 62	100
Poméranie occidentale	13.171	11.262	UA 621	BY 462	LT 308	DE 233	RU 172	113
Lebus	7.533	5.905	UA 750	BY 408	DE 134	RU 125	LT 119	92
Basse Silésie	23.653	18.778	UA 2,846	BY 492	DE 402	RU 304	LT 255	577
Opole	8.227	6.748	UA 1,065	DE 179	RU 77	BY 58	LT 31	69
Kujawsko-Pomorskie	15.992	15.515	UA 144	DE 90	LT 81	BY 81	RU 32	50
Warmie-Masurie	10.183	9.014	LT 479	BY 329	UA 157	RU 94	DE 60	51
Poméranie	16.757	15.572	UA 334	LT 285	BY 279	DE 128	RU 80	79
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 60+								
Lodsch	16.108	-	DE 140	UA 79	BY 53	LT 48	FR 36	49
Mazovie	17.370	-	UA 129	BY 82	LT 54	DE 42	RU 32	70
Petite Pologne	20.355	-	UA 205	DE 44	FR 35	BY 30	LT 25	67
Silésie	10.118	-	UA 175	DE 83	FR 42	BY 28	LT 22	53
Lublin	15.130	-	UA 245	BY 58	DE 36	RU 28	LT 16	20
Piémonts des Carpates	13.211	-	UA 268	FR 37	DE 30	RU 21	BY 12	39
Sainte-Croix	33.642	-	DE 128	UA 102	FR 52	BY 39	LT 25	61
Podlasie	17.018	-	BY 219	LT 55	UA 40	RU 40	DE 17	36
Wielkopolska	12.032	-	UA 108	DE 105	BY 64	FR 50	LT 29	47
Poméranie occidentale	2.783	-	UA 131	BY 98	LT 65	DE 49	RU 36	24

NUTS	Total	PL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Lebus	1.861	-	UA 185	BY 101	DE 33	RU 31	LT 29	22
Basse Silésie	1.952	-	UA 235	BY 41	DE 33	RU 25	LT 21	47
Opole	2.240	-	UA 290	DE 49	RU 21	BY 16	LT 8	18
Kujawsko-Pomorskie	13.562	-	UA 122	DE 76	LT 68	BY 68	RU 27	43
Warmie-Masurie	3.524	-	LT 166	BY 114	UA 54	RU 32	DE 21	17
Poméranie	5.721	-	UA 114	LT 97	BY 95	DE 44	RU 27	27
Prévalence/100.000 habitants 60+								
Lodsch	4.000	3.900	DE 35	UA 20	BY 13	LT 12	FR 9	12
Mazovie	4.000	3.905	UA 30	BY 19	LT 12	DE 10	RU 7	16
Petite Pologne	4.000	3.920	UA 40	DE 9	FR 7	BY 6	LT 5	13
Silésie	4.000	3.841	UA 69	DE 33	FR 17	BY 11	LT 9	21
Lublin	4.000	3.894	UA 65	BY 15	DE 9	RU 7	LT 4	5
Piémonts des Carpates	4.000	3.877	UA 81	FR 11	DE 9	RU 6	BY 4	12
Sainte-Croix	4.000	3.952	DE 15	UA 12	FR 6	BY 5	LT 3	7
Podlasie	4.000	3.904	BY 52	LT 13	UA 10	RU 9	DE 4	8
Wielkopolska	4.000	3.866	UA 36	DE 35	BY 21	FR 17	LT 10	16
Poméranie occidentale	4.000	3.420	UA 188	BY 140	LT 93	DE 71	RU 52	34
Lebus	4.000	3.136	UA 398	BY 217	DE 71	RU 66	LT 63	49
Basse Silésie	4.000	3.175	UA 481	BY 83	DE 68	RU 51	LT 43	98
Opole	4.000	3.281	UA 518	DE 87	RU 37	BY 28	LT 15	34

NUTS	Total	PL	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Kujawsko-Pomorskie	4.000	3.881	UA 36	DE 22	LT 20	BY 20	RU 8	13
Warmie-Masurie	4.000	3.541	LT 188	BY 129	UA 62	RU 37	DE 23	20
Poméranie	4.000	3.717	UA 80	LT 68	BY 67	DE 31	RU 19	19

Source des données: Statistics Poland (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

La Pologne n'a pas de NPD [9]. Sur demande, le ministère polonais de la santé a déclaré qu'il avait l'intention d'élaborer un plan de lutte contre la démence d'ici 2025 [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Actuellement, aucune directive nationale valide et publiquement disponible sur les soins aux personnes atteintes de démence n'a pu être identifiée pour la Pologne [11].

5. Rapport sur la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Étant donné qu'aucun PND ou directive de soins accessible en ligne n'a pu être trouvée au moment de la recherche, le rapport de 80 pages « La situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Pologne » de 2016 qui a été identifié dans cette recherche a été passé au crible des références à l'immigration. Les différents chapitres de ce rapport contiennent des sections intitulées : « La Pologne peut-elle être un pays respectueux de la démence? » ; « Vieillissement de la société - Données, pronostics démographiques et recommandations » ; « Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer » ; « Profil de la maladie » ; « Méthodes de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des autres démences » ; « Organisation des soins aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer en Pologne » ; Les articles intitulés « Soins à domicile », « Options de traitement de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences » et « Rôle des associations réunissant les familles de patients » ne donnent aucune indication sur la situation des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Pologne [12].

6. Références

1. Alscher S: Country Profile Poland. In. Édité par Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung; 2008.
2. Koryś I: Polen: Dilemmas of a Sending and Receiving Country. In., Bd. 3; 2004.
3. Iglicka K, Ziolek-Skrzypczak M: EU Membership Highlights Poland's Migration Challenges. [https://www.migrationpolicy.org/article/eu-membership-highlights-polands-migration-challenges]. (2010). Consulté le 5 mai 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Poland; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Poland; 2019.
6. International Organization for Migration: Net miration rate in the 5 years prior to 2020: Poland; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Statistics Poland: Census 2011. In. Warsaw: Statistics Poland 2011.
9. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
10. Ministry of Health Poland: Wytycze dotyczace dostaw Dementia Polska. In., E-Mail Conversation edn.; 2019.
11. Supreme Medical Chamber Poland: Wytycze dotyczace dostaw Dementia Polska. In., E-Mail Conversation edn.; 2019.
12. Szczudlik A, Barcikowska-Kotowicz M, Gabryelewicz T, Opala G, Parnowski T, Kuźnicki J, Rossa A, Sadowska A: The situation of people with Alzheimer's disease in Poland. In: *Commissioner report.* Édité par Szczudlik A. Warschau; 2016.

< retour au sommaire

Portugal

Population
10 296 000 (2020)

Superficie
90 996 km²

Capitale
Lisbonne

Trois plus grandes villes
Lisbonne (553 000)
Porto (238 000)
Vila Nova de Gaia (187 000)

Pays voisins
Espagne

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Trois grandes périodes d'émigration ont eu lieu au Portugal. La première a duré tout le XIX^{e} siècle et s'est poursuivie jusque dans les années 1960. Plus de deux millions de personnes ont quitté le pays, principalement pour le Brésil et les États-Unis [1-3]. Au cours du deuxième cycle, entre les années 1950 et 1974, le même nombre de personnes a émigré, principalement en France et en Allemagne. Le troisième cycle a commencé en 1985 et se poursuit jusqu'à aujourd'hui. Avec l'adhésion à l'UE en 1986, l'émigration s'est encore plus concentrée vers d'autres pays européens (notamment l'Allemagne, le Luxembourg et la Suisse) [1, 2]. Depuis les années 1970, l'immigration vers le Portugal est également devenue plus importante. Cette situation est due aux processus de décolonisation dans les États PALOP. PALOP signifie *Países Africanos de L*íngua *Official Portuguesa* et est un acronyme informel qui désigne les pays africains dont le portugais est la langue officielle. Au milieu des années 1970, plus d'un demi-million de personnes sont venues au Portugal en provenance du Cap-Vert, de l'Angola, de la Guinée-Bissau et du Mozambique. Entre le milieu des années 1980 et la fin des années 1990, la hausse de la demande de main-d'œuvre et l'adhésion à l'UE ont entraîné l'émergence d'un nouveau cycle migratoire. Les principales régions d'origine des étrangers ayant une résidence légale au Portugal pendant et après cette période (1981, 1991, 2001) étaient l'Afrique, l'Amérique (surtout le Brésil) et l'Europe occidentale. Depuis la fin des années 1990, l'immigration en provenance d'Europe de l'Est, notamment d'Ukraine, de la Fédération de Russie, de Moldavie et de Roumanie, a également augmenté. Le Portugal a été un pays d'émigration pendant des siècles, mais ces dernières décennies, il est également devenu un pays d'immigration croissante. Dans ce contexte, les liens étroits avec la diaspora portugaise et les anciennes colonies jouent un rôle important. Les principales caractéristiques de l'histoire récente de la migration sont l'émigration temporaire vers d'autres États membres de l'UE [3], l'immigration saisonnière pour l'agriculture ou le tourisme, l'immigration temporaire sous la forme d'une augmentation de la migration des étudiants, et l'immigration à long terme due à la migration de travail et au regroupement familial [1]. En 2013, l'Angola (161 400), le Brésil (138 700), la France (93 800), le Mozambique (72 500) et le Cap-Vert (61 500) étaient les pays d'origine des groupes de migrants les plus importants [4]. Actuellement, le Brésil, le Cap-Vert, la Roumanie et l'Ukraine sont les pays d'origine les plus courants [5]. Une ethnie spécifique au sein de la population migrante, qui représente une communauté importante au Portugal et qui est particulièrement touchée par les problèmes de désintégration, d'exclusion sociale et de discrimination, est la communauté gitane [6]. Par rapport à 2017, le nombre de résidents étrangers a augmenté de 13,9 % en 2018. Les augmentations les plus importantes ont été observées dans les populations des pays européens, du Brésil, de l'Angola, de la Chine et de la Guinée-Bissau [5]. Entre 1990 et 2019, la population des migrants et sa proportion dans la population totale ont à peu près doublé (435 800 à 888 200 ; 4,4 à 8,7 %) [7]. En 2020, le taux de migration nette sera de -0,6 % [8].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

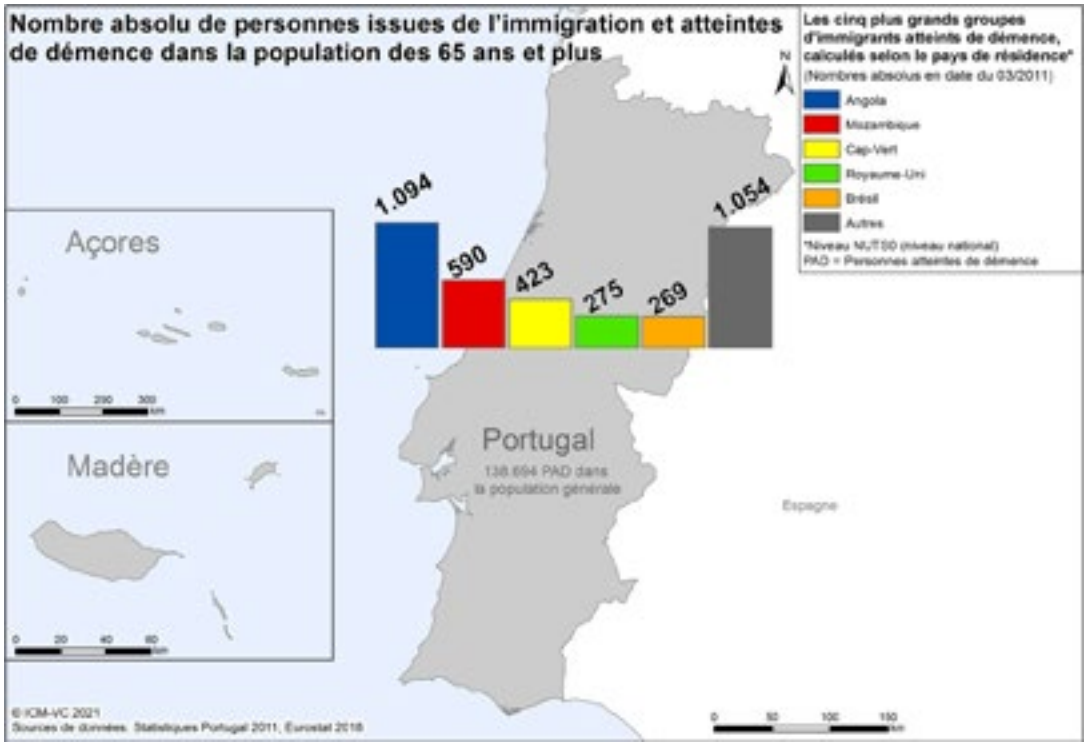


Fig. 3.7.25.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Portugal - Nation)

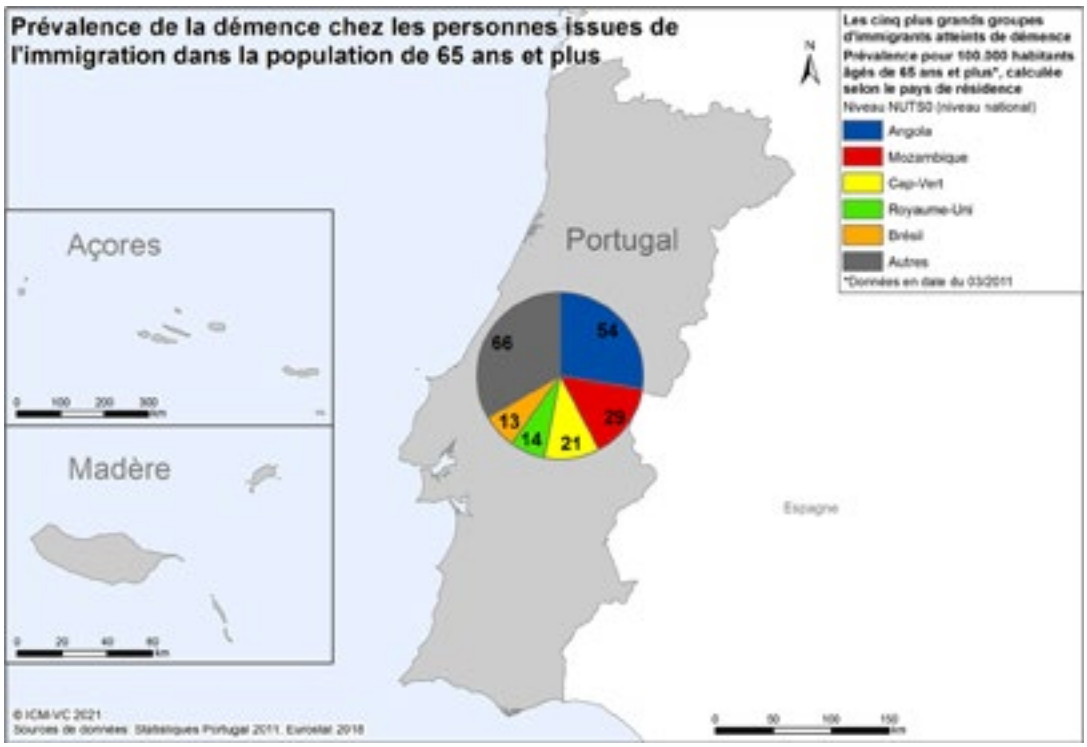


Fig. 3.7.25.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Portugal – Nation)

Tableau 42: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Portugal - Nation)

NUTS	Total	PT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Portugal	138.694	134.720	AO 1.094	MZ 590	CV 423	UK 275	BR 269	1.054
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Portugal	24.076	-	AO 190	MZ 102	CV 73	UK 48	BR 47	230
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Portugal	6.900	6.702	AO 54	MZ 29	CV 21	UK 14	BR 13	66

Source des données : Statistics Portugal (2011)

Il y a 57 600 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 4 000 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.25.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Angola (environ 1 100), du Mozambique (environ 600), du Cap-Vert (environ 400), de Royaume-Uni (environ 300) et du Brésil (environ 300). Le deuxième point fort montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence au Portugal pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.25.2). Le tableau 42 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Angola, du Mozambique, du Cap-Vert, de Royaume-Uni et du Brésil dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.25.3 - 3.7.25.8).

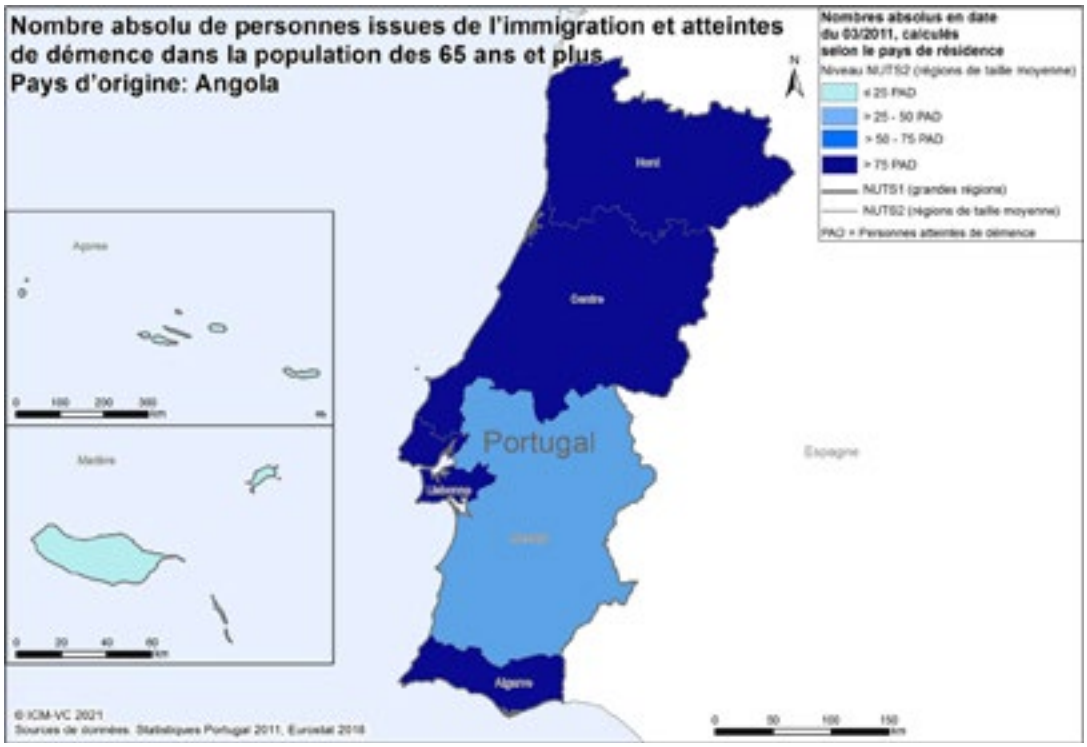


Fig. 3.7.25.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Angola (Portugal – NUTS2)

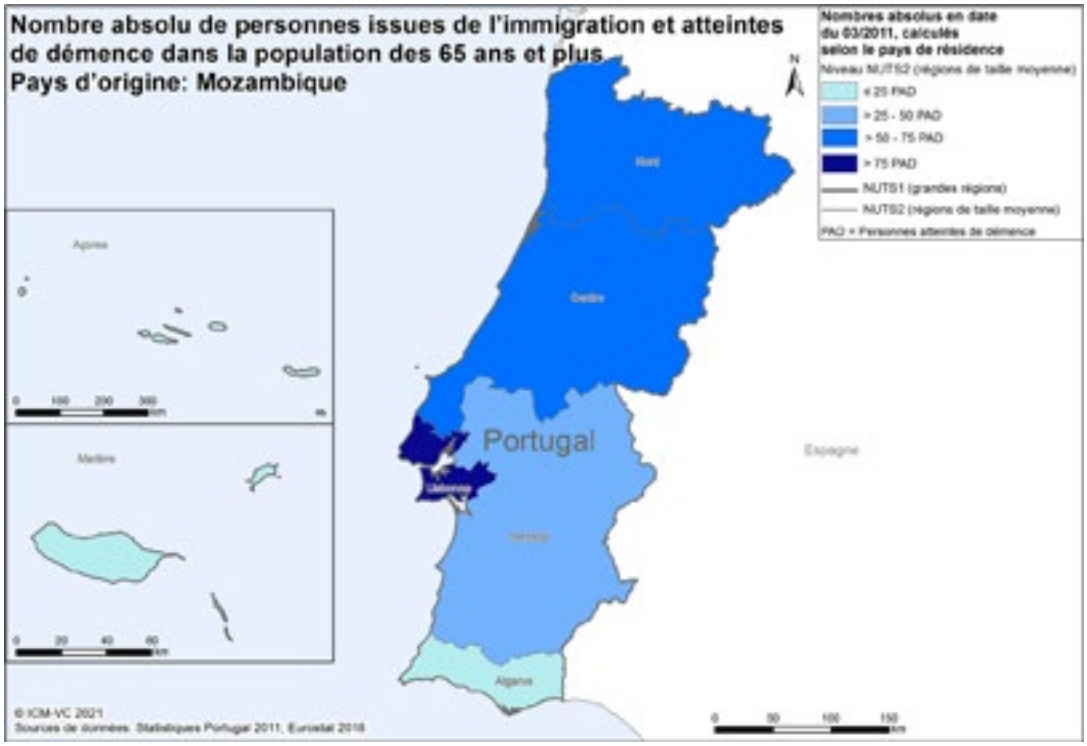


Fig. 3.7.25.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Mozambique (Portugal – NUTS2)

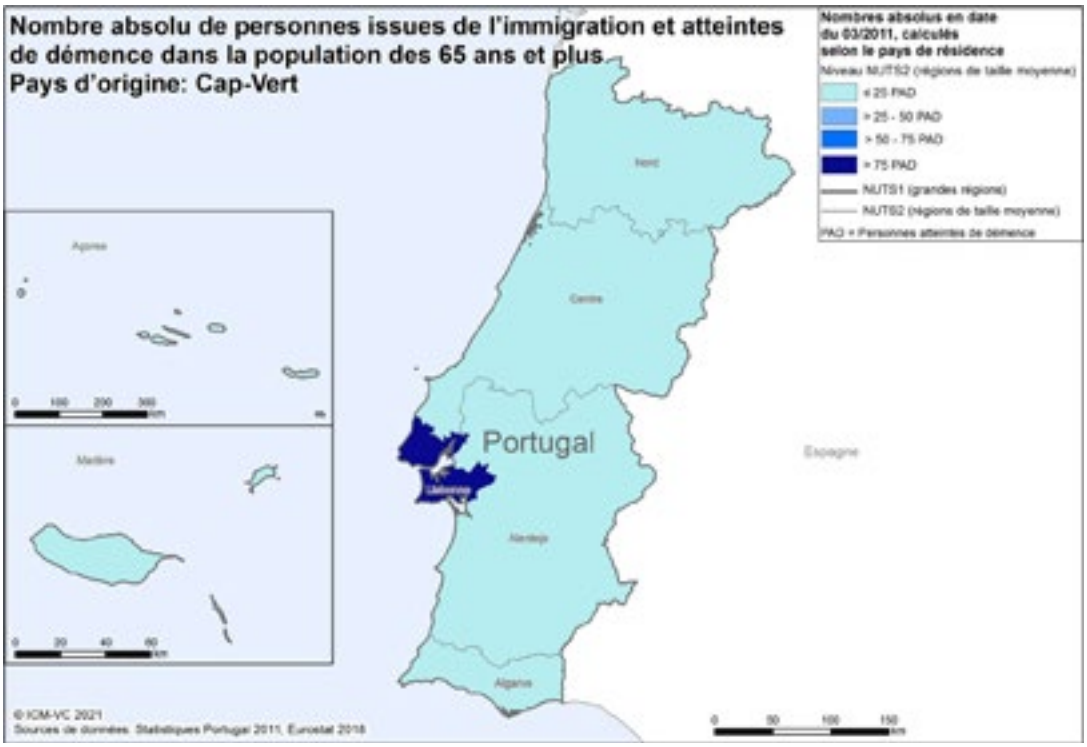


Fig. 3.7.25.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Cap-Vert (Portugal – NUTS2)

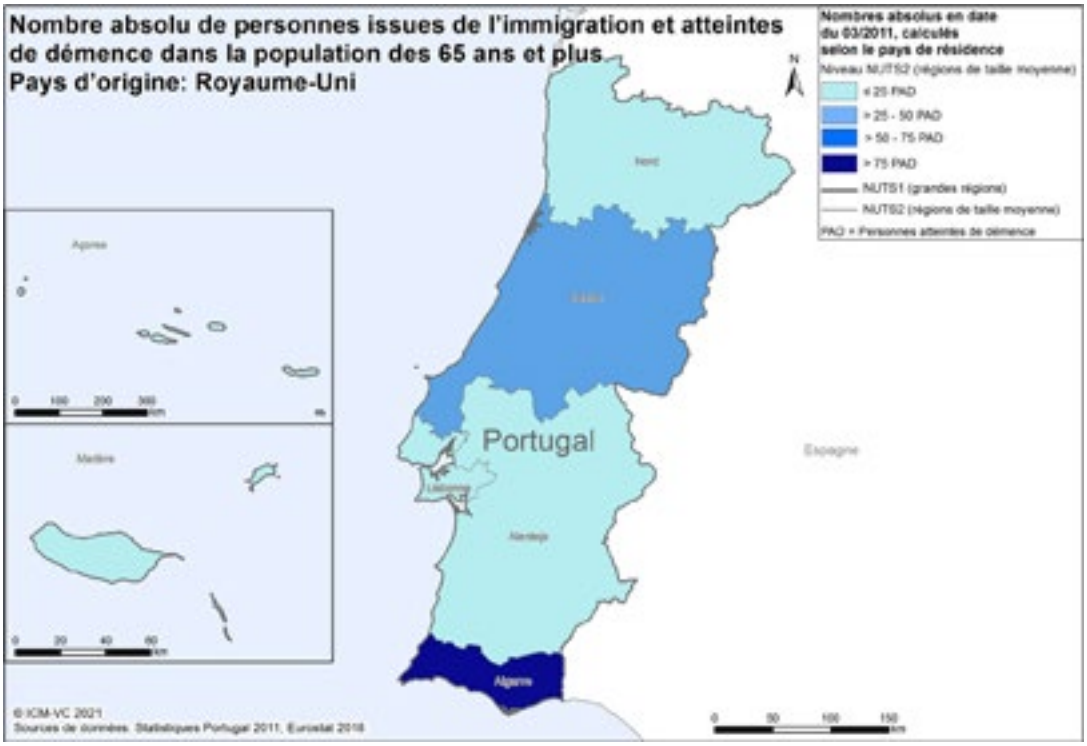


Fig. 3.7.25.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Royaume-Uni (Portugal – NUTS2)

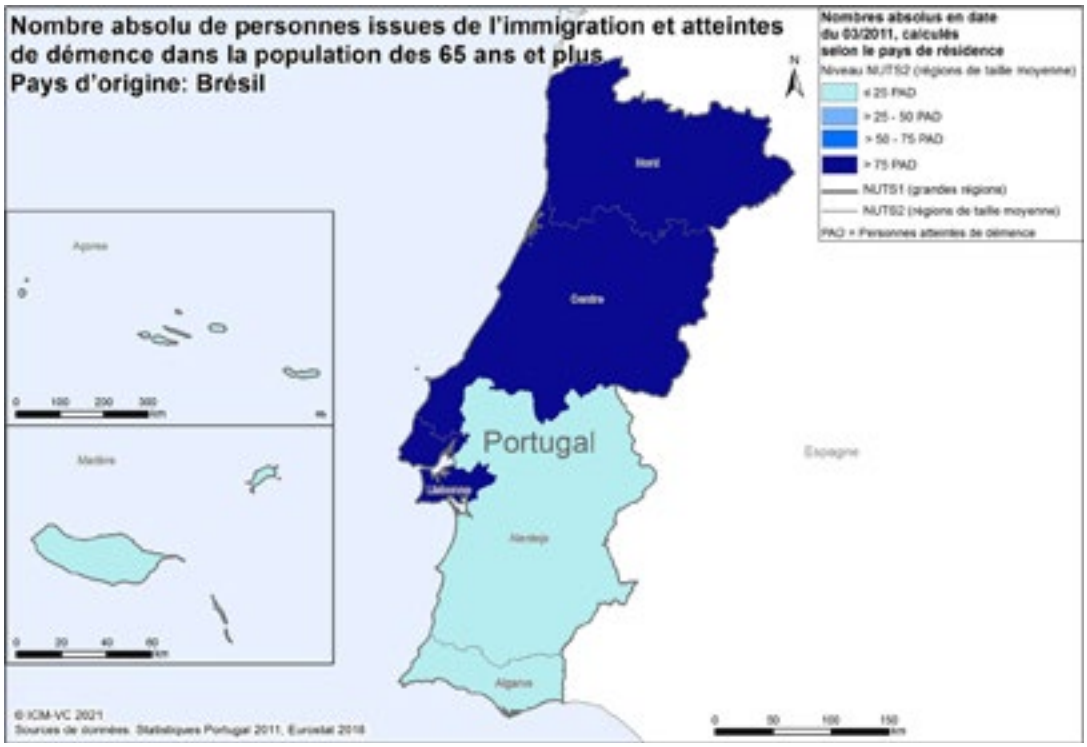


Fig. 3.7.25.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Brésil (Portugal – NUTS2)

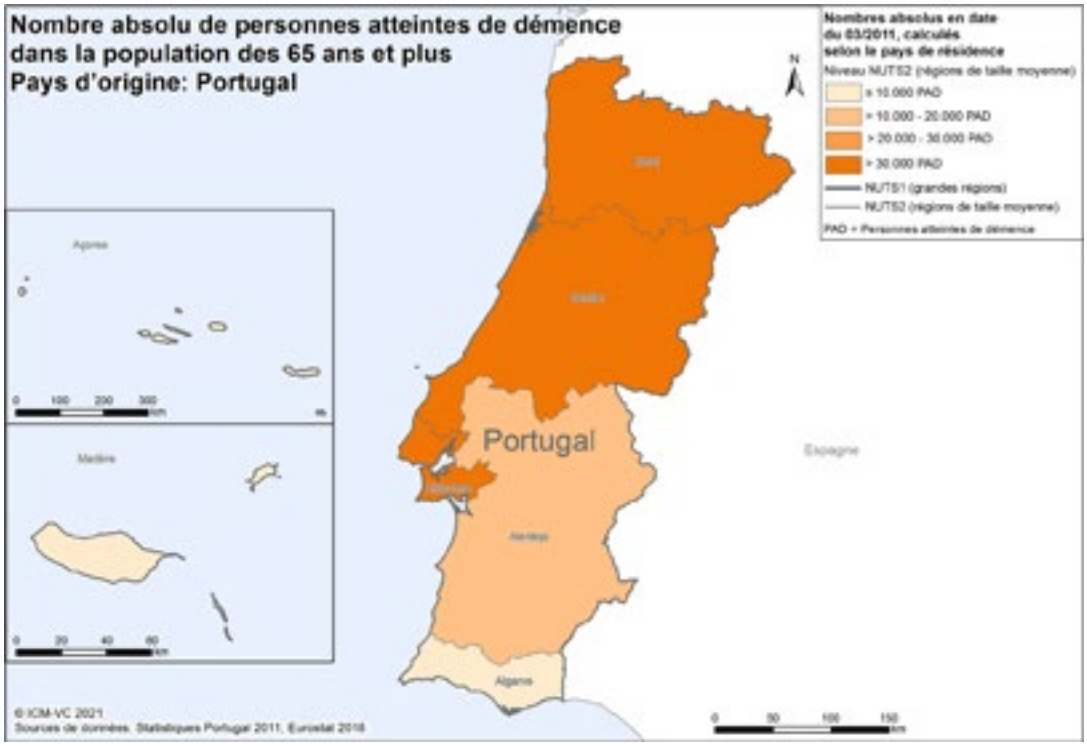


Fig. 3.7.25.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Portugal (Portugal - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.25.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figures 3.7.25.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 43 [9-11].

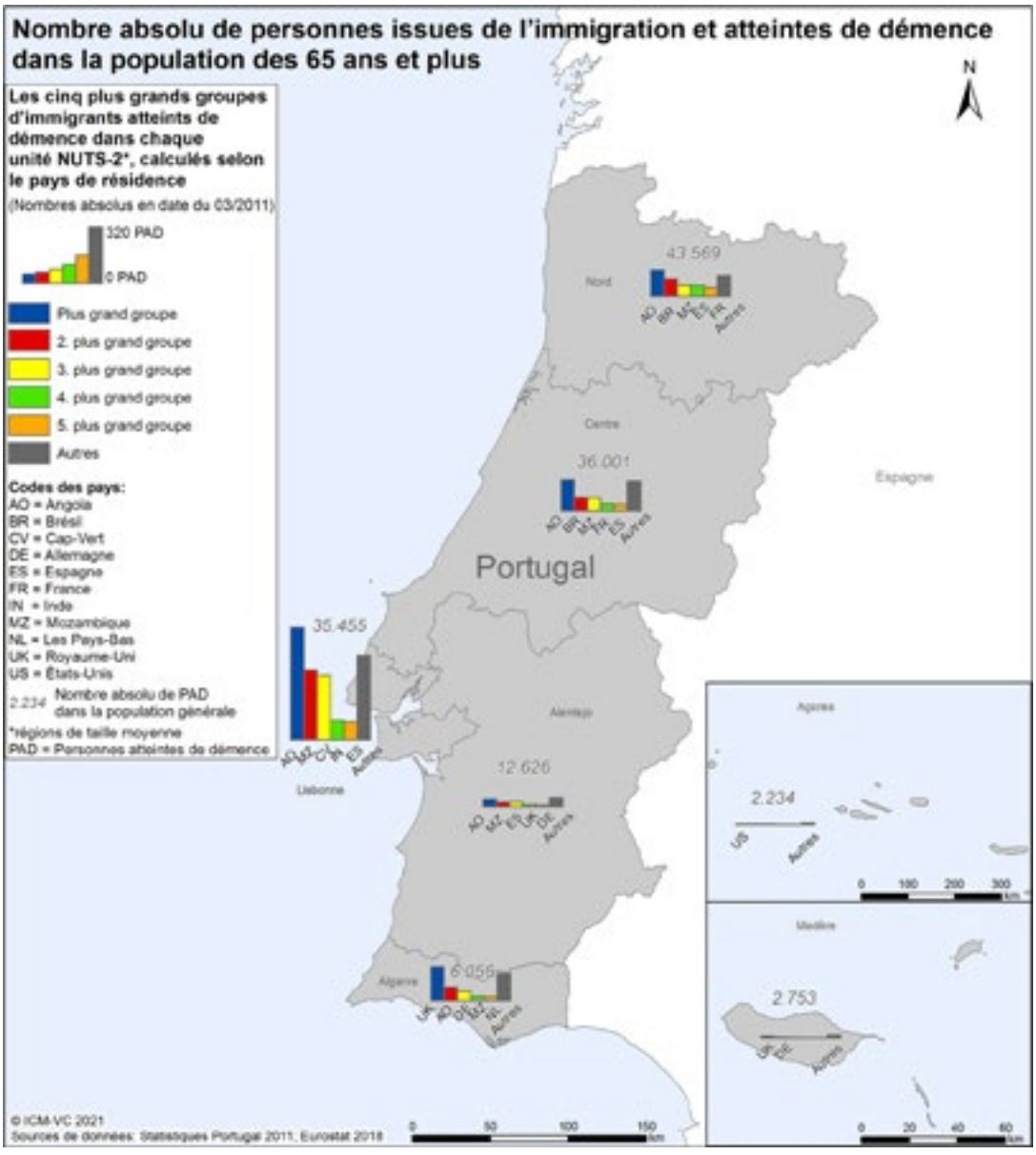


Fig. 3.7.25.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Portugal - NUTS-2)

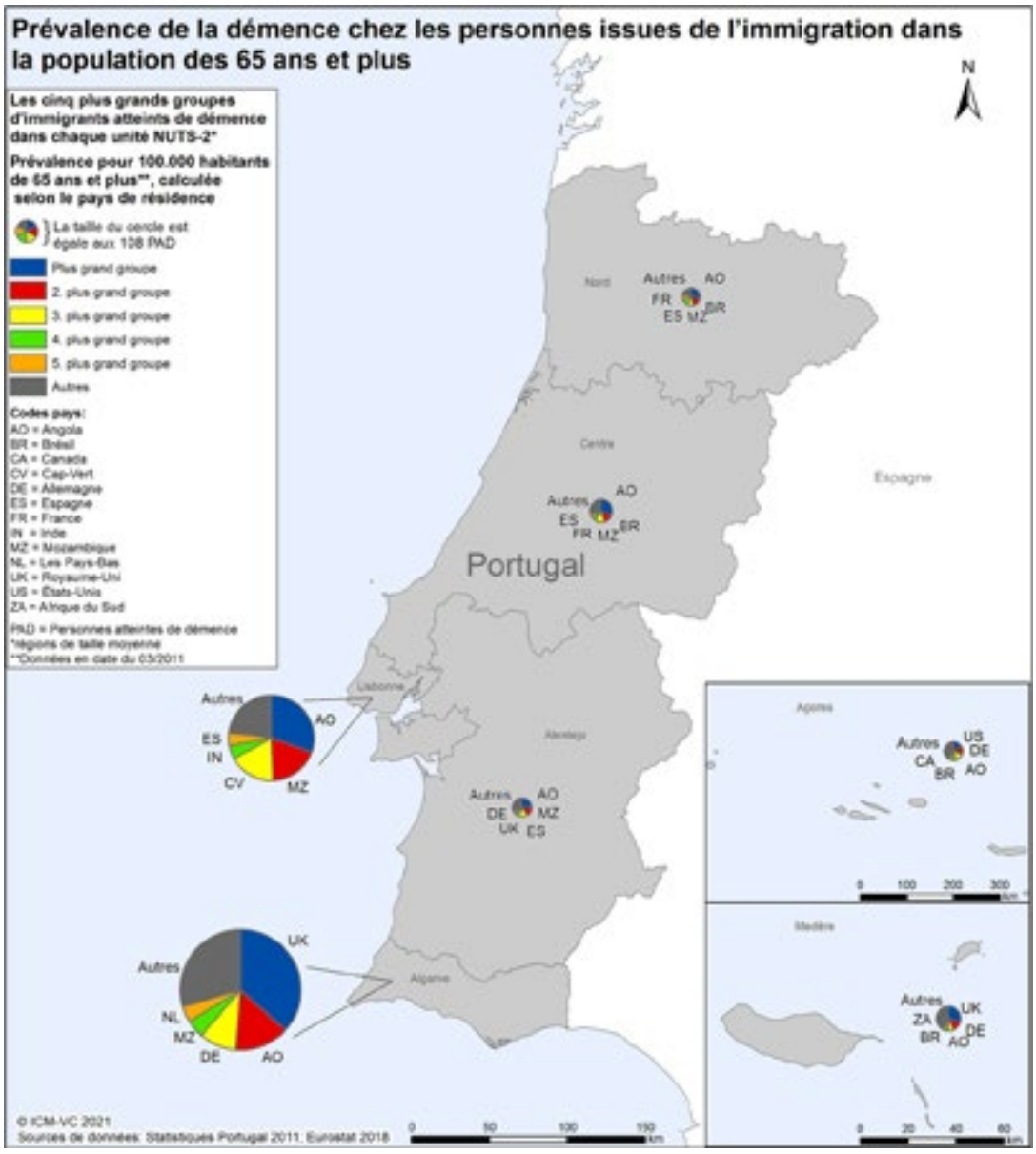


Fig. 3.7.25.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Portugal – NUTS2)

Tableau 43: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Portugal - NUTS 2)

NUTS	Total	PT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Nord	43.570	43.030	AO 149	BR 97	MZ 63	ES 62	FR 52	117
Algarve	6.060	5.550	UK 187	AO 75	DE 51	MZ 24	NL 22	150
Centre	36.000	35.440	AO 176	BR 76	MZ 73	FR 37	ES 33	168
Lisbonne	35.460	33.340	AO 644	MZ 403	CV 371	IN 112	ES 104	486
Alentejo	12.630	12.460	AO 42	MZ 25	ES 25	UK 12	DE 10	52
Açores	2.230	2.210	US 5	<5	<5	<5	<5	11
Madère	2.750	2.710	UK 14	DE 7	<5	<5	<5	20
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Nord	55.644	-	AO 191	BR 123	MZ 81	ES 79	FR 67	149
Algarve	8.199	-	UK 254	AO 102	DE 68	MZ 33	NL 30	203
Centre	44.075	-	AO 216	BR 93	MZ 89	FR 45	ES 41	206
Lisbonne	11.545	-	AO 210	MZ 131	CV 121	IN 36	ES 34	158
Alentejo	52.391	-	AO 175	MZ 105	ES 103	UK 50	DE 40	217
Açores	53.575	-	US 114	DE 101	AO 96	BR 56	CA 46	276
Madère	40.189	-	UK 198	DE 103	AO 45	BR 29	ZA 28	286
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Nord	6.900	6.814	AO 24	BR 15	MZ 10	ES 10	FR 8	19
Algarve	6.900	6.319	UK 213	AO 86	DE 58	MZ 28	NL 25	171
Centre	6.900	6.792	AO 34	BR 15	MZ 14	FR 7	ES 6	32

NUTS	Total	PT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Lisbonne	6.900	6.488	AO 125	MZ 78	CV 72	IN 22	ES 20	95
Alentejo	6.900	6.809	AO 23	MZ 14	ES 14	UK 7	DE 5	29
Açores	6.900	6.811	US 15	DE 13	AO 12	BR 7	CA 6	36
Madère	6.900	6.782	UK 34	DE 18	AO 8	BR 5	ZA 5	49

Note: Nombres absolus < 5 n'est pas indiqué pour des raisons de protection des données.
Source des données: Statistics Portugal 2011

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour le Portugal, il n'a pas été possible d'identifier un programme national officiel sur la démence ni un PND axé sur les politiques. En 2009, cependant, Alzheimer Portugal a publié un « plan national d'intervention contre la maladie d'Alzheimer » de 28 pages. Il fournit tout d'abord des informations générales sur les démences, la prévalence des démences, d'autres Chiffres pertinents au Portugal et l'impact de la maladie d'Alzheimer. Ensuite, l'importance d'un PND est discutée, le contenu des plans de démence d'autres pays européens (c'est-à-dire la France, l'Angleterre et la Norvège) est décrit, et le cadre européen est mis en évidence. La partie centrale du document se concentre sur les principes et les valeurs ainsi que sur la vision et le but du plan Alzheimer avant d'aborder le rôle d'Alzheimer Portugal, des diverses parties prenantes et des décideurs politiques dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence. Enfin, le contenu du plan Alzheimer est présenté. L'accent est mis sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de démence et de leurs aidants grâce à des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques ; la recherche sur les causes de la démence ; la prévention et le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ; et la création d'un cadre juridique pour les soins, les interventions et la recherche sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Dans aucun de ces sujets, il n'est fait référence aux personnes issues de l'immigration ou au phénomène de la migration en général [12]. En outre, une stratégie générale de lutte contre la démence (« *Despacho* n.º 5988/2018 », longueur : huit pages) a été publié en 2018 à la suite d'un groupe de travail commandé par le ministère de la Santé. La stratégie confie aux prestataires de soins primaires les tâches suivantes : 1. Le dépistage précoce des troubles cognitifs, 2. La collaboration avec les prestataires de soins secondaires pour permettre un diagnostic et une gestion intégrés des personnes atteintes de démence, et 3. La coordination des soins centrés sur la personne pour les patients et les familles avec les services communautaires de santé et de soins sociaux. Le thème de l'immigration n'est abordé à aucun moment [13]. Au Portugal, des efforts de la société civile et du monde politique sont en cours pour élaborer des stratégies de prise en charge des démences, mais leur mise en œuvre dans une politique nationale ou un PND

officiel se fait toujours attendre. En revanche, aucun effort de ce type n'a pu être identifié en ce qui concerne le thème de la démence et de la migration.

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Le document d'orientation portugais « Approche thérapeutique des troubles cognitifs » de 2011 compte 21 pages. Premièrement, il fournit 18 recommandations avec différents degrés de preuve (A-C). Les recommandations concernent : les antécédents médicaux ainsi que l'examen physique et neurologique des personnes suspectées de démence, l'évaluation cognitive, les changements de comportement et les activités de la vie quotidienne, l'identification des comorbidités, le contrôle des médicaments, les analyses sanguines, le suivi clinique, l'efficacité et les avantages/désavantages des différents médicaments, le traitement des maladies sous-jacentes (dans la démence vasculaire) telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiaques, et le contrôle des changements psychologiques et comportementaux. Après les recommandations de base, des critères détaillés sont donnés pour le diagnostic de la démence, la mise en œuvre d'une évaluation cognitive, l'évaluation des activités de la vie quotidienne, l'évaluation des changements psychologiques et comportementaux, l'information et le conseil aux personnes atteintes de démence et à leurs familles, la réhabilitation cognitive, les approches non pharmacologiques/pharmacologiques concernant les changements psychologiques et comportementaux de la démence et le soutien des aidants. À la fin du document, deux sections énumèrent les mesures de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des lignes directrices et fournissent des informations sur le soutien scientifique apporté à l'élaboration des lignes directrices (c'est-à-dire quels scientifiques et instituts ont participé à l'élaboration). En conséquence, la ligne directrice portugaise de 2011 fournit des recommandations sur le diagnostic de la démence, l'évaluation de la situation de santé et de vie des personnes atteintes de démence, ainsi que le traitement de la démence et des comorbidités. Dans aucun de ces domaines, des recommandations ne sont données pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ou les aidants issus de l'immigration [14].

Les parties suivantes portant sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion des experts. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon les experts, les personnes issues de l'immigration sont considérées comme un groupe vulnérable par le système de santé. Les principaux groupes vulnérables seraient les communautés Rom et tsigane. Pourtant, le thème de la démence et de la migration n'est que partiellement considéré comme pertinent aux niveaux régional et national. Toutefois, si l'on considère la démence et la migration séparément, elles sont toutes deux considérées comme importantes. Normalement, les sujets ne sont pas mentionnés conjointement et les documents officiels ne font pas mention des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. En outre, les experts ont déclaré que la recherche accorde peu d'attention aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Cela peut s'expliquer par le fait que l'idée d'une relation entre la santé mentale, le vieillissement et la migration est assez nouvelle ; habituellement, l'accent est mis sur la migration et les maladies infectieuses. La question de savoir si les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont traitées comme un groupe ayant des besoins spécifiques dépend de l'organisation individuelle ou du professionnel de santé. Les prestataires et les professionnels de la santé ne font pas de distinction entre les personnes issues de l'immigration et les non-migrants, et les personnes issues de l'immigration ont accès aux services de santé traditionnels, ce qui fait de la stratégie de santé au Portugal une stratégie intégrative. Selon l'estimation des experts, il n'existe pas de services spécialisés dans les soins hospitaliers ou ambulatoires pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Les experts ont constaté qu'au Portugal, certains services liés à la démence offrent des soins bénéfiques et efficaces, indépendamment de l'origine migratoire des personnes, mais ils sont peu nombreux et leur accès est problématique. Les obstacles à l'accès sont par exemple des questions financières ou de transport, car ces services n'existent parfois que dans les grands centres. Pour les migrants, la langue peut constituer un obstacle supplémentaire.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

Actuellement, dans le domaine de l'éducation médicale et dans le domaine du travail social, les soins adaptés à la diversité culturelle ne font pas partie de la qualification professionnelle, comme l'ont noté les experts. Cependant, il existe quelques projets pilotes visant à intégrer la formation aux soins interculturels dans l'enseignement du travail social et des soins de santé.

Les experts ont déclaré qu'ils ne disposaient pas de données sur les personnes issues de l'immigration travaillant dans le domaine des soins hospitaliers et ambulatoires, mais que, d'après les perceptions, leur proportion était faible à modérée. Ils seraient principalement originaires d'Afrique et des pays d'Europe de l'Est. Selon l'expert, ce type d'aidant pourrait être une excellente source pour entrer et rester en contact avec les populations migrantes. Dans l'ensemble, le besoin de soins adaptés à la diversité culturelle n'est que partiellement satisfait, voire pas du tout.

7. Soutien aux aidants familiaux

Selon les experts, la famille est une source de soutien très importante. Les institutions religieuses et les petites associations de migrants jouent également un rôle de soutien très important en encourageant le bien-être physique, en fournissant des informations et en facilitant l'accès aux services sociaux et de santé. Les prestataires de services accordent une importance modérée à élevée au soutien des aidants familiaux.

Les experts ont déclaré qu'il existe des différences en ce qui concerne les services et les informations destinés aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et des non-migrants atteints de démence. Si certains services sont utiles aux non-migrants, les personnes issues de l'immigration ne disposent d'aucun service répondant à leurs besoins. Il existe donc un besoin très important de services spécialisés et d'informations adaptées pour les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence.

8. Références

1. Góis P: Common Home: Migration and Development in Portugal. In: *Moving further with practices: towards social inclusion and social cohesion.* Caritas Portuguesa; 2019.
2. Baganha MI, Góis P, Pereira PT: International migration from and to Portugal. What do we know and where are we going? In: *European migration: what do we know?* edn. Édité par Zimmermann K. Oxford: University Press; 2005: 415-457.
3. Malheiros J: Portugal Seeks Balance of Emigration, Immigration. [https://www.migrationpolicy.org/article/portugal-seeks-balance-emigration-immigration]. (2002). Consulté le 13 mai 2020.
4. United Nations: Migration Profiles: Portugal; 2013.
5. SEF: Report on Immigration, Borders and Asylum 2018. In. Édité par SEF, GEPF. Lisboa; 2019.
6. Pereira Bastos JG, Pereira Bastos S: GYPSIES [«CIGANOS»] IN PORTUGAL, TODAY; 2000.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Netherlands; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Portugal; 2019.
9. Esri: World Ocean Background; 2010.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Statistics Portugal: Population and housing census: 2011. Lissabon: Statistics Portugal 2011.
12. Alzheimer Portugal: Plano Nacional de Intervenção Alzheimer; 2009.
13. Office of Assistant Secretary of State and Health: Estratégia da Saúde na Área das Demências. In. Portugal: Diário da República; 2018: 17096–17101.
14. Directorate General of Health, Ministry of Health: Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas; 2011.

La République Tchèque

Population
10 694 000 (2020)

Superficie
78 871 km^2

Capitale
Prague

Trois plus grandes villes
Prague (1 324 000)
Brno (381 000)
Ostrava (288 000)

Pays voisins
Allemagne, Autriche, Pologne, Slovaquie

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

La migration a eu une grande influence sur la société tchèque pendant des siècles. Le premier grand afflux de migrants (en provenance d'Allemagne) s'est produit au cours des XIIIe et XIVe siècles. L'immigration allemande a joué un rôle central jusque dans les années 1940. Entre 1850 et 1914 (à noter qu'à partir de 1867, la République Tchèque faisait partie de l'Empire austro-hongrois), environ 1,5 million de personnes ont émigré, d'abord aux États-Unis, puis en Argentine, en Autriche, au Brésil, en Hongrie, dans la Fédération de Russie et en Yougoslavie [1]. Au début du XXe siècle et pendant la Première Guerre mondiale, il y a eu deux vagues d'immigration massive d'Ukrainiens [2]. Dans les années 1920 et 1930, de nombreux habitants de la Tchécoslovaquie nouvellement fondée ont émigré aux États-Unis, en Allemagne et en France. Malgré le retour de 40 000 personnes de la République Tchèque des États-Unis et d'environ 100 000 personnes d'Autriche, l'émigration a été le phénomène prédominant de l'entre-deux-guerres. Pendant l'occupation du territoire tchèque par l'Allemagne nazie, environ 80 000 Juifs sont morts dans des camps de concentration. Sur les 13 000 Juifs restants, environ la moitié d'entre eux a émigré en Israël en 1950. Entre 1945 et 1946, environ 2,8 millions de personnes ont été expulsées d'Allemagne [1]. Cependant, environ 200 000 personnes originaires de Tchécoslovaquie sont revenues dans la période d'après-guerre [3]. Pendant l'ère communiste (1948-89), environ 500 000 Tchécoslovaques ont quitté le pays (principalement vers l'Allemagne, le Canada, l'Australie et les États-Unis). À partir des années 1950, des travailleurs intérimaires ont immigré d'Angola, de Cuba, de Mongolie, de Pologne et surtout du Vietnam, et il y a eu des mouvements migratoires venant de Slovaquie [1-3]. Depuis le retour à l'indépendance en 1989 et la sécession de la République slovaque en 1993, la République Tchèque est passée d'un pays d'émigration à un pays de migration de transit où l'immigration est croissante. L'adhésion à l'UE en 2004 a notamment entraîné un afflux considérable de travailleurs étrangers. Après avoir stagné à la suite de la crise financière de 2008, l'immigration de travailleurs étrangers a de nouveau augmenté à partir de 2013. Le bouleversement du système en 1990 et l'adhésion à l'UE en 2004 ont également entraîné l'émigration de groupes plus restreints de citoyens (notamment des étudiants tchèques) [1]. Actuellement, deux tendances parallèles peuvent être observées : 1. une augmentation significative de l'immigration de travailleurs migrants (en provenance d'Ukraine, de Slovaquie, de Roumanie, de Bulgarie, de Mongolie et d'autres pays asiatiques) 2. une stagnation et un nombre comparativement faible de demandeurs d'asile avec des taux d'acceptation en baisse [4]. En 2013, les groupes de migrants les plus importants étaient originaires d'Ukraine (127 200), de Slovaquie (73 400), du Vietnam (61 700), de la Fédération de Russie (33 000) et de Pologne (19 000) [5]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) a presque quintuplé (110 400 à 512 700) et la proportion de migrants dans la population totale a plus que quadruplé (1,1 à 4,8 %) [6]. En 2020, le taux de migration net sera de 2,1 [7].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

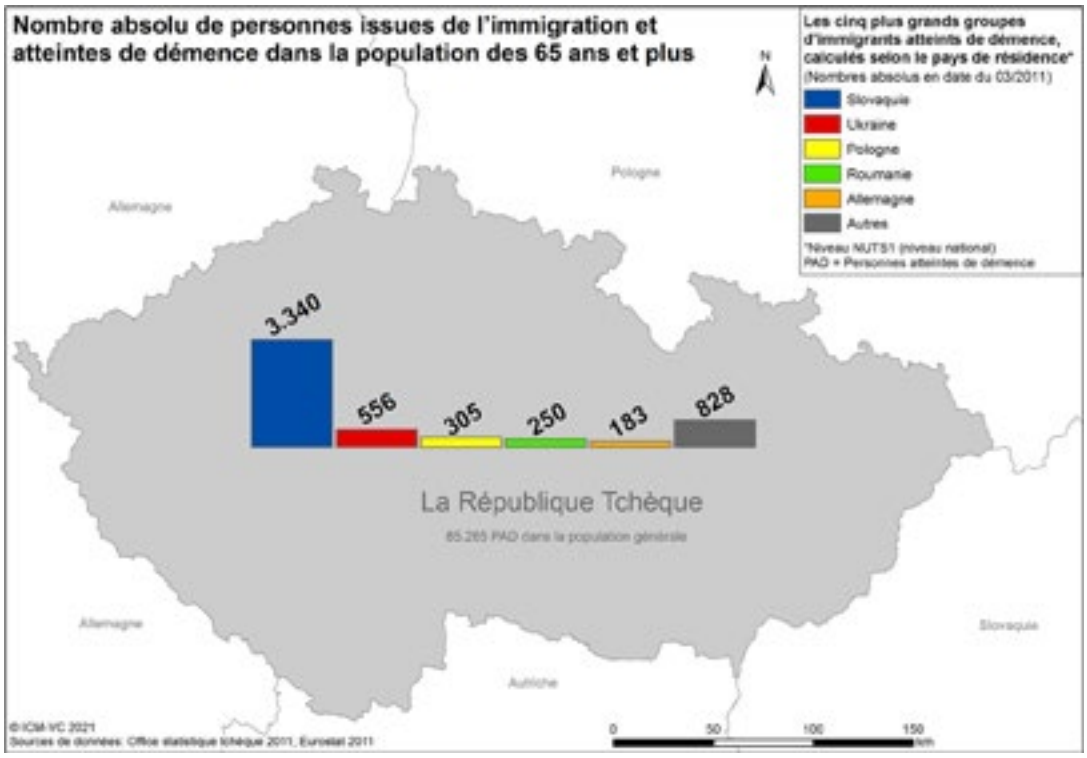


Fig. 3.7.26.1: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (La République Tchèque – Nation)

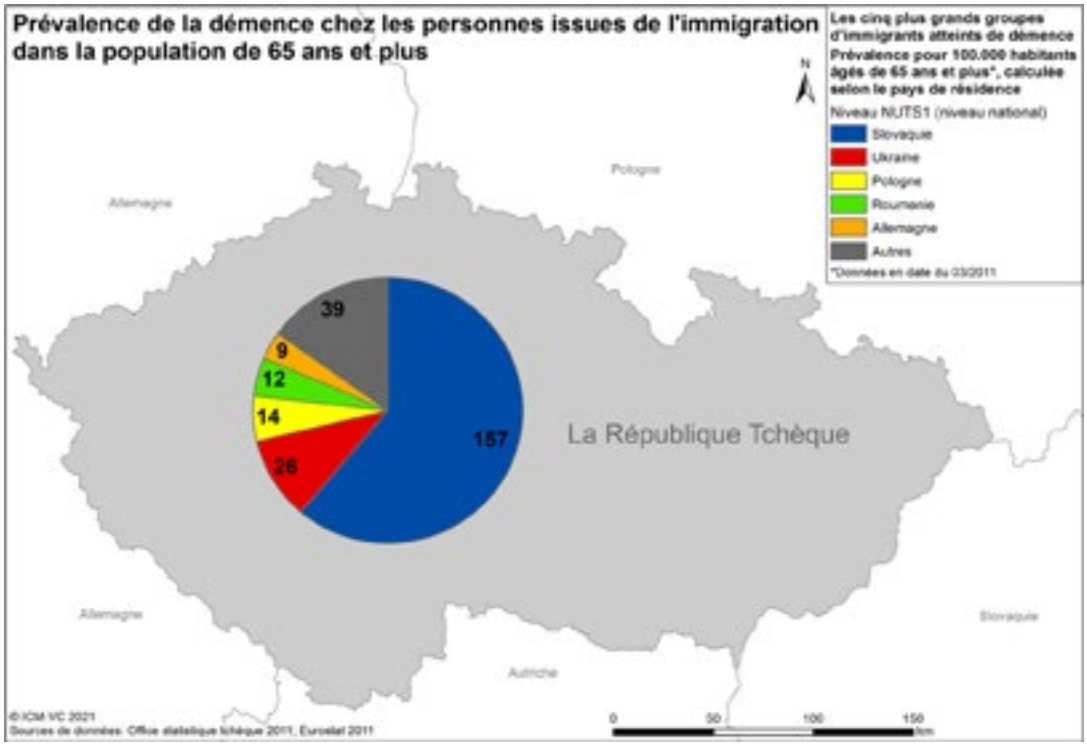


Fig. 3.7.26.2: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgées de 65 ans et plus (La République Tchèque - Nation)

Tableau 44: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (République Tchèque - Nation)

NUTS	Total	CZ	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
République Tchèque	85.265	79.805	SK 3.340	UA 555	PL 304	RO 250	DE 183	828
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
République Tchèque	85.265	-	SK 245	UA 41	PL 22	RO 18	DE 13	61
Prévalence/100.000 habitants 65+								
République Tchèque	4.000	3.744	SK 157	UA 26	PL 14	RO 12	DE 9	32

Source des données : Czech Statistical Office (2011)

Il y a 136 500 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 5 500 d'entre eux souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.26.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Slovaquie (environ 3 300), d'Ukraine (environ 600), de Pologne (environ 300), de Roumanie (environ 300) et d'Allemagne (environ 200). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en République Tchèque pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.26.2). Le tableau 44 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants migration et atteintes de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de Slovaquie, d'Ukraine, de Pologne, de Roumanie et d'Allemagne dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.26.3 - 3.7.26.8).

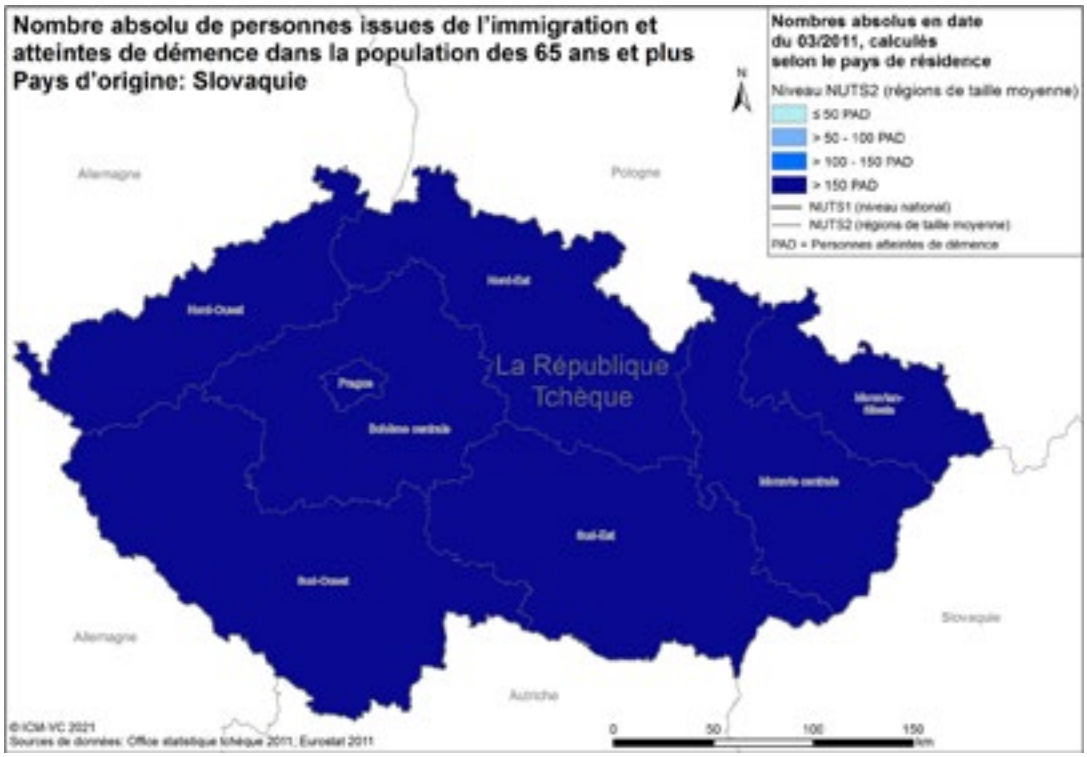


Fig. 3.7.26.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Slovaquie (La République Tchèque – NUTS2)

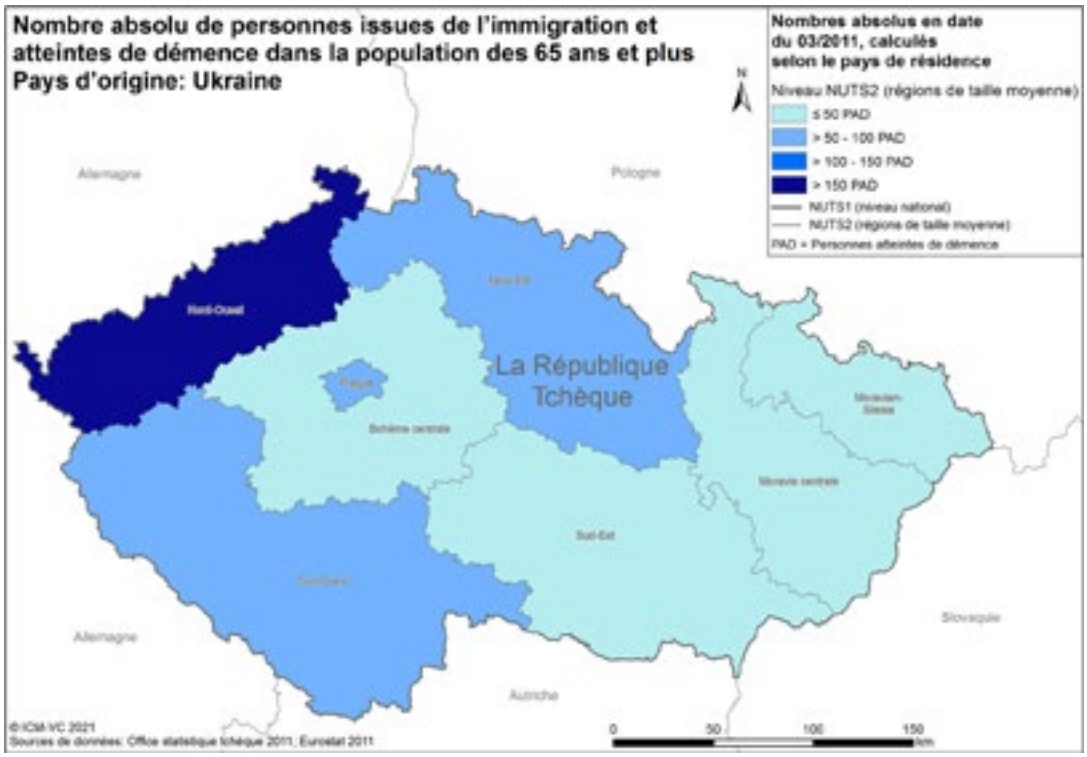


Fig. 3.7.26.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Ukraine (La République Tchèque – NUTS2)

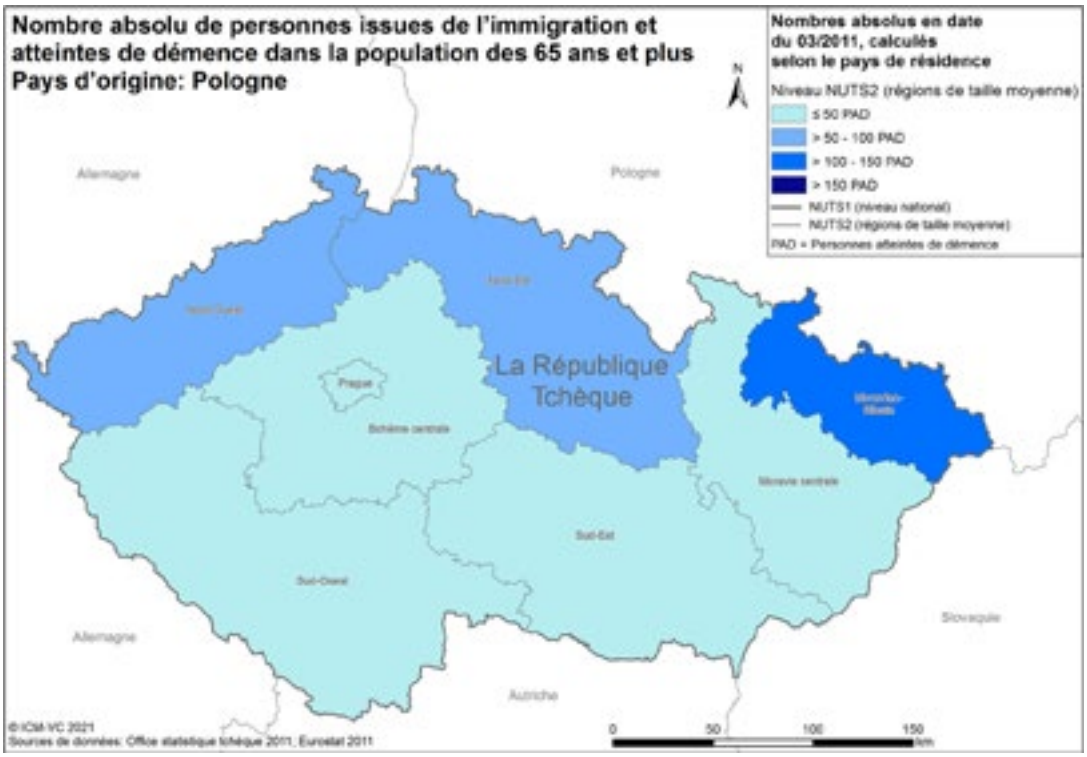


Fig. 3.7.26.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Pologne (La République Tchèque – NUTS2)

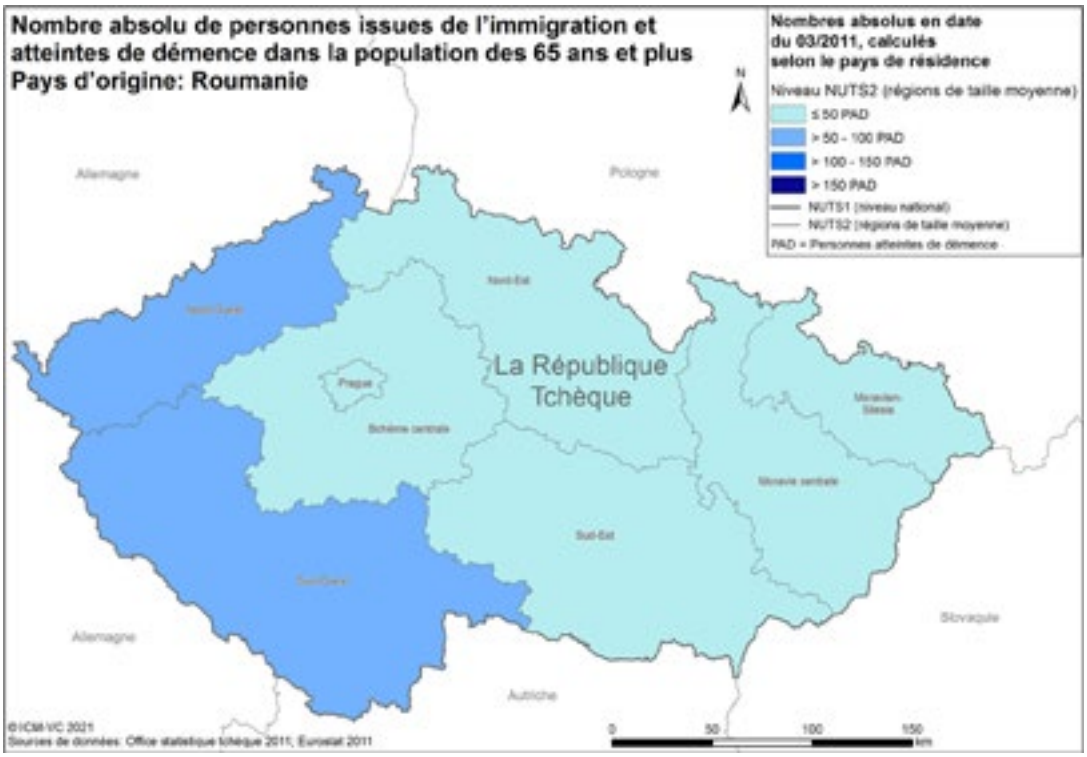


Fig. 3.7.26.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Roumanie (La République Tchèque – NUTS2)

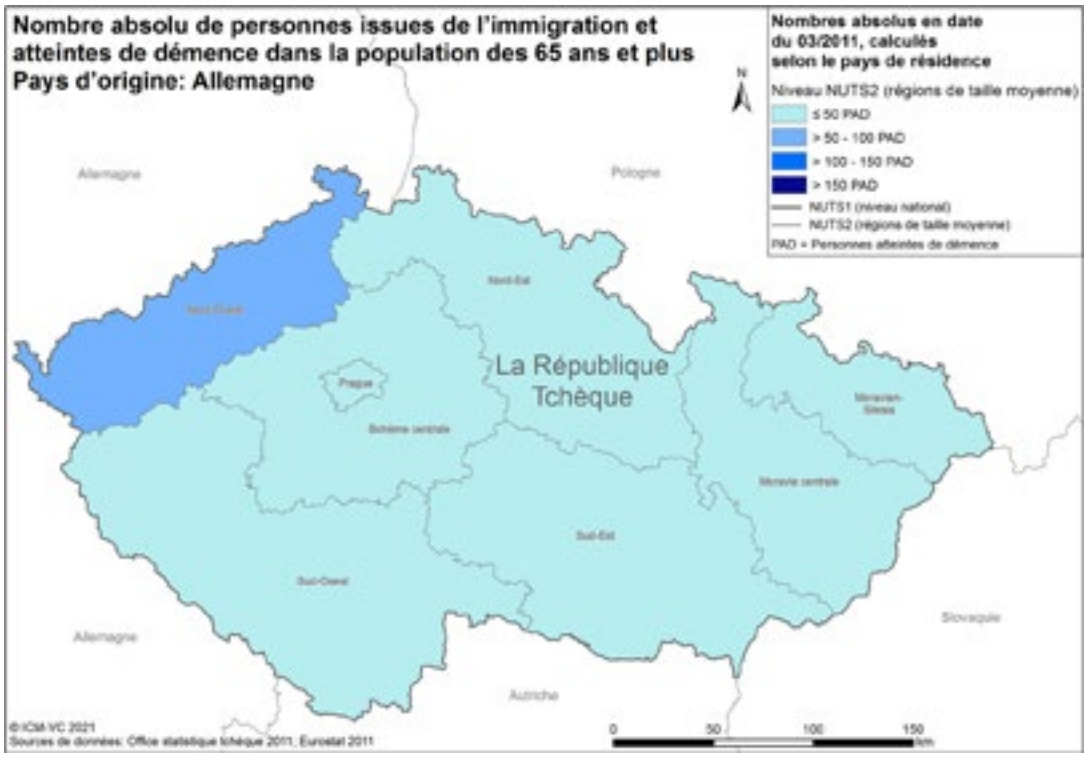


Fig. 3.7.26.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Allemagne (La République Tchèque – NUTS2)

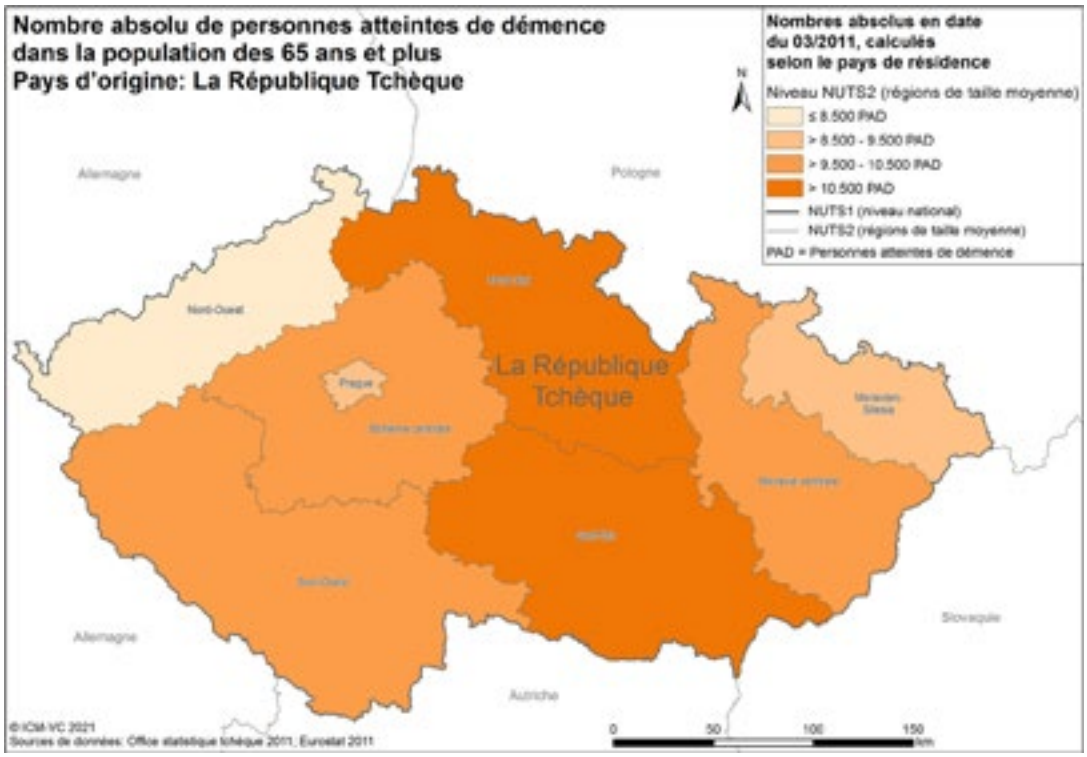


Fig. 3.7.26.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : La République Tchèque (La République Tchèque – NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.26.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.26.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 45 [8, 9].

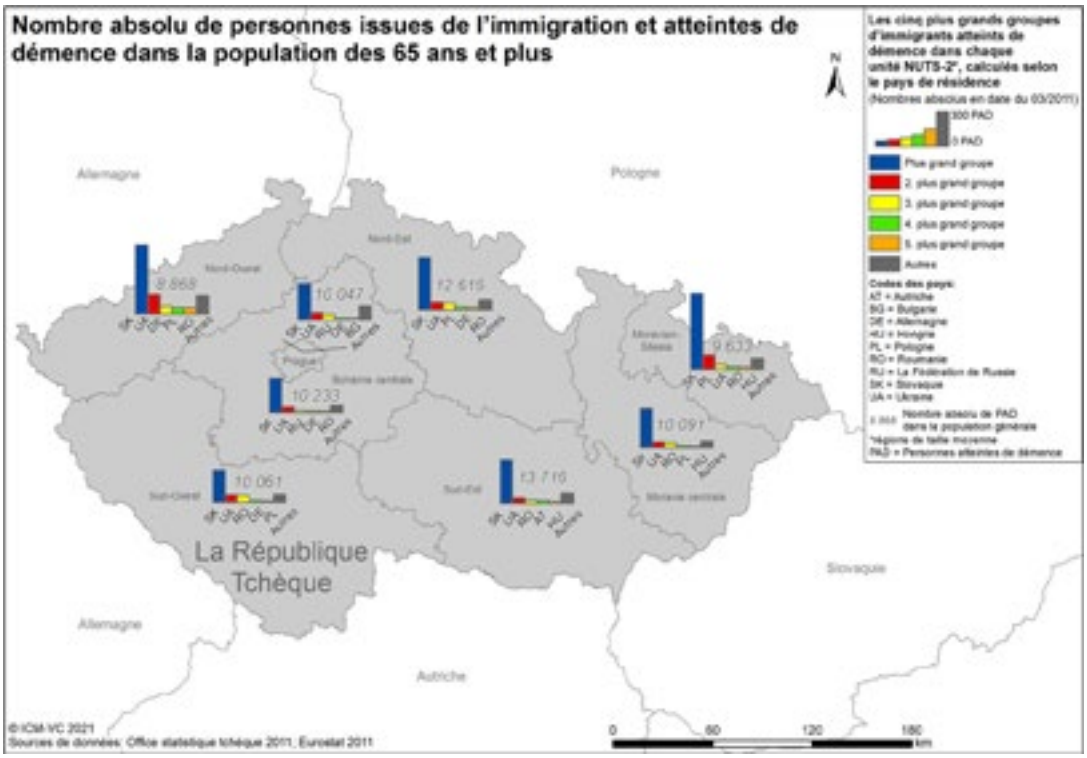


Fig. 3.7.26.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (La République Tchèque – NUTS2)

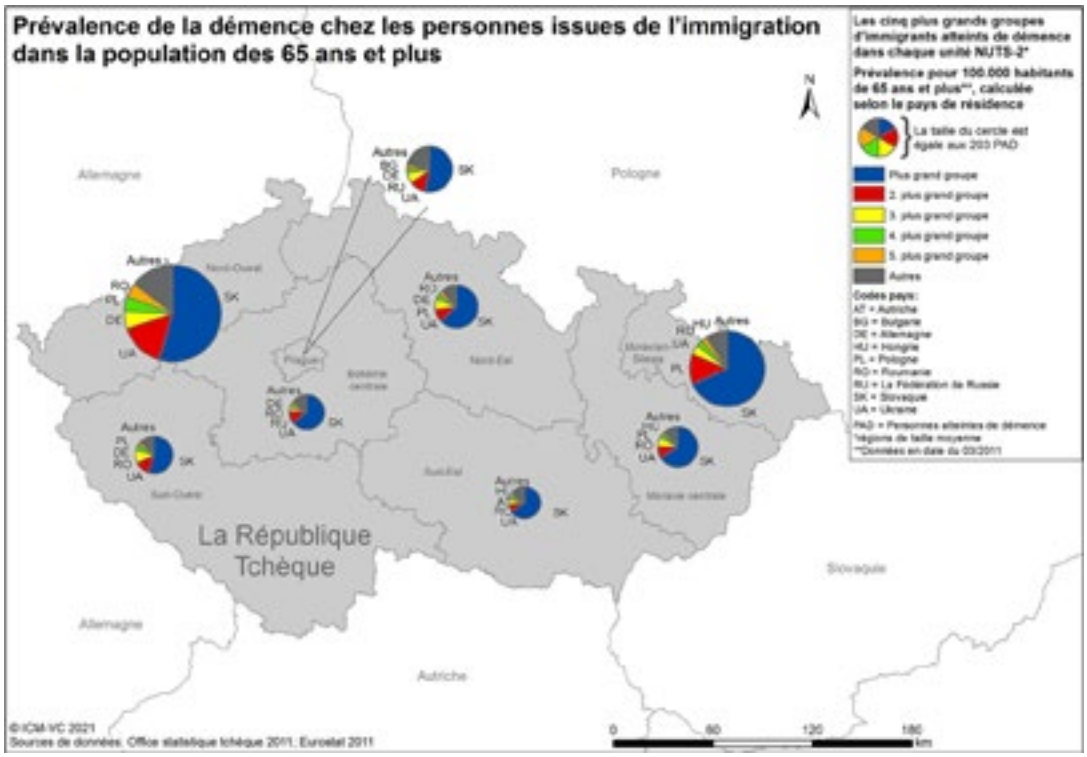


Fig. 3.7.26.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (La République Tchèque - NUTS2)

Tableau 45: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (République Tchèque - NUTS 2)

NUTS	Total	CZ	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Prague	10.047	9.451	SK 321	UA 65	RU 47	DE 18	BG 15	130
Bohème centrale	10.233	9.779	SK 294	UA 50	RU 17	RO 13	DE 13	67
Sud-Ouest	10.061	9.550	SK 280	UA 65	RO 60	DE 22	PL 16	68
Nord-Ouest	8.868	7.754	SK 609	UA 171	DE 65	PL 53	RO 52	164
Nord-Est	12.616	11.904	SK 450	UA 68	PL 58	DE 26	RO 22	88
Sud-Est	13.716	13.124	SK 384	UA 48	RO 30	AT 25	HU 15	90
Moravie centrale	10.091	9.573	SK 343	UA 48	RO 40	PL 17	HU 10	60

NUTS	Total	CZ	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Moravian-Silesia	9.633	8.669	SK 660	PL 124	UA 41	RO 25	HU 22	92
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Prague	6.743	-	SK 215	UA 43	RU 32	DE 12	BG 10	88
Bohème centrale	9.025	-	SK 259	UA 44	RU 15	RO 12	DE 11	59
Sud-Ouest	7.872	-	SK 219	UA 51	RO 47	DE 18	PL 12	53
Nord-Ouest	3.183	-	SK 218	UA 61	DE 23	PL 19	RO 19	60
Nord-Est	7.090	-	SK 253	UA 38	PL 33	DE 15	RO 12	49
Sud-Est	9.268	-	SK 260	UA 33	RO 20	AT 17	HU 10	60
Moravie centrale	7.797	-	SK 265	UA 37	RO 31	PL 13	HU 7	47
Moravian-Silesia	3.998	-	SK 274	PL 52	UA 17	RO 11	HU 9	37
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Prague	4.000	3.763	SK 128	UA 26	RU 19	DE 7	BG 6	42
Bohème centrale	4.000	3.823	SK 115	UA 19	RU 7	RO 5	DE 5	20
Sud-Ouest	4.000	3.797	SK 111	UA 26	RO 24	DE 9	PL 6	23
Nord-Ouest	4.000	3.497	SK 275	UA 77	DE 29	PL 24	RO 24	68
Nord-Est	4.000	3.774	SK 143	UA 22	PL 18	DE 8	RO 7	23
Sud-Est	4.000	3.827	SK 112	UA 14	RO 9	AT 7	HU 4	22
Moravie centrale	4.000	3.795	SK 136	UA 19	RO 16	PL 7	HU 4	19
Moravian-Silesia	4.000	3.600	SK 274	PL 52	UA 17	RO 11	HU 9	33

Source des données: Czech Statistical Office (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

Le « plan d'action national contre la maladie d'Alzheimer et les autres maladies similaires pour 2016-2019 » de 2016 compte 23 pages et couvre les sujets suivants : 1. Définition du problème : la démence, ses symptômes et ses causes, le nombre de personnes vivant avec une démence, les soins aux personnes atteintes de démence et les impacts économiques de la démence ; 2. Tâches : améliorer l'accès au diagnostic et assurer un diagnostic correct et en temps utile de la démence, améliorer l'accès à des soins appropriés (assurer des soins appropriés et leur coordination), accroître le soutien aux aidants, assurer l'éducation des aidants informels, développer des programmes éducatifs pour les aidants professionnels, prendre des mesures préventives dans les services sociaux et de santé, sensibiliser le grand public à la démence, coordonner les efforts de recherche (y compris l'utilisation des résultats déjà disponibles), organiser un suivi épidémiologique et impliquer la République Tchèque dans la coopération européenne. Aucun de ces sujets ne contient de référence à la migration [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Au niveau national, trois lignes directrices ou recommandations pour le diagnostic de la démence et le traitement des personnes atteintes de démence (de 2007 [11], 2008 [12] et 2018 [13]) ont été identifiées pour la République Tchèque. Ces documents comptent 6 [11], 8 [12] et 16 pages [13] et portent sur les sujets suivants : 1. traitement pharmacologique et interventions non pharmacologiques pour les différentes formes de démence telles que la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire [11] ; 2. informations sur le diagnostic de la démence, les méthodes d'imagerie et leur utilisation pour l'établir, l'évaluation du diagnostic clinique, des symptômes comportementaux et psychiatriques et des activités de la vie quotidienne [12] ; 3. types de démence et étiologie, procédure de diagnostic et procédure thérapeutique [13]. Aucun des trois documents ne traite de la migration [11-13].

5. Références

1. Drbohlav D, Janurová K: Migration and Integration in Czechia: Policy Advances and the Hand Brake of Populism. [https://www.migrationpolicy.org/article/migration-and-integration-czechia-policy-advances-and-hand-brake-populism]. (2019). Consulté le 14 avril 2020.
2. Janka P, Černá I, Prchalová M, Němcová K: Migrants in the Czech Republic.
3. Drbohlav D: International Migration in the Czech Republic and Slovakia and the Outlook for East Central Europe. *Czech Sociological Review* 1994, 2(1):89-106.
4. Jungwirth T: Pathways to prosperity: Migration and development in the czech republic. In. Prag: Caritas Czech Republic; 2019.
5. United Nations: Migration Profiles: Czech Republic; 2013.
6. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage ot the total population at mid-year 2019: Czechia; 2019.
7. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Czechia; 2019.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
9. Czech Statistical Office: Population and Housing

Census 2011; 2011.

10. Ministry of Health, Ministry of Labor and Social Affairs, Ministry of Education Youth and Sports, Association of Regions of the Czech Republic, Union of Towns and Municipalities of the Czech Republic, General Health Insurance Company of the Czech Republic, Association of Health Insurance Companies of the Czech Republic, Czech Neurological Society, Czech Society of Gerontology and Geriatrics, Psychiatric Society *et al*: Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019. In*:* Ministry of Health; 2016.
11. Sheardová K, Hort J, Rusina R, Bartos A, Linek V, Ressner P, Rektorová I: Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. *Czech and Slovak Neurology and Neurosurgery* 2007, 70/103(5):589-594.
12. Ressner P, Hort J, Rektorová I, Bartos A, Rusina R, Linek V, Sheardová K: Recommendations for the Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease and Other Disorders Associated with Dementia. *Cesk Slov Neurol N* 2008, 71/104(4):494-501.
13. Matějovská Kubešová H, Býma S: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře: Demence. In*.* Édité par lékaře Cdppp. Prag; 2018.

Roumanie

Population
19 318 000 (2020)

Superficie
234 270 km²

Capitale
Bucarest

Trois plus grandes villes
Bucarest (1 883 000)
Cluj-Napoca (325 000)
Timişoara (319 000)

Pays voisins
Bulgarie, Hongrie, Moldavie, Serbie, Ukraine

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

La Roumanie est un pays d'émigration depuis plus d'un siècle [1]. La première vague d'émigration à grande échelle vers les États-Unis s'est produite à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle [2, 3]. Pendant la première et la deuxième guerre mondiale, la Roumanie a été touchée par d'autres grands flux migratoires. En 1940, environ 220 000 Roumains de souche se sont déplacés du territoire hongrois vers le territoire roumain et environ 160 000 Hongrois de souche du territoire roumain vers le territoire hongrois [3]. À la suite de l'holocauste, la population juive de Roumanie (780 000 personnes) a été réduite de moitié. Pendant l'ère communiste (1947-1989), il y a eu quelques autres vagues d'émigration (1957-1965, 1989). Les minorités ethniques (Juifs, Allemands, Hongrois) étaient surreprésentées au sein de la population émigrée ; par exemple, la plupart des Juifs (300 000 à 350 000) ont émigré en Israël ou aux États-Unis. L'immigration de migrants étrangers était minime. Cependant, à partir des années 1970, un nombre relativement important d'étudiants étrangers originaires du Moyen-Orient et des pays africains ont commencé à immigrer [2, 3]. Après l'effondrement du communisme, environ deux millions de personnes ont émigré [3]. Plus de 75 % d'entre eux étaient des personnes venues d'Allemagne. La migration circulaire et temporaire est la caractéristique centrale de l'émigration roumaine. La migration de la main-d'œuvre s'est déroulée en trois vagues : 1. 1990-1995 : en Israël, en Turquie, en Italie, en Hongrie et en Allemagne ; 2. 1996-2001 : en Espagne, aux États-Unis et au Canada ; 3. 2001-2006 : en Italie, en Espagne, en Israël, en Allemagne et en Hongrie [1]. L'adhésion à l'UE le 1er janvier 2007 a encore intensifié l'émigration. À la mi-2007, environ 3,4 millions de Roumains travaillaient à l'étranger, dont seulement 1,2 million légalement [3]. En revanche, l'immigration vers la Roumanie est beaucoup plus faible. Ce n'est qu'après l'adhésion à l'UE que les entreprises roumaines ont commencé à embaucher davantage de travailleurs étrangers [1]. Dans la seconde moitié des années 1990, l'immigration en provenance de Moldavie a augmenté. En 2013, les personnes originaires de Moldavie (49 800), d'Italie (27 500), de Bulgarie (18 300), d'Espagne (14 500) et d'Ukraine (11 900) représentaient les groupes de migrants les plus importants [4]. La population migrante (née à l'étranger) a plus que triplé entre 1990 et 2019 (135 800 à 462 600) et sa proportion dans la population totale a quadruplé (0,6 à 2,4 %) [5]. Toutefois, le taux de migration nette reste négatif (2020 : -3,8 %) [6].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

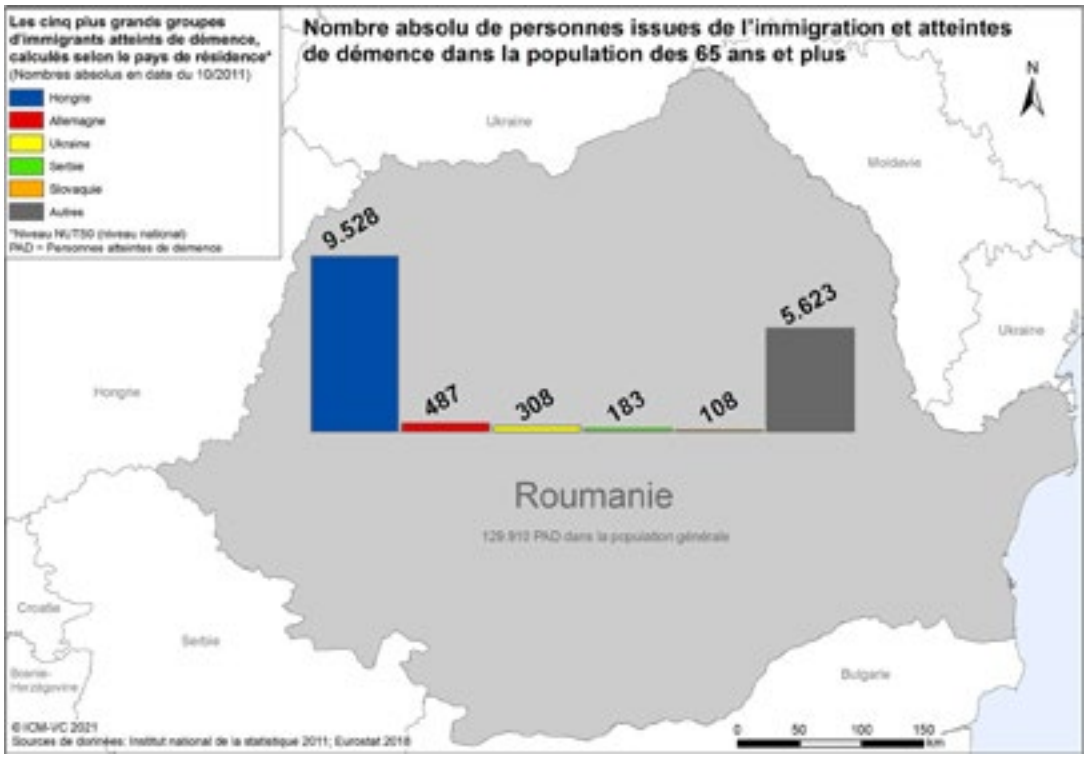


Fig. 3.7.27.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Roumanie – Nation)

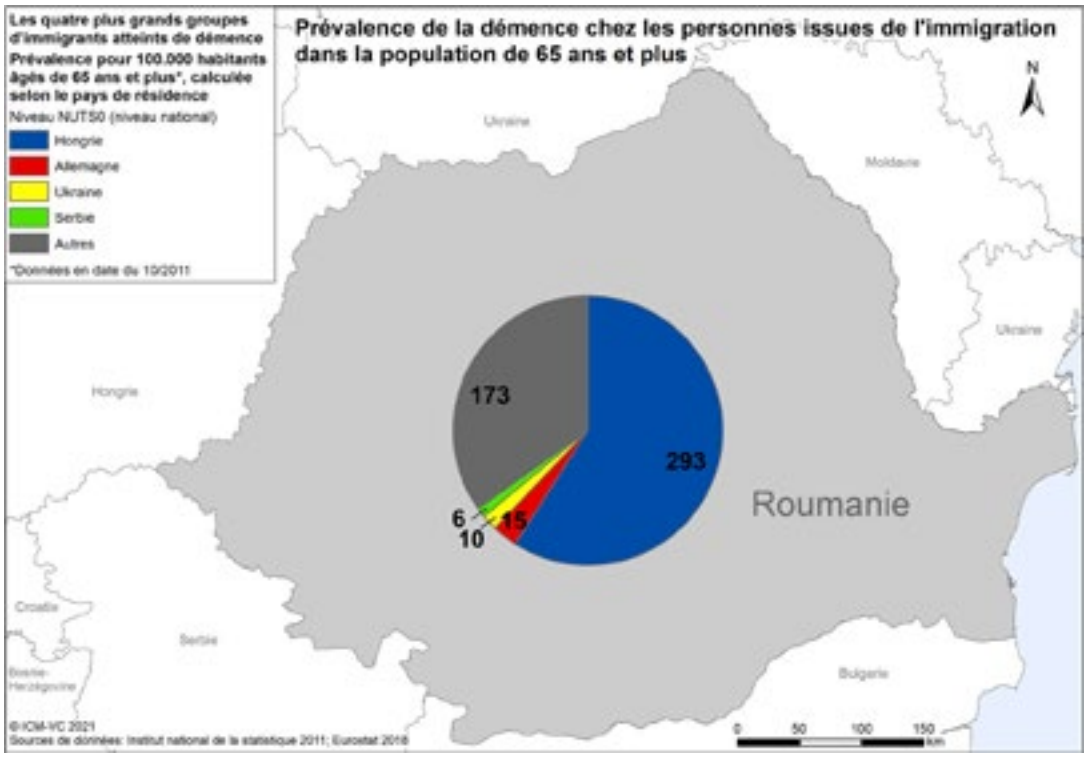


Fig. 3.7.27.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Roumanie – Nation)

Tableau 46: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Roumanie - Nation)

NUTS	Total	RO	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Roumanie	129.910	113.674	HU 9.528	DE 487	UA 308	XS 183	SK 108	5.623
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Roumanie	3.201	-	HU 235	DE 12	UA 8	XS 5	SK 3	139
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Roumanie	4.000	3.500	HU 293	DE 15	UA 10	XS 6	SK 3	173

Source des données : National Institute of Statistics (2011)

Il y a 405 900 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 16 200 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.27.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Hongrie (environ 9 500), d'Allemagne (environ 500), d'Ukraine (environ 300), de Serbie (environ 200) et de Slovaquie (environ 100). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Roumanie pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.27.2). Le tableau 46 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de Hongrie, d'Allemagne, d'Ukraine, de Serbie et de Slovaquie à travers le pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.27.3 - 3.7.27.8).

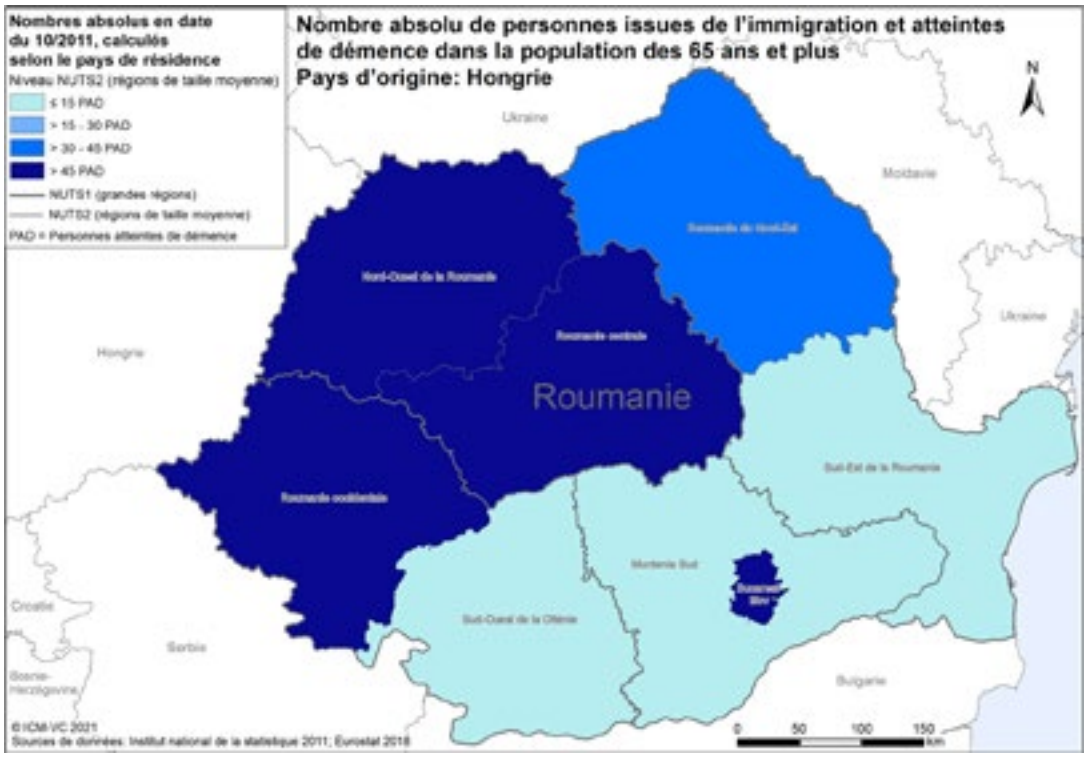


Fig. 3.7.27.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Hongrie (Roumanie – NUTS2)

Fig. 3.7.27.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Allemagne (Roumanie – NUTS2)

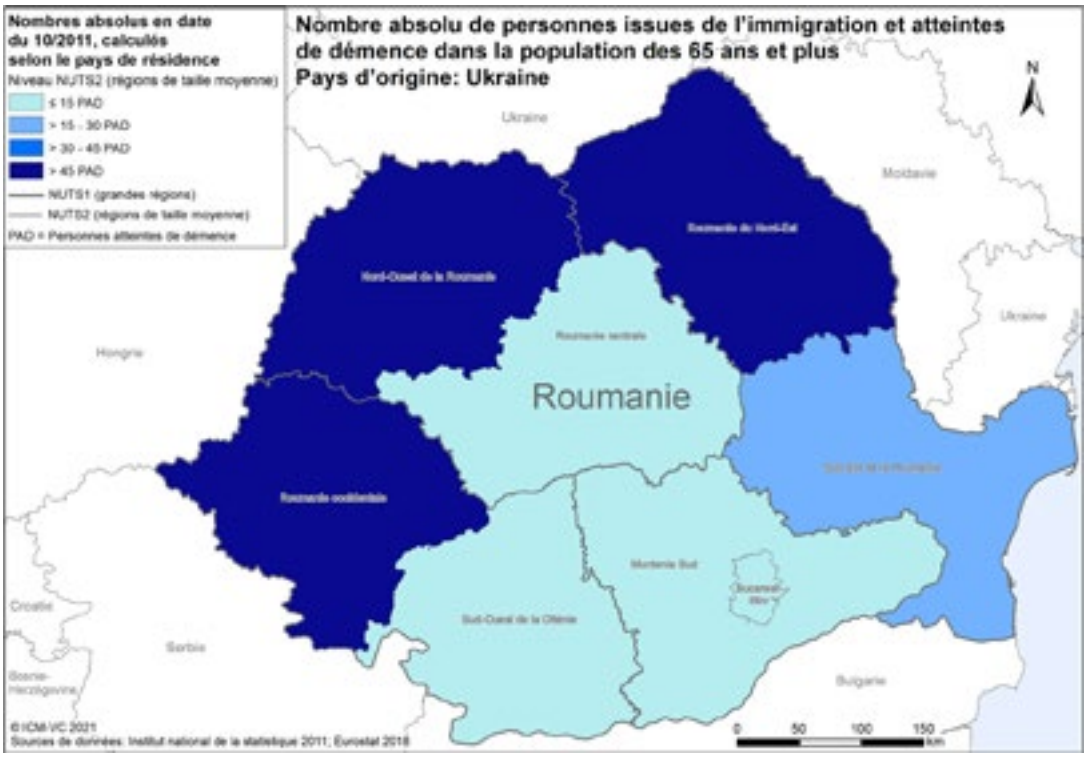


Fig. 3.7.27.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Ukraine (Roumanie – NUTS2)

Fig. 3.7.27.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Serbie (Roumanie – NUTS2)

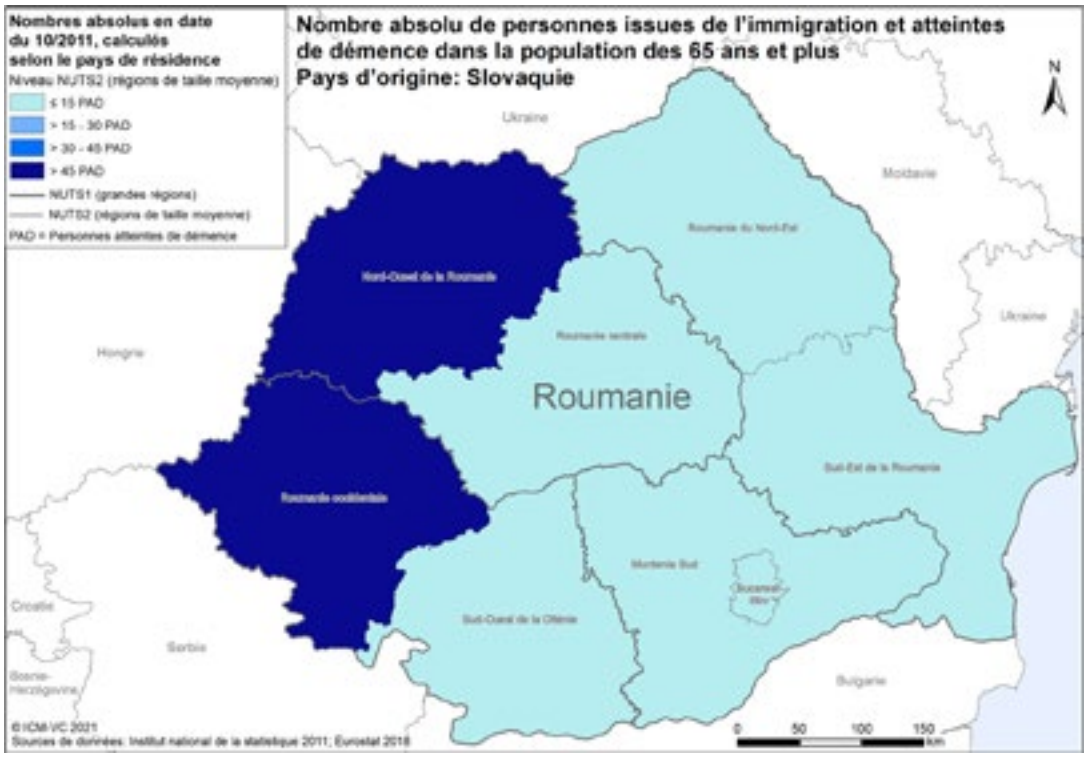


Fig. 3.7.27.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Slovaquie (Roumanie – NUTS2)

Fig. 3.7.27.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Roumanie (Roumanie - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.27.9). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.27.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 47 [7-9].

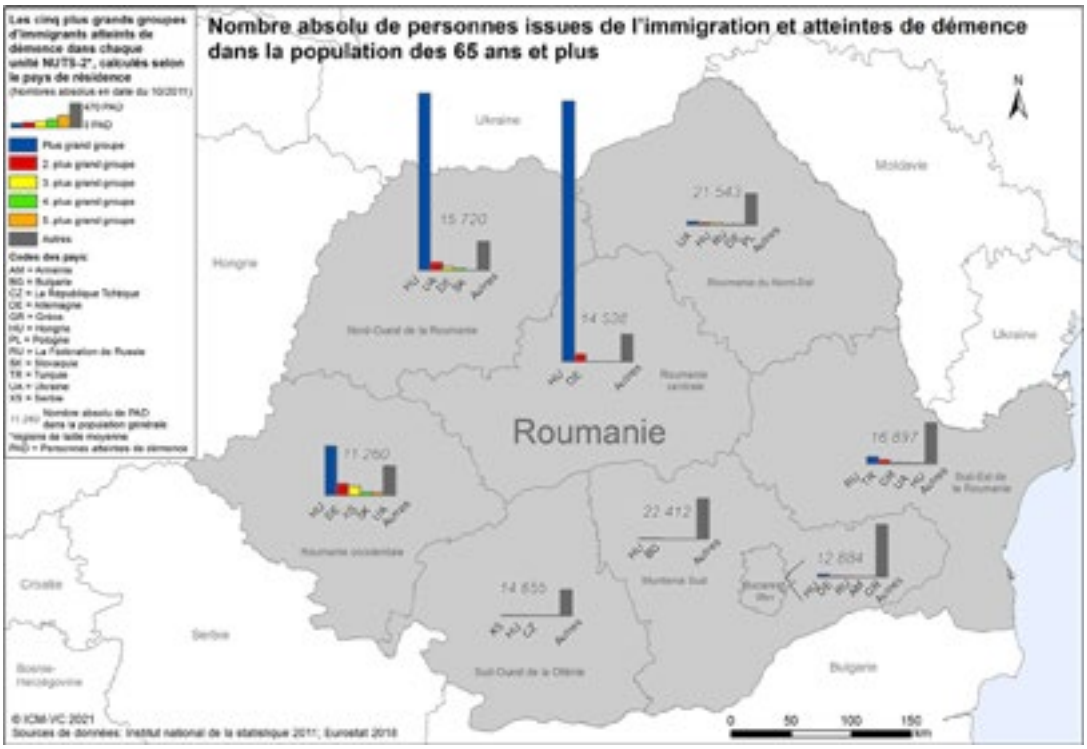


Fig. 3.7.27.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Roumanie – NUTS2)

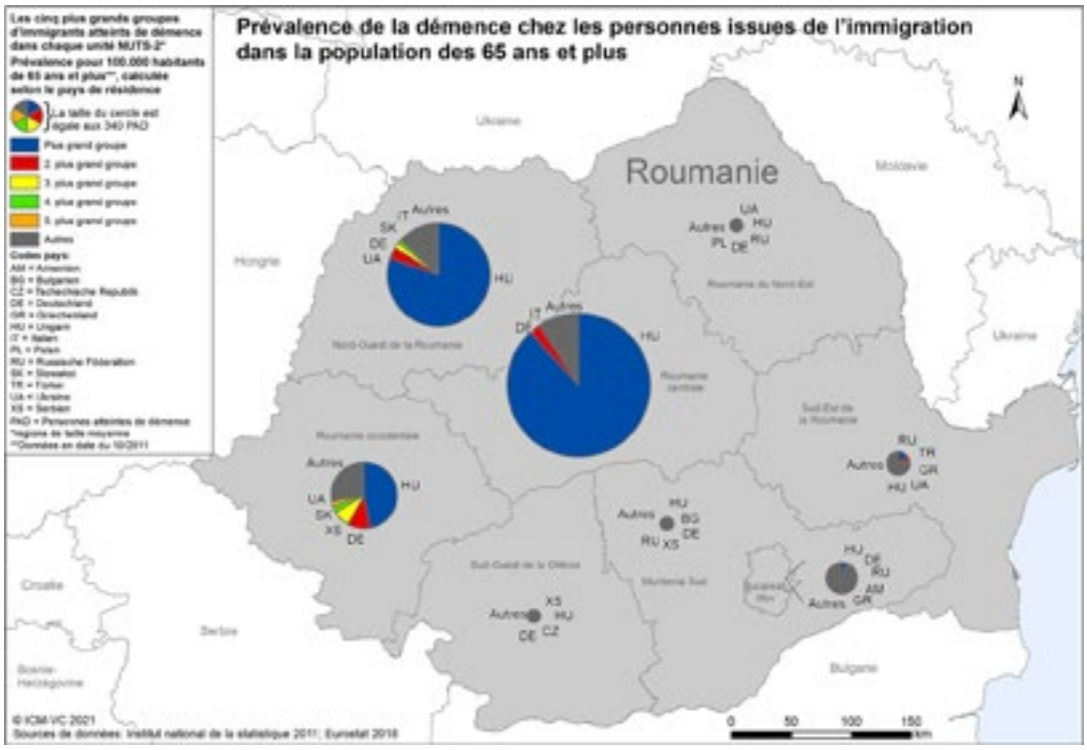


Fig. 3.7.27.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Roumanie – NUTS2)

Tableau 47 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Roumanie - NUTS2)

NUTS	Total	RO	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Nord-Ouest de la Roumanie	15.720	11.374	HU 3,484	UA 160	DE 83	SK 47	<5	570
Roumanie centrale	14.538	8.902	HU 4,970	DE 137	<5	<5	<5	524
Roumanie du Nord-Est	21.543	20.770	UA 67	HU 40	RU 39	DE 14	PL 13	599
Sud-Est de la Roumanie	16.897	15.852	RU 131	TR 73	GR 22	UA 18	HU 12	789
Muntenia Sud	22.412	21.593	HU 13	BG 12	<5	<5	<5	783
Bucarest-Ilfov	12.884	11.789	HU 55	DE 19	RU 12	AM 8	GR 6	995
Sud-Ouest de la Olténie	14.655	14.137	XS 8	HU 8	CZ 5	<5	<5	491

NUTS	Total	RO	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Roumanie occidentale	11.260	9.256	HU 944	DE 219	XS 167	SK 59	UA 55	561
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Nord-Ouest de la Roumanie	1,447	-	HU 321	UA 15	DE 8	SK 4	N/A	53
Roumanie centrale	1.032	-	HU 353	DE 10	N/A	N/A	N/A	38
Roumanie du Nord-Est	11.147	-	UA 35	HU 21	RU 20	DE 7	PL 7	310
Sud-Est de la Roumanie	6.466	-	RU 50	TR 28	GR 8	UA 7	HU 5	302
Muntenia Sud	10.952	-	HU 6	BG 6	DE 2	XD 1	RU 1	383
Bucarest-Ilfov	4.705	-	HU 20	DE 7	RU 4	AM 3	GR 2	363
Sud-Ouest de la Olténie	11.322	-	XS 7	HU 6	CZ 4	DE 3	MK 1	379
Roumanie occidentale	2.248	-	HU 188	DE 44	XS 33	SK 12	UA 11	112
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Nord-Ouest de la Roumanie	4.000	2.894	HU 887	UA 41	DE 21	SK 12	IT 1	145
Roumanie centrale	4.000	2.449	HU 1,367	DE 38	IT 1	N/A	N/A	145
Roumanie du Nord-Est	4.000	3.856	UA 12	HU 8	RU 7	DE 3	PL 2	111
Sud-Est de la Roumanie	4.000	3.753	RU 31	TR 17	GR 5	UA 4	HU 3	187
Muntenia Sud	4.000	3.854	HU 2	BG 2	DE 1	XS 1	RU 1	140
Bucarest-Ilfov	4.000	3.660	HU 17	DE 6	RU 4	AM 2	GR 2	309
Sud-Ouest de la Olténie	4.000	3.859	XS 2	HU 2	CZ 1	DE 1	N/A	134
Roumanie occidentale	4.000	3.288	HU 335	DE 78	XS 59	SK 21	UA 19	199

Note : Nombres absolus < 5 n'est pas indiqué pour des raisons de protection des données. N/A = non disponible.
Source des données : National Institute of Statistics 2011

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour la Roumanie, aucun PND n'a pu être identifié [10].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

La Roumanie a publié un « Guide de diagnostic et de traitement de la démence » (depuis 2010). Ce document comprend 11 pages et couvre divers sujets relatifs à la démence, tels que le diagnostic, le traitement médicamenteux, les facteurs de risque, l'évaluation des symptômes psychiatriques et comportementaux, et le traitement non médicamenteux des symptômes psychiatriques et comportementaux. La question de la migration n'est pas abordée [11].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'expert, les personnes issues de l'immigration ne sont pas identifiées comme un groupe vulnérable en termes de démence et de soins de santé. Bien qu'entre 1992 et 2005, il existait une importante population de personnes âgées russophones et polonophones et atteintes de démence, ce type de population immigrée n'existe plus actuellement. L'expert a connaissance d'un petit groupe de personnes originaires du Pakistan et de Tunisie, mais la majorité d'entre elles ont entre 30 et 40 ans. En outre, l'expert connaît quelques personnes de Chine, d'Afrique, et des hommes d'affaires d'Allemagne, d'Iran et de Turquie. Cependant, la plupart d'entre eux sont plus jeunes et ont immigré pour des raisons professionnelles. L'expert a souligné que les migrants qui travaillent dans l'économie disposaient de ressources financières suffisantes pour se payer des services privés, et que les migrants économiquement plus faibles ne prêtaient généralement pas attention à la prévention et à la santé des personnes âgées. Ainsi, le thème de la démence et de la migration est relativement peu important en Roumanie en raison de la faible proportion de migrants, du type de migration et de la structure de la population migrante. Le système de santé et les prestataires de soins ne traitent pas les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et les membres de leur famille comme un groupe ayant des besoins spécifiques. Selon l'expert, la Roumanie utilise un modèle intégratif dans la prise en charge des personnes atteintes de démence, dans lequel les migrants sont intégrés au système de santé national. Si les migrants entrent légalement dans le pays, travaillent dans leur emploi ou leur entreprise et paient une cotisation d'assurance maladie, ils ont les mêmes droits en matière de soins de santé que les citoyens roumains. L'expert n'a pu identifier aucun service spécialisé initié par le gouvernement pour les

personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, que ce soit en soins ambulatoires ou hospitaliers. En outre, aucune mesure ne semble être prise pour fournir des soins interculturels à l'avenir. Dans les grandes villes de l'ouest du pays, comme Timişoara, il existe des établissements de soins privés uniques pour certains groupes de migrants, comme les personnes originaires d'Italie, d'Allemagne ou de Hongrie. Cependant, ces installations ont été construites par des hommes d'affaires plus riches issus de ces groupes de migrants pour des personnes comme leurs parents et ne sont pas le résultat d'une initiative gouvernementale. Selon l'expert, ces groupes de migrants sont mieux pris en charge que la population roumaine. La population générale n'a accès qu'à très peu de services de soins spécifiques à la démence, qui ne sont proposés que dans certaines maisons de retraite de certaines régions, principalement dans les grandes villes. Dans les hôpitaux et les services psychiatriques, les personnes atteintes de démence sont souvent traitées ensemble dans les mêmes conditions que les personnes plus jeunes. En outre, de nombreuses institutions, telles que le « Département de psychiatrie d'urgence de l'Université de médecine et de pharmacie *Carol Davila* » de Bucarest, qui est dirigé par l'expert, manquent cruellement de salles et de personnel. Dans le service où travaille l'expert, 4-5 soignants sont responsables des soins de 60 patients dans un espace qui, dans les pays occidentaux développés, compterait 16 à 20 lits. Les soins spécifiques à la démence n'y sont pas possibles. De nombreuses personnes de la population générale n'ont pas accès aux informations sur la démence ou aux services de santé dans les zones rurales. Selon l'expert, un soutien politique beaucoup plus important et un NPD sont nécessaires pour remédier à ces inégalités en matière de soins.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

L'expert estime que la proportion de soignants professionnels issus de l'immigration est faible en Roumanie, tant dans les soins ambulatoires que dans les soins hospitaliers. C'est notamment le cas pour les soins aux personnes âgées. Le recrutement de soignants professionnels issus de l'immigration peut être bénéfique pour les personnes issues de l'immigration. Pour fournir des soins de qualité, les soignants doivent avoir une connaissance suffisante de la langue roumaine. L'expert a déclaré que la communication est un problème central chez la majorité des professionnels issus de l'immigration. Étant donné que la communication avec les patients est plus importante dans le cadre des soins ambulatoires, et que les compétences techniques en matière de soins infirmiers et la connaissance des pathologies sont plus pertinentes dans le cadre des soins hospitaliers, le domaine des soins hospitaliers pourrait être plus adapté aux soignants professionnels ayant une formation en migration.

Actuellement, les soins adaptés à la diversité culturelle ne font pas partie de la formation des professionnels de la santé en Roumanie. En outre, il n'existe pas de possibilités au niveau national pour la formation des professionnels aux soins interculturels. Cependant, il existe quelques projets non gouvernementaux sur cette formation.

Selon l'expert, il n'existe pas actuellement de professionnels qualifiés dotés d'une grande sensibilité culturelle. Cependant, le besoin de tels professionnels n'est pas non plus élevé.

7. Soutien aux aidants familiaux

L'expert a souligné qu'il n'y avait pas de différence entre l'information et le soutien aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et des non-migrants atteints de démence en Roumanie. Cependant, l'expert a également déclaré qu'il n'était pas nécessaire de développer des services spécialisés pour les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, car leur nombre est extrêmement faible. Par conséquent, aucun service spécialisé n'est actuellement disponible pour les aidants familiaux issus de la population migrante.

8. Références

1. Chindea A, Majkowska-Tomkin M, Mattila H, Pastor I: Migration in Romania: A Country Profile 2008. In. Édité par Siar S; 2008.
2. Brscic B, Fidrmuc J, Hanson P, Moore JH, Mickiewicz T, Pejovich S, Reilly RR, Samy JA, Srdoc N, Sucio O-V *et al*: Demographics and Migration in Europe, East & West. In: *A CRCE Colloquium.* Centre for Research into post-Communist Economies; 2011.
3. Horváth I: Country Profile Romania. In. Édité par Hamburgischen WeltWirtschaftsInstitut, Bundeszentrale für politische Bildung; 2007.
4. United Nations: Migration Profiles: Romania; 2013.
5. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Romania; 2019.
6. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Romania; 2019.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. National Institute of Statistics: 2011 Population and Housing Census. In. Bukarest: National Institute of Statistics 2011.
10. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
11. Ministry of Health: GHID DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT ÎN DEMENŢE. In., Bd. 723. Amtsblatt; 2010.

< retour au sommaire

Royaume-Uni

Population
67 026 000 (2020)

Superficie
242 751 km²

Capitale
Londres

Trois plus grandes villes
Londres (9 050 000)
Birmingham
(1 160 000)
Glasgow (630 000)

Pays voisins
Irlande

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
   - 2.1 Angleterre
   - 2.2 Écosse
   - 2.3 Irlande du Nord
   - 2.4 Pays de Galles
3. Plan national de lutte contre la démence
   - 3.1 Angleterre
   - 3.2 Écosse
   - 3.3 Irlande du Nord
   - 3.4 Pays de Galles
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
   - 4.1 Angleterre et Pays de Galles
   - 4.2 Écosse
   - 4.3 Irlande du Nord
5. Services et information destinée aux personnes de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

Le Royaume-Uni a une longue histoire de migration. Dès le XIXe siècle, d'importants groupes de migrants sont venus d'Irlande et d'Italie. Vers 1900, la plus grande communauté d'immigrants est venue d'Allemagne. Dans le même temps, de nombreuses personnes ont émigré de Royaume-Uni vers le Canada et les États-Unis [1]. Après le début du colonialisme britannique (1858-1947), plus de 100 000 migrants de Royaume-Uni et d'Irlande ont travaillé en Inde. Au cours du règne colonial, de plus en plus de travailleurs indiens sont arrivés au Royaume-Uni [2]. Après la Nuit de cristal de 1938, environ 10 000 enfants juifs réfugiés d'Allemagne, d'Autriche et de Tchécoslovaquie se sont réfugiés au Royaume-Uni. Après la Seconde Guerre mondiale, il y a eu deux vagues d'immigration à grande échelle : 1. l'immigration de soldats polonais et de leurs familles après l'adoption de la loi sur la réinstallation des Polonais en 1947, 2. l'immigration de travailleurs du « nouveau » Commonwealth (Caraïbes, Afrique et Inde) après l'adoption de la loi sur la nationalité (plein droit d'entrée et de citoyenneté pour tous les citoyens du Commonwealth) en 1948 [3]. Dans les années 1950, 500 000 migrants du Commonwealth sont venus au Royaume-Uni [4, 5]. Dans les années 1950 et au début des années 1960, de plus en plus d'Indiens et de Pakistanais sont arrivés pour travailler dans les usines textiles du nord de l'Angleterre (leurs familles ont ensuite suivi). En outre, le nombre de personnes originaires d'Irlande a augmenté de manière significative à partir des années 1950 (en 1971, il était d'un million) [3]. De 1961 à 1971, un total de 600 000 personnes ont immigré au Royaume-Uni (tous pays d'origine confondus) [4]. Entre 1945 et 1982, 1,5 million de personnes de Royaume-Uni ont émigré en Australie et beaucoup d'autres au Canada [6]. Au cours de la décennie qui a suivi le Traité de Maastricht de 1993, une immigration continue à grande échelle a eu lieu. Pour la première fois, les personnes qui sont venues au Royaume-Uni ont été plus nombreuses que les personnes qui en sont parties [3]. Au cours de la première décennie du XXIe siècle, l'immigration de personnes originaires d'Inde et d'Irlande a particulièrement augmenté [2, 3]. Entre mai 2004 et septembre 2007, le Royaume-Uni a accepté environ 715 000 travailleurs provenant des États membres de l'UE qui ont adhéré en 2004 (66 % de la Pologne, 10 % de la Lituanie et 10 % de la Slovaquie). En outre, le Royaume-Uni a lancé le « Highly Skilled Migrant Programme » (HSMP), qui a permis d'accueillir principalement des ressortissants indiens et pakistanais [4]. En 2018, 602 000 personnes ont immigré au Royaume-Uni (54 % étaient des citoyens non européens, 33 % des ressortissants d'autres pays de l'UE et 13 % des citoyens britanniques). La population migrante du Royaume-Uni est principalement concentrée à Londres (35 %). Alors que la proportion de migrants dans la population totale en Angleterre est de 15,4 %, elle est de 6,1 % au Pays de Galles, de 7,9 % en Irlande du Nord et de 8,8 % en Écosse [7]. En 2017/2018, les groupes de migrants les plus importants (nés à l'étranger) étaient originaires de Pologne (889 000), d'Inde (862 000), du Pakistan (529 000), de Roumanie (410 000) et d'Irlande (380 000) [8]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) et la proportion de migrants dans la population totale ont plus que doublé (3,7 à 9,6 millions ; 6,4 à 14,1 %) [9]. En 2020, le taux de migration nette sera de 3,9 % [10]. Ces Chiffres montrent que le Royaume-Uni est devenu l'un des principaux pays d'immigration en Europe depuis les années 1990. La mesure dans laquelle le retrait de l'UE (31 janvier 2020) aura un impact sur les schémas migratoires apparaîtra au cours des prochaines décennies.

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

2.1 Angleterre

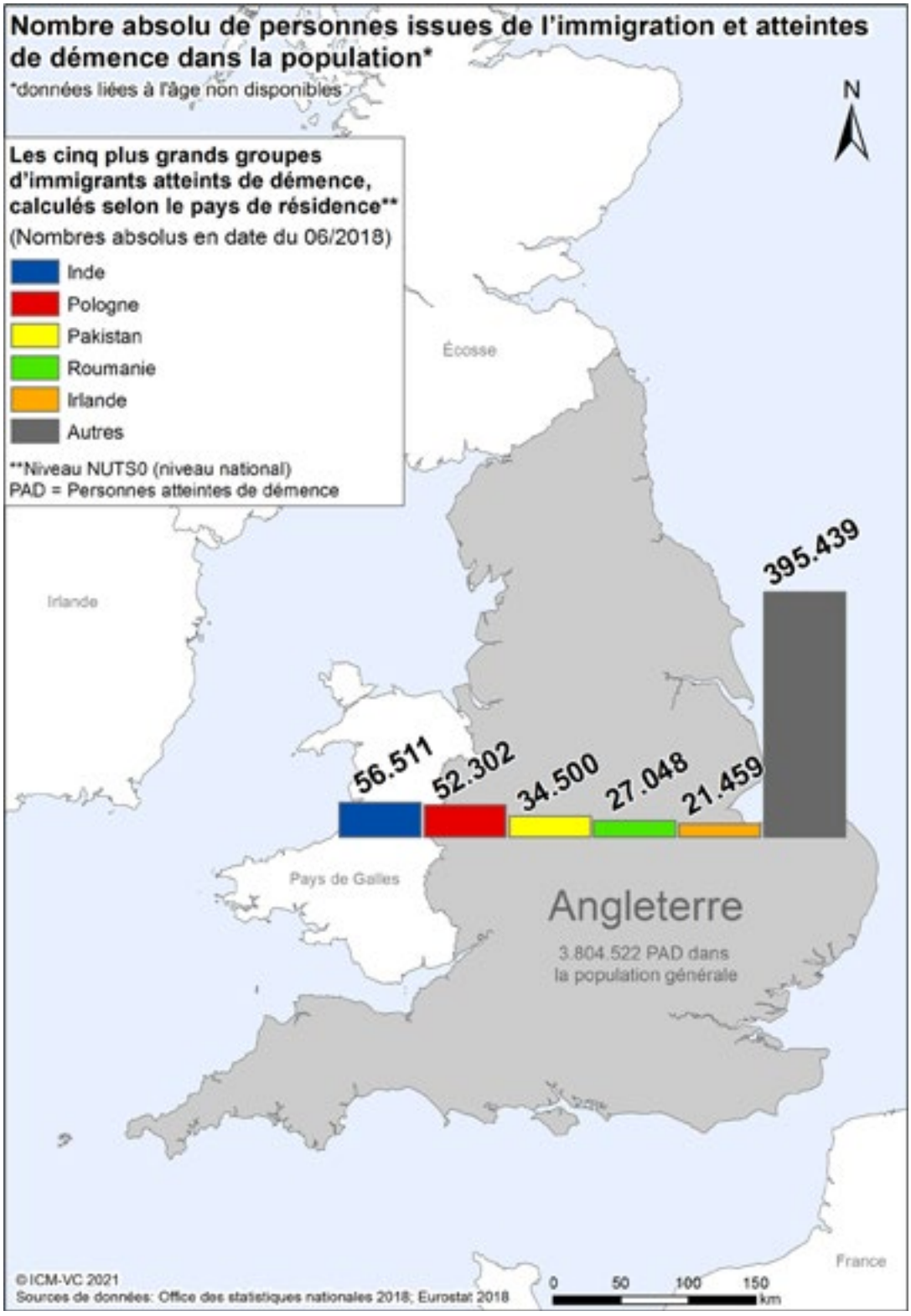


Fig. 3.7.28.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence (Angleterre - Nation)

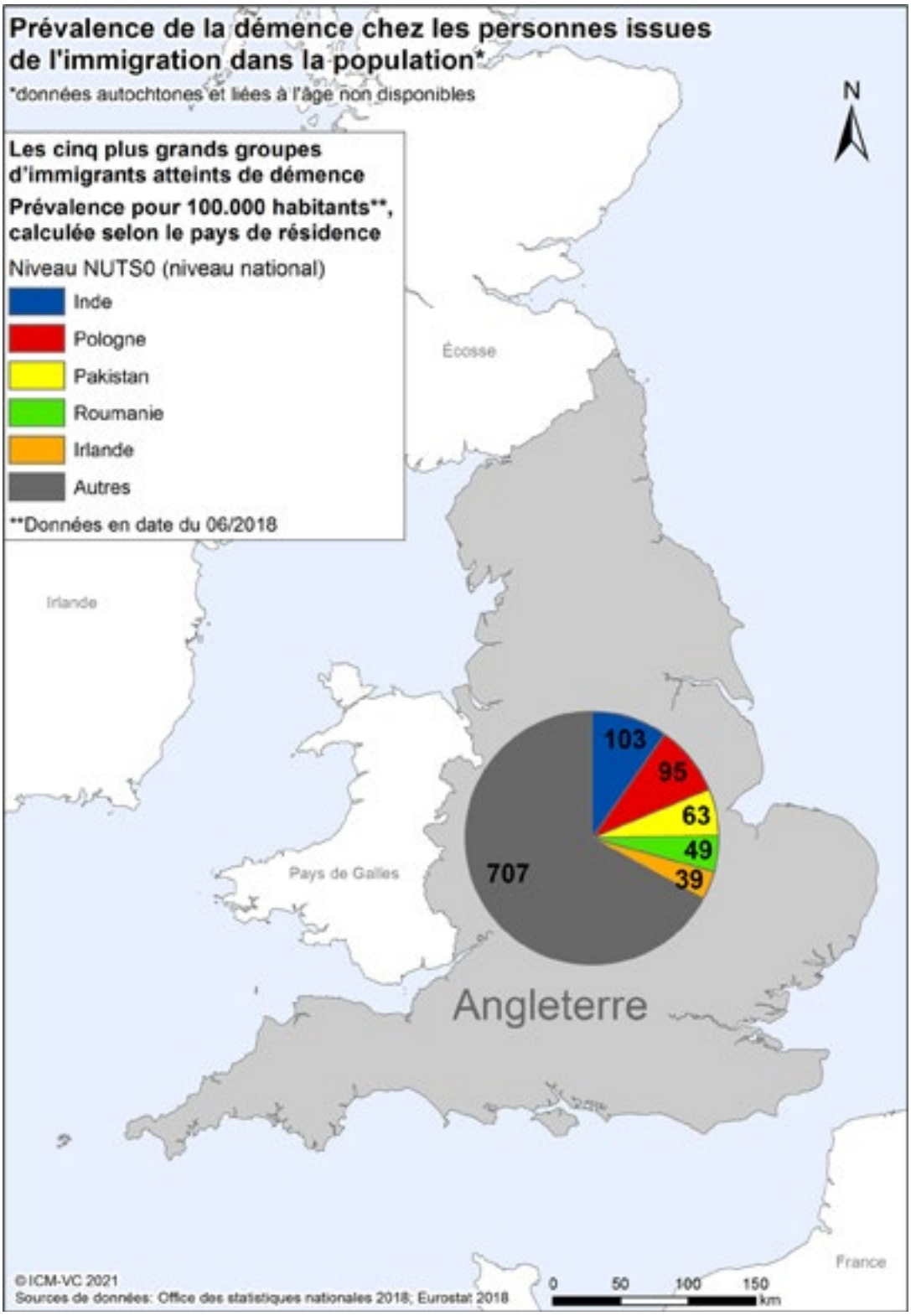


Fig. 3.7.28.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population (Angleterre – Nation)

Tableau 48 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration, et prévalence parmi la population totale (Angleterre - Nation)

NUTS	Total	ENG	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Angleterre	3.804.522	3.211.260	IN 56.511	PL 52.302	PK 34.500	RO 27.048	IE 21.459	401.442
Prévalence / 10 000 habitants issues de l'immigration 65+								
Angleterre	4.425	-	IN 66	PL 61	PK 40	RO 31	IE 25	467
Prévalence / 100 000 habitants 65+								
Angleterre	6.900	5.824	IN 102	PL 95	PK 63	RO 49	IE 39	707

Source des données : Office for National Statistics (2018)

Il y a 8 511 000 personnes issues de l'immigration. On estime qu'environ 588 100 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. Toutefois, ces données ne sont pas spécifiques à l'âge mais concernent l'ensemble de la population issue de l'immigration, de sorte que ces Chiffres sont naturellement plus élevés et surestimés que si l'on disposait de données pour le groupe d'âge des 65 ans ou plus. La figure 3.7.28.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Inde (environ 56 510), de Pologne (environ 52 300), du Pakistan (environ 34 500), de Roumanie (environ 27 100) et d'Irlande (environ 21 500). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Angleterre pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.28.2). Le tableau 48 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Inde, de Pologne, du Pakistan, de Roumanie et d'Irlande dans tout le pays au niveau NUTS1 (figures 3.7.28.3 - 3.7.28.7).

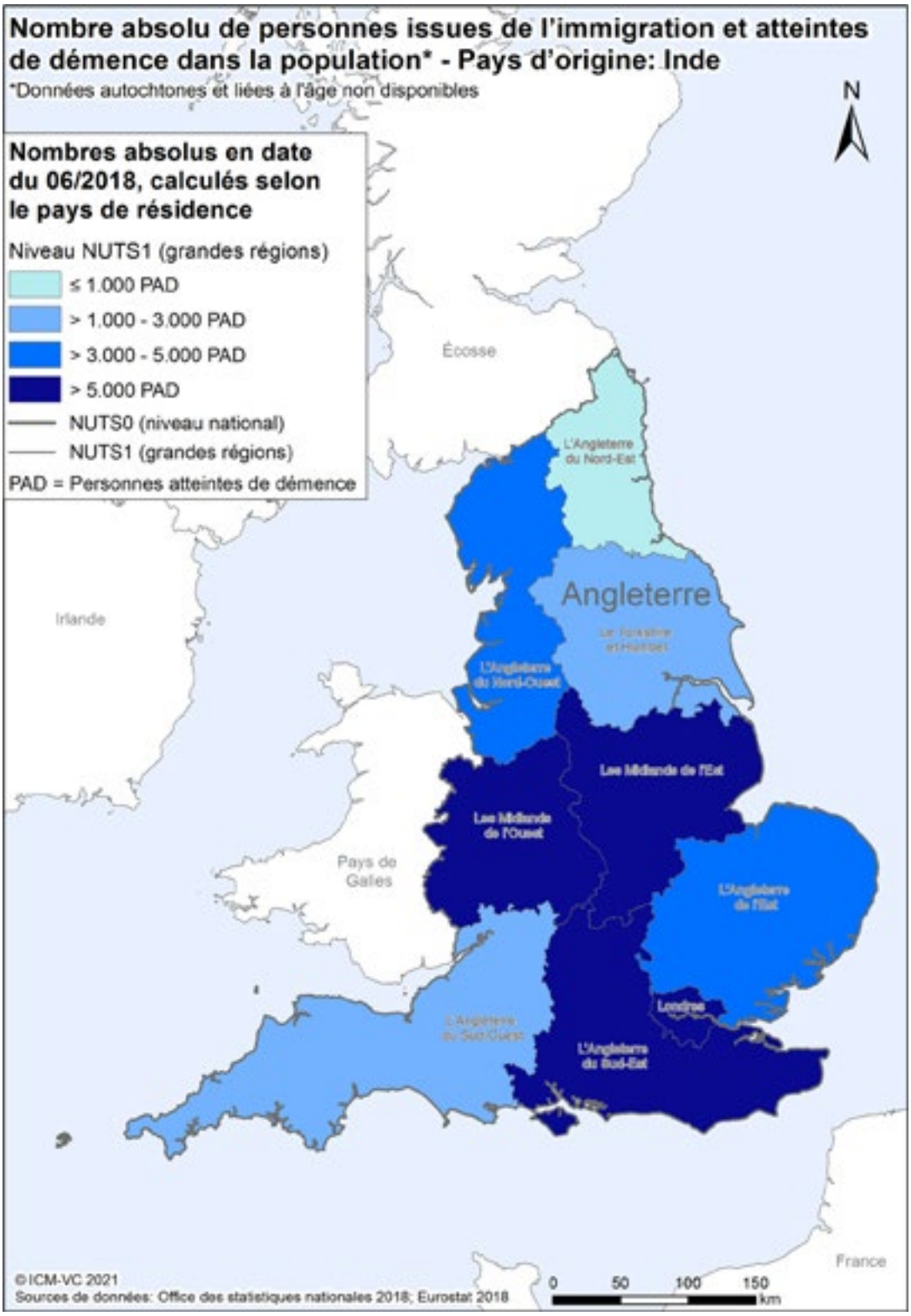


Fig. 3.7.28.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence.
Pays d'origine: Inde (Angleterre – NUTS1)

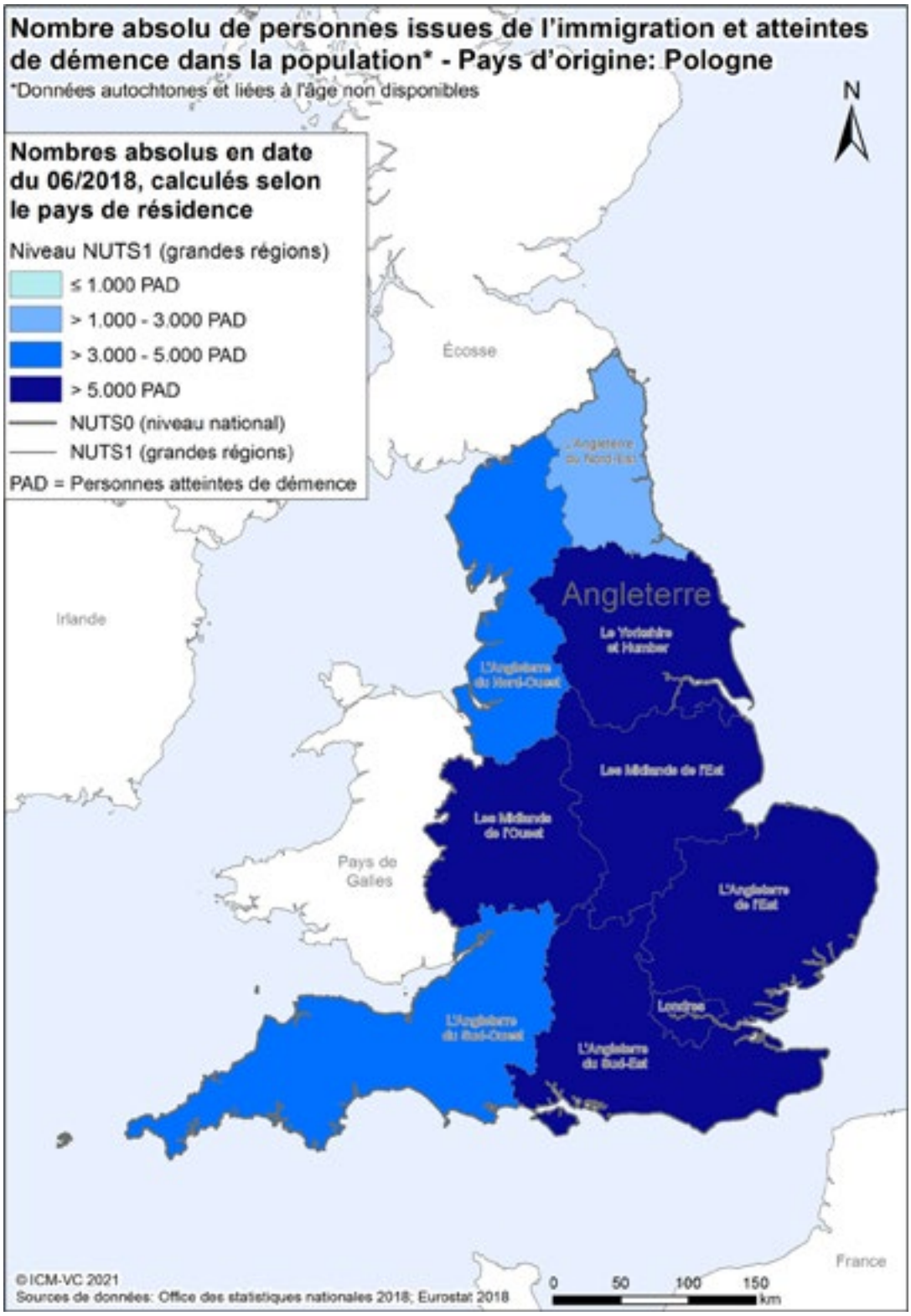


Fig. 3.7.28.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence.
Pays d'origine : Pologne (Angleterre – NUTS1)

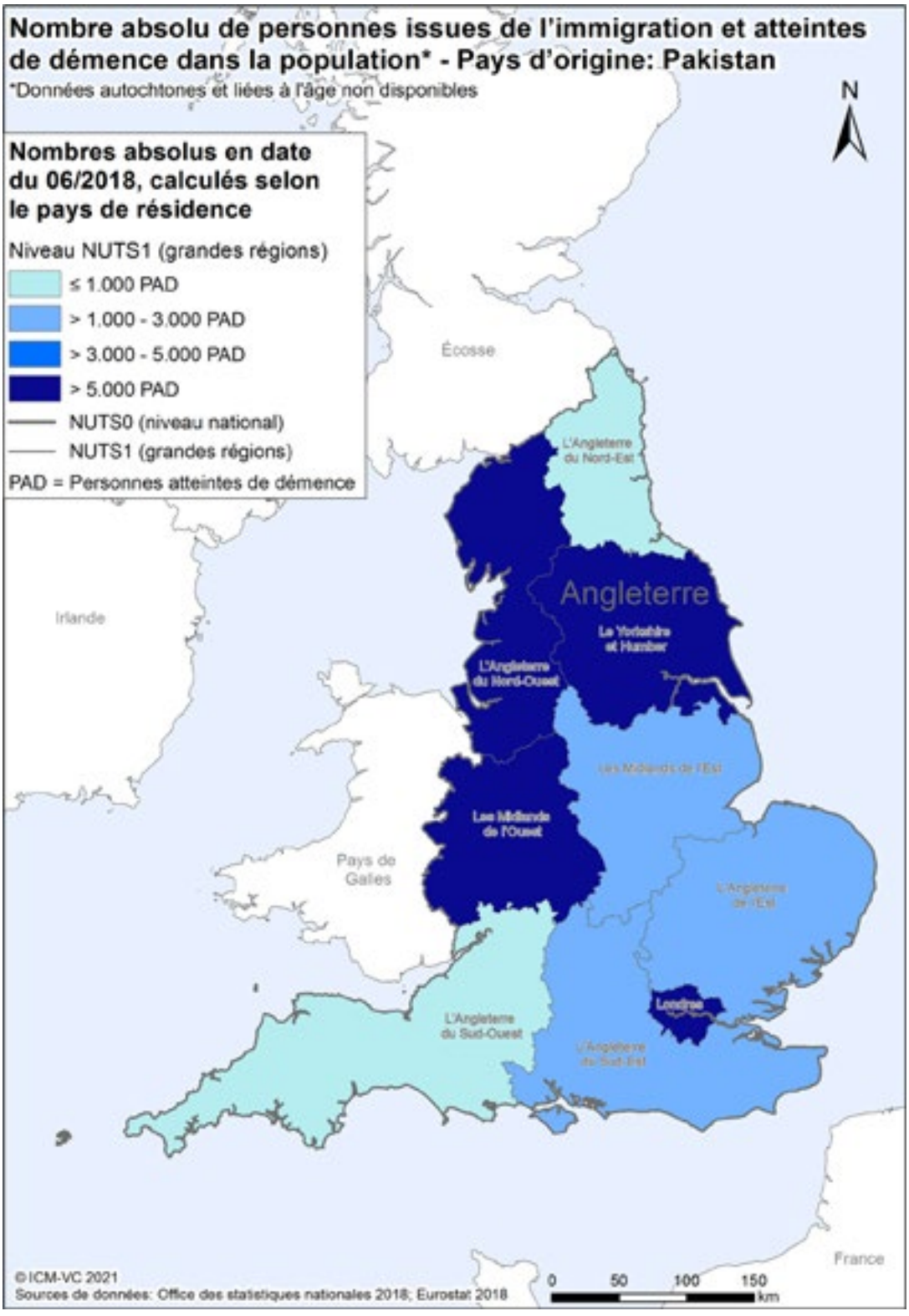


Fig. 3.7.28.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence.
Pays d'origine : Pakistan (Angleterre – NUTS1)

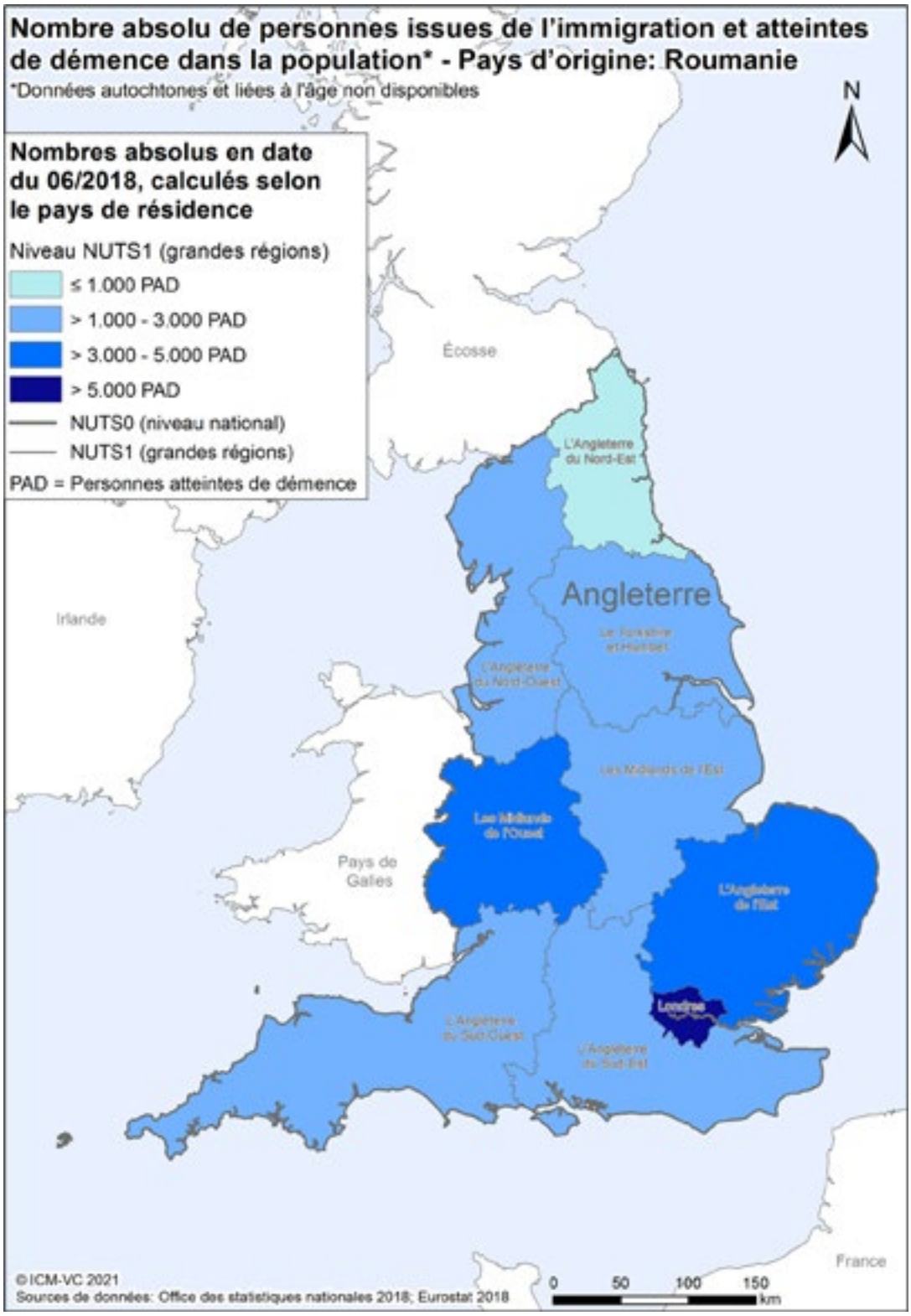


Fig. 3.7.28.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Roumanie (Angleterre – NUTS1)

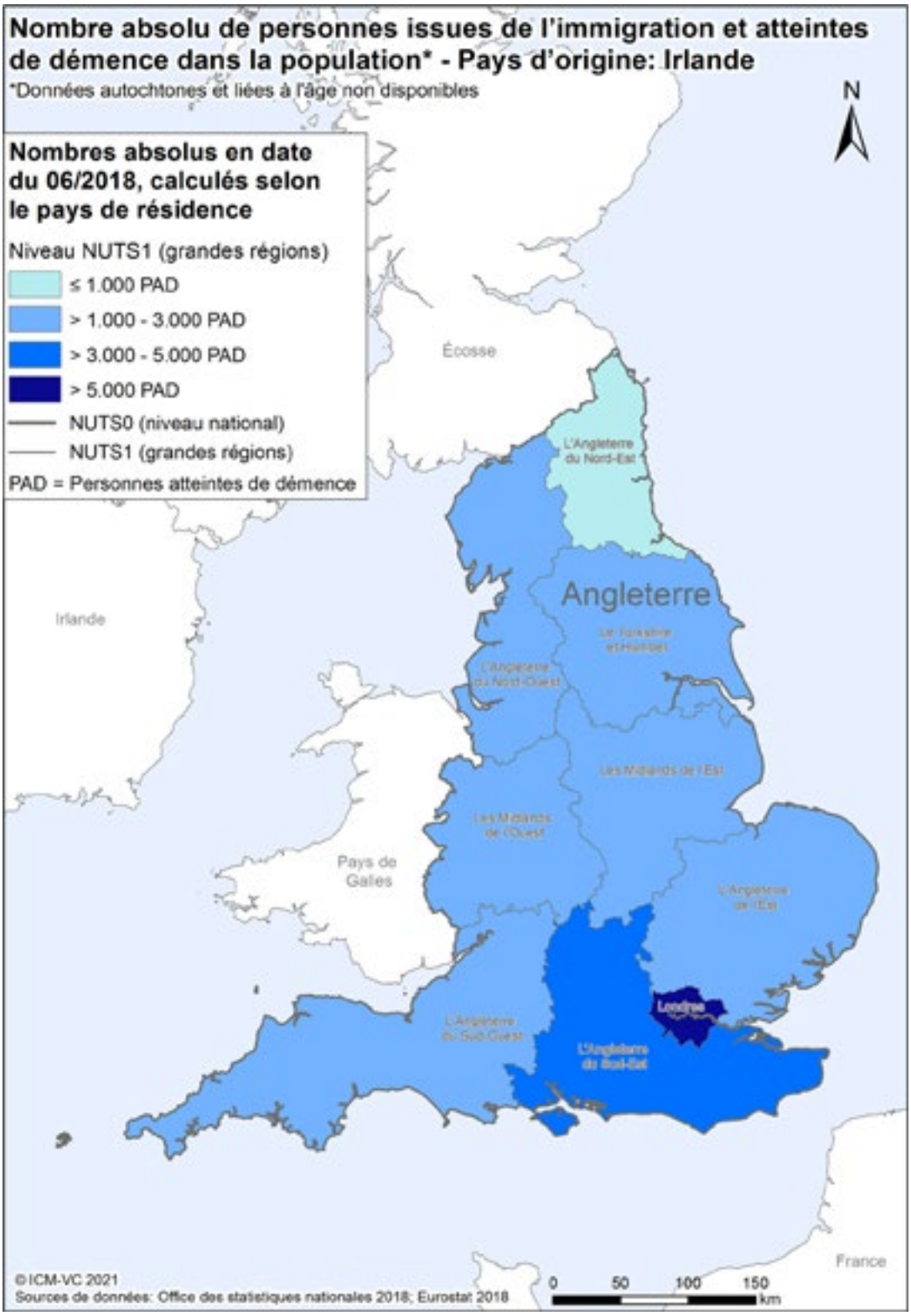


Fig. 3.7.28.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence.
Pays d'origine : Irlande (Angleterre – NUTS1)

Le graphique ci-contre met en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau de la NUTS1. La première carte illustre le nombre

total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS1 (figure 3.7.28.8). La deuxième carte montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants dans les régions NUTS1 (figure 3.7.28.9). Les valeurs du niveau NUTS1 se trouvent dans le tableau 49 [11-13].

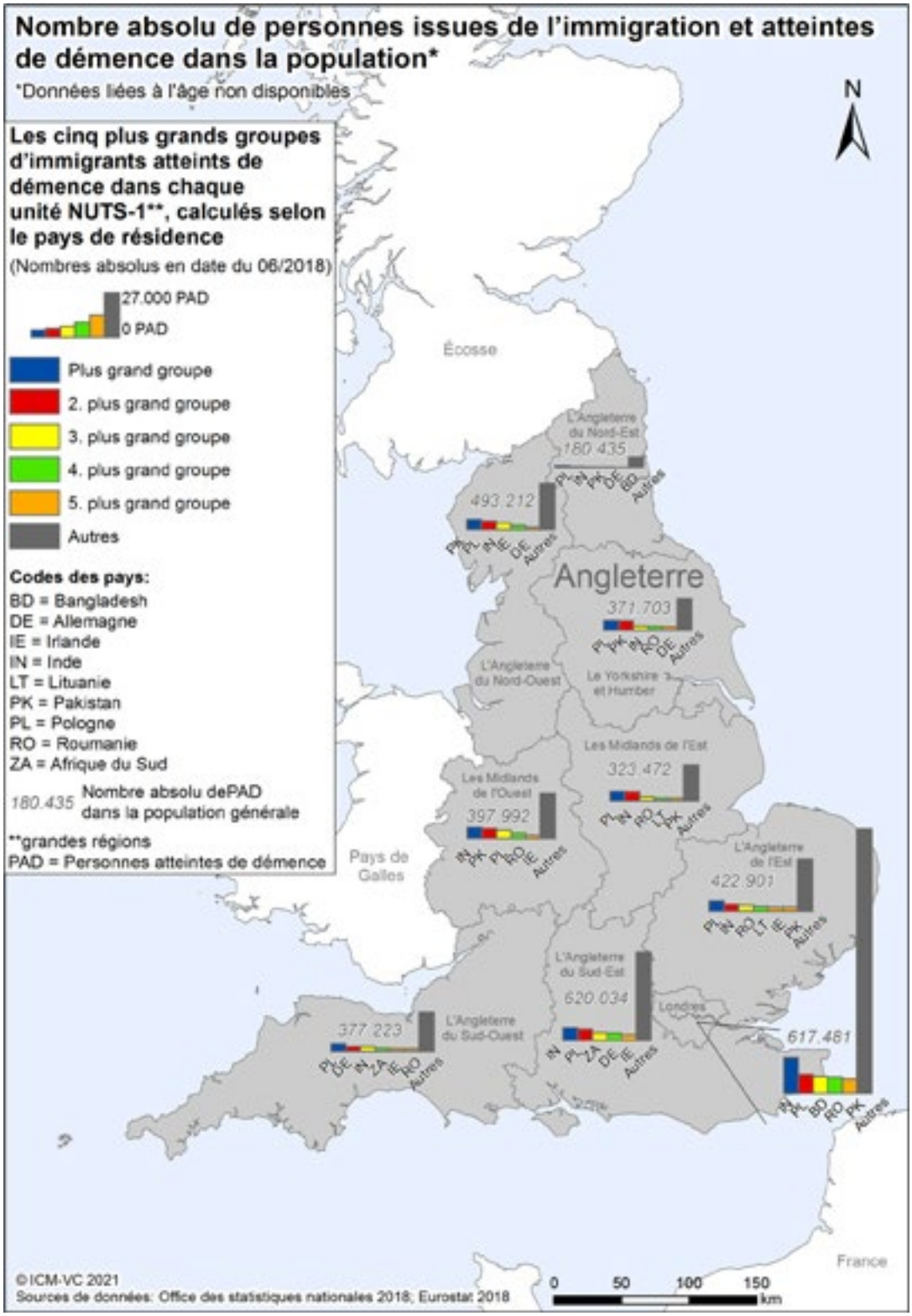


Fig. 3.7.28.8 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence (Angleterre - NUTS1)

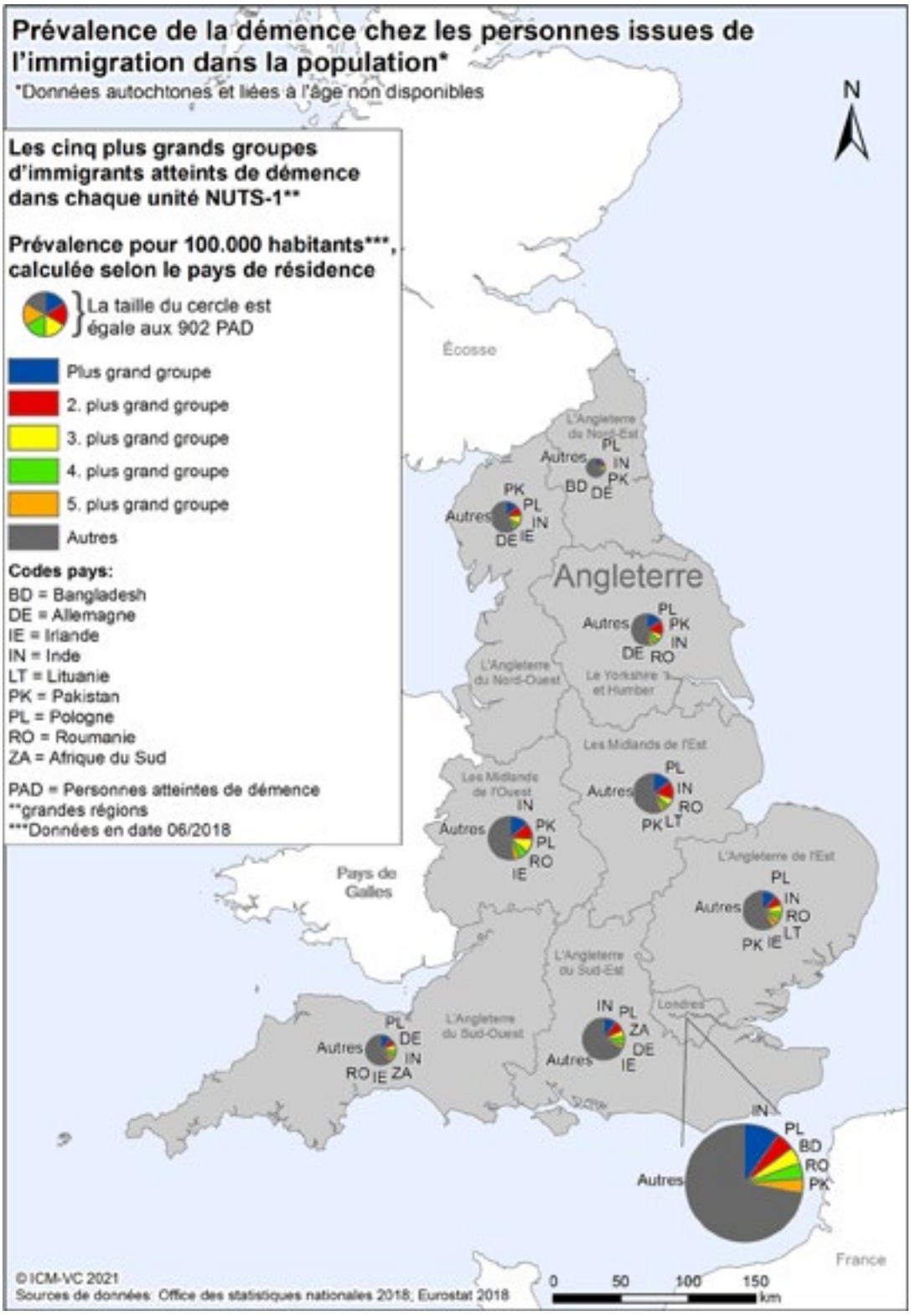


Fig. 3.7.28.9 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population (Angleterre – NUTS1)

Tableau 49 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration, et prévalence parmi la population totale (Angleterre - NUTS 1)

NUTS	Total	ENG	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
L'Angleterre du Nord-Est	180.435	169.257	PL 1.311	IN 897	PK 690	DE 621	BD 414	7.245
L'Angleterre du Nord-Ouest	493.212	445.947	PK 5.934	PL 4.968	IN 4.002	IE 2.415	DE 1.449	28.497
Le Yorkshire et Humber	371.703	334.305	PL 5.727	PK 5.382	IN 2,277	RO 2.139	DE 1.725	20.148
Les Midlands de l'Est	323.472	282.486	PL 6.072	IN 5.727	RO 2.346	LT 1.725	PK 1.656	23.460
Les Midlands de l'Ouest	397.992	342.378	IN 7.383	PK 6.624	PL 5.796	RO 3.588	IE 2.484	29.739
L'Angleterre de l'Est	422.901	370.323	PL 6.003	IN 4.071	RO 3.381	LT 2.622	IE & PK 2.346	34.155
Londres	617.481	388.332	IN 22.011	PL 11.592	BD 10.488	RO 9.867	PK 8.901	166.290
L'Angleterre du Sud-Est	620.034	537.096	IN 7.659	PL 6.762	ZA 4.554	DE 4.347	IE 3.312	56.304
L'Angleterre du Sud-Ouest	377.223	341.067	PL 4.140	DE 2.553	IN 2.484	ZA 1.794	IE & RO 1.449	23.736
Prévalence / 10 000 habitants issues de l'immigration 65+								
L'Angleterre du Nord-Est	11.138	-	PL 81	IN 55	PK 43	DE 38	BD 26	447
L'Angleterre du Nord-Ouest	7.200	-	PK 87	PL 73	IN 58	IE 35	DE 21	416
Le Yorkshire et Humber	6.858	-	PL 106	PK 99	IN 42	RO 39	DE 32	372
Les Midlands de l'Est	5.446	-	PL 102	IN 96	RO 39	LT 29	PK 28	396
Les Midlands de l'Ouest	4.938	-	IN 92	PK 82	PL 72	RO 45	IE 31	368
L'Angleterre de l'Est	5.550	-	PL 79	IN 53	RO 44	LT 34	IE & PK 31	449
Londres	1.859	-	IN 66	PL 35	BD 32	RO 30	PK 27	500
L'Angleterre du Sud-Est	5.158	-	IN 64	PL 56	ZA 38	DE 36	IE 28	468
L'Angleterre du Sud-Ouest	7.199	-	PL 79	DE 49	IN 47	ZA 34	IE & RO 28	453

Royaume-Uni

NUTS	Total	ENG	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Prévalence / 100 000 habitants 65+								
L'Angleterre du Nord-Est	6.900	6.239	PL 50	IN 34	PK 26	DE 24	BD 16	248
L'Angleterre du Nord-Ouest	6.900	6.206	PK 83	PL 70	IN 56	IE 34	DE 20	381
Le Yorkshire et Humber	6.900	6.026	PL 106	PK 100	IN 42	RO 40	DE 32	351
Les Midlands de l'Est	6.900	5.936	PL 130	IN 122	RO 50	LT 37	PK 35	474
Les Midlands de l'Ouest	6.900	6.042	IN 128	PK 115	PL 100	RO 62	IE 43	499
L'Angleterre de l'Est	6.900	4.339	PL 98	IN 66	RO 55	LT 43	IE & PK 38	526
Londres	6.900	5.977	IN 246	PL 130	BD 117	RO 110	PK 99	1.816
L'Angleterre du Sud-Est	6.900	6.239	IN 85	PL 75	ZA 51	DE 48	IE 37	606
L'Angleterre du Sud-Ouest	6,900	6,239	PL 76	DE 47	IN 45	ZA 33	IE & RO 27	420

Source des données : Office for National Statistics (2018)

2.2 Écosse

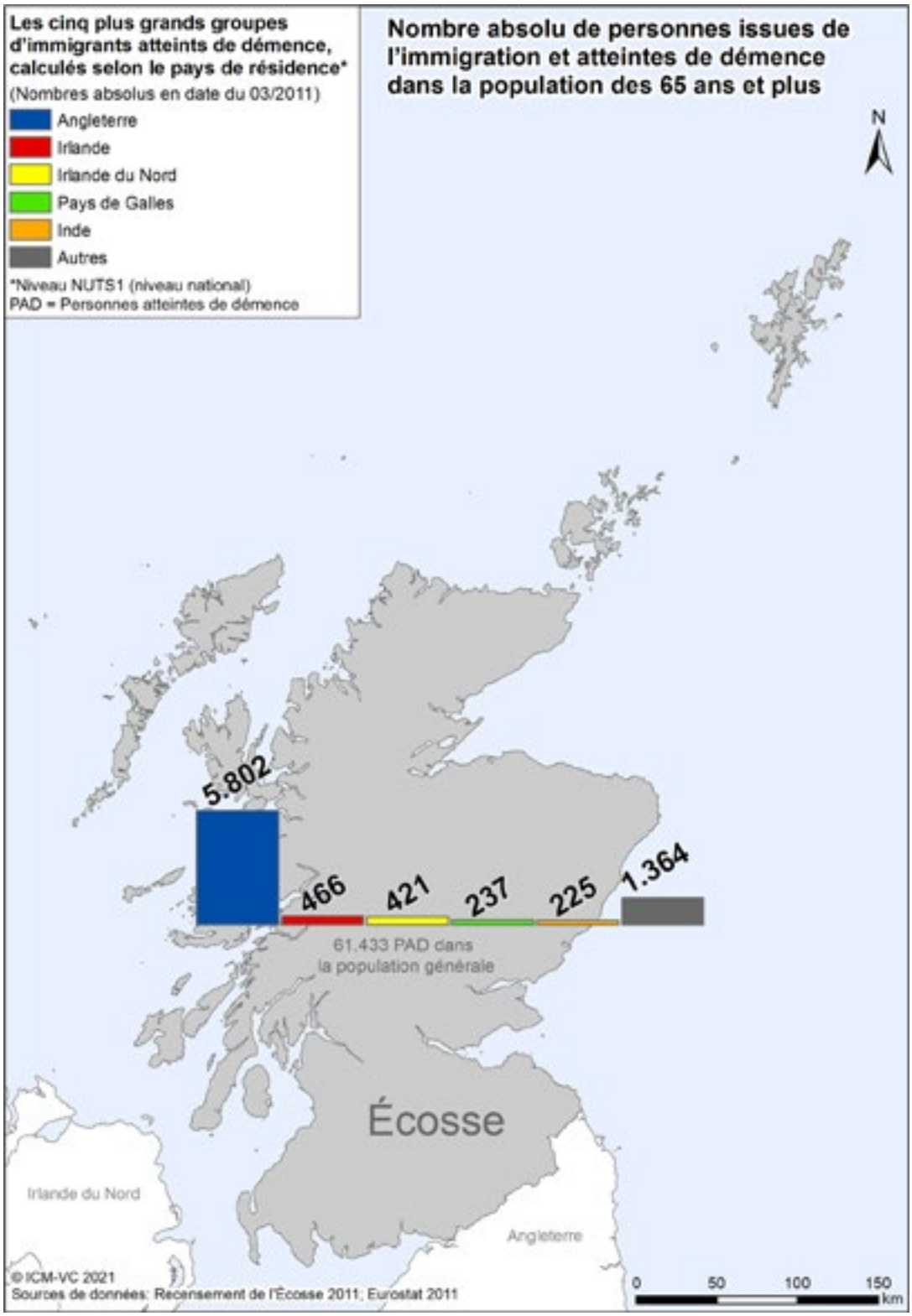
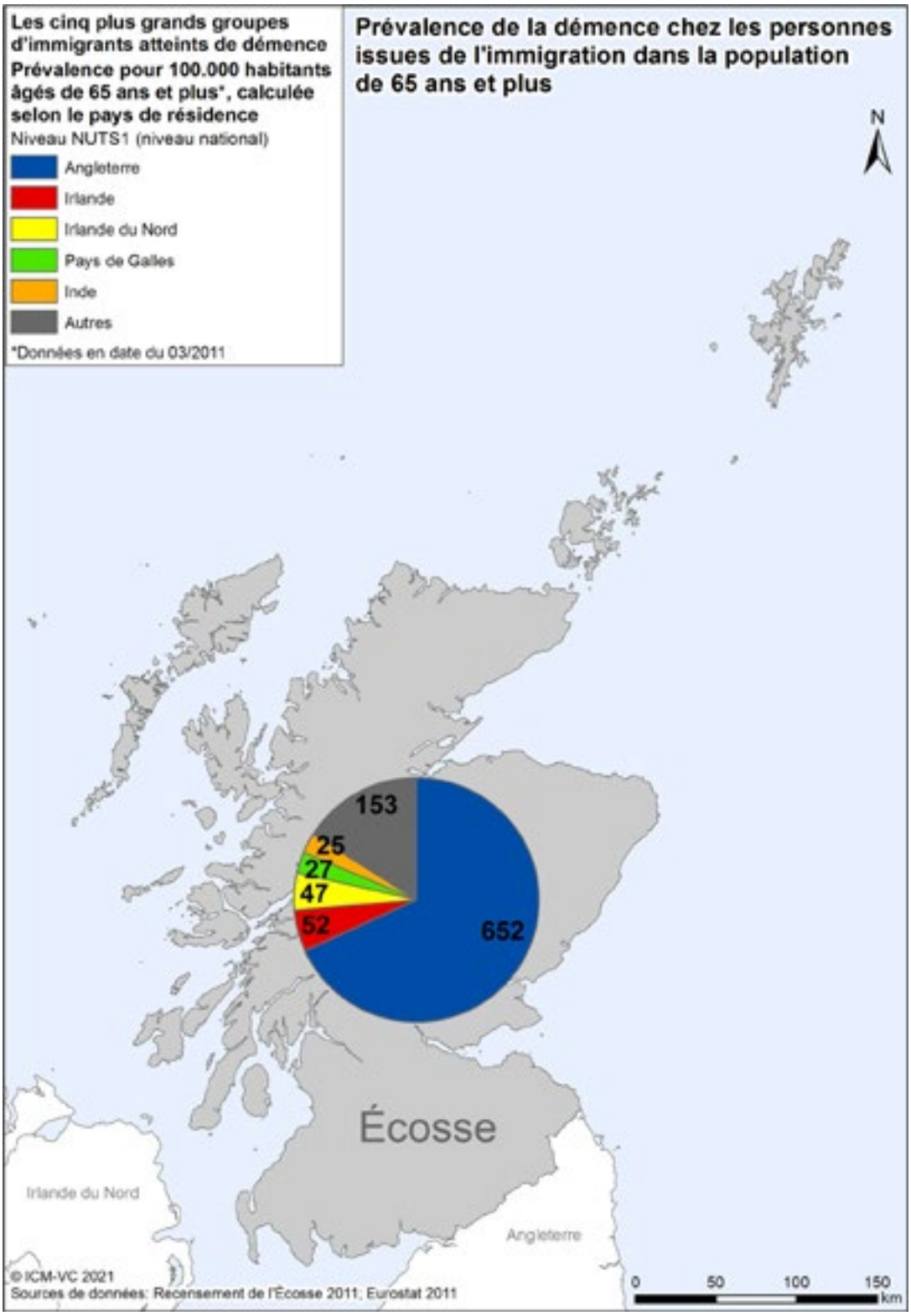


Fig. 3.7.28.10: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Écosse – Nation)



3.7.28.11: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Écosse – Nation)

Tableau 50 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Écosse - Nation)

NUTS	Total	SCT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Écosse	61.433	52.919	ENG 5.802	IE 465	NIR 421	WLS 237	IN 225	1.362
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Écosse	4.978	-	ENG 470	IE 38	NIR 34	WLS 19	IN 18	111
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Écosse	6.900	5.944	ENG 652	IE 52	NIR 47	WLS 27	IN 25	153

Source des données : Scotland's Census (2011)

Il y a 123 400 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 8 500 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.28.12 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Angleterre (environ 5 800), d'Irlande (environ 500), d'Irlande du Nord (environ 400), du Pays de Galles (environ 200) et d'Inde (environ 200). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Écosse pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.28.13). Le tableau 51 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Angleterre, d'Irlande, d'Irlande du Nord, du Pays de Galles et d'Inde dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.28.14 - 3.7.28.19).

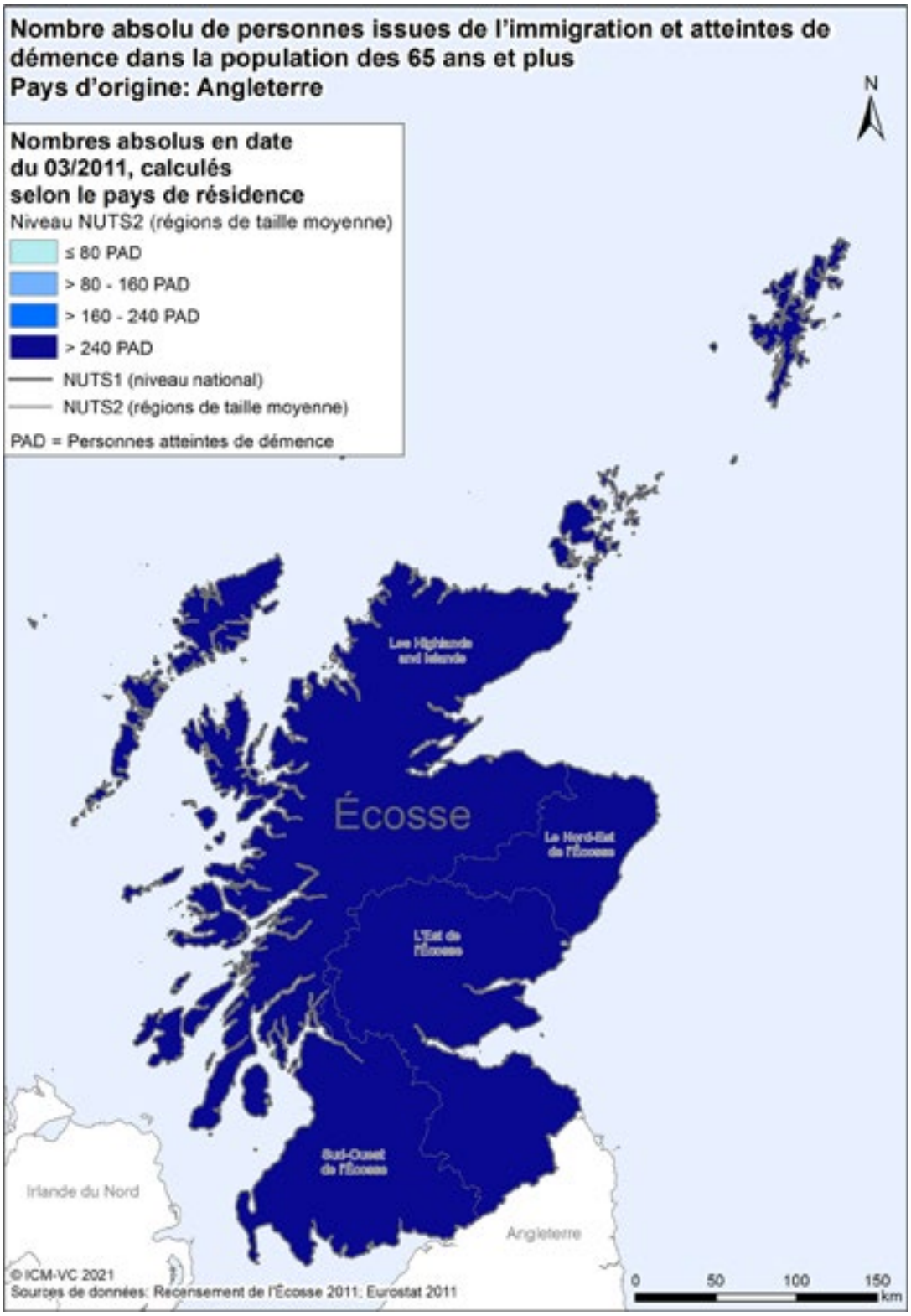


Fig. 3.7.28.12: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Angleterre (Écosse – NUTS2)

3.7.28.13: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Irlande (Écosse – NUTS2)

Fig. 3.7.28.14: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Irlande du Nord (Écosse – NUTS2)

Fig. 3.7.28.15: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Pays de Galles (Écosse – NUTS2)

Fig. 3.7.28.16: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Inde (Écosse – NUTS2

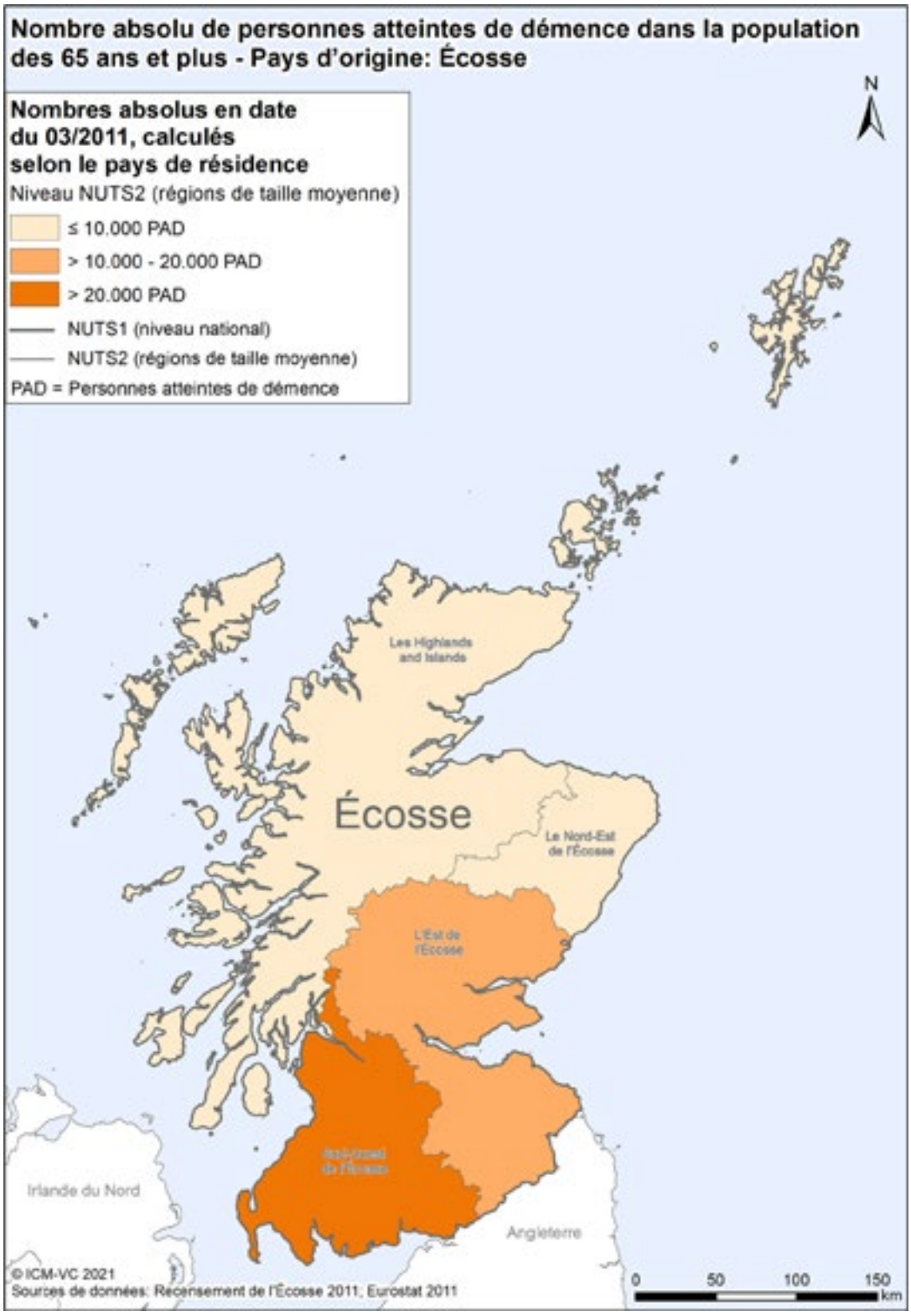


Fig. 3.7.28.17 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Écosse (Scotland - NUTS2)

Les graphiques ci-après mettent en évidence les groupes d'immigrants au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre entier de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.28.20). Le second graphique montre le

nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.28.21). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 52 [11, 15, 16].

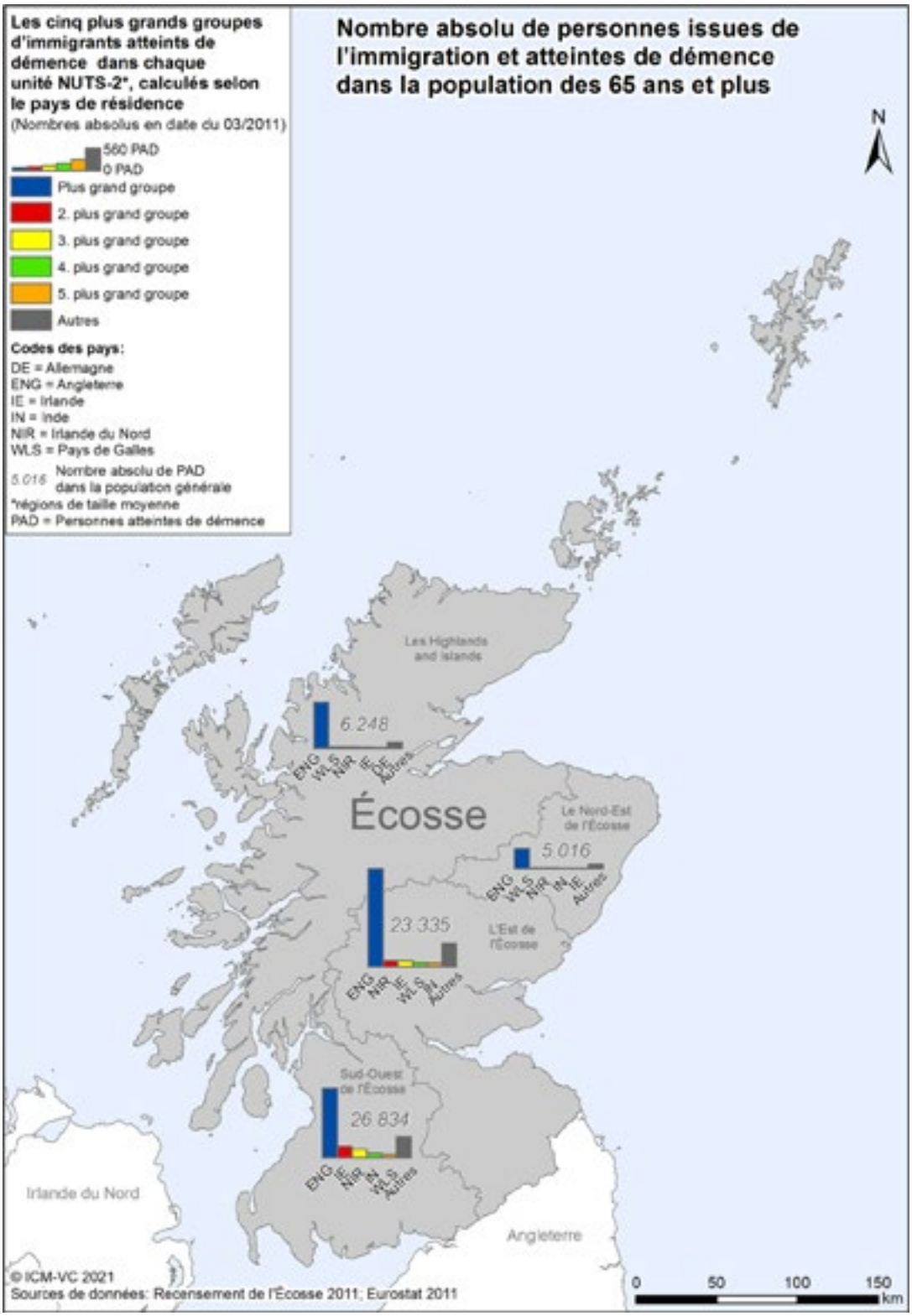


Fig. 3.7.28.18: Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Écosse – NUTS2)

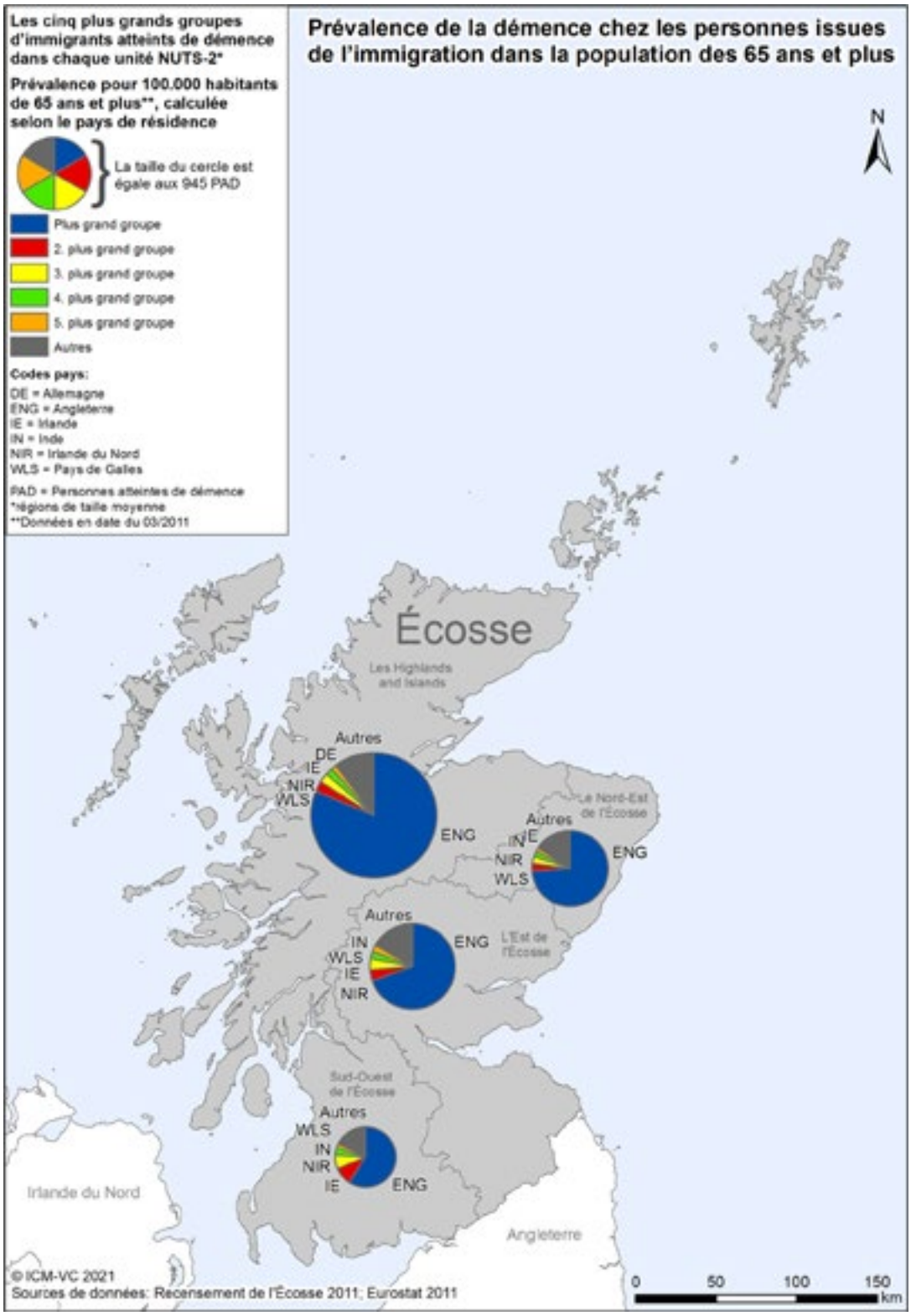


Fig. 3.7.28.19: Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Écosse – NUTS2)

Tableau 51 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Écosse - NUTS 2)

NUTS	Total	SCT	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
L'est de l'Écosse	23.335	19.771	ENG 2.475	NIR 153	IE 147	WLS 103	IN 91	595
Sud-Ouest de l'Écosse	26.834	23.954	ENG 1.696	IE 280	NIR 212	IN 106	WLS 74	511
Le nord-est de l'Écosse	5.016	4.329	ENG 507	WLS 22	NIR 22	IN 14	IE 12	110
Les Highlands and Islands	6.248	4.865	ENG 1.123	WLS 38	NIR 34	IE 26	DE 18	144
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
L'est de l'Écosse	4.518	-	ENG 479	NIR 30	IE 29	WLS 20	IN 18	115
Sud-Ouest de l'Écosse	6.428	-	ENG 406	IE 67	NIR 51	IN 25	WLS 18	122
Le nord-est de l'Écosse	5.038	-	ENG 509	WLS 22	NIR 22	IN 14	IE 12	111
Les Highlands and Islands	3.117	-	ENG 561	WLS 19	NIR 17	IE 13	DE 9	72
Prévalence/100.000 habitants 65+								
L'est de l'Écosse	6.900	5.846	ENG 732	NIR 45	IE 44	WLS 30	IN 27	176
Sud-Ouest de l'Écosse	6.900	6.159	ENG 436	IE 72	NIR 55	IN 27	WLS 19	131
Le nord-est de l'Écosse	6.900	5.955	ENG 698	WLS 30	NIR 30	IN 19	IE 16	151
Les Highlands and Islands	6.900	5.373	ENG 1.241	WLS 41	NIR 38	IE 29	DE 29	159

Source des données : Scotland's Census (2011)

2.3 Irlande du Nord

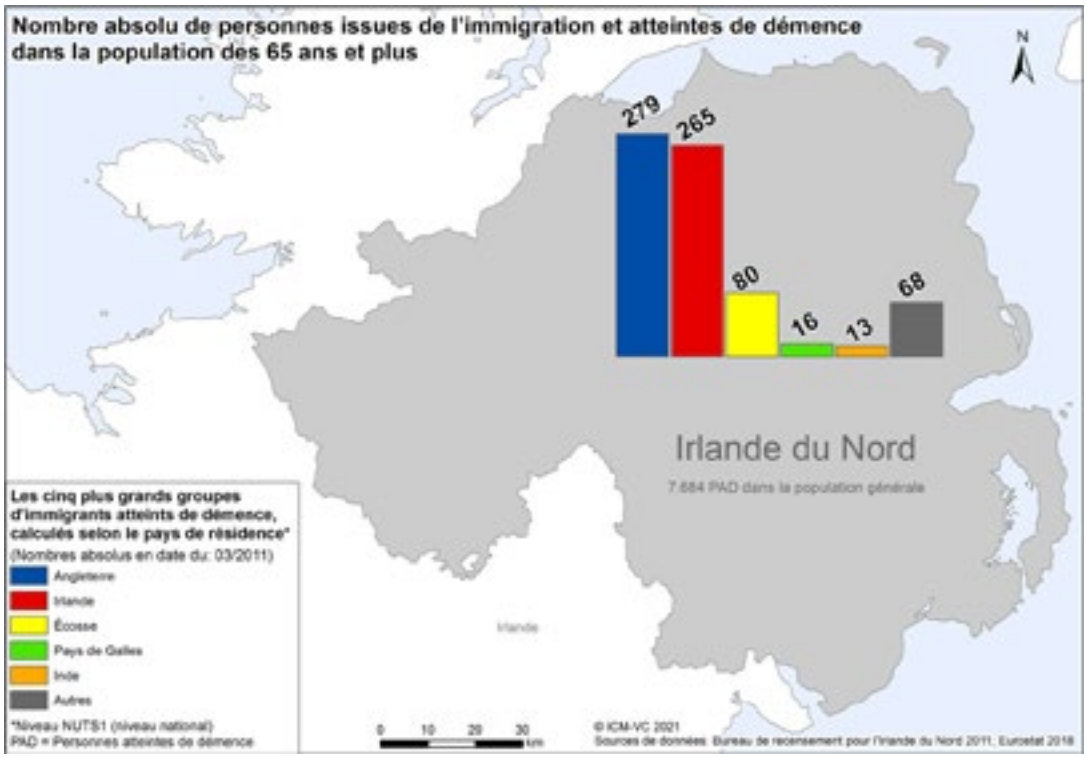


Fig. 3.7.28.20 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Irlande du Nord – Nation)

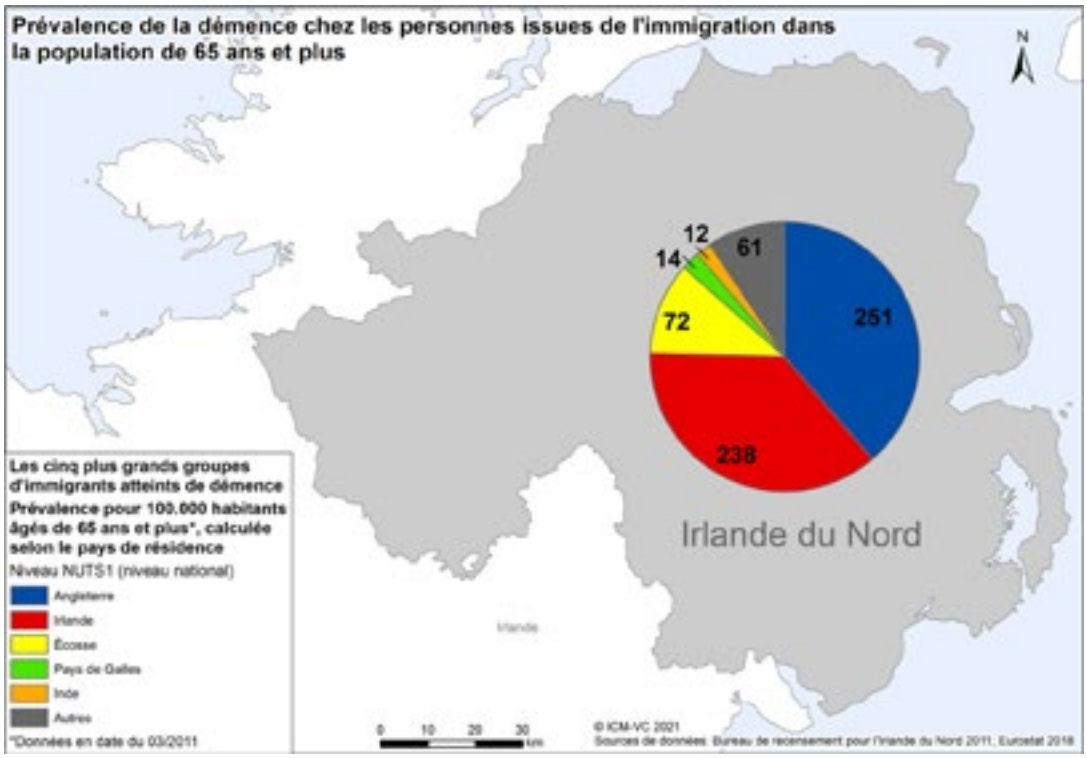


Fig. 3.7.28.21 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Irlande du Nord – Nation)

Tableau 52 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Irlande du Nord - Nation)

NUTS	Total	NIR	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Irlande du Nord	7.684	6.963	ENG 279	IE 265	SCT 80	WLS 16	IN 13	68
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Irlande du Nord	7.351	-	ENG 267	IE 253	SCT 76	WLS 15	IN 13	65
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Irlande du Nord	6.900	6.252	ENG 251	IE 238	SCT 72	WLS 14	IN 12	61

Source des données : Census Office for Northern Ireland (2011)

Il y a 10 500 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 700 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.28.10 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Angleterre (environ 300), d'Irlande (environ 300), d'Écosse (environ 100), du Pays de Galles (environ 20) et d'Inde (environ 10). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Irlande du Nord pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.28.11). Le tableau 50 présente les valeurs représentées sur les cartes au niveau national [11, 12, 14].

2.4 Pays de Galles

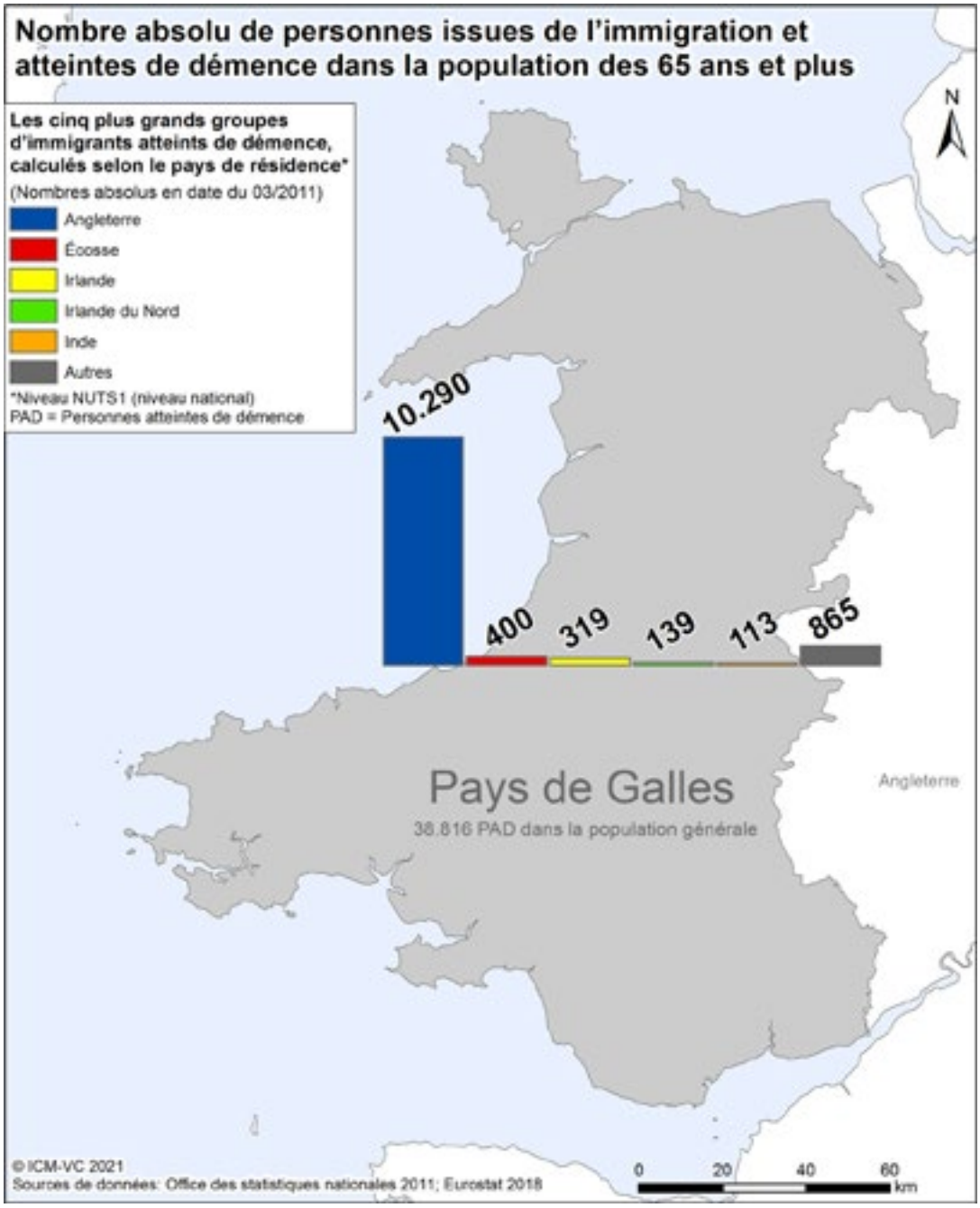


Fig. 3.7.28.22 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Pays de Galles – Nation)

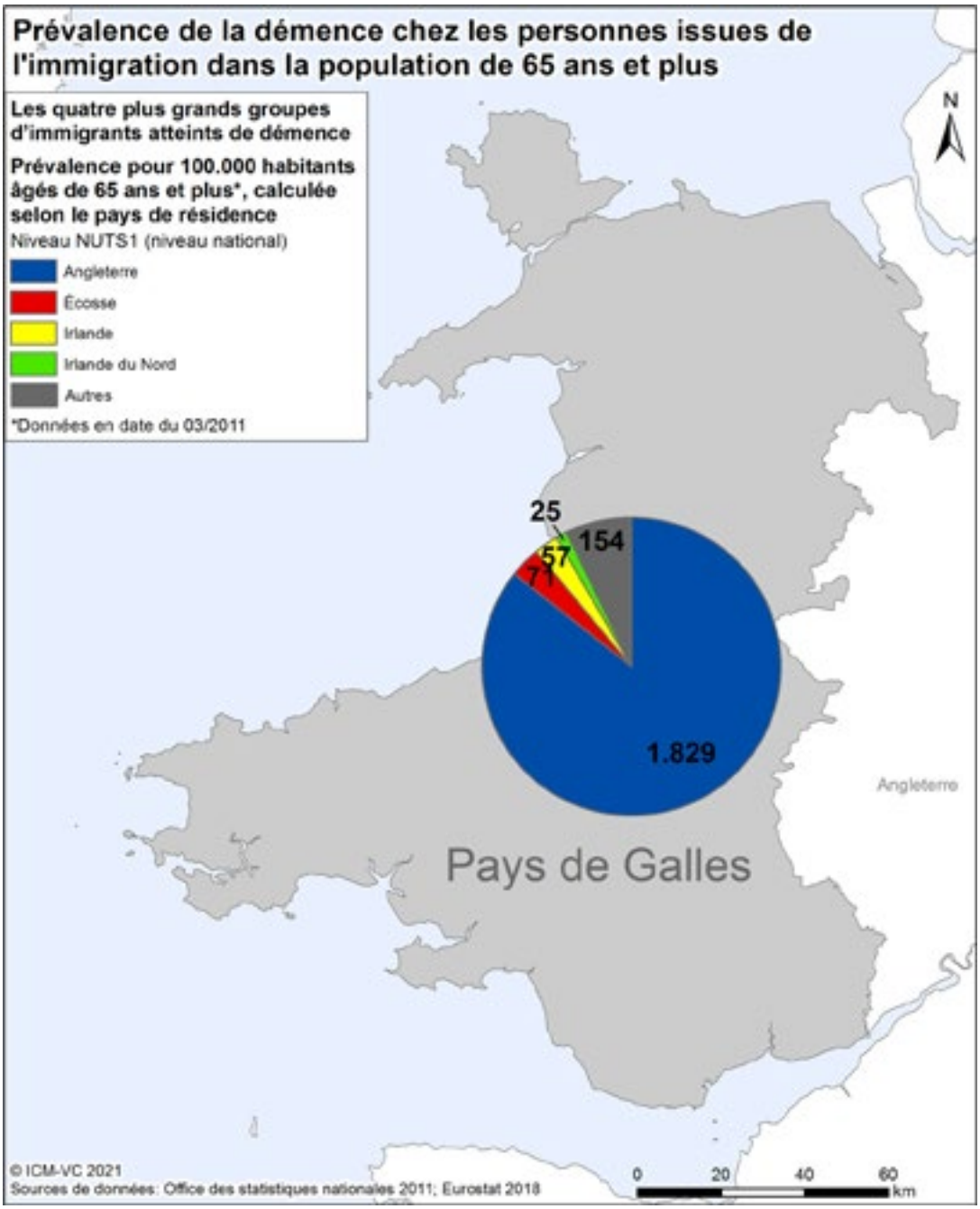


Fig. 3.7.28.23 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Pays de Galles – Nation)

Tableau 53 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays de Galles - Nation)

NUTS	Total	WLS	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Pays de Galles	38.816	26.690	ENG 10.290	SCT 400	IE 319	NIR 138	IN 112	867
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Pays de Galles	2.209	-	ENG 586	SCT 23	IE 18	NIR 8	IN 6	49
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Pays de Galles	6.900	4.745	ENG 1.829	SCT 71	IE 57	NIR 25	IN 20	153

Source des données : Office for National Statistics (2011)

Il y a 175 700 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 12 100 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.28.22 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Angleterre (environ 10 300), d'Écosse (environ 400), d'Irlande (environ 300), d'Irlande du Nord (environ 100) et d'Inde (environ 100). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence au Pays de Galles pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.28.23). Le tableau 53 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence d'Angleterre, d'Écosse, d'Irlande et d'Irlande du Nord à travers le pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.28.24 - 3.7.28.28).

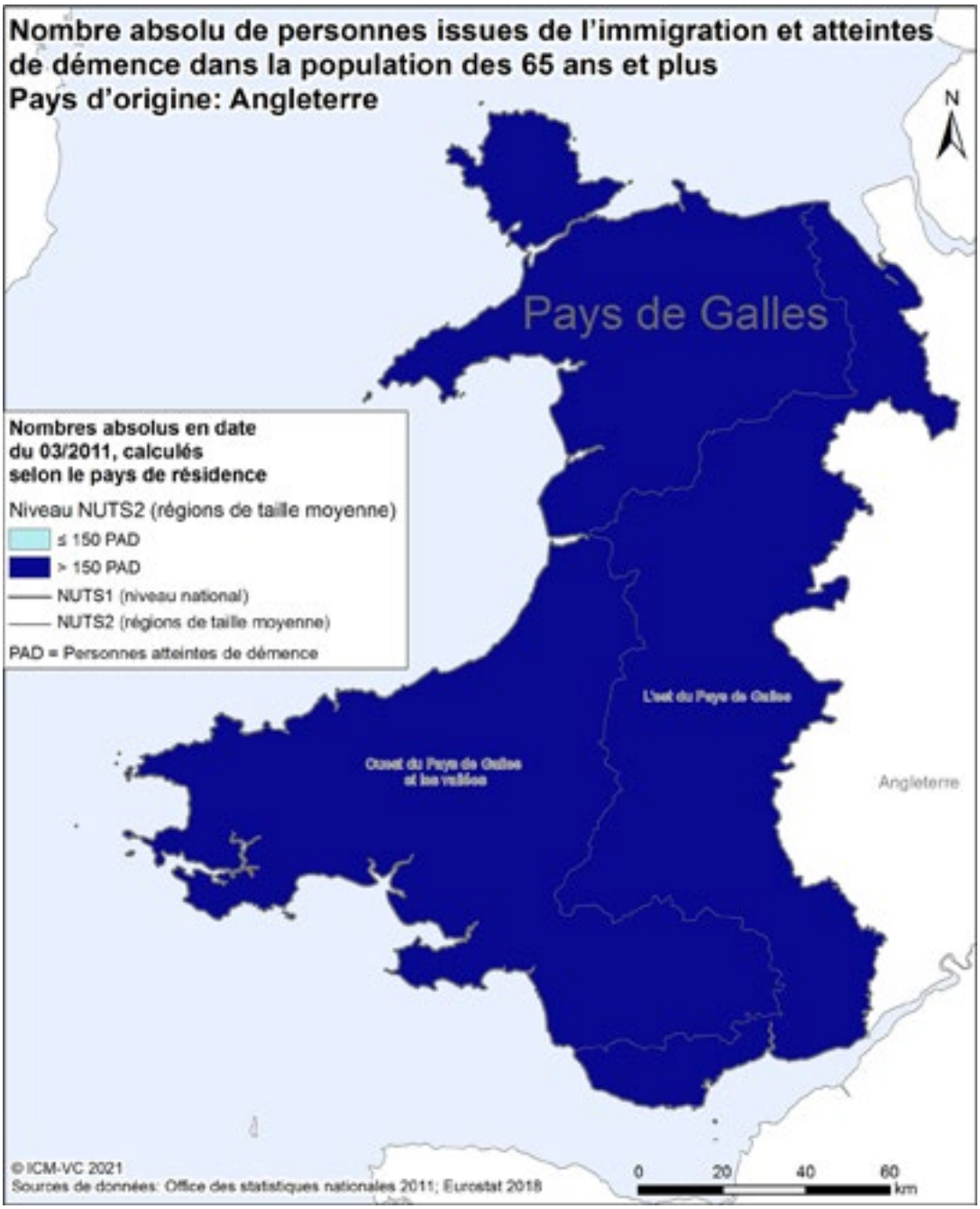


Fig. 3.7.28.24 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Angleterre (Pays de Galles – NUTS2)

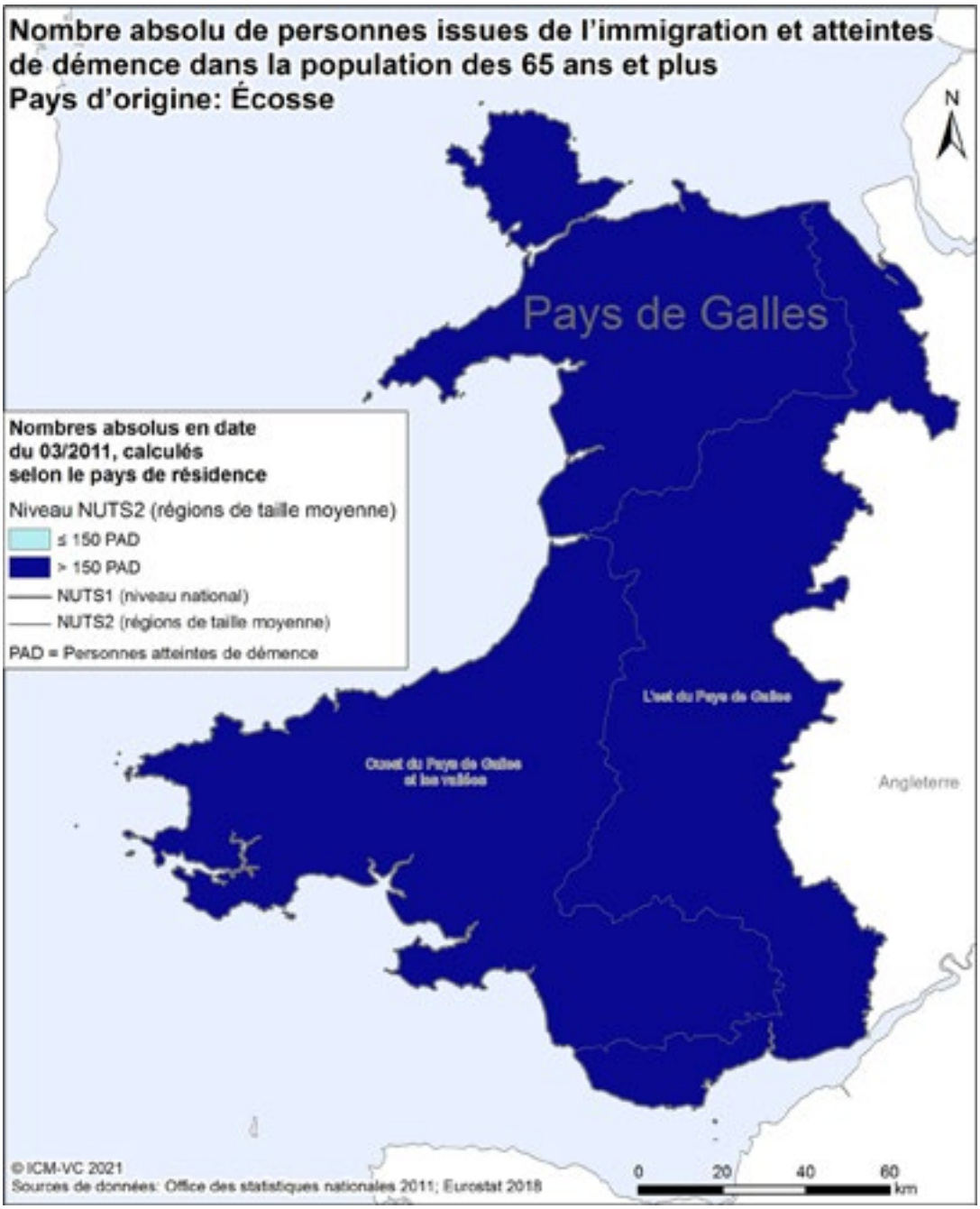


Fig. 3.7.28.25 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Écosse (Pays de Galles – NUTS2)

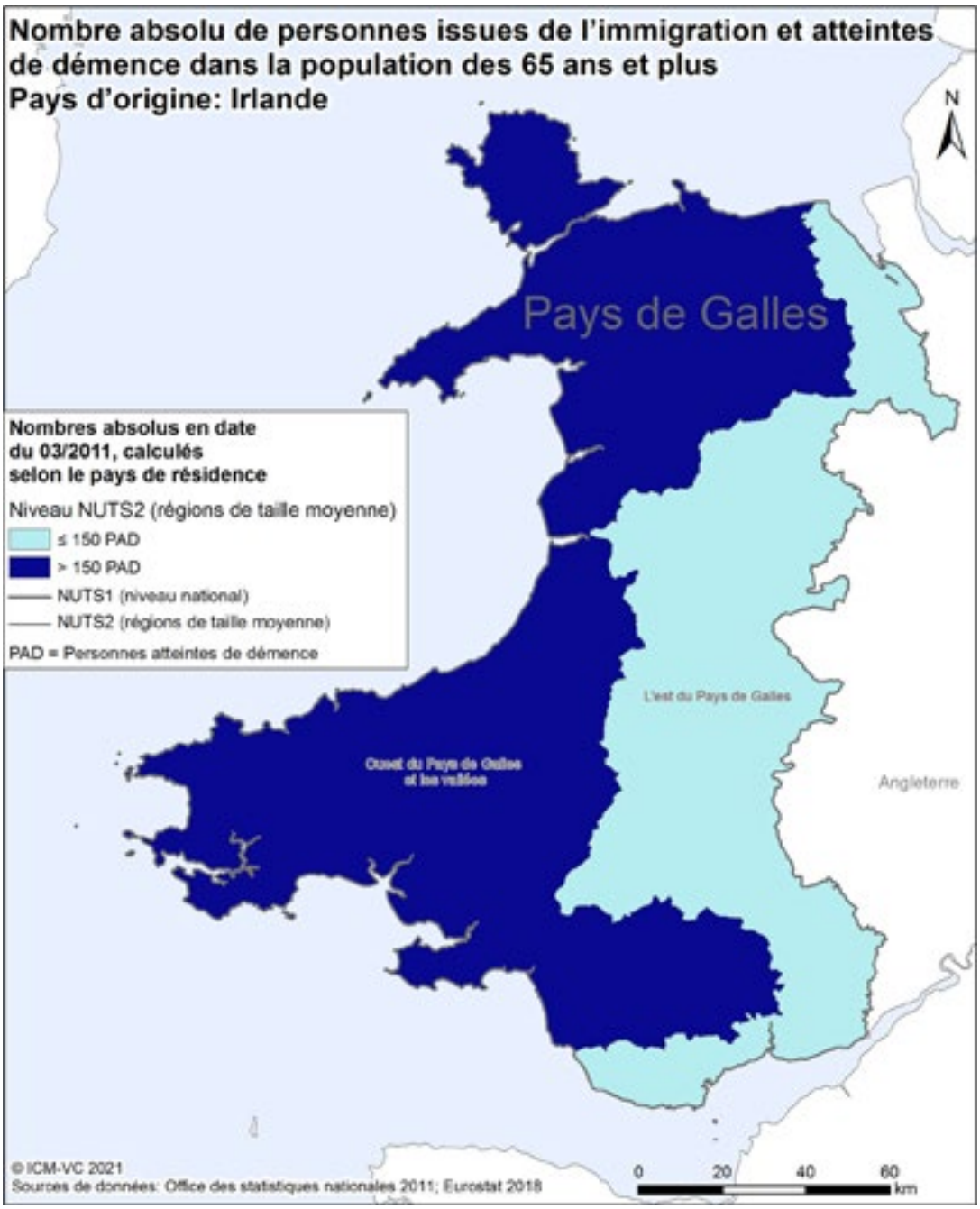


Fig. 3.7.28.26 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Irlande (Pays de Galles – NUTS2)

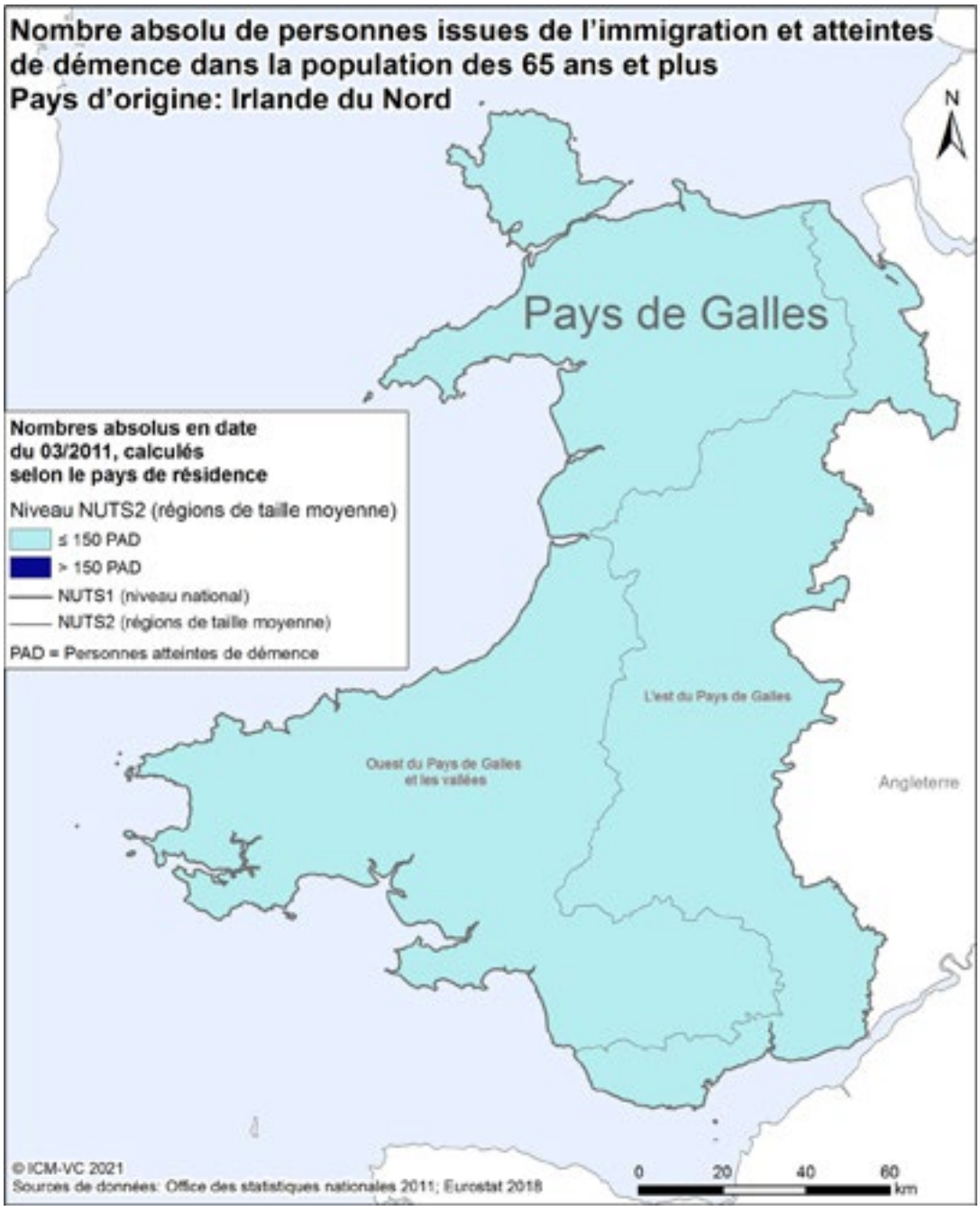


Fig. 3.7.28.27 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Irlande du Nord (Pays de Galles – NUTS2)

Fig. 3.7.28.28 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus.
Pays d'origine : Pays de Galles (Wales - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.28.29). Le second graphique montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.28.30). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 54 [11, 12, 17].

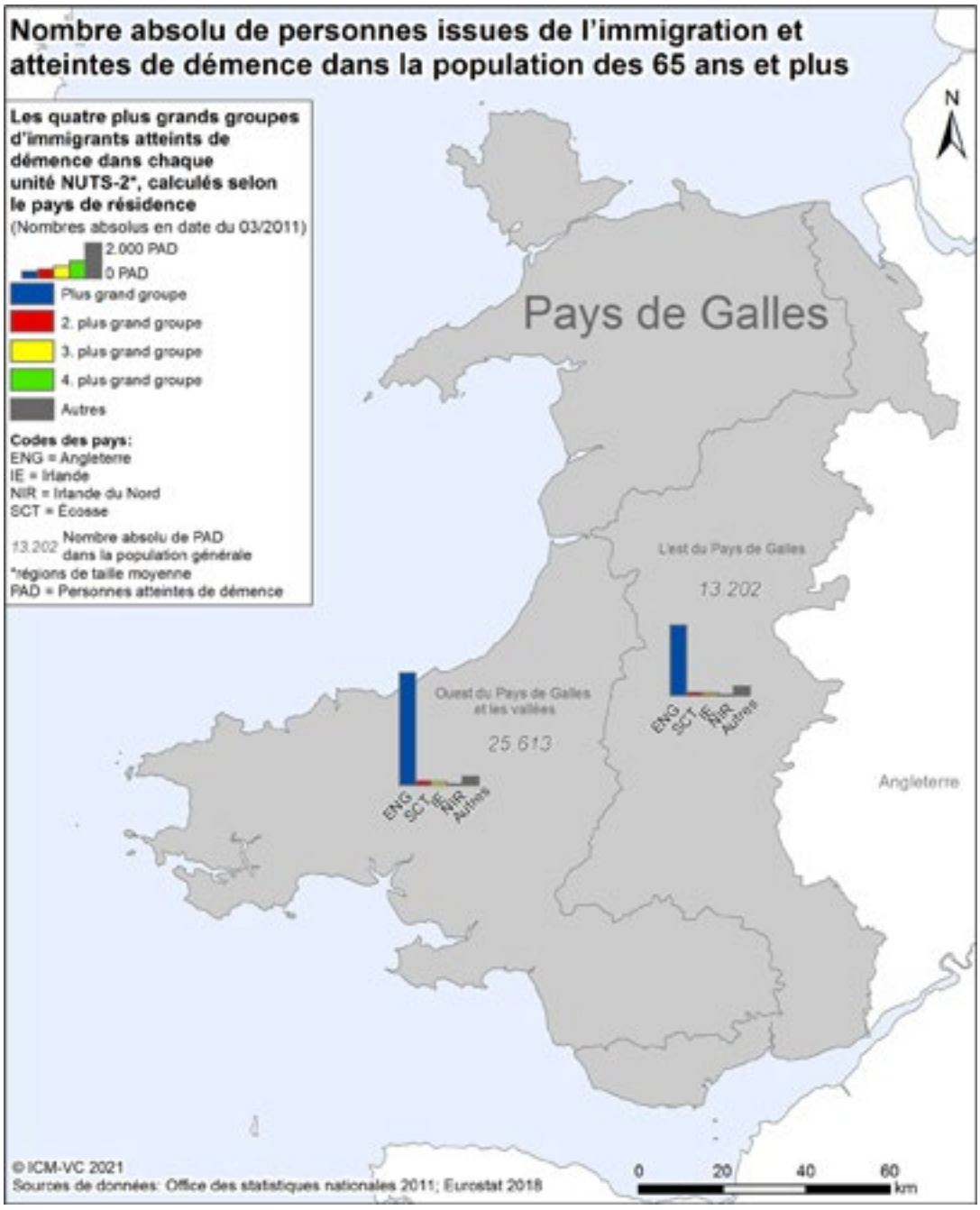


Fig. 3.7.28.29 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Pays de Galles – NUTS2)

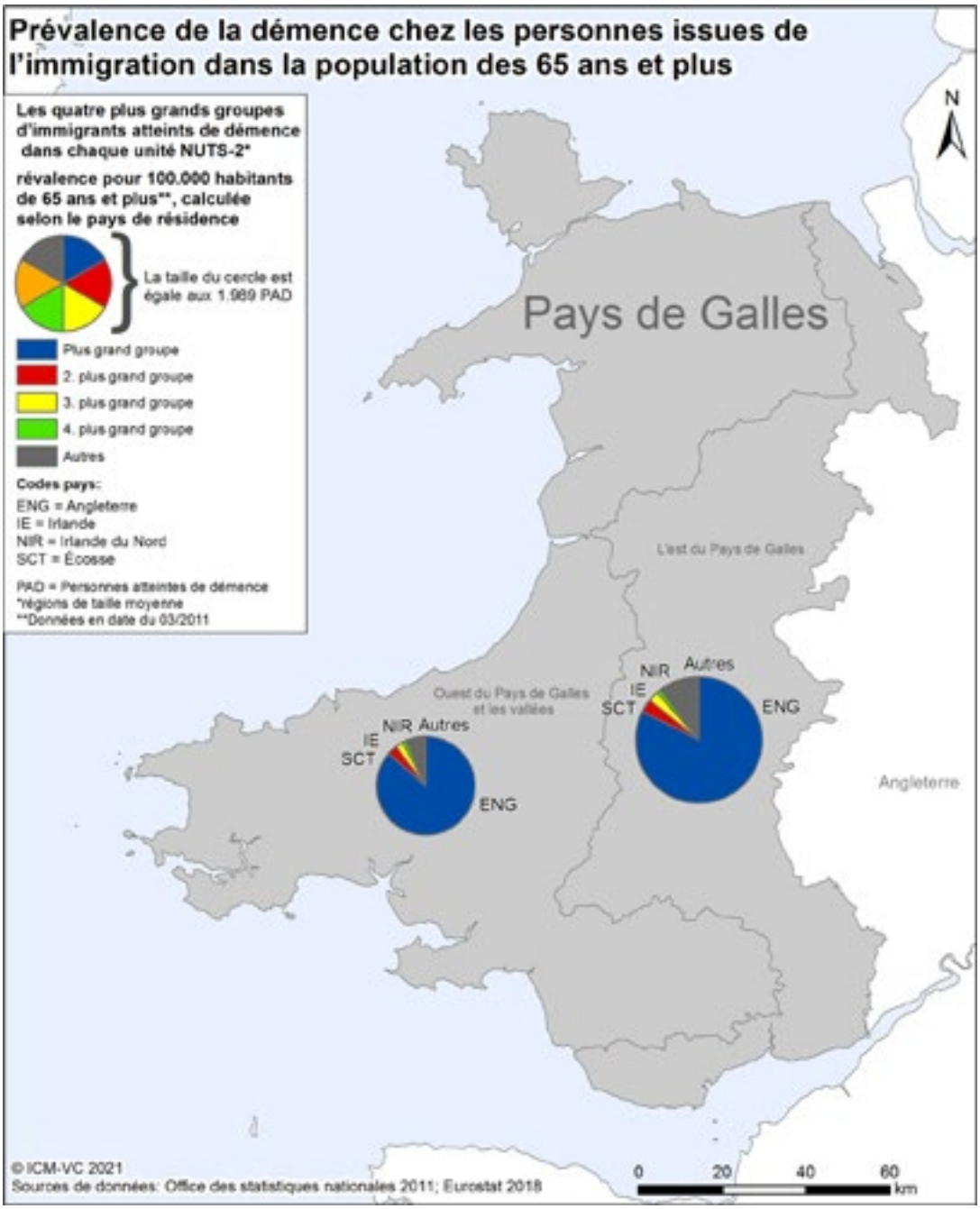


Fig. 3.7.28.30 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Pays de Galles – NUTS2)

Tableau 54 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays de Galles - NUTS 2)

NUTS	Total	WLS	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus							
Ouest du Pays de Galles et les vallées	25.613	18.229	ENG 6.382	SCT 242	IE 194	NIR 85	481
L'est du Pays de Galles	13.202	8.461	ENG 3.908	SCT 158	IE 125	NIR 53	497
Prévalence / 10 000 habitants issues de l'immigration 65+							
Ouest du Pays de Galles et les vallées	2.393	-	ENG 596	SCT 23	IE 18	NIR 8	44
L'est du Pays de Galles	1.922	-	ENG 569	SCT 23	IE 18	NIR 8	72
Prévalence / 10 000 habitants 65+							
Ouest du Pays de Galles et les vallées	6.900	4.911	ENG 1.719	SCT 65	IE 52	NIR 23	115
L'est du Pays de Galles	6.900	4.422	ENG 2.042	SCT 83	IE 65	NIR 28	228

Source des données : Office for National Statistics (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

Au Royaume-Uni, un total de six PND a été identifié (trois en Écosse et un en Angleterre, en Irlande du Nord et au Pays de Galles). Trois autres documents nationaux sur les soins aux personnes atteintes de démence ont également été examinés dans le cadre de cette recherche (deux en Angleterre et un en Irlande du Nord). Sept de ces neuf documents (trois d'Angleterre, deux d'Écosse, un d'Irlande du Nord et un du Pays de Galles) abordent le thème de la migration à des degrés divers. Les sections suivantes présentent les résultats détaillés pour les différents pays.

3.1 Angleterre

Pour l'Angleterre, les trois documents intitulés « *Living Well with Dementia : A National Dementia Strategy* » de 2009, « *Building on the National Dementia Strategy : Change, Progress, and Priorities* » de 2014, et « *Prime Minister's Challenge on Dementia 2020 : Implemenation Plan* » de 2016 ont été trouvés.

La stratégie nationale en matière de démence de 2009 ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration, mais certains chapitres font brièvement référence aux groupes ethniques minoritaires. Dans les sections contenant des références à ces groupes, il est noté que les opinions des personnes atteintes de démence issues de groupes ethniques minoritaires ont été prises en compte dans l'élaboration de la

stratégie en matière de démence. Ces sections fournissent également des informations sur la prévalence (environ 15 000 personnes atteintes de démence issues de groupes ethniques minoritaires), identifient les différences de besoins entre les personnes issues de groupes ethniques minoritaires et la population majoritaire, et reconnaissent la nécessité de services spécialisés pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants issus de groupes ethniques minoritaires. En outre, il est souligné que les programmes de formation initiale et continue des professionnels de la santé et des services sociaux devraient être conçus de manière à promouvoir la compréhension de la diversité en matière de démence et à prendre en compte les besoins des personnes issues de groupes ethniques minoritaires. Toutefois, le document n'identifie pas les groupes ethniques minoritaires comme un groupe à risque pour la démence et ne propose pas de stratégie spécifique ou d'ensemble de mesures en leur faveur. L'idée de développer des services spécialisés pour les immigrants est un sujet très mineur dans ce document. On ne trouve aucune référence aux services spécialisés actuellement disponibles pour les personnes issues de groupes ethniques minoritaires [18].

Le rapport de 2014, qui s'appuie sur la stratégie nationale en matière de démence, ne comporte pas non plus de chapitre distinct et ne fait que brièvement référence aux communautés de minorités ethniques dans un chapitre. Il est fait référence à l'étude « *Dementia Does Not Discriminate* » de 2013, qui indique que les personnes atteintes de démence issues de communautés noires, asiatiques ou de minorités ethniques peuvent être socialement isolées. Pour remédier à ce problème, il est recommandé de faire appel à des « responsables de la démence » (personnes chargées de veiller à la qualité des soins). Ces personnes peuvent faire le lien entre les organisations locales et les prestataires de services sous contrat et veiller à ce que les besoins de toutes les personnes atteintes de démence soient satisfaits [19].

Le « plan de mise en œuvre » de 2016 aborde la question de la migration dans neuf passages. Tout d'abord, l'objectif général est formulé de manière à créer une société dans laquelle toutes les personnes atteintes de démence, leurs familles et leurs soignants reçoivent des soins de haute qualité et éclairés du point de vue culturel, quelles que soient leur origine et leur ethnie, d'ici 2020. Actuellement, selon le document, il existe des inégalités dans les soins en fonction de la géographie, de l'âge et du sexe, ainsi que de l'origine ethnique. Plusieurs mesures actuelles (mises en œuvre) ou prévues pour remédier à ces inégalités en matière de soins sont mentionnées. Il s'agit notamment de la création d'un groupe de travail qui donne également des conseils sur le soutien aux personnes atteintes de démence issues de minorités ethniques. En outre, il est prévu d'améliorer l'accès aux données sur l'origine ethnique et de travailler avec l'organisation « *Skills for Care* » pour développer un outil destiné à aider les travailleurs sociaux qui travaillent avec des personnes atteintes de démence issues de cultures et de milieux différents. Un film axé sur les besoins spécifiques de la communauté afro-caribéenne, dans le cadre du processus de soins, a déjà été commandé et sera mis gratuitement à la disposition des prestataires de soins de santé et sociaux. Le document souligne également que des supports de sensibilisation et de compréhension de la démence ont déjà été développés pour les personnes noires et les minorités ethniques. En termes de portée, le thème de la migration joue un rôle mineur dans ce plan de mise en œuvre de 2016. Toutefois, il identifie les inégalités en matière de soins pour les groupes ethniques noirs et minoritaires et fait référence à plusieurs mesures pour y remédier. La référence à la prise en compte des

points de vue des groupes ethniques noirs et minoritaires dans l'introduction confère également à cette question une certaine présence et importance [20].

3.2 Écosse

Pour l'Écosse, trois stratégies nationales de lutte contre la démence ont été identifiées (2010, 2013 et 2017). La version de 2010 (« *Scotland's National Dementia Strategy* ») ne comporte aucun chapitre sur la migration et ne fait aucune référence à ce sujet dans le texte continu de la stratégie proprement dite. Seule la préface fait référence à la nécessité de veiller à ce que les besoins des personnes issues de minorités ethniques ne soient pas négligés [23]. Dans la version de 2013 (« *Scotland's National Dementia Strategy: 2013 - 2016* »), il n'y a pas de chapitre sur la migration, mais une courte section sur les communautés noires et les minorités ethniques. Cette section fait référence à une relation différente de ces communautés avec les services sociaux et de santé, qui est basée sur des structures familiales fortes. Il est indiqué que la culture familiale réduit la probabilité qu'ils recherchent un diagnostic ou qu'ils s'impliquent davantage dans les services après le diagnostic. Après cette description du problème, est défini l'objectif général de fournir des services de manière que ce groupe ne soit pas désavantagé. À cette fin, l'intention de mener une enquête qui se concentre sur le parcours de soins (du diagnostic et du soutien au traitement et aux soins) des personnes atteintes de démence dans les communautés noires et de minorités ethniques est énoncée. La nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques des membres de la famille et des soignants est mentionnée. L'objectif principal de cette enquête est d'identifier d'autres mesures nécessaires et d'adapter les domaines du diagnostic, du soutien post-diagnostic et de la coordination des soins aux besoins de ce groupe. Ainsi, la stratégie nationale en matière de démence pour la période 2013 - 2016 fait brièvement référence à un aspect lié aux communautés de minorités ethniques, mais annonce son intention d'étudier plus avant leurs besoins et formule l'objectif général de supprimer les obstacles ethniques à l'accès au soutien post-diagnostic [24].

La dernière version (« *Scotland's National Dementia Strategy 2017 - 2020* ») ne fait pas directement référence à la migration. Dans la section sur la démence et l'égalité, il est généralement indiqué que la sensibilisation et la compréhension des signes et des symptômes dans tous les différents groupes de population en Écosse sont fondamentales pour promouvoir la détection précoce. En outre, la nécessité de poursuivre les recherches afin d'identifier les moyens les plus efficaces d'améliorer la qualité de vie et de renforcer la compréhension et la sensibilisation aux démences parmi les différents groupes de population est soulignée. Dans la même section, il est indiqué que les soins doivent tenir compte des aspects culturels et que les personnes appartenant à des groupes de caractéristiques protégées et ayant reçu un diagnostic de démence doivent avoir accès à des services locaux compétents et à des services de soutien post-diagnostic. Les termes « différents groupes de population » et « groupes de caractéristiques protégées » sont susceptibles d'être utilisés principalement pour décrire les différents groupes ethniques minoritaires et les personnes issues de l'immigration. La section pourrait faire référence à la population appelée communautés noires et minorités ethniques dans la stratégie sur la démence de 2013. Ce terme n'est pas du tout utilisé dans la « *Scotland's National Dementia Strategy 2017 - 2020* » [25].

3.3 Irlande du Nord

Pour l'Irlande du Nord, le document « *Improving Dementia Services in Northern Ireland - a*

Regional Strategy » de 2011 et « *The Dementia Learning and Development Framework* » de 2016 ont été identifiés. Alors que la stratégie en matière de démence de 2011 n'évoque pas la migration [21], le document de 2016 fait référence à ce sujet dans quatre chapitres. Le chapitre « Égalité, diversité culturelle et intégration dans les soins aux personnes atteintes de démence » se penche en détail sur les minorités ethniques et culturelles. Tout d'abord, il est souligné que l'égalité des personnes atteintes de démence issues d'une minorité ethnique revêt une importance particulière. En outre, ce chapitre contient une description des différentes expériences et compétences que les prestataires de services doivent posséder pour soutenir les personnes atteintes de démence issues de milieux culturels et ethniques différents. Il s'agit notamment de reconnaître les différences culturelles et le fait que les personnes de diverses cultures ont des approches différentes de la vie avec la démence, ainsi que de prendre conscience de l'impact des différences culturelles sur les personnes atteintes de démence. Les autres sections traitant de la migration disposent d'un cadre d'action. Les objectifs d'apprentissage y sont formulés, des recommandations sont données et il est fait référence à un instrument existant pour sensibiliser les prestataires de soins aux questions spécifiques à la migration. Il est conseillé aux prestataires de soins palliatifs d'aider les personnes atteintes de démence à satisfaire leurs besoins spirituels, religieux et culturels. L'outil d'autoévaluation disponible pour les prestataires de services, qui comprend une échelle d'évaluation à quatre niveaux pour différentes questions liées à la démence et qui met l'accent sur les personnes issues de milieux culturels différents, est un instrument au niveau national pour sensibiliser les prestataires de soins aux besoins des personnes atteintes de démence, de leurs familles et des soignants issus d'autres cultures. Dans ce document, l'Irlande du Nord a identifié les personnes issues de milieux culturels et ethniques différents comme un groupe ayant des besoins particuliers en matière de soins aux personnes atteintes de démence. Pour améliorer la prise en charge de ces personnes, plusieurs mesures concrètes sont mentionnées et des recommandations sont formulées [22].

3.4 Pays de Galles

Le « *Dementia Action Plan for Wales 2018 - 2022* » de 2018 ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration, mais la section « Répondre aux besoins de groupes spécifiques » contient trois paragraphes sur les personnes atteintes de démence issues de communautés noires, asiatiques et de minorités ethniques. Ces paragraphes identifient les défis liés à la faible utilisation des services de soins et de soutien par certains groupes ethniques, l'évolution des besoins linguistiques des personnes atteintes de démence au cours de la progression de la maladie et les difficultés de diagnostic dues aux interprétations culturelles et linguistiques. La stigmatisation associée à la démence et au diagnostic dans certaines cultures et les services qui ne répondent pas aux besoins culturels ou aux exigences religieuses sont mentionnés comme des raisons expliquant la moindre utilisation des services. Sur la base des défis identifiés, trois objectifs sont formulés. À l'avenir, il faudra veiller à ce que les groupes ethniques minoritaires aient facilement accès aux services appropriés. Les services doivent répondre aux besoins en matière de langue et de communication et les outils de diagnostic doivent être disponibles dans plusieurs langues et être adaptés sur le plan culturel. Cependant, le plan de démence ne décrit pas comment ces objectifs seront atteints. Il n'y a aucune indication d'une approche globale des services de soins adaptés à la diversité culturelle [26].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Selon les experts contactés, trois lignes directrices sur les soins, le traitement et/ou le soutien aux personnes atteintes de démence sont utilisées au Royaume-Uni (un document commun pour l'Angleterre et le Pays de Galles, et un pour l'Irlande du Nord et l'Écosse). Les trois lignes directrices font référence au thème de la migration à des degrés divers (deux brièvement, une en détail). Les trois sous-chapitres suivants résument le contenu des sections avec une référence de migration de ces documents.

4.1 Angleterre et Pays de Galles

La ligne directrice NICE 97 « Démence - Évaluation, gestion et soutien pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants » de 2018, comme toutes les autres lignes directrices NICE, sert à la fois les systèmes de santé anglais et gallois. Le guide ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration, mais décrit brièvement, dans plusieurs sections, la relation entre l'appartenance à un groupe ethnique minoritaire et l'accès aux services de soins spécifiques à la démence. Par conséquent, les personnes issues de groupes ethniques noirs, asiatiques et autres minorités ont généralement moins accès aux services sociaux et de santé. En ce qui concerne la démence, les aidants d'Afrique et des Caraïbes, en particulier, n'ont pas accès au soutien auquel ils ont droit. En outre, le problème est identifié que certains outils de diagnostic ne sont pas appropriés en raison des différences culturelles et des déficits linguistiques et conduisent donc à des résultats biaisés dans certains groupes de population. Sur la base de cette description du problème, la ligne directrice formule plusieurs recommandations à l'intention des prestataires de services sociaux et de santé. Tout d'abord, les prestataires de soins doivent concevoir leurs services de manière à les rendre accessibles aux personnes issues des groupes noirs, asiatiques et des minorités ethniques. Lorsqu'ils choisissent des procédures de test de diagnostic, ils doivent se demander si l'outil en question est adapté aux différences culturelles et aux déficits linguistiques. Il est également souligné que des approches appropriées en termes culturels peuvent être nécessaires pour soutenir les soignants issus de groupes ethniques minoritaires. Des mesures concrètes ou une stratégie spécifique pour la prise en charge des personnes atteintes de démence et le soutien des aidants de ces groupes ne sont pas mentionnées. Par rapport à l'étendue de la ligne directrice (419 pages), le thème de la migration ou des groupes ethniques minoritaires joue un rôle mineur [27].

4.2 Écosse

Les « Normes de soins pour la démence en Écosse » de 2011 ne comportent pas de chapitre distinct sur la migration et ce sujet ne joue pas un rôle central dans ce document national, bien qu'il soit brièvement évoqué dans plusieurs chapitres. Le document reconnaît que les barrières linguistiques, culturelles et ethniques constituent un défi pour la communication dans les soins aux personnes atteintes de démence. En outre, il est suggéré que les groupes ethniques noirs et minoritaires ne sont pas pris en compte dans le diagnostic de la démence. Les outils de diagnostic semblent être basés sur les besoins de la population majoritaire. C'est pourquoi il est annoncé qu'à l'avenir, les services de santé nationaux veilleront à ce que les personnes atteintes de démence issues de groupes ethniques noirs et minoritaires disposent également en temps utile de services d'évaluation des troubles cognitifs. En outre, il est demandé aux pres-

tataires de soins de santé de se sensibiliser, ainsi que leurs procédures et politiques et leur personnel, aux obstacles culturels, ethniques et autres à une bonne communication et de prendre des mesures pour surmonter ces obstacles. Les services de santé nationaux doivent veiller à ce qu'un soutien en matière de communication et de langue soit disponible lorsqu'il existe des barrières linguistiques, culturelles et de connaissances. En outre, le rapport cite une étude de cas qui montre que les barrières linguistiques et culturelles peuvent représenter un défi particulier pour les soins formels aux personnes issues de l'immigration, mais que ces défis peuvent être surmontés par une sensibilisation appropriée et des mesures spécifiques adaptées aux besoins individuels, linguistiques et culturels des migrants. Dans le document écossais sur les normes de soins aux personnes atteintes de démence, la situation particulière des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence a été reconnue, notamment dans le contexte du diagnostic et des soins formels, et certaines mesures ont été introduites pour y remédier. Bien qu'il existe des exemples de soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration au niveau local et en relation avec les institutions de soins individuelles, il semble qu'il y ait toujours un grand manque de services spécialisés pour cette population au niveau national [31].

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur un entretien réalisé avec un expert de l'Angleterre et reflètent l'expérience et l'opinion de cet expert. Il pourrait s'ensuivre un biais de sélection dans les informations et une divergence par rapport aux résultats des sections précédentes.

4.3 Irlande du Nord

L'Irlande du Nord ne semble pas disposer de son propre document national contenant des lignes directrices sur les soins aux personnes atteintes de démence. Selon la Société Alzheimer d'Irlande du Nord, elle suit les lignes directrices du NICE et du *Social Care Institute for Excellence* (SCIE) intitulées « Directive NICE-SCIE sur le soutien aux personnes atteintes de démence et à leurs soignants dans le cadre des soins de santé et des services sociaux - Directive nationale de pratique clinique numéro 42 » de 2007 [28]. Toutefois, le ministère de la Santé d'Irlande du Nord souligne sur sa page d'accueil que cette directive a été élaborée pour l'Angleterre et ne peut être simplement adoptée [29]. Dans presque tous les chapitres et la plupart des sous-chapitres, la ligne directrice fait référence en détail aux groupes ethniques minoritaires. Presque tous les domaines pertinents sont liés à ce sujet. Les lignes directrices décrivent non seulement les problèmes centraux du diagnostic et de la prise en charge des personnes atteintes de démence issues de groupes ethniques minoritaires à plusieurs endroits du texte, mais indiquent également des mesures possibles pour résoudre les problèmes spécifiques et formulent des recommandations d'action concrètes. Les personnes issues des communautés ethniques noires et minoritaires sont identifiées comme un groupe ayant des besoins spécifiques en matière de langue, de culture, de religion, de spiritualité et de communication. En outre, la nécessité d'une formation adaptée à la culture des soignants de ce groupe est soulignée. La ligne directrice identifie les communautés noires et les minorités ethniques comme un groupe vulnérable. Elle souligne en particulier que les personnes dont l'anglais n'est pas la langue maternelle sont vulnérables aux effets de la démence, car les troubles de la mémoire exacerbent les problèmes de communication existants. Les personnes issues de commu-

nautés ethniques minoritaires sont également identifiées comme un groupe à risque en termes de sous-diagnostic de la démence et de niveau inférieur de prise en charge de la démence. Les causes citées sont les difficultés de communication, les barrières linguistiques, les outils de diagnostic et les services de soins culturellement/linguistiquement inappropriés ou moins valides, la stigmatisation au sein des communautés, la pression exercée pour que les soins familiaux soient dispensés à domicile plutôt que par des professionnels, et le manque de connaissance des possibilités de soins. Certains groupes ethniques sont également identifiés comme un groupe à risque de développer une démence : L'incidence accrue de l'hypertension et du diabète chez les personnes originaires d'Afrique, des Caraïbes et d'Asie entraîne un risque accru de développer une démence vasculaire chez les personnes âgées. La ligne directrice conclut également que les besoins des minorités ethniques, en particulier des personnes dont l'anglais n'est pas la langue maternelle, n'ont pas été suffisamment pris en compte par le passé. Pour relever tous ces défis mentionnés ci-dessus, il recommande que les prestataires de soins de santé et de services sociaux développent et proposent des services spécialisés pour les minorités ethniques. Ces services doivent être sensibilisés à la diversité culturelle et tenir compte des besoins religieux et spirituels des personnes atteintes de démence et de leurs soignants issus de communautés ethniques minoritaires. Selon la ligne directrice, il est nécessaire de mettre en place des services spécialisés offrant un soutien, des informations et une formation adaptée à la culture des soignants. Les prestataires de soins sont invités à tenir compte de l'identité culturelle et des croyances religieuses des personnes atteintes de démence et de leurs familles lors de l'élaboration de programmes de formation destinés aux professionnels de la santé. Les professionnels doivent identifier les besoins religieux et ethniques spécifiques des personnes atteintes de démence et de leurs aidants issus de communautés ethniques minoritaires et les plans de soins doivent en tenir compte. En cas de barrières linguistiques dans les soins, et notamment en ce qui concerne les tests de dépistage de la démence pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas la langue maternelle, il convient de faire appel à des interprètes indépendants et de fournir des informations dans la langue préférée. Dans l'ensemble, l'Irlande du Nord (selon la Société Alzheimer d'Irlande du Nord) suit une ligne directrice qui a identifié et décrit certaines des questions clés liées à la démence et à la migration et a créé un cadre d'action pour traiter ces questions [30].

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'expert, la stratégie en matière de soins de santé est une stratégie intégrative qui vise à rendre les « services de soins de santé traditionnels » plus acceptables et plus adaptés aux groupes minoritaires afin de favoriser leur intégration. Pourtant, les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ne sont que partiellement intégrés dans le système de soins de santé en Angleterre, les obstacles potentiels à des soins équitables étant par exemple les barrières linguistiques, le manque d'informations pertinentes, le transport, les engagements familiaux, les croyances et la stigmatisation potentielle. Il existe des organisations telles que la Société Alzheimer qui fournissent des informations sur les dé-

mences adaptées à leur culture et tentent de sensibiliser le public à ce sujet. Mais ce n'est pas quelque chose qui est largement pratiqué en Angleterre. Des services de soins hospitaliers et ambulatoires pour les personnes atteintes de démence sont disponibles à l'échelle nationale pour les personnes issues de l'immigration. Toutefois, l'expert a estimé que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont probablement rarement impliqués dans la conception de matériel d'information ou de services de soins de santé pour les personnes atteintes de démence. Il est préférable de rendre les services de soins de santé existants plus adaptés aux groupes minoritaires plutôt que de créer des services spécialisés pour des groupes spécifiques. Ces derniers existent également dans certaines localités d'Angleterre, généralement sous la forme de centres de soins de jour destinés à des groupes ethniques spécifiques. Selon l'expert, les services de soins existants pour les personnes atteintes de démence ne sont pas adaptés aux personnes issues de l'immigration, mais il s'agit d'une situation en constante évolution qui dépend de divers aspects tels que le financement et les niveaux de personnel. Des mesures visant à fournir des soins interculturels sont en cours d'élaboration au niveau local. Il s'agit d'initiatives locales avec des modèles, des méthodes et des prestations de services différents qui sont testés pour voir ce qui fonctionne. Par exemple, dans une région de Londres, on s'efforce de sensibiliser les communautés ethniques à la démence en créant des cafés culturels sur la démence. Un effort est également fait pour impliquer la communauté et les chefs religieux ayant des liens avec les communautés.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

L'expert a estimé que les soins adaptés à la diversité culturelle faisaient partie de la qualification des professionnels de la santé dans tout le pays. Toutefois, la qualité et l'étendue de ces cours dépendent probablement des fournisseurs de cours. Les soins adaptés à la diversité culturelle font partie des programmes d'études des universités, des collèges et des autres institutions qui forment les professionnels. Ils sont enseignés dans le domaine des soins infirmiers, de la santé et des services sociaux, mais ils peuvent ne faire partie que d'un module ou d'un cours dans certaines institutions. Par conséquent, l'étendue et le contexte de la formation ou de l'enseignement des soins adaptés à la diversité culturelle diffèrent probablement. Il existe des organisations qui proposent des cours de courte durée sur des sujets tels que les soins et la communication interculturels. Il existe également des normes professionnelles publiées pour les infirmières et le personnel soignant travaillant dans des institutions telles que les maisons de soins, les maisons de repos ou les soins à domicile. Ces normes précisent les critères de compétence requis pour exercer dans le domaine de la démence ou des soins aux personnes âgées et elles décrivent ce qui est nécessaire pour fournir des soins holistiques, centrés sur la personne et adaptés à la diversité culturelle. Selon l'expert, la proportion de soignants professionnels issus de l'immigration dans le domaine des soins hospitaliers et ambulatoires est élevée dans les grandes villes, plus que dans le reste du pays. Ils sont principalement originaires d'Afrique, des Caraïbes, d'Asie et d'Europe de l'Est. Ces aidants professionnels ont souvent tendance à avoir un niveau d'édu-

cation ou de qualification plus faible et un salaire plus bas, et des problèmes linguistiques ou culturels peuvent survenir et avoir un impact sur les soins fournis. L'expert estime qu'en raison du faible niveau de qualification et d'éducation, les besoins culturels ne sont pas satisfaits, bien que cela soit difficile à évaluer.

7. Soutien aux aidants familiaux

L'expert a déclaré que la famille et les communautés religieuses, les organisations de migrants, ainsi que les prestataires de soins hospitaliers et ambulatoires, étaient très importants pour soutenir les aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence.

Selon l'expert, il existe des différences majeures dans l'adéquation et l'utilisation des services existants par les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et de patients non migrants atteints de démence. Par conséquent, il existe un besoin très élevé de services spécialisés fournissant un soutien et des informations en Angleterre.

8. Références

1. Spafford M: Industrial & imperial migrations: 1750-1900. [https://www.ourmigrationstory.org.uk/oms/by-era/1750–1900]. Consulté le 10 juillet 2020.
2. Potnuru B, Sam V: India–EU engagement and international migration: Historical perspectives, future challenges, and policy imperatives. *IIMB Management Review* 2015, 69.
3. Spafford M: 20th & 21st cntury migrations: 1900-2000s. [https://www.ourmigrationstory.org.uk/oms/by-era/1900–2000]. Consulté le 20 juillet 2020.
4. Hansen R: Focus Migration: United Kingdom. In., Bd. 12: Bundeszentrale für politische Bildung, Netzwerk Migration in Europa, Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut; 2007.
5. McDowell L: How Caribbean migrants helped to rebuild Britain. [https://www.bl.uk/windrush/articles/how-caribbean-migrants-rebuilt-britain]. (2018). Consulté le 10 juillet 2020.
6. Office for National Statistics: Explore 50 years of international migration to and from the UK. [https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/articles/explore50yearsofinternationalmigrationtoandfromtheuk/2016-12-01]. (2016). Consulté le 10 juillet 2020.
7. Sturge G: Migration Statistics. In. Édité par der House of Commons Library: House of Commons Library; 2019.
8. Office for National Statistics: Population resident in the United Kingdom, excluding some residents in communal establishments, by individual country of birth; 2018.
9. International Organization for Migration: International migrant stock as percentage of the total population at mid-year 2019; 2019.
10. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020; 2019.
11. Esri: World Ocean Background; 2010.
12. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
13. Office for National Statistics: Annual Population Survey. In. Newport, Titchfield, London: Office for National Statistics 2018.
14. Census Office for Northern Ireland: Census 2011. In. Belfast: Census Office for Northern Ireland; 2011.
15. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2010; 2011.
16. National Records of Scotland: Scotland's Census 2011; 2011.
17. Office for National Statistics: Census 2011. In. Newport, Titchfield, London: Office for National Statistics 2011.
18. Department of Health: living well with dementia: a National Dementia Strategy. In. London: Department of Health of England; 2009.
19. All-Party Parliamentary Group on Dementia: Building on the National Dementia Strategy: change, progress and priorities. In: All-Party Parliamentary Group on Dementia; 2014.
20. Dementia Policy Team: Prime Minister's Challenge on

Dementia 2020: Implementierungsplan. In: Department of Health; 2016.

21. Department of Health Social Services and Public Safety of Northern Ireland: improving Dementia Services in Northern Ireland: a Regional Strategy. In: Department of Health, Social Services and Public Safety of Northern Ireland 2011.
22. Health & Social Care Board of Northern Ireland: das Dementia Learning and Development Framework. In. Belfast: Health & Social Care Board of Northern Ireland; 2016.
23. The Scottish Government Mental Health Division: Scotland's National Dementia Strategy. In. Edinburgh: The Scottish Government, Mental Health Division; 2010.
24. The Scottish Government MHD: Scotland's National Dementia Strategy: 2013-16. In.: The Scottish Government, Mental Health Division; 2013.
25. Scottish Government: Scotland's national dementia strategy 2017-2020. In. Edinburgh: Scottish Government; 2017.
26. Llywodraeth Cymru Welsh Government: Dementia Action Plan for Wales 2018-2022. In.: Llywodraeth Cymru Welsh Government; 2018.
27. National Institute for Health and Care Excellence: Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In. Édité par National Institute for Health and Care Excellence, 97 edn. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018.
28. Alzheimer's Society Northern Ireland: National care guidelines for dementia in Northern Ireland. In., E-Mail Conversation edn; 2019.
29. Department of Health Northern Ireland: Equality and Human Rights Consultation - NICE NG 97 - Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and their Carers. [https://www.health-ni.gov.uk/consultations/equality-and-human-rights-consultation-nice-ng-97-dementia-assessment-management-and-support-people]. (2018). Consulté le 10 juillet 2020.
30. National Collaborating Center for Mental Health: Dementia: A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Leicester UK: The British Psychological Society und Gaskell; 2007.
31. The Mental Welfare Commission for Scotland: Standards of Care for Dementia in Scotland: Action to support the change programme, Scotland's National Dementia Strategy: Scottish Government; 2011.

Slovaquie

Population
5 458 000 (2020)

Superficie
48 702 km²

Capitale
Bratislava

Trois plus grandes villes
Bratislava (438 000)
Kosice (239 000),
Preŝov (88 000)

Pays voisins
Autriche, Hongrie, Pologne, La République Tchèque, Ukraine

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

Au cours des trois derniers siècles, la Slovaquie a été un pays d'émigration [1]. La vague d'émigration la plus importante s'est produite entre 1871 et 1914, lorsque quelque 850 000 personnes ont émigré, la plupart vers les États-Unis. Entre les deux guerres mondiales, 220 000 personnes ont quitté le pays pour la France, la Belgique, le Canada et l'Argentine. Cependant, de nombreux émigrants sont revenus [2]. Après la Seconde Guerre mondiale, environ 2,8 millions de personnes originaires d'Allemagne ont émigré de Tchécoslovaquie. Cette émigration n'a été que partiellement compensée par la ré-immigration de citoyens de la République Tchèque et de la Slovaquie. Entre 1948 et 1950, 250 000 personnes ont quitté la Slovaquie. Lors de la vague d'émigration entre 1968 et 1971, 200 000 personnes ont émigré. De 1971 à 1990, seules 100 000 personnes ont quitté le pays. Les principales destinations des émigrants étaient l'Allemagne de l'Ouest, l'Autriche, l'Australie, les États-Unis et le Canada [3, 4]. Le nombre de personnes ayant émigré de la République Tchèque est plus élevé que celui de la Slovaquie [3]. De 1950 à 1989, d'importants mouvements migratoires ont eu lieu entre l'actuelle République Tchèque et la Slovaquie. La Slovaquie a connu une perte migratoire nette de 230 000 habitants [2]. Après l'effondrement du régime communiste à la fin des années 1980, le volume et la diversité des flux migratoires ont augmenté [5]. Après la fondation de la République slovaque le 1er janvier 1993, on a assisté à une augmentation significative de la migration vers l'ouest et, pour la première fois, vers la Slovaquie [3]. L'adhésion de la Slovaquie à l'UE (2004) et à l'espace Schengen (2007) a encore accru la migration dans les deux sens. Depuis 2015, l'emploi de ressortissants de pays tiers (principalement d'Ukraine et de Serbie) et de l'UE (Roumanie) a considérablement augmenté [1]. En 2013, les personnes originaires de la République Tchèque constituaient le groupe de migrants le plus important (83 100), suivi par la Hongrie (15 900), l'Ukraine (9 400), la Roumanie (4 900) et la Pologne (4 400) [6]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) et la proportion de migrants dans la population totale ont plus que quadruplé (41 300 à 188 000 ; 0,8 à 3,4 %) [7]. En 2020, le taux de migration nette sera de 0,3 % [8]. Actuellement, la Slovaquie est principalement un pays de transit pour les migrants d'Europe de l'Est [4].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

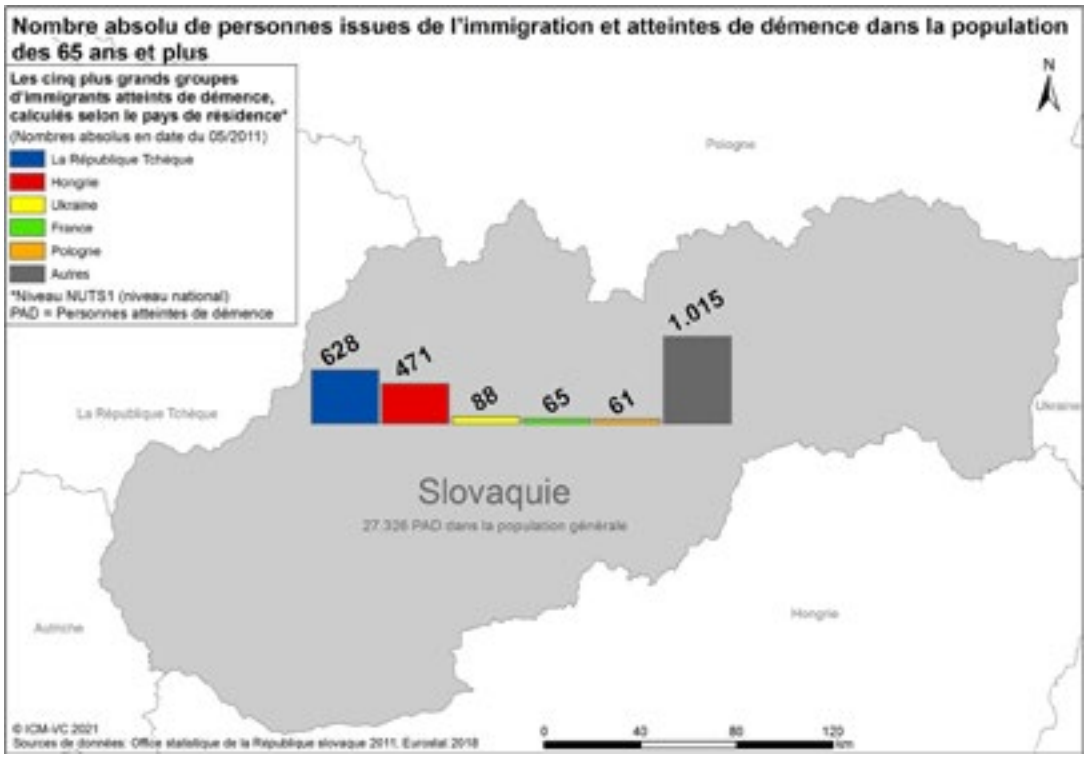


Fig. 3.7.29.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Slovaquie – Nation)

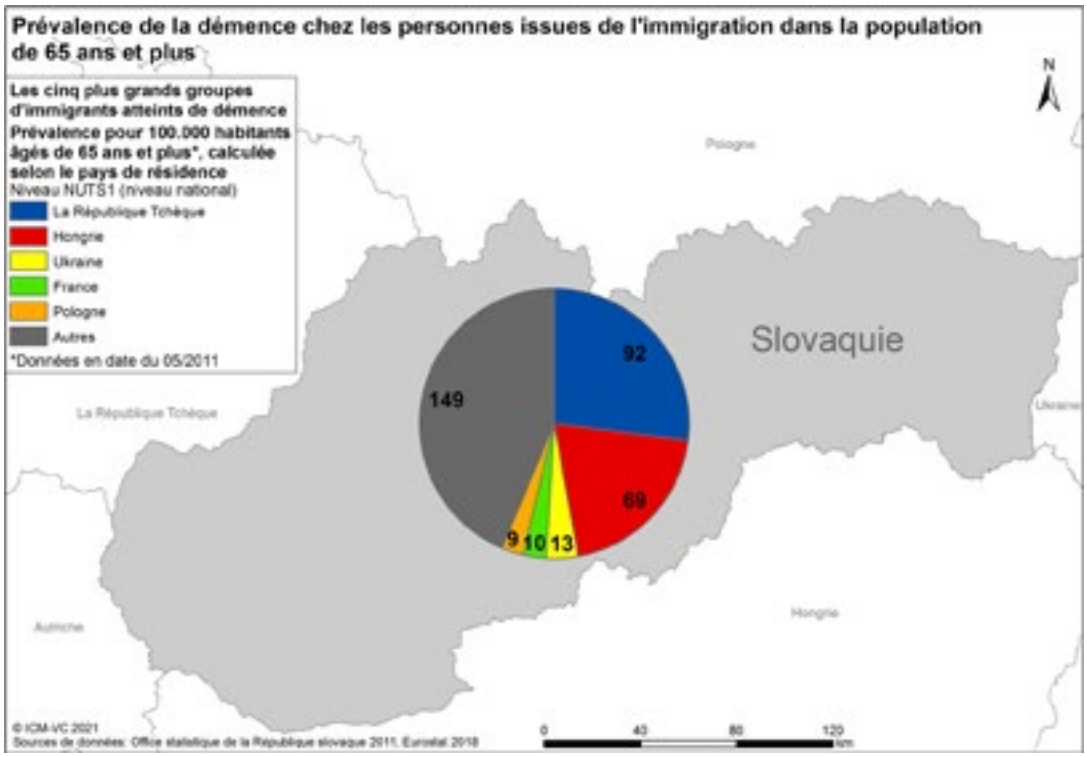


Fig. 3.7.29.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Slovaquie – Nation)

Tableau 55 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovaquie- Nation)

NUTS	Total	SK	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Slovaquie	27.326	24.998	CZ 628	HU 471	UA 88	FR 65	PL 61	1.015
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Slovaquie	7.151	-	CZ 164	HU 123	UA 23	FR 17	PL 16	265
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Slovaquie	4.000	3.659	CZ 92	HU 69	UA 13	FR 10	PL 9	149

Source des données : Statistical Office of the Slovak Republic (2011)

Il y a 38 200 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 1 500 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.29.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de la République Tchèque (environ 600), de la Hongrie (environ 500), de l'Ukraine (environ 90), de la France (environ 70) et de la Pologne (environ 60). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Slovaquie pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.29.2). Le tableau 55 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de la République Tchèque, de la Hongrie, de l'Ukraine, de la France et de la Pologne dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.29.3 - 3.7.29.8).

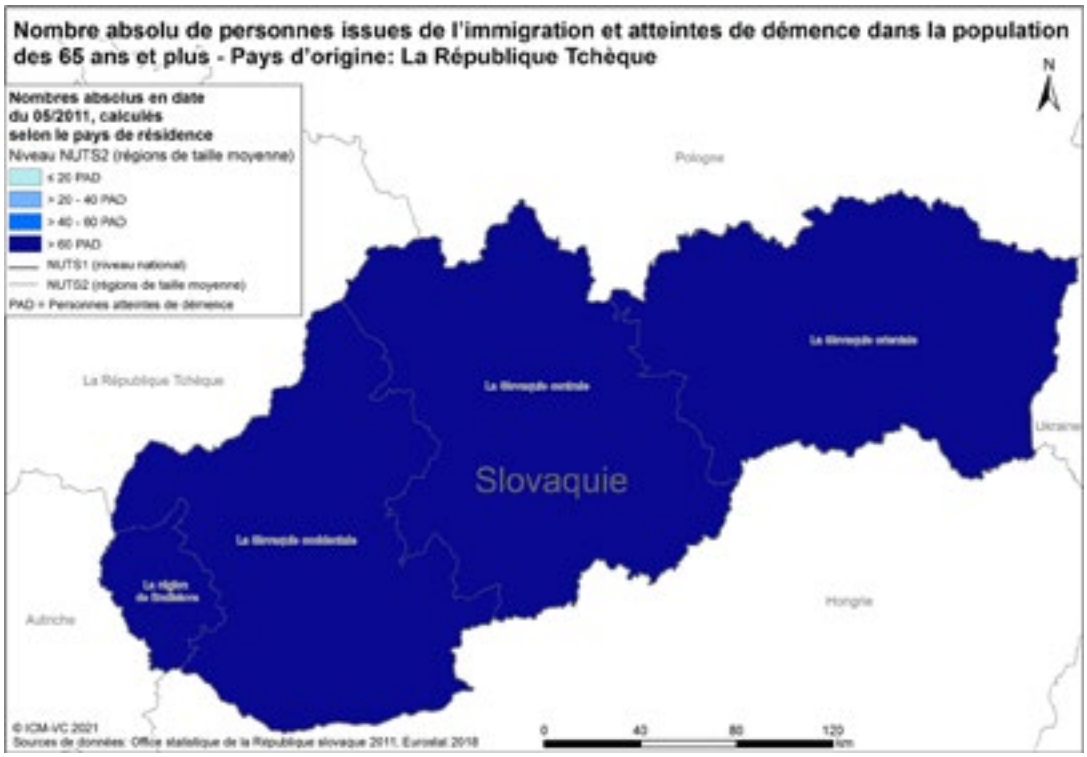


Fig. 3.7.29.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : La République Tchèque (Slovaquie – NUTS2)

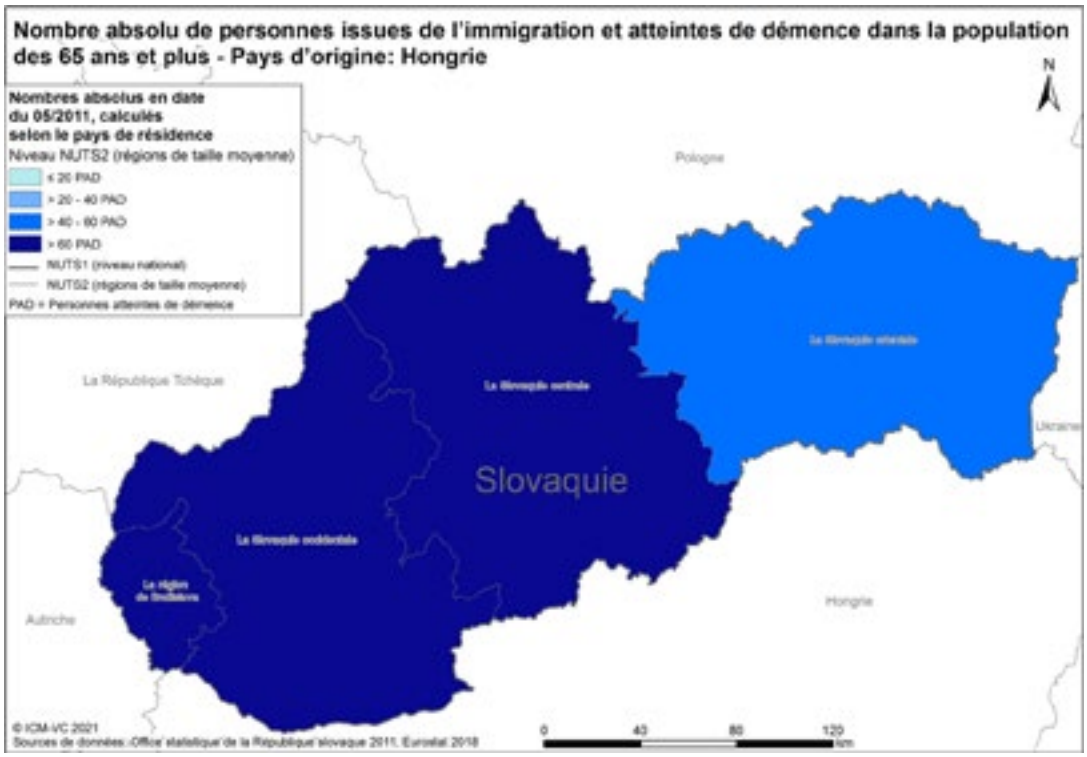


Fig. 3.7.29.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Hongrie (Slovaquie – NUTS2)

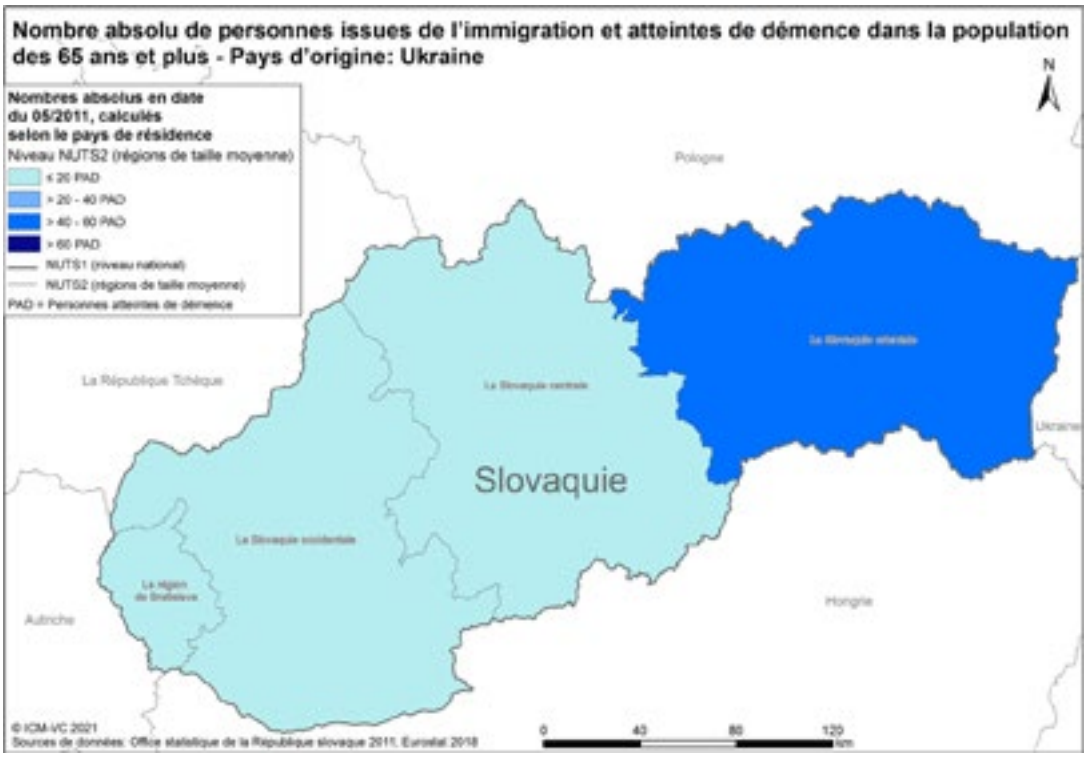


Fig. 3.7.29.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Ukraine (Slovaquie – NUTS2)

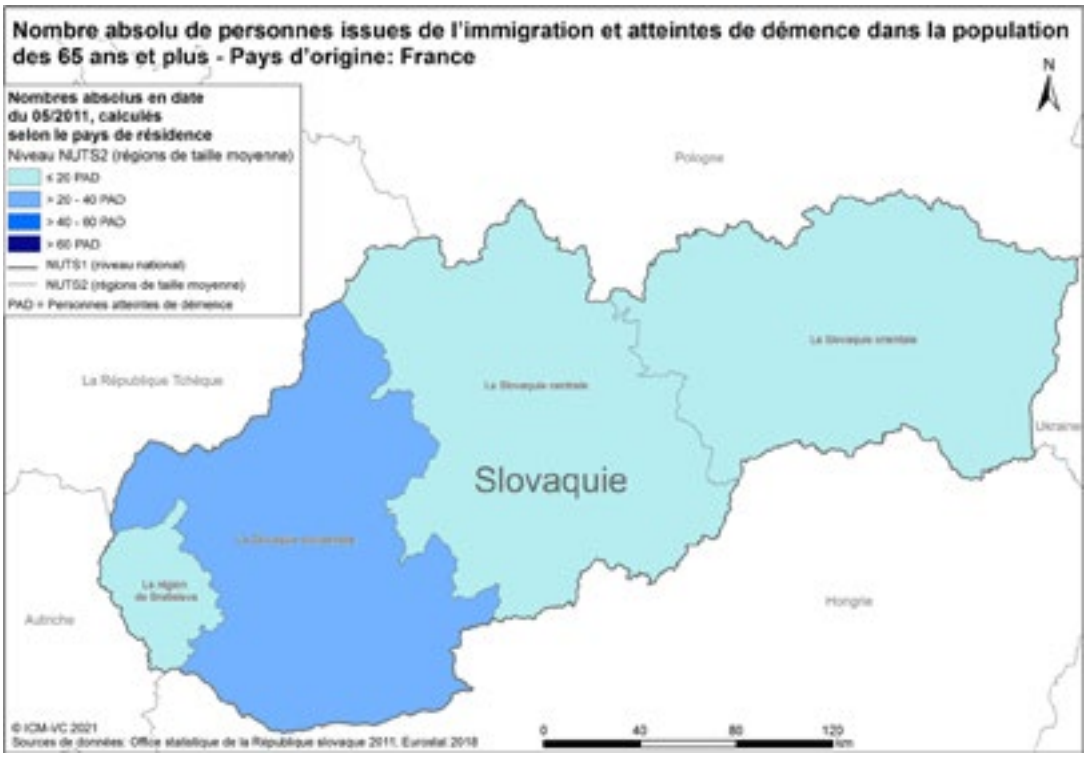


Fig. 3.7.29.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : France (Slovaquie – NUTS2)

Fig. 3.7.29.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Pologne (Slovaquie – NUTS2)

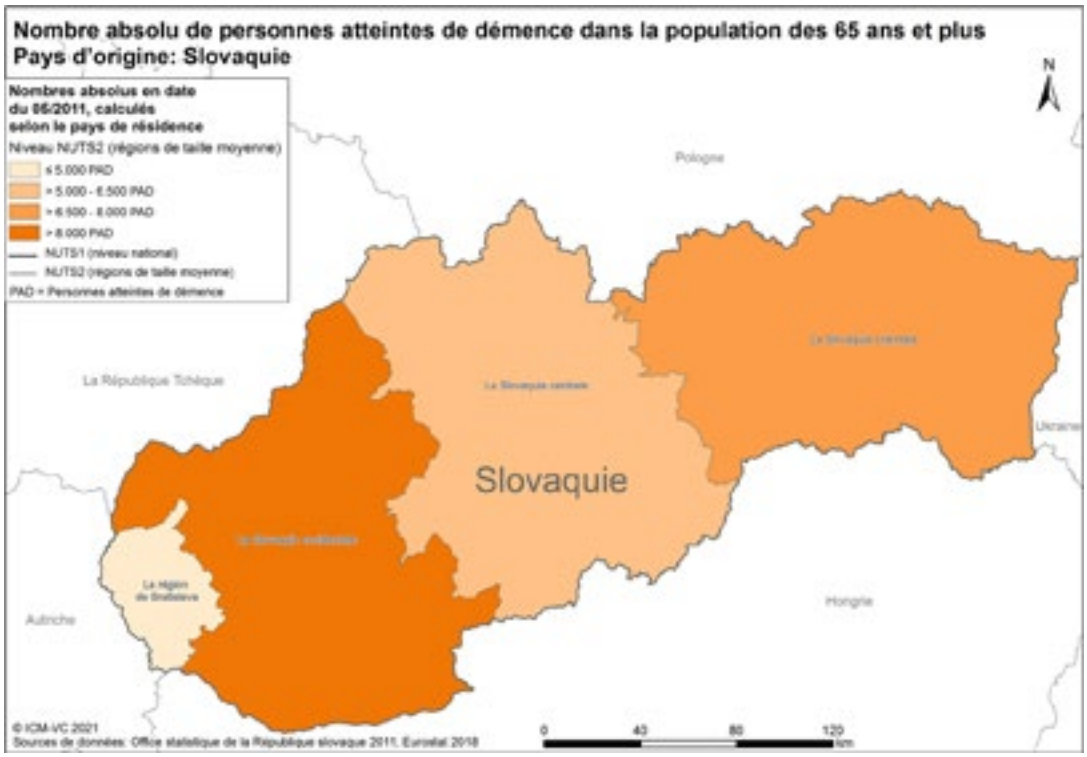


Fig. 3.7.29.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine: Slovaquie (Slovaquie – NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.29.9). La deuxième carte montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.29.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 56 [9, 10].

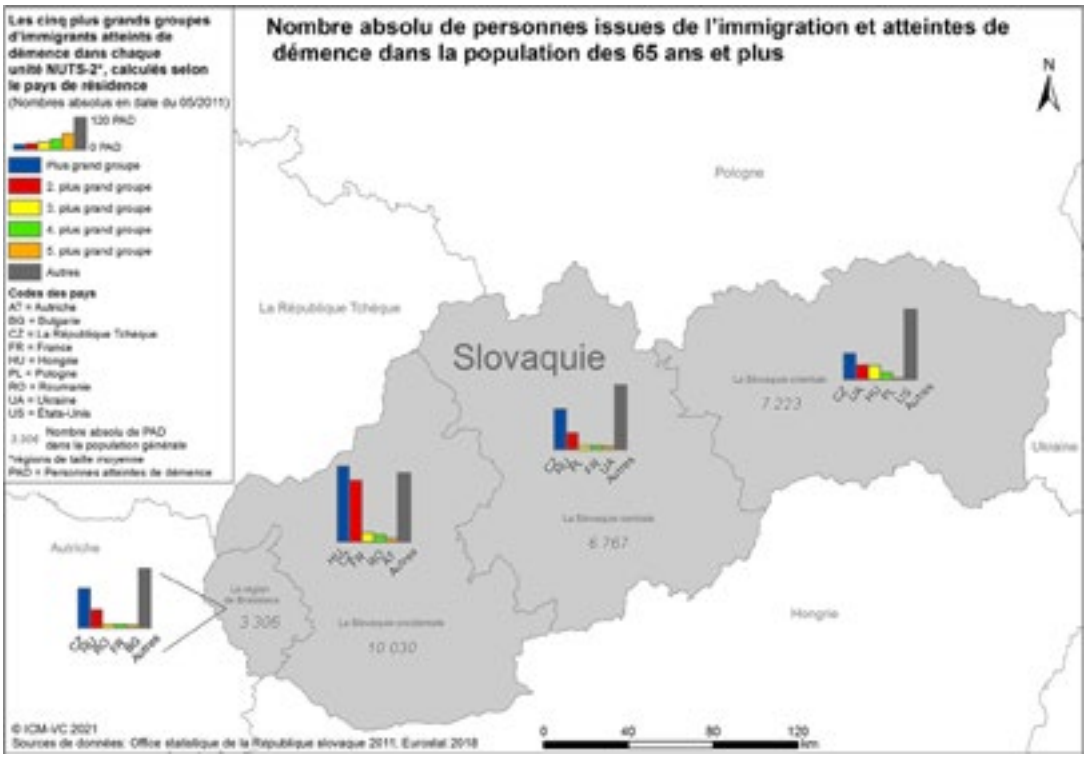


Fig. 3.7.29.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Slovaquie – NUTS2)

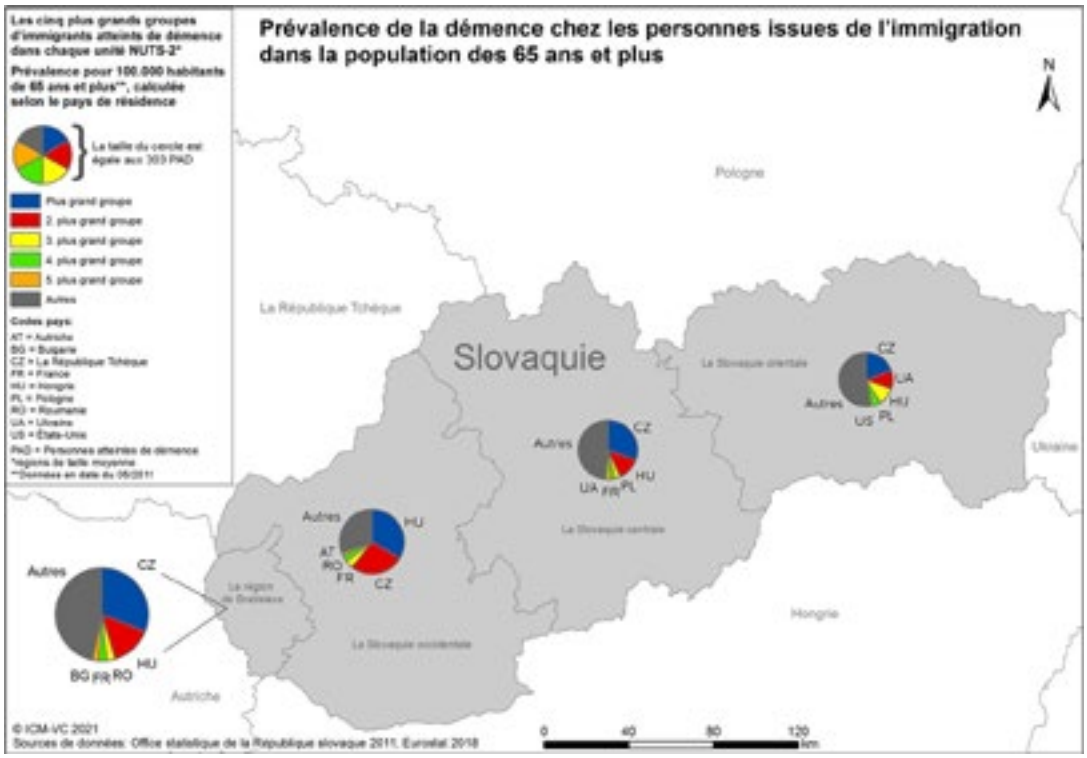


Fig. 3.7.29.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Slovaquie – NUTS2)

Tableau 56 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovaquie - NUTS2)

NUTS	Total	SK	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
La région de Bratislava	3.306	2.851	CZ 141	HU 66	RO 13	FR 13	BG 10	212
La Slovaquie occidentale	10.030	9.177	HU 286	CZ 232	FR 34	RO 26	AT 14	261
La Slovaquie centrale	6.767	6.254	CZ 156	HU 65	PL 15	FR 15	UA 14	248
La Slovaquie orientale	7.223	6.716	CZ 100	UA 55	HU 53	PL 26	US 7	266
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
La région de Bratislava	4.431	-	CZ 189	HU 89	RO 17	FR 17	BG 14	284
La Slovaquie occidentale	6.127	-	HU 175	CZ 142	FR 21	RO 16	AT 9	159

NUTS	Total	SK	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
La Slovaquie centrale	8.894	-	CZ 205	HU 86	PL 20	FR 19	UA 18	326
La Slovaquie orientale	10.666	-	CZ 147	UA 82	HU 78	PL 38	US 10	393
Prévalence/100.000 habitants 65+								
La région de Bratislava	4.000	3,449	CZ 170	HU 80	RO 16	FR 16	BG 12	257
La Slovaquie occidentale	4.000	3,660	HU 114	CZ 93	FR 14	RO 10	AT 6	104
La Slovaquie centrale	4.000	3,697	CZ 92	HU 39	PL 9	FR 9	UA 8	147
La Slovaquie orientale	4.000	3,719	CZ 55	UA 31	HU 29	PL 14	US 4	148

Source des données : Statistical Office of the Slovak Republic (2011)

3. Plan national de lutte contre la démence

Pour la Slovaquie, aucun PND n'a pu être identifié [11].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Actuellement, aucune directive nationale accessible au public n'a pu être trouvée pour la prise en charge de la démence en Slovaquie. Selon un représentant de haut rang du système de santé slovaque, un document sur la lutte contre la démence (« La Slovaquie contre la démence ») est en cours de préparation [12].

5. Références

1. Letavajová S, Divinský B: Migration and Development in Slovakia. In. Édité par Kadysheva O, Taran P, Wickramasekara P, Gnes D, Pfohman S. Bratislava: Caritas Slocakia; 2019.
2. Divinský B: Slovakia: An Acceleration of Challenges for Society. In., Bd. 5. Bratislava; 2004.
3. Drbohlav D: International Migration in the Czech Republic and Slovakia and the Outlook for East Central Europe. *Czech Sociological Review* 1994, 2(1):89-106.
4. Szczepanikova A: Czech Republic and Slovakia, migration 19th century to present; 2013.
5. Baláž V, Kusá Z: Social Impact of Emigration and Rural Urban Migration in Central and Eastern Europe. In: *Final Country Report: Slovakia.* 2012.
6. United Nations: Migration Profiles: Slovakia; 2013.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Slovak Republic; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Slovak Republic; 2019.
9. Statistical Office of the Slovak Republic: Census 2011. In. Bratislava: Statistical Office of the Slovak Republic 2011.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
11. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017). Consulté le 1er juin 2019.
12. University Hospital Bratislava: National treatment guidelines for dementia. In., E-Mail Conversation edn.; 2019.

< retour au sommaire

Slovénie

Population
2 096 000 (2020)

Superficie
20 145 km²

Capitale
Ljubljana

Trois plus grandes villes
Ljubljana (289 000)
Maribor (110 000)
Kranj (43 000)

Pays voisins
Autriche, Croatie, Hongrie, Italie

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

L'histoire des migrations en Slovénie après la Seconde Guerre mondiale peut être divisée en trois périodes : 1. 1945 à 1954 : La Slovénie est un pays d'émigration et son solde migratoire est négatif. 2. 1955 à 1990 : La Slovénie est devenue un pays d'immigration. D'autres caractéristiques de cette période sont l'immigration en provenance des autres régions de l'ex-Yougoslavie (principalement de Bosnie-Herzégovine, de Croatie et de Serbie) et la migration temporaire de personnes en Allemagne et en Autriche. 3. Depuis 1991 : L'effondrement de la Yougoslavie, les guerres de l'ex-Yougoslavie et la déclaration d'indépendance de la Slovénie vis-à-vis de la Yougoslavie (1991) ont entraîné l'apparition de migrations forcées et de migrations temporaires de réfugiés en provenance des zones de guerre de l'ex-Yougoslavie [1]. Au début du mois de septembre 1991, 2 500 réfugiés de Croatie étaient enregistrés en Slovénie, un mois plus tard, ils étaient déjà 20 000, et en décembre 23 000 réfugiés enregistrés. En 1992 et 1993, la Slovénie a accepté environ 70 000 réfugiés de Bosnie-Herzégovine [2]. L'accueil temporaire des réfugiés de Bosnie-Herzégovine s'est prolongé dans les années 2000. Entre 1998 et 2000, on a assisté à une augmentation de la migration irrégulière en provenance des pays d'Afrique et d'Asie, la plupart d'entre eux utilisant la Slovénie comme pays de transit vers l'Europe occidentale. Le nombre de demandeurs d'asile a également augmenté (en provenance d'Irak, d'Iran, du Bangladesh, d'Afghanistan, de Turquie, de Serbie-et-Monténégro, de Bosnie-Herzégovine, de Macédoine, de Sierra Leone et d'Algérie) [1]. Entre octobre 2015 et mars 2016, 477 791 migrants ont atteint la Slovénie ; la plupart d'entre eux ont ensuite migré vers l'Autriche et d'autres pays d'Europe du Nord et de l'Ouest [2]. En 2018, la Bosnie-Herzégovine (107 700), la Croatie (45 000), la Serbie (25 400), la Macédoine du Nord (17 100) et le Kosovo (17 100) étaient les principaux pays d'origine des migrants en Slovénie (au 19/12/2019) [3]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) est passée de 178 100 à 253 100 et la proportion de migrants dans la population totale est passée de 8,9 à 12,2 % [4]. En 2020, le taux de migration nette est actuellement de 1 % [5]. La Slovénie est passée du statut de pays d'émigration à celui de pays de destination pour les immigrants, en particulier ceux provenant d'autres États d'Europe de l'Est, et de pays de transit pour les réfugiés d'Asie et d'Afrique [6].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

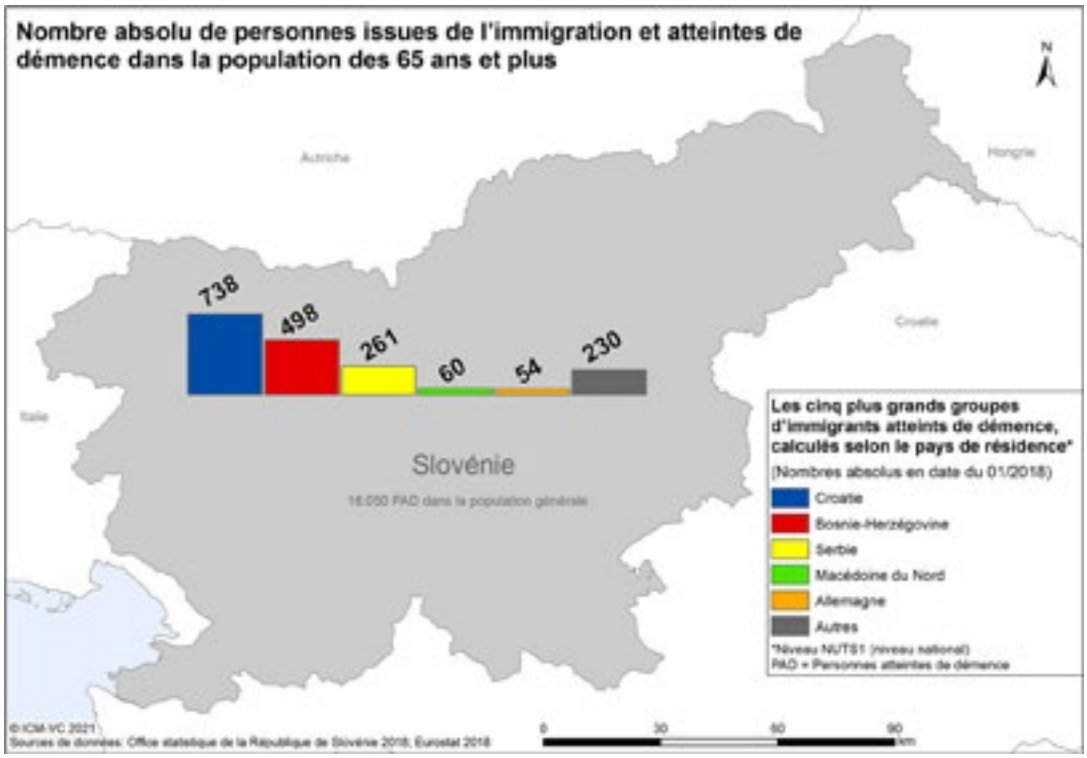


Fig. 3.7.30.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Slovénie – Nation)

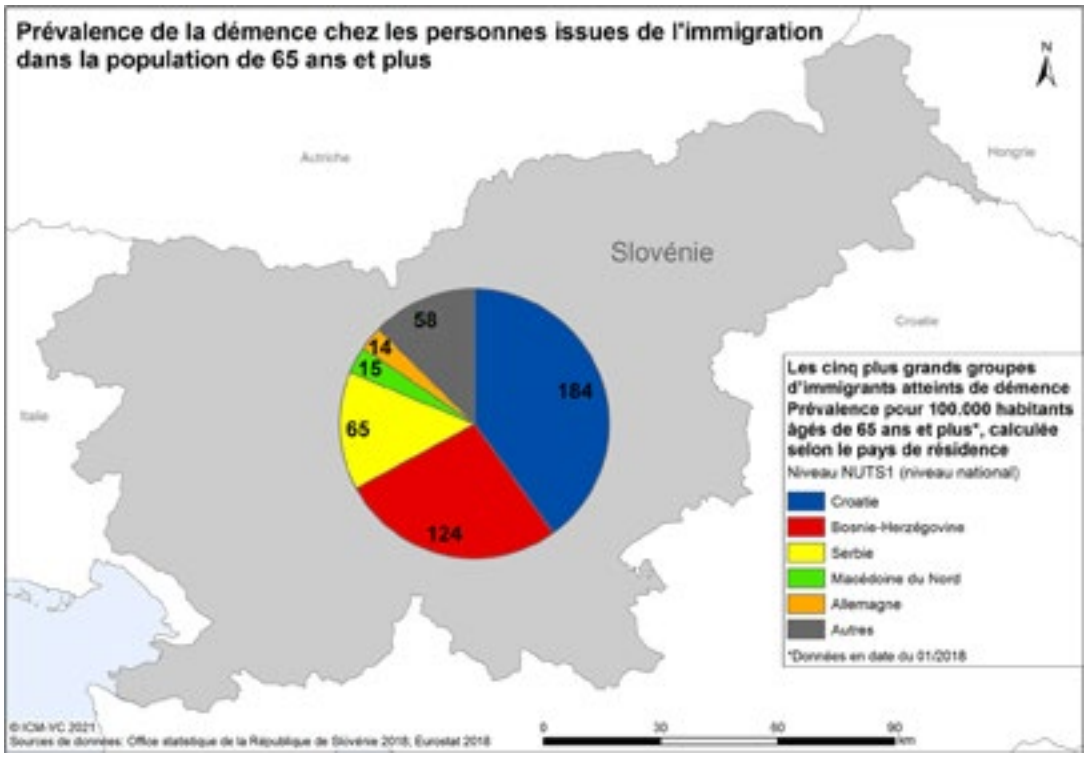


Fig. 3.7.30.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Slovénie – Nation)

Tableau 57 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovénie - Nation)

NUTS	Total	SI	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Slovénie	16.050	14.209	HR 738	BA 498	XS 261	MK 59	DE 54	230
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Slovénie	3.486	-	HR 160	BA 108	XS 57	MK 13	DE 12	50
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Slovénie	4.000	3.541	HR 184	BA 124	XS 65	MK 15	DE 13	459

Source des données : Statistical Office of the Republic of Slovenia (2018)

Il y a 46 100 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 1 800 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.30.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Croatie (environ 700), de Bosnie-Herzégovine (environ 500), de Serbie (environ 300), de Macédoine du Nord (environ 60) et d'Allemagne (environ 50). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Slovénie par habitant âgé de 65 ans ou plus (figure 7.30.2). Le tableau 57 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires de Croatie, de Bosnie-Herzégovine, de Serbie, de Macédoine du Nord et d'Allemagne dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (Fig. 3.7.30.3 – 3.7.30.8).

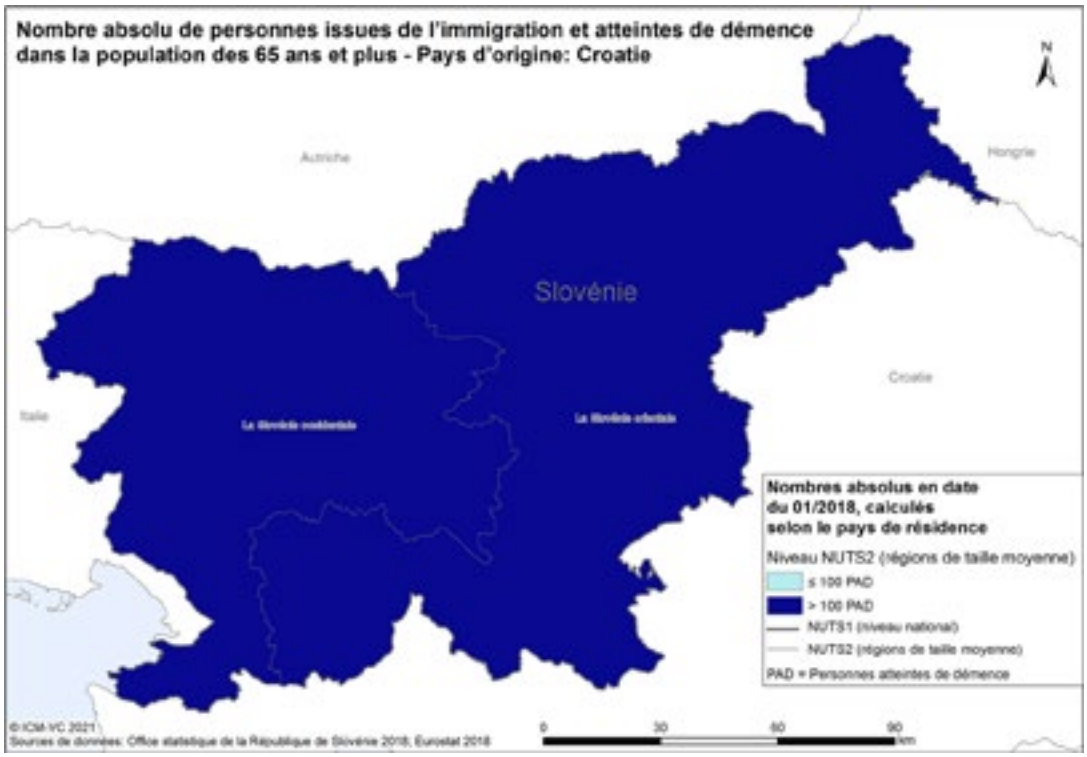


Fig. 3.7.30.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Croatie (Slovénie – NUTS2)

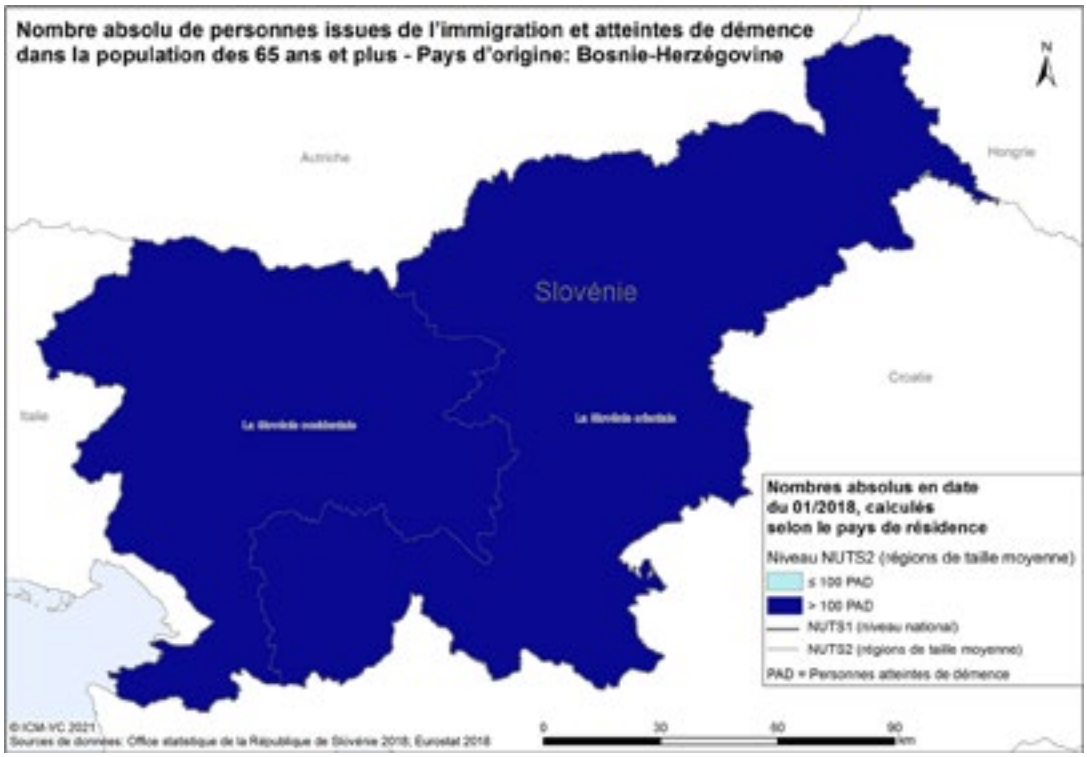


Fig. 3.7.30.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Bosnie-Herzégovine (Slovénie – NUTS2)

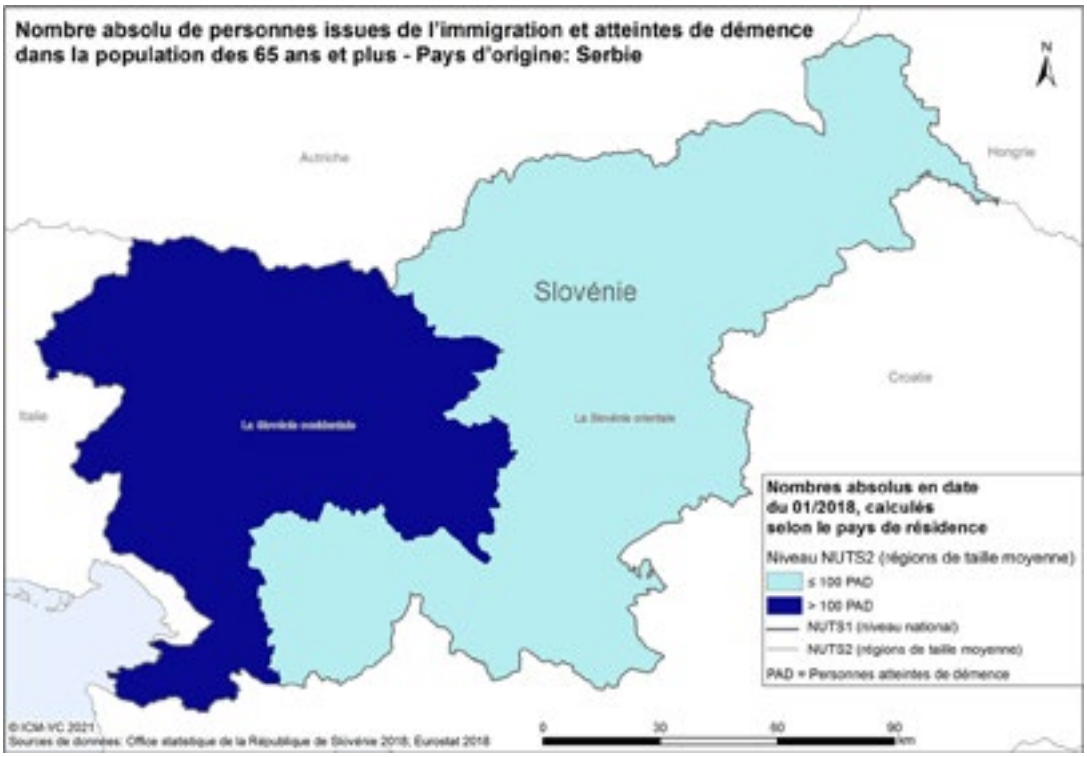


Fig. 3.7.30.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Serbie (Slovénie – NUTS2)

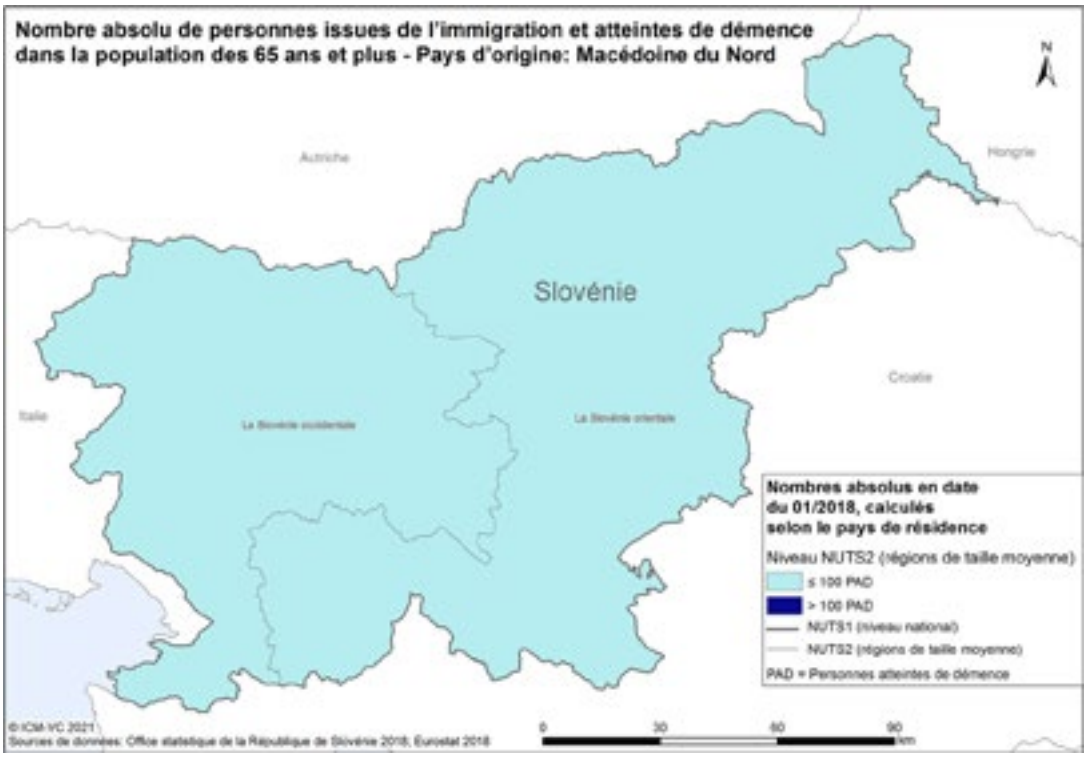


Fig. 3.7.30.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Macédoine du Nord (Slovénie – NUTS2)

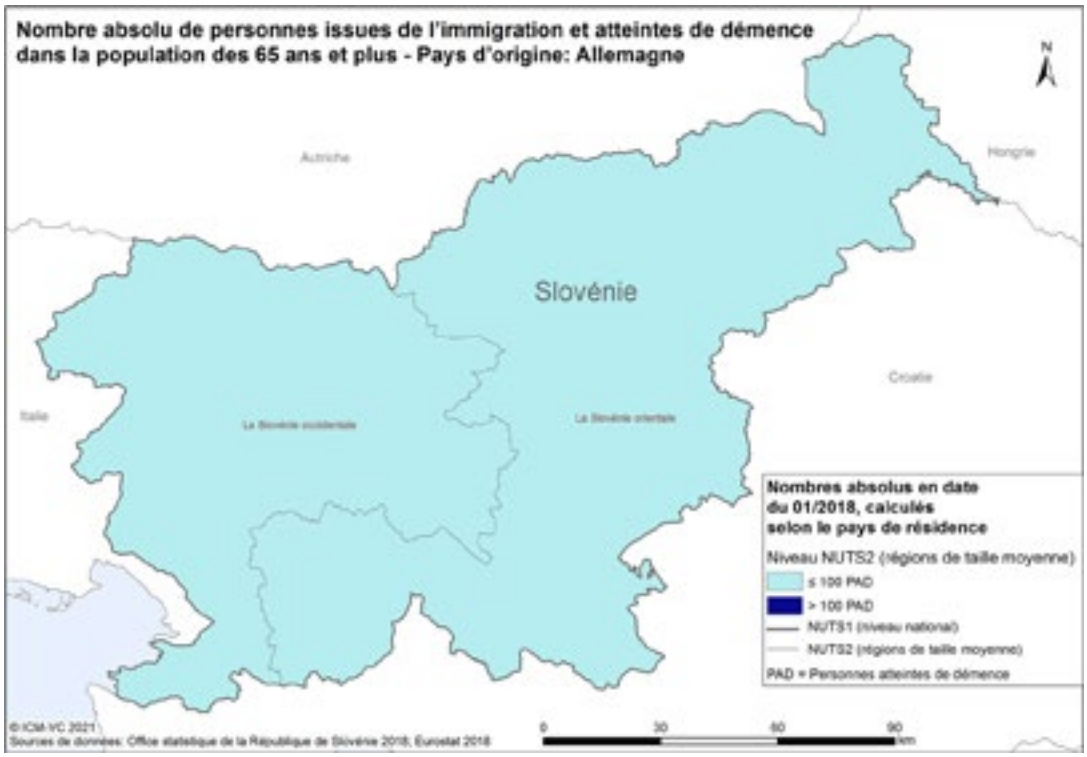


Fig. 3.7.30.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Allemagne (Slovénie – NUTS2)

Fig. 3.7.30. : Nombre absolu de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Slovénie (Slovénie - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.30.9). La deuxième carte montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.30.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 58 [7-9].

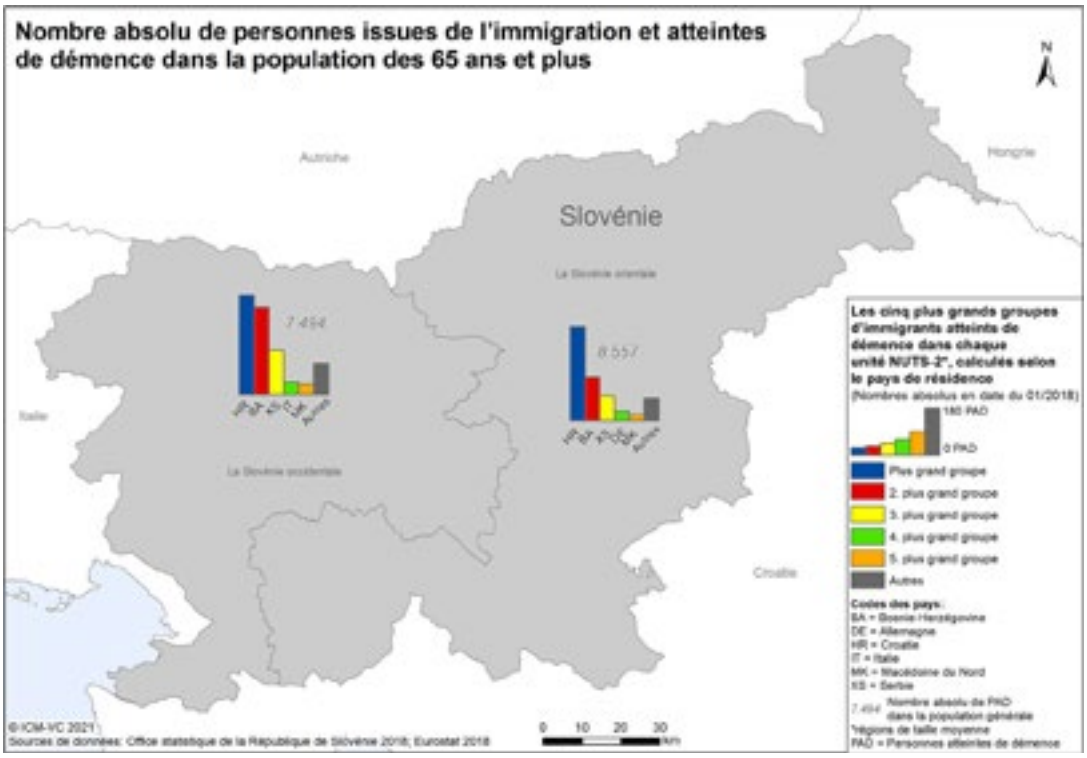


Fig. 3.7.30.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Slovénie – NUTS2)

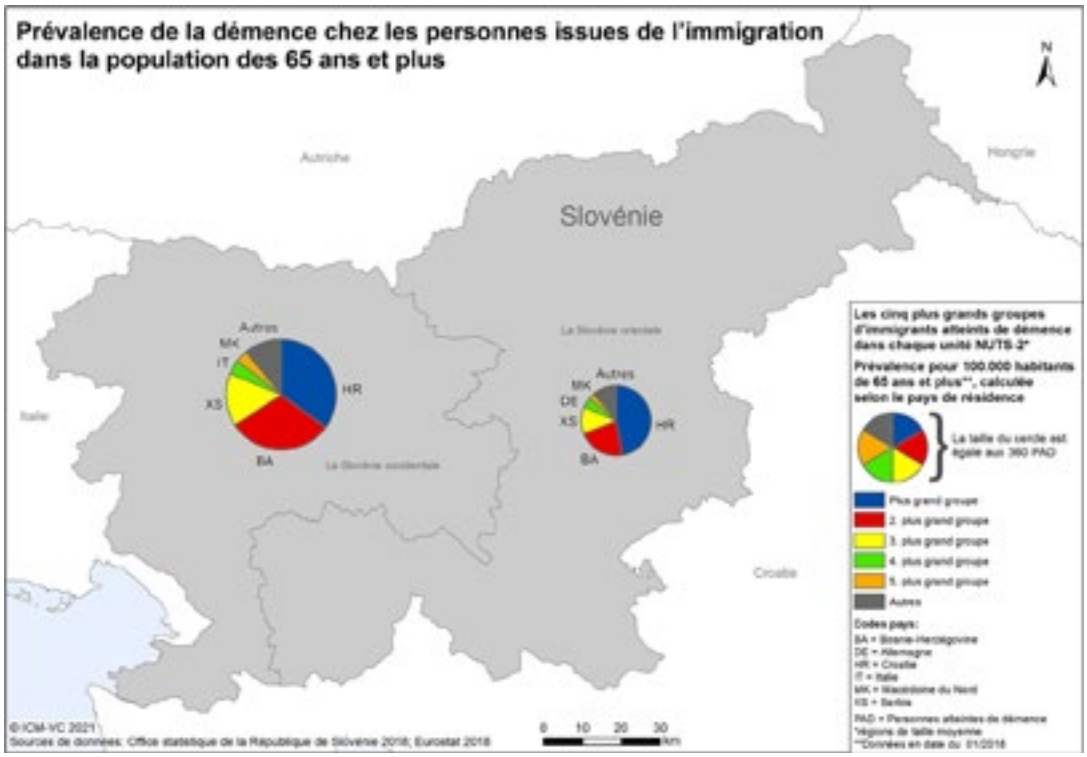


Fig. 3.7.30.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Slovénie – NUTS2)

Tableau 58 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovénie - NUTS 2)

NUTS	Total	SI	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
La Slovénie orientale	8.557	7.787	HR 363	BA 169	XS 95	DE 36	MK 22	85
La Slovénie occidentale	7.494	6.422	HR 375	BA 330	XS 166	IT 45	MK 38	118
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
La Slovénie orientale	4.444	-	HR 189	BA 88	XS 50	DE 19	MK 11	44
La Slovénie occidentale	2.797	-	HR 140	BA 123	XS 62	IT 17	MK 14	44
Prévalence/100.000 habitants 65+								
La Slovénie orientale	4.000	3.640	HR 170	BA 79	XS 45	DE 17	MK 10	40
La Slovénie occidentale	4.000	3.428	HR 200	BA 176	XS 89	IT 24	MK 20	63

Source des données: Statistical Office of the Republic of Slovenia (2018)

3. Plan national de lutte contre la démence

La « Stratégie slovène de gestion des démences 2020 » de 2015 comprend 36 pages et aborde les thèmes de l'épidémiologie de la démence, du diagnostic précoce, de la stigmatisation de la maladie, du traitement des personnes atteintes de démence, du traitement multidisciplinaire dans la clinique de référence du médecin généraliste, de la pharmacothérapie avec des médicaments anti-démence, de l'accès aux services de protection sociale, des soins palliatifs, de la représentation des personnes atteintes de démence, de la recherche sur la démence, des données épidémiologiques, de la formation professionnelle, de la planification, ainsi que du rôle des parties prenantes. Cependant, aucun de ces sujets n'est lié à la migration [10]

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Les « Lignes directrices pour le traitement des patients atteints de démence » publiées en 2013 comptent 39 pages et couvrent les sujets suivants : définition du déclin cognitif léger et de la démence, diagnostic du déclin cognitif léger et de la démence, traitement, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, urgences, délire, médicaments et mesures psychosociales dans la démence. La question de la migration n'est mentionnée à aucun moment dans le document [11]. Dans le document de 224 pages intitulé « Résolution sur le plan national de santé 2016-2025 : ensemble pour la société de la santé » de 2016, qui comporte une section sur la démence, la migration est brièvement mentionnée, mais pas dans le contexte de la démence. On y affirme globalement que le niveau élevé de migration de la population slovène constitue un défi pour la viabilité financière du système de santé. En outre, il est souligné que le faible accès de certains groupes de population en raison de leur origine ethnique et de leur faible statut socio-économique entraîne des inégalités croissantes en matière de santé. Les différences linguistiques et culturelles sont explicitement mentionnées comme des obstacles à l'accès aux soins de santé [12].

5. Références

1. Zavratnik Zimic S: Slovenia: The perspective of a Country on the „Schengen Periphery". In., Bd. 6. Ljubljana; 2003.
2. Integra Inštitut, Inštitut za razvoj človekovih potencialov Velenje: Country Report Slovenia „Situation and Needs of the Volunteers working with Refugees and Asylum Seekers"; 2017.
3. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Population by Sex, Country Of First Residence, Year and Age; 2019.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage ot the total population at mid-year 2019; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration in the 5 yeasr prior to 2020: Slovenia; 2019.
6. International Organization for Migration: Slovenia. [https://www.iom.int/countries/slovenia]. Consulté le 5 mai 2020.
7. Esri: World Ocean Background; 2010.
8. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
9. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Sonderanfertigung; 2018.
10. Petrič D, Pirtošek Z, Flisar D, Zupan B, Cvetko T, Genorio B, Zlobec ŠL, Romih J, Klančar D: Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. In: Gesundheitsministerium Slowenien; 2015.
11. Darovec J, Kogoj A, Plesničar BK, Muršec M, Pišljar M, Pregelj P, Stokin GB: Smernice za obravnavo pacientov z demenco. In. Ljubljana: Slovenian Medical Association, Association of Psychiatrists at the Slovenian Medical Association; 2013.
12. Government of the Republic of Slovenia: Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 "Skupaj za družbo zdravja" In. Ljubljana; 2016.

< retour au sommaire

Suède

Population
10 328 000 (2020)

Superficie
407 000 km²

Capitale
Stockholm

Trois plus grandes villes
Stockholm (1 759 000)
Göteborg (651 000)
Malmö (322 000)

Pays voisins
Danemark, Finlande, Norvège

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Services et informations destines aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé
7. Soutien aux aidants familiaux
8. Références

1. Histoire des migrations

La Suède a une longue histoire de migration. Au cours des XV[e] et XVII[e] siècles, des groupes plus importants de Roms, de Wallons, de Juifs et de personnes originaires d'Allemagne, de France et d'Italie sont venus en Suède. Entre 1850 et les années 1930, 1,5 million de personnes ont émigré de Suède en Amérique ou en Australie [1]. Au début du XX[e] siècle, il y a également eu des vagues d'émigration vers le Danemark et la Norvège [2]. Grâce à l'immigration d'environ 180 000 réfugiés de Finlande, de Norvège, d'Estonie, du Danemark et d'Allemagne pendant la Seconde Guerre mondiale, la Suède est devenue le pays d'immigration qu'elle est aujourd'hui [1, 2]. Dans les années 1960 et au début des années 1970, la Suède a activement recruté des travailleurs migrants originaires des Pays-Bas, d'Allemagne de l'Ouest, d'Italie, d'Autriche, de Belgique, de Grèce, de Yougoslavie et de Turquie. En outre, de nombreux migrants sont venus de Finlande [2]. Après l'arrêt du recrutement en 1972/73, de nombreux travailleurs migrants (en particulier de Finlande) sont retournés dans leur pays d'origine, ce qui a entraîné un excédent migratoire négatif au début des années 1970. Dans les années 1980 et 1990, les flux de réfugiés et le regroupement familial ont augmenté de manière significative. Des groupes importants de migrants sont venus d'Iran, d'Irak, du Liban, de Syrie, de Turquie, d'Érythrée, de Somalie et du Chili. Pendant la guerre en Yougoslavie, environ 100 000 Bosniaques ont été admis. L'adhésion à l'UE en 1995, l'adhésion à l'accord de Schengen en 2001, et surtout les cycles d'élargissement de l'UE en 2004 et 2007 ont entraîné une augmentation significative de l'immigration en provenance d'autres États de l'UE (en particulier la Roumanie) [1, 2]. Ces dernières années, l'immigration des demandeurs d'asile, des réfugiés, des membres de la famille des migrants actuels et des étudiants internationaux a augmenté. Alors que moins de 60 000 personnes ont immigré en 2000, le nombre d'immigrants annuels a dépassé les 100 000 par an depuis 2012 [1]. En 2014, 127 000 personnes ont déménagé en Suède. La plupart de ces immigrants sont nés en Syrie (26 100), en Érythrée (5 300), en Pologne (5 100) et en Somalie (4 400). En outre, un groupe important de personnes nées en Suède est revenu de l'étranger (15 200). En termes de taille de population, la Suède était la principale destination des demandeurs d'asile dans l'UE en 2014 et 2015. En 2015, environ 163 000 personnes ont demandé l'asile [2]. Les personnes originaires de Syrie (191 500), d'Irak (146 000), de Finlande (144 600), de Pologne (93 700) et d'Iran (80 100) constituaient les plus grands groupes de migrants (nés à l'étranger) en 2019 [3]. Entre 1990 et 2019, la population migrante (née à l'étranger) et sa proportion dans la population totale ont plus que doublé (788 800 à 2 millions ; 9,2 à 20 %) [4]. Le taux de migration net a toujours été positif au cours des dernières décennies et, en 2020, il sera de 4 % [5].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

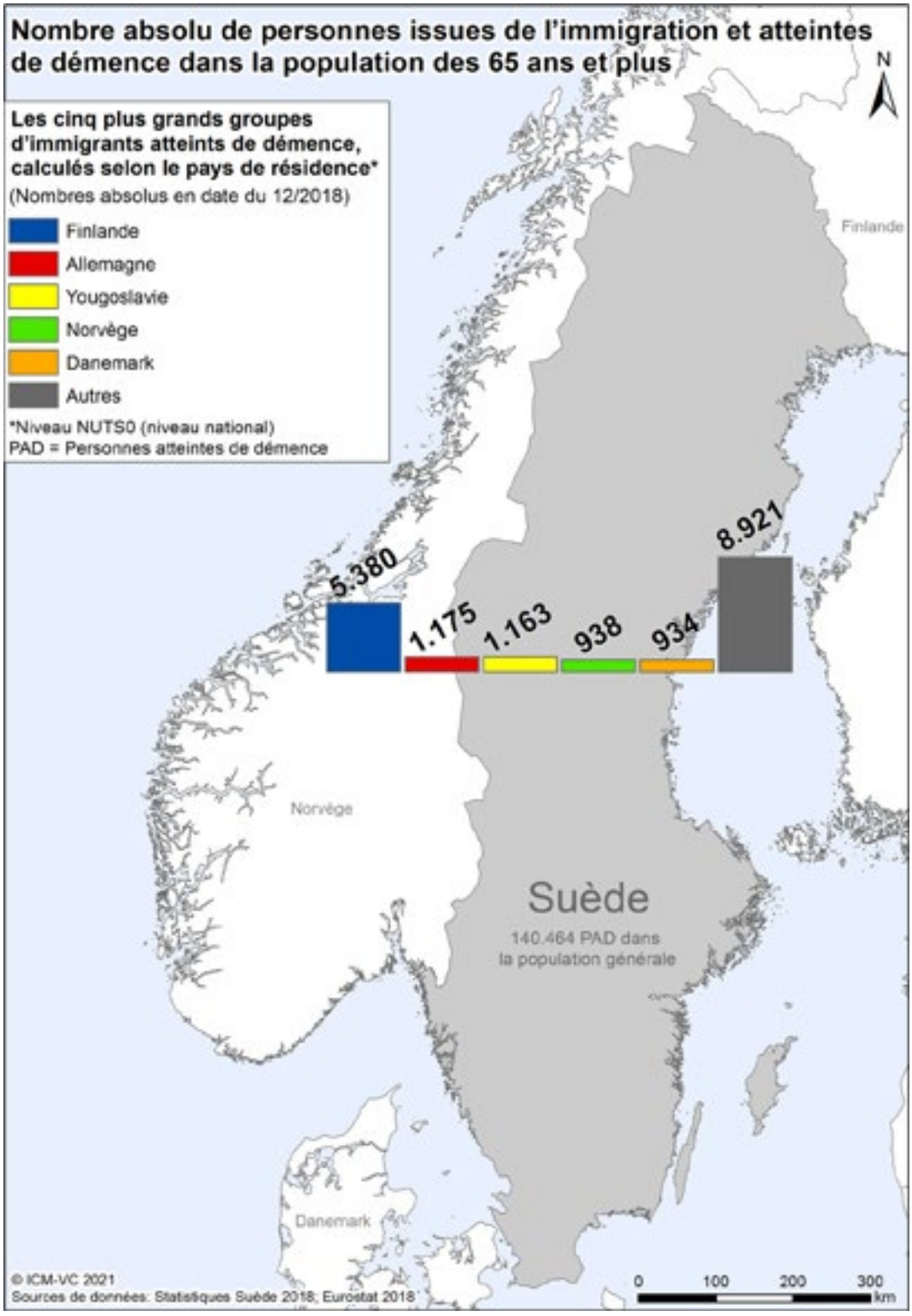


Fig. 3.7.31.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Suède – Nation)

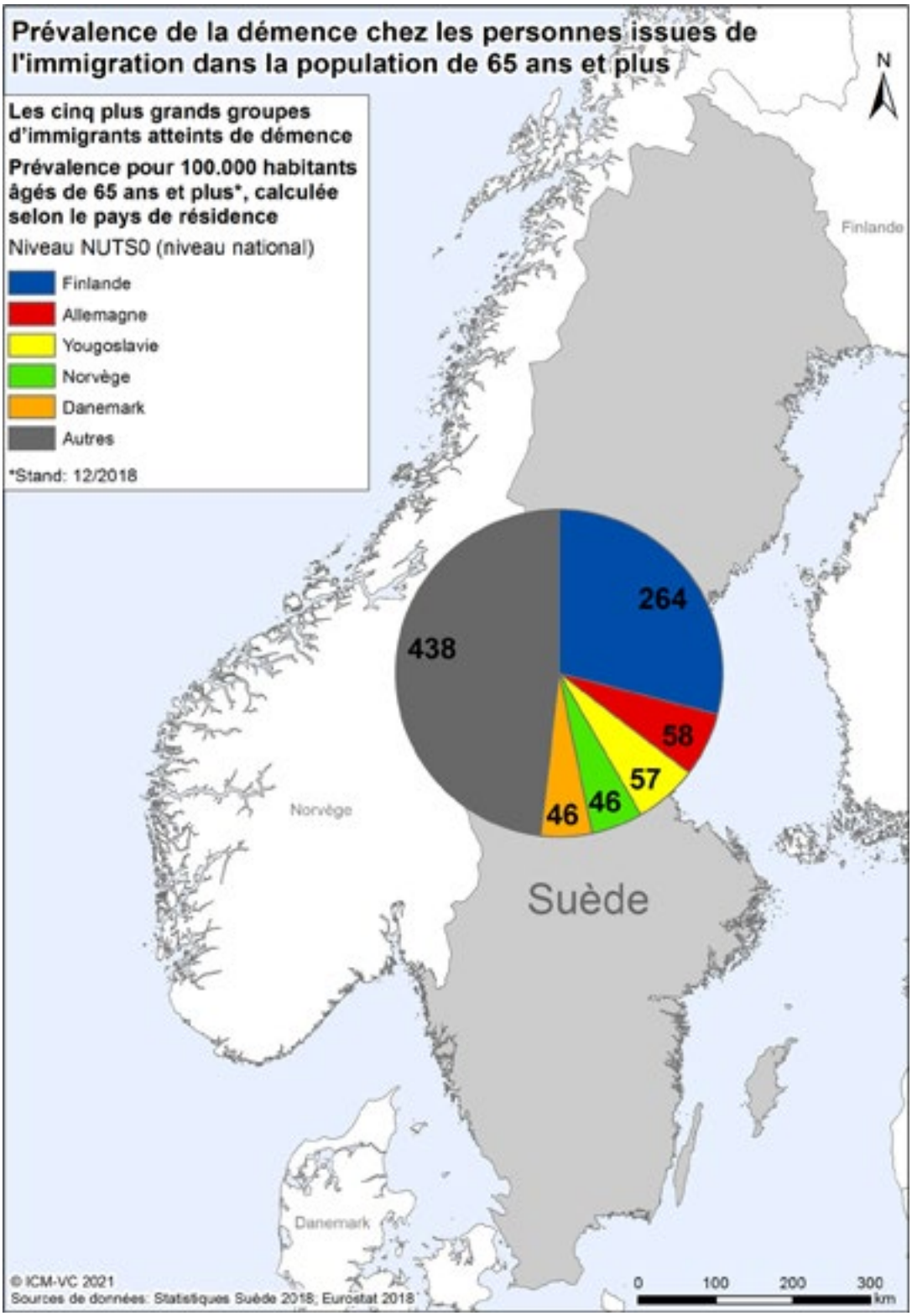


Fig. 3.7.31.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Suède – Nation)

Tableau 59 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Suède - NUTS 2)

NUTS	Total	SE	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Suède	140.464	121.953	FI 5.380	DE 1.175	YU 1.163	NO 938	DK 934	8.921
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Suède	5.236	-	FI 201	DE 44	YU 43	NO 35	DK 35	332
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Suède	6.900	5.991	FI 264	DE 58	YU 57	NO 46	DK 46	438

Source des données : Statistics Sweden (2018)

Il y a 268 300 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 18 500 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.31.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires de Finlande (environ 5 400), d'Allemagne (environ 1 200), de Yougoslavie (environ 1 200), de Norvège (environ 900) et du Danemark (environ 900). Le second graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Suède pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.31.2). Le tableau 59 illustre les valeurs représentées dans les cartes au niveau national [6-8].

3. Plan national de lutte contre la démence

Actuellement, aucun PND n'a pu être identifié pour la Suède. Cependant, selon un discours parlementaire du Premier ministre Stefan Löfven du 12 septembre 2017, la publication d'une stratégie sur la démence est prévue [9, 10]. En outre, le Conseil national de la santé et du bien-être (*Socialstyrelsen*) a publié le document suivant « Une stratégie nationale pour les démences : Documentation et proposition d'un plan pour des initiatives prioritaires d'ici 2022 » en juin 2017.

Ce document aborde le sujet de la migration de manière très détaillée. Dans une section distincte de 4 ½ pages (« Personnes atteintes de démence nées à l'étranger »), six thèmes principaux (« Travailler avec des personnes atteintes de démence et d'origine étrangère », « Travailler avec un interprète », « RUDAS », « École de la migration », « Soins aux personnes âgées dans les langues des minorités nationales », « Traduction dans d'autres langues ») et dans 16 autres passages de texte répartis dans dix chapitres/sous-chapitres, diverses questions liées à la migration sont abordées. Dans ces sections, la nécessité croissante d'examiner et de soigner les personnes parlant une autre langue que le suédois et atteintes de démence est soulignée à plusieurs

reprises. Selon le document, environ 20 000 des 160 000 personnes atteintes de démence vivant en Suède sont nées dans un autre pays. D'ici 2036, le nombre de personnes nées à l'étranger et atteintes d'une maladie cognitive devrait doubler. Un problème général souligné dans cette stratégie en matière de démence est que les conseils de district et les municipalités ne prennent que peu d'initiatives à l'intention des personnes atteintes de démence et dont la langue maternelle n'est pas le suédois. Il y a un manque flagrant en matière de diagnostic et de soins pour les personnes atteintes de démence. Seuls trois conseils de district (Stockholm, Skåne et Örebro) ont mis en place des activités spécifiques dans ces domaines à l'intention des personnes dont la langue maternelle n'est pas le suédois. Toutefois, il est également indiqué que les conseils de district et les municipalités ont besoin de soutien pour accroître la volonté d'aider les personnes qui ne parlent pas suédois. Selon une étude de l'École des migrations, Centre de connaissances sur la démence de Skåne, à laquelle il est fait référence dans le présent document, les personnes nées à l'étranger obtiennent de moins bons résultats aux instruments d'évaluation cognitive traditionnels (par exemple, le MMSE), elles reçoivent moins de médicaments spécifiques à la démence et se voient prescrire davantage de neuroleptiques que les personnes nées dans le pays. En outre, il est mentionné à plusieurs reprises que le nombre d'interprètes est faible en Suède. Selon les résultats des recherches citées, la qualité de l'interprétation est souvent insatisfaisante et les lacunes de communication causées par une interprétation inexacte peuvent avoir un impact négatif sur les résultats des tests cognitifs et le diagnostic qui s'ensuit. Le manque d'expertise des interprètes et le manque de connaissances sur la meilleure façon d'utiliser les services d'interprétation sont cités comme les principales raisons de ce problème. Pour remédier à ces problèmes, le National Board of Health and Welfare recommande d'améliorer les pratiques de recrutement et de développer la formation des interprètes dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence.

Après la description des principaux problèmes liés à la prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, ce document mentionne également certains efforts déjà réalisés dans ce domaine. Dans ce contexte, l'école de migration, le centre de connaissances sur la démence de la région de Skåne est mentionné à plusieurs reprises. Cette organisation s'est engagée depuis 2011 à élaborer et mettre en œuvre des méthodes de travail visant à améliorer la prise en charge de la démence chez les personnes d'origine étrangère. Dans la stratégie en matière de démence, plusieurs services déjà mis en œuvre par l'École des migrations sont mis en avant, tels que la formation en ligne accessible en différentes langues sur la démence ou la formation d'interprètes pour le personnel médical travaillant avec des personnes atteintes de démence. Dans le cadre du thème de l'utilisation d'un interprète, il est fait référence à une étude en cours à la clinique de la mémoire de Malmö, qui étudie comment l'examen de la démence est influencé par la présence d'un interprète. L'objectif de l'étude est d'identifier les opportunités de développement et de développer des routines pour une utilisation optimisée des interprètes dans les examens de démence. Un service déjà intégré aux soins est l'instrument de dépistage RUDAS, qui est utilisé depuis 2014 dans plusieurs cliniques de la mémoire et centres de santé du comté de Skåne pour les tests cognitifs des personnes ayant un faible niveau de scolarité et d'autres origines linguistiques ou culturelles. Un autre modèle de bonne pratique de soins est la coopération entre les services sociaux municipaux et les soins de santé régionaux

pour soutenir les personnes atteintes de démence d'origine étrangère, établie dans un district de Malmö depuis 2013. Dans le cadre de cette coopération, différentes méthodes ont été développées que le personnel des services de soins ambulatoires ou des établissements hospitaliers de Malmö et de la région de Skåne, qui participe également à la coopération, utilise en cas de difficultés de communication entre le personnel et les personnes nécessitant des soins qui ont perdu leur connaissance du suédois. Une méthode qui a déjà été mise en œuvre est l'appariement des bénéficiaires de soins aux membres du personnel ayant la même langue maternelle lors de l'identification de la personne de contact. Si une telle correspondance n'est pas possible, les membres du personnel sont censés apprendre les termes les plus importants pour les soins dans la langue maternelle du patient. En outre, la personne de contact doit également connaître la culture et les conditions de vie de la région dans laquelle la personne prise en charge a grandi. Une autre méthode déjà utilisée est la tenue d'un plan d'action et de mise en œuvre par le personnel, dans lequel les besoins et les souhaits individuels de la personne prise en charge sont décrits. En plus de ces modèles régionaux de bonnes pratiques de soins, ce document fait également référence à quelques services d'information et de conseil pour les personnes issues de l'immigration disponibles au niveau national. Par exemple, le Centre suédois de la démence propose des informations multilingues sur la démence par le biais de supports imprimés et en ligne, et Alzheimer Suède dispose d'une ligne d'assistance téléphonique qui s'adresse également aux personnes qui ne parlent pas suédois.

La stratégie en matière de démence comprend également quelques lignes directrices de base ainsi que des recommandations d'action détaillées à l'intention des prestataires de soins et des professionnels. Tout d'abord, il est expliqué qu'une approche centrée sur la personne inclut une considération particulière des besoins des personnes ayant un contexte culturel ou linguistique différent. Le personnel des services sociaux et de santé doit tenir compte du contexte culturel et linguistique lorsqu'il fournit des conseils et des informations aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches, et recourir à un interprète si nécessaire. Le recours à des interprètes peut être particulièrement important lors de l'examen et du traitement de personnes dont la langue maternelle n'est pas le suédois. Dans cette stratégie sur la démence, il est fait référence à l'importance de la présence d'une personne externe lors des entretiens avec les patients interprétés, qui a des connaissances sur les soins et le jargon utilisé dans les soins ainsi que sur la langue du patient. En ce qui concerne le soutien aux proches du patient, les planificateurs de soins et les prestataires sont encouragés à planifier et à mettre en œuvre des interventions fondées sur les besoins, l'origine ethnique et le sexe de la personne. À la fin du document, il est recommandé de veiller à ce que les connaissances sur les besoins et les conditions des personnes atteintes de démence nées à l'étranger soient diffusées dans le système de santé d'ici 2022 [11].

Ainsi, « Une stratégie nationale pour les démences : documentation et proposition d'un plan d'initiatives prioritaires d'ici 2022 » présente non seulement une introduction thématique détaillée et une description des principaux problèmes liés à la prise en charge de la démence auprès des personnes issues de l'immigration, mais fournit également un cadre d'action complet avec des recommandations pour les planificateurs de soins et les prestataires de services ainsi que des références aux études, projets, structures de soins et services de soins existants.

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Deux documents contenant des lignes directrices nationales pour les soins aux personnes atteintes de démence ont été identifiés : 1. « Soins et soutien aux patients atteints de démence : soutien à l'orientation et à la gestion » de 2017, 2. « Soins et soutien aux patients atteints de démence : résumé et potentiel d'amélioration », l'évaluation des lignes directrices nationales de 2018. Le premier document ne comporte pas de chapitre distinct sur l'immigration, mais fait brièvement référence aux personnes ayant une origine linguistique ou culturelle différente dans huit sections. Ces personnes sont identifiées comme un groupe ayant des besoins particuliers en matière de soins aux personnes atteintes de démence. Dans le cadre des soins centrés sur la personne, la personne atteinte de démence doit avoir la possibilité de pratiquer sa religion, de manger une nourriture conforme à sa culture, de préserver ses traditions et coutumes culturelles et d'avoir accès à un personnel parlant la même langue. Dans l'ensemble, les lignes directrices semblent identifier l'évaluation cognitive et la détection précoce chez les personnes suspectées de démence et ayant un contexte linguistique ou culturel différent comme un défi majeur. Dans quatre passages, ils recommandent l'utilisation de l'échelle d'évaluation interculturelle RUDAS, qui a déjà été adaptée à ce groupe. En ce qui concerne les soins aux patients hospitalisés, il est recommandé que l'environnement physique soit conçu en tenant compte des besoins culturels et religieux des personnes atteintes de démence. En outre, les lignes directrices soulignent le droit des minorités linguistiques à recevoir des informations personnalisées sur l'état de santé et les services de soins disponibles, ainsi que la nécessité d'adapter les services au contexte linguistique. La Suède semble suivre un modèle de soins inclusif, dans lequel les services de soins de santé existants sont adaptés aux besoins des personnes ayant des origines linguistiques ou culturelles différentes [12].

Le deuxième document de 2018 comporte un chapitre distinct sur la migration (« Les besoins des personnes originaires d'autres pays doivent être pris en compte »). En plus de ce chapitre de trois pages, le sujet est également abordé dans une autre section distincte et un chapitre ultérieur. Dans l'ensemble, les lignes directrices évaluées font référence à la migration dans un sens beaucoup plus large que les lignes directrices de l'année précédente. Cela indique que le sujet prend de plus en plus d'importance au niveau national. Le contenu est axé sur la sensibilisation des prestataires de services de soins aux personnes atteintes de démence, et notamment des municipalités et des districts, aux besoins des personnes originaires d'autres pays. Les difficultés de communication sont considérées comme un défi particulier, car de nombreuses personnes dont la langue maternelle est différente perdent leurs compétences linguistiques en suédois pour cause de démence. En outre, le problème des expériences traumatiques et de leurs effets sur les symptômes psychologiques et la validité des résultats des tests de diagnostic de la démence pour les personnes d'origine étrangère sont abordés. Le document part du principe que le nombre de personnes atteintes de démence nées dans un autre pays augmentera considérablement dans les années à venir (il doublera au cours des vingt prochaines années). Sur les 20 000 personnes actuelles, la plupart sont nées en Finlande ou dans un autre pays scandinave voisin. Plusieurs passages mentionnent l'importance de prendre

en compte les besoins spécifiques des personnes issues de contextes linguistiques ou culturels différents dans la fourniture de soins et d'assistance. Avec presque la même formulation que dans les lignes directrices de 2017, plusieurs besoins sont cités et la mise en œuvre de mesures concrètes telles que l'utilisation de RUDAS pour les personnes suspectées de démence et ayant une autre langue maternelle est recommandée. La version évaluée ajoute qu'un programme de formation à l'utilisation de RUDAS est disponible pour les professionnels de santé. L'outil de dépistage et le programme de formation se sont répandus au niveau national ces dernières années. Actuellement, la moitié des districts utilisent déjà RUDAS. En outre, deux tiers des districts ont déclaré dans une enquête avoir développé des routines pour l'utilisation des interprètes. Simultanément, les lignes lignes directrices révèlent également qu'il existe une pénurie de soins et d'assistance pour les personnes originaires d'autres pays. Cette pénurie existe notamment en termes de détection précoce et de dépistage de la démence, de traitement médicamenteux approprié et de soins spécialisés après le diagnostic. Moins d'une municipalité sur dix offre des services de garde d'enfants, de soins à domicile ou de soins familiaux adaptés aux besoins des minorités linguistiques. Bien que la proportion de municipalités disposant d'établissements résidentiels axés sur les personnes ayant une langue maternelle différente ait augmenté, elle n'était encore que de 16 % en 2017. La répartition géographique des services destinés aux minorités linguistiques est fortement présente dans les grandes villes. En outre, des recherches ont montré que les personnes nées en dehors de la Scandinavie se voyaient prescrire moins de médicaments contre la démence. Il existe de grandes lacunes dans la connaissance des besoins des minorités culturelles et linguistiques et des mesures appropriées pour répondre à ces besoins. Par conséquent, les personnes nées à l'étranger font moins appel aux services d'aide municipaux que les personnes originaires de Suède. Les lignes directrices évaluées en 2018 concluent que les districts et les municipalités doivent travailler plus activement au diagnostic de la démence chez les personnes originaires d'autres pays et acquérir davantage de connaissances sur l'investigation et le traitement de la démence dans ce groupe. La prescription de médicaments contre la démence doit être revue et davantage de municipalités doivent développer des services spécialisés pour les personnes de langue maternelle différente [13]. L'analyse des documents de 2017 et 2018 a montré que la Suède accordait une grande attention au sujet de la démence et de la migration au niveau national. Les lignes directrices nationales donnent des recommandations générales aux prestataires de soins de santé municipaux et leur montrent des options d'actions concrètes pour combler les lacunes actuelles en matière de connaissances et de soins concernant les personnes d'origine étrangère et la maladie.

Les parties suivantes sur les services et les informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les soins professionnels et le soutien aux aidants familiaux sont basées sur des déclarations écrites et reflètent l'expérience et l'opinion de l'expert. Cela pourrait entraîner un biais de sélection dans les informations et une déviation des résultats des sections précédentes.

5. Services et informations destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Selon l'experte, les personnes issues de l'immigration sont identifiées comme étant un groupe vulnérable par rapport au système de santé. Cela s'applique particulièrement aux personnes nées hors d'Europe, par exemple en Asie, au Moyen-Orient ou en Afrique. Pourtant, le thème de la démence et de la migration n'est que partiellement considéré comme important au niveau national en Suède. Par exemple, il n'existe pas de budget national pour les démences et les migrations. Cependant, certains experts individuels se concentrent sur ce sujet. Dans certaines régions, le sujet est très important. L'experte a noté que les personnes issues de l'immigration étaient considérées comme vulnérables en ce qui concerne le développement, le processus et les conséquences de la démence ainsi que les lacunes dans les soins, le sous-diagnostic et l'utilisation des services de soins de santé formels. En général, les soins sont adaptés aux personnes nées et élevées en Suède. Les personnes ayant d'autres origines linguistiques et culturelles, et notamment les migrants moins instruits, restent privées du type de soins dont elles ont besoin. En outre, le diagnostic de la démence est moins fiable parce que les tests utilisés sont influencés par la culture, la langue et l'éducation et qu'il y a un manque d'interprètes professionnels.

En Suède, le concept de soins aux personnes atteintes de démence est centré sur la personne. D'après l'experte, ce concept ne fonctionne pas en pratique pour les personnes issues de l'immigration. Il s'agit essentiellement d'un modèle de soins inclusifs, dans lequel toutes les personnes ont le même droit de demander des soins et un soutien. Cependant, le problème est que les soins de santé et la société ne sont pas adaptés à tout le monde. Les différences de langue, de culture et d'éducation, ainsi que le manque de connaissances sur le fonctionnement des soins de santé et sur ce que la société offre en termes de ressources, font que les migrants ont moins de chances de faire appel aux services disponibles. À titre d'exemple, l'experte a cité les services de soins de jour pour les personnes atteintes de démence, qui sont en principe accessibles à tous en Suède, mais qui ne sont pas utilisés par de nombreuses personnes issues de l'immigration parce qu'ils ne peuvent pas interagir correctement avec le personnel ou les patients. Pour ces raisons, l'experte a conclu que les services de soins existants étaient plus adaptés et adéquats pour les non-migrants atteints de démence. Cependant, il existe aussi des groupes de migrants pour lesquels la prise en charge est plus appropriée (personnes originaires de Finlande ou du Danemark) parce qu'ils sont mieux intégrés dans la société et qu'il y a moins de problèmes linguistiques et culturels. En outre, certains groupes ethniques ayant une longue histoire de migration ont accès à du personnel de santé originaire du même pays ou à des foyers pour personnes atteintes de démence dont le personnel parle la même langue (par exemple, le foyer pour juifs, les personnes originaires de Finlande, ainsi que les personnes parlant persan et arabe à Stockholm). Les mesures relatives aux soins interculturels sont locales et ne sont pas distribuées ou en cours de développement au niveau national. Dans le comté de Skåne, dans le sud de la Suède, des films d'information sur la démence, l'importance de chercher de l'aide à un stade précoce de la maladie et l'investigation de la démence ont été réalisés dans différentes langues.

L'experte a identifié un grand besoin d'amé-

lioration dans le diagnostic précoce de la démence chez les personnes issues de l'immigration, l'utilisation d'outils de dépistage cognitif qui sont moins influencés par la langue, la culture et l'éducation, et l'utilisation d'interprètes pendant l'évaluation de la démence.

6. Qualification professionnelle et personnes issues de l'immigration dans le domaine des soins de santé

L'experte a déclaré que les soins adaptés à la diversité culturelle étaient partiellement inclus dans la formation des professionnels de la santé. Réfléchir à sa propre culture et aux préjugés et croyances des autres, ainsi qu'à son impact potentiel sur le traitement, fait fondamentalement partie de l'approche centrée sur la personne. Toutefois, il n'existe pas de cours consacrés aux soins adaptés à la diversité culturelle dans tout le pays. À cet égard, il existe de grandes différences entre les différentes universités et écoles supérieures. En outre, les cours sont pour la plupart facultatifs et il n'est pas certain que tous les étudiants suivent ces cours. La situation est similaire pour les possibilités de formation professionnelle en matière de soins interculturels. Dans le sud de la Suède, les aidants professionnels peuvent suivre des cours organisés par le centre de connaissances sur la démence. Il existe également de petits efforts nationaux dans ce domaine.

Selon la spécialiste, la proportion de personnes issues de l'immigration parmi les soignants professionnels est élevée, tant dans les soins ambulatoires que dans les soins hospitaliers, et se situe entre 20 et 40 %. La proportion est encore plus élevée dans le secteur des soins aux personnes âgées. Les aidants professionnels issus de l'immigration sont originaires de nombreux pays différents (par exemple, l'Iran, l'Irak, la Pologne, la Grèce, la Bosnie, la Macédoine du Nord). Cette grande diversité parmi les soignants professionnels a des effets différents sur les soins. D'une part, ces soignants permettent aux personnes ayant besoin de soins d'accéder à des soins linguistiques et interculturels. D'autre part, beaucoup de ces professionnels ont le sentiment d'être souvent utilisés comme interprètes, ce qui n'est pas acceptable pour eux, car ils n'ont pas de temps supplémentaire ni de compensation pour ces tâches particulières. En outre, l'absence (vacances, maladie) de professionnels de la santé issus de l'immigration entraîne souvent des délais d'attente pour les patients de même langue maternelle. Dans l'ensemble, en Suède le besoin de soins adaptés à la diversité culturelle n'est pas satisfait par des professionnels suffisamment qualifiés.

7. Soutien aux aidants familiaux

L'experte a souligné qu'en Suède, les réseaux de familles et de prestataires de soins étaient très importants et que les organisations d'immigrés jouaient un rôle important dans le soutien aux aidants familiaux des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Actuellement, il existe des différences majeures dans l'adéquation des ressources d'information et des services de soutien existants pour les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et de non-migrants atteints de démence. L'experte a souligné que les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence avaient grand besoin de services spécialisés fournissant soutien et information. Cependant, l'ex-

perte n'a retenu qu'un seul service spécialisé de ce type actuellement disponible : une assistance téléphonique fournie par une association à but non lucratif pour les personnes atteintes de démence et les membres de leur famille, en persan et en bosniaque

8. Références

1. Swedish Institute: Sweden and Migration. [https://sweden.se/migration/]. (2019). Consulté le 7 mai 2020.
2. Parusel B: Länderprofil: Schweden. In: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien, Bundeszentrale für politische Bildung; 2015.
3. Statistics Sweden: Population by country of birth, age, sex and year; 2019.
4. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Sweden; 2019.
5. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Sweden; 2019.
6. Esri: World Ocean Background; 2010.
7. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 2016; 2018.
8. Statistics Sweden: Population by country of birth, age and sex In. Stockholm: Statistics Sweden 2018.
9. Alzheimer Europe: National Dementia Strategies: a snapshot of the status of National Dementia Strategies around Europe. [https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies]. (2017) Consulté le 1er juin 2019.
10. Government Offices of Sweden: Statement of Government Policy, 12. September 2017. [https://www.government.se/speeches/2017/09/statement-of-government-policy-12-september-2017/]. (2017). Consulté le 27 october 2020.
11. Socialstyrelsen: En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022; 2017.
12. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning: Socialstyrelsens publikationsservice 2017.
13. Socialstyrelsen: Vård och omsorg vid demenssjukdom: Sammanfattning med förbättringsområden: Socialstyrelsen Sverige; 2018.

Suisse

Population
8 606 000 (2020)

Superficie
39 860 km²

Capitale
Berne

Trois plus grandes villes
Zurich (420 000)
Genève (204 000)
Bâle (173 000)

Pays voisins
Allemagne, Autriche, France, Italie, Liechtenstein

1. Histoire des migrations
2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
3. Plan national de lutte contre la démence
4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence
5. Références

1. Histoire des migrations

La Suisse a été un pays d'émigration jusqu'en 1888. Du XV^e^ au début du XIX^e^ siècle, des centaines de milliers d'entrepreneurs militaires et de mercenaires ont émigré vers d'autres États européens [1, 2]. Au XIX^e^ siècle, environ un demi-million de personnes ont émigré en Amérique du Nord. À la fin du XIX^e^ siècle, la Suisse est devenue un pays d'immigration. Au cours de cette période, de nombreuses personnes ont immigré des régions voisines du sud de l'Allemagne, du nord de l'Italie, de l'ouest de la France et de l'Autriche [2]. Dans le dernier tiers du XIX^e^ siècle, de nombreux étrangers ont étudié en Suisse. L'évolution vers un pays d'immigration a été temporairement stoppée par les deux guerres mondiales, lorsque l'immigration a été sévèrement limitée. En juin 1948, un accord sur le recrutement de travailleurs invités a été conclu avec l'Italie. Pendant la Guerre froide, la Suisse a également accueilli des réfugiés des régimes communistes [1]. Depuis la Seconde Guerre mondiale, la population étrangère n'a cessé d'augmenter, à l'exception de la crise pétrolière des années 1970 et du marasme économique de 1983 [3]. Jusqu'à la fin des années 1970, la majorité des travailleurs immigrés provenaient d'Italie et d'Espagne. Après les conflits des années 1990, un nombre croissant de personnes ont immigré de pays tels que le Portugal et la Yougoslavie [4]. Cependant, entre 1970 et 2000, environ deux millions de « *travailleurs invités* » sont retournés dans leur pays d'origine [3]. Ces dernières années, des dizaines de milliers de travailleurs ont immigré d'autres États membres de l'UE [4]. En 2018, les plus grands groupes de migrants étaient originaires d'Italie (322 100), d'Allemagne (307 900) et du Portugal (265 500). Globalement, environ 68 % de la population résidente étrangère provient des États de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni [5]. La population migrante (née à l'étranger) a été multipliée par dix entre 1941 et 2019 (223 500 à 2,6 millions) et a presque doublé entre 1990 et 2019 (1,4 million à 2,6 millions) [3, 6]. La proportion de migrants dans la population totale a également augmenté de manière significative (20,9 à 29 %) entre 1990 et 2019 [7]. La Suisse est actuellement l'un des pays européens où la proportion d'étrangers est la plus élevée [2]. Le taux de migration net a toujours été positif au cours des dernières décennies et, en 2020, il sera de 6,1 % [8].

2. Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

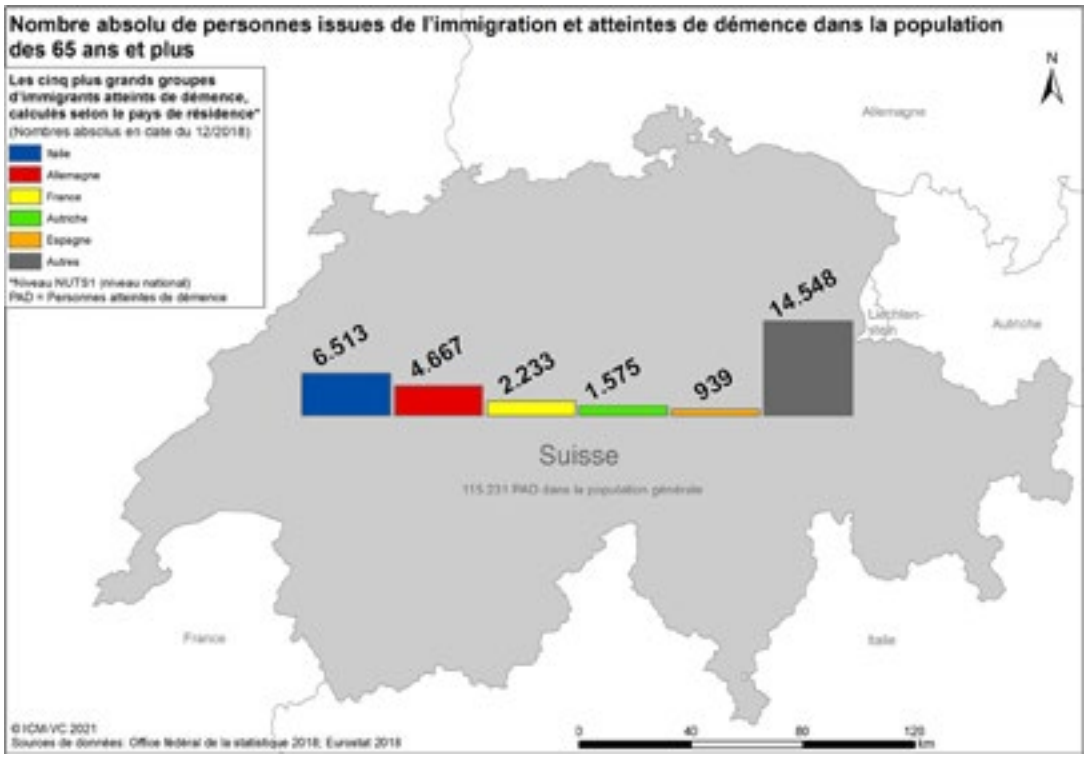


Fig. 3.7.32.1 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Suisse – Nation)

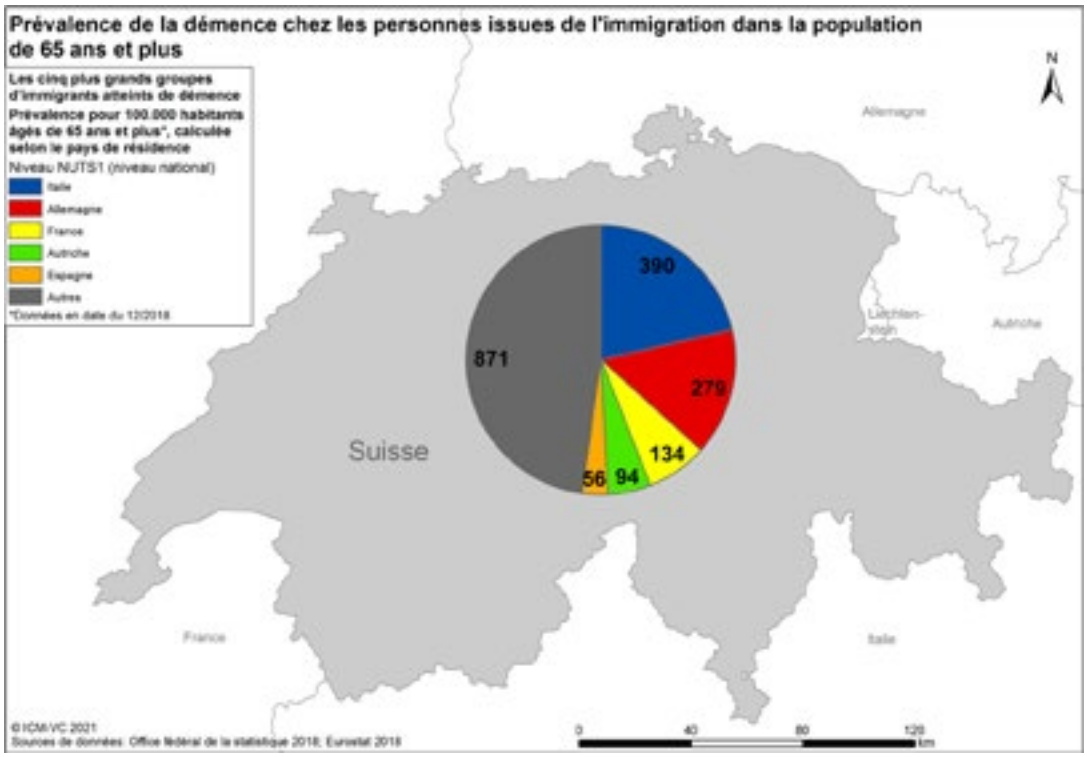


Fig. 3.7.32.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Suisse – Nation)

Tableau 60 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Suisse - NUTS 2)

NUTS	Total	CH	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
Suisse	115.231	84.757	IT 6.513	DE 4.667	FR 2.232	AT 1.575	ES 939	14.548
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
Suisse	2.609	-	IT 147	DE 106	FR 51	AT 36	ES 21	329
Prévalence/100.000 habitants 65+								
Suisse	6.900	5.075	IT 390	DE 279	FR 134	AT 94	ES 56	593

Source des données : Bundesamt für Statistik (2018)

Il y a 368 300 personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus. On estime qu'environ 25 400 d'entre elles souffrent d'une forme de démence. La figure 3.7.32.1 montre que les groupes de migrants les plus touchés sont vraisemblablement originaires d'Italie (environ 6 500), d'Allemagne (environ 4 700), de France (environ 2 200), d'Autriche (environ 1 600) et d'Espagne (environ 900). Le deuxième graphique met en évidence le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Suisse pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus (figure 3.7.32.2). Le tableau 60 présente les valeurs représentées dans les cartes au niveau national. Les cartes suivantes montrent la répartition des non-migrants atteints de démence et des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence originaires d'Italie, d'Allemagne, de France, d'Autriche et d'Espagne dans l'ensemble du pays dans les régions NUTS2 (figures 3.7.32.3 - 3.7.32.8).

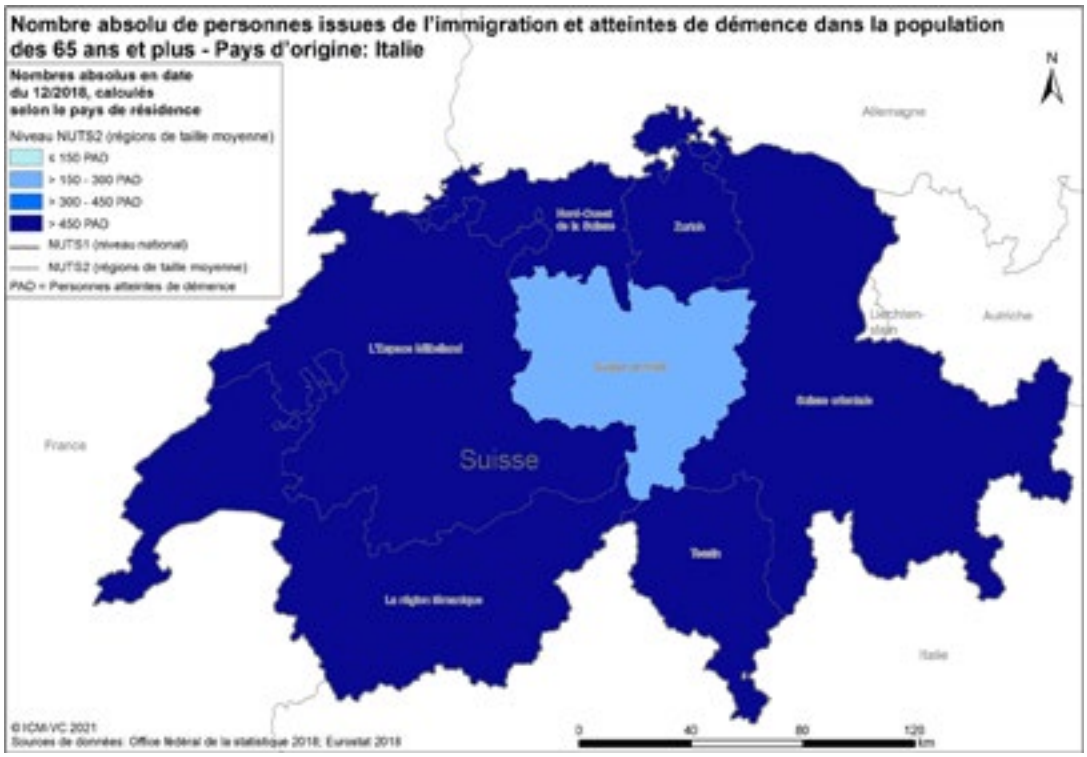


Fig. 3.7.32.3 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Italie (Suisse – NUTS2)

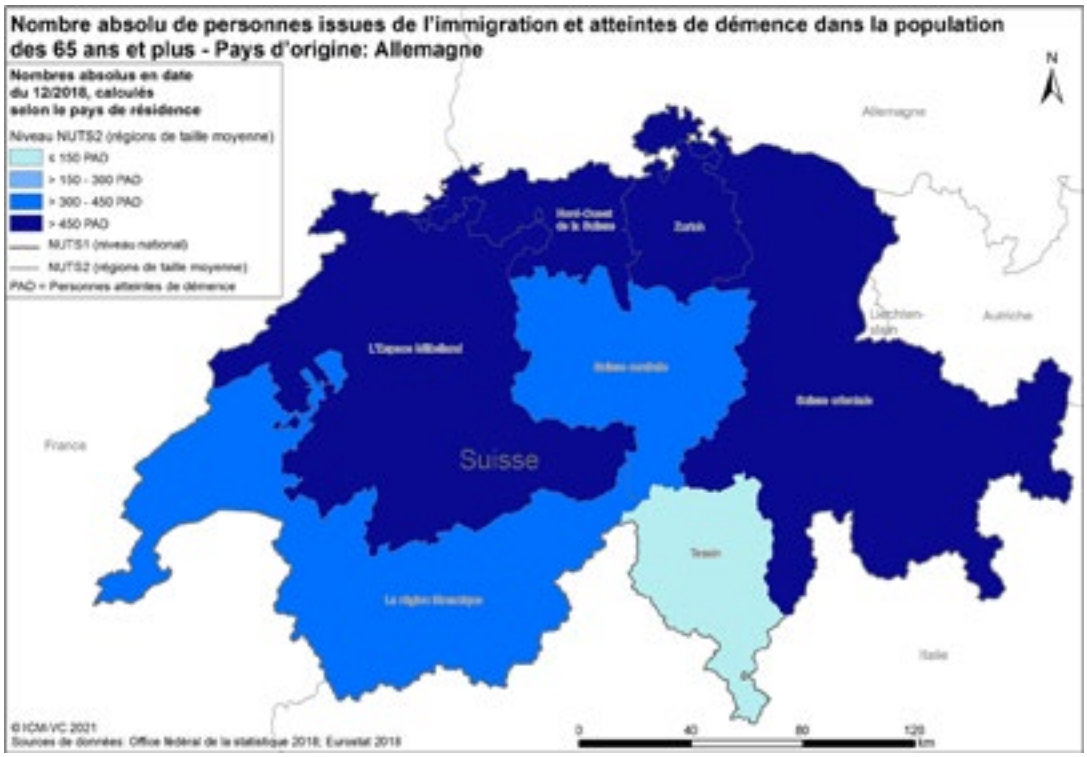


Fig. 3.7.32.4 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Allemagne (Suisse – NUTS2)

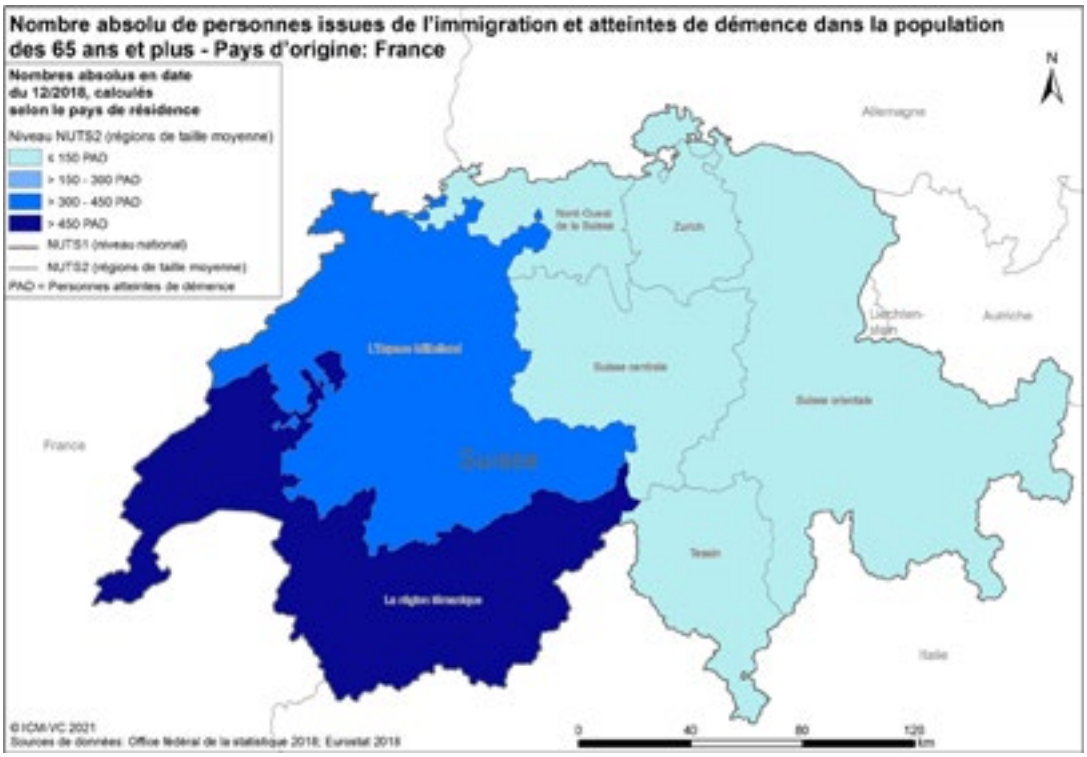


Fig. 3.7.32.5 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : France (Suisse – NUTS2)

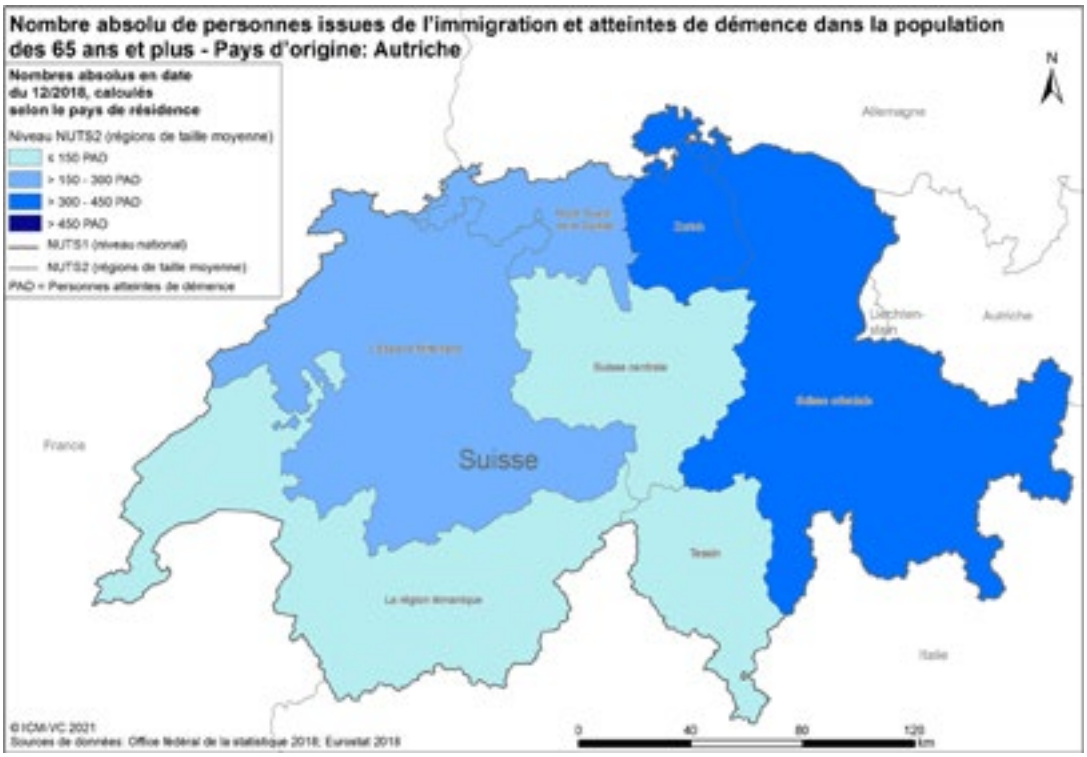


Fig. 3.7.32.6 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Autriche (Suisse – NUTS2)

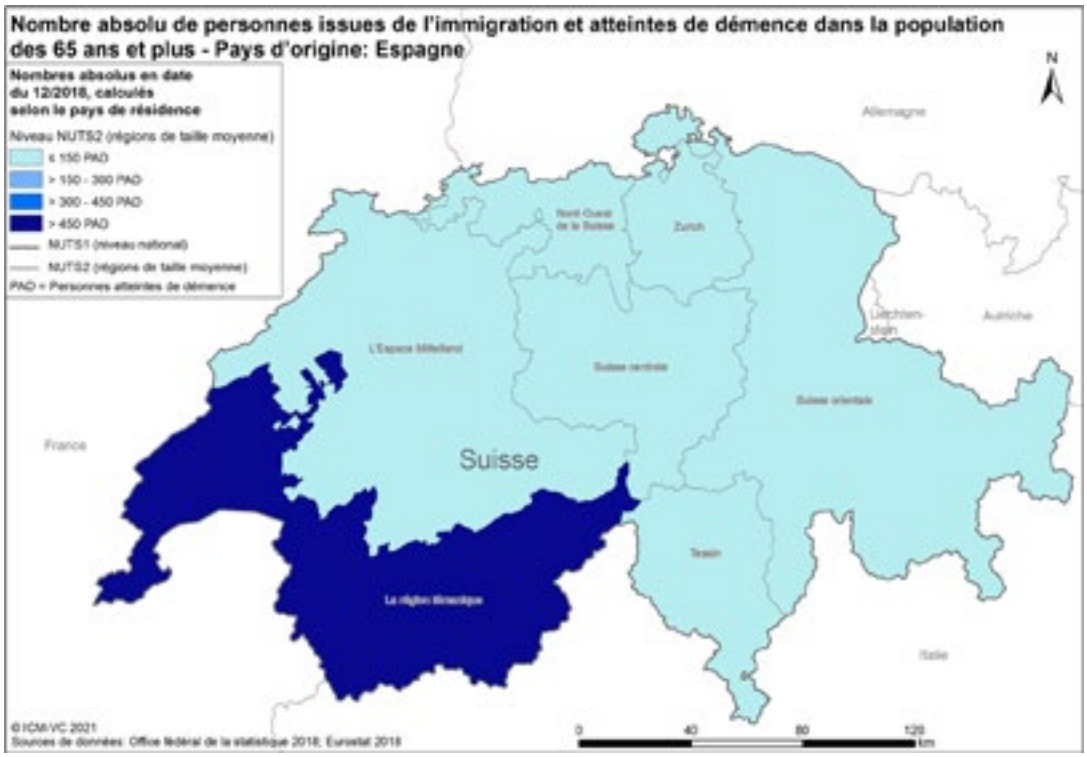


Fig. 3.7.32.7 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Espagne (Suisse – NUTS2)

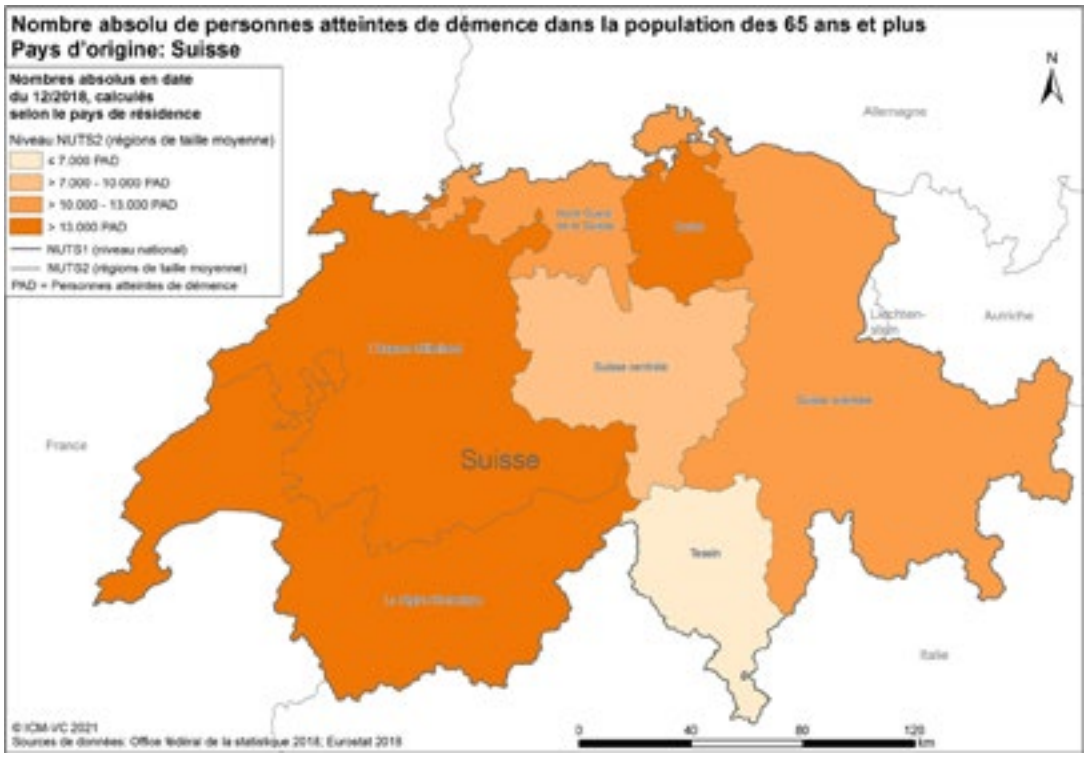


Fig. 3.7.31.8 : Nombre absolu de personnes atteintes de démence, âgées de 65 ans et plus. Pays d'origine : Suisse (Suisse - NUTS2)

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence les groupes d'immigrants qui, selon les estimations, seront les plus touchés au niveau NUTS2. La première carte illustre le nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les régions NUTS2 (figure 3.7.32.9). La deuxième carte montre le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus dans les régions NUTS2 (figure 3.7.32.10). Les valeurs du niveau NUTS2 se trouvent dans le tableau 61 [9, 10].

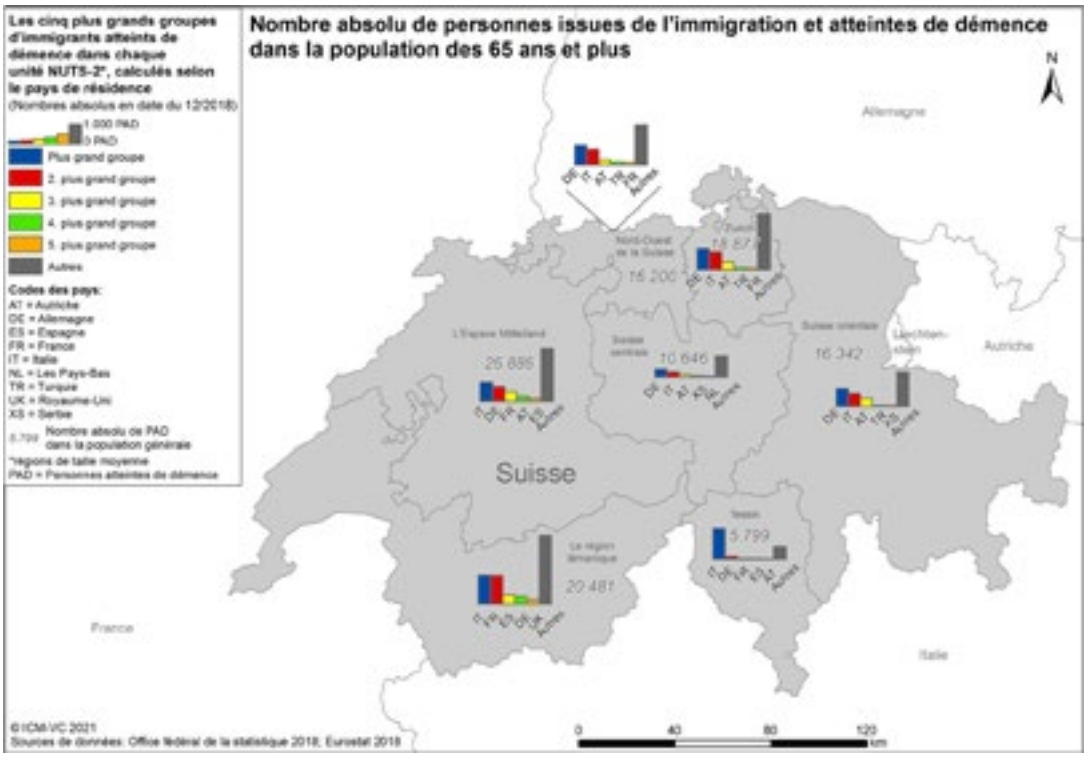


Fig. 3.7.32.9 : Nombre absolu de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans et plus (Suisse – NUTS2)

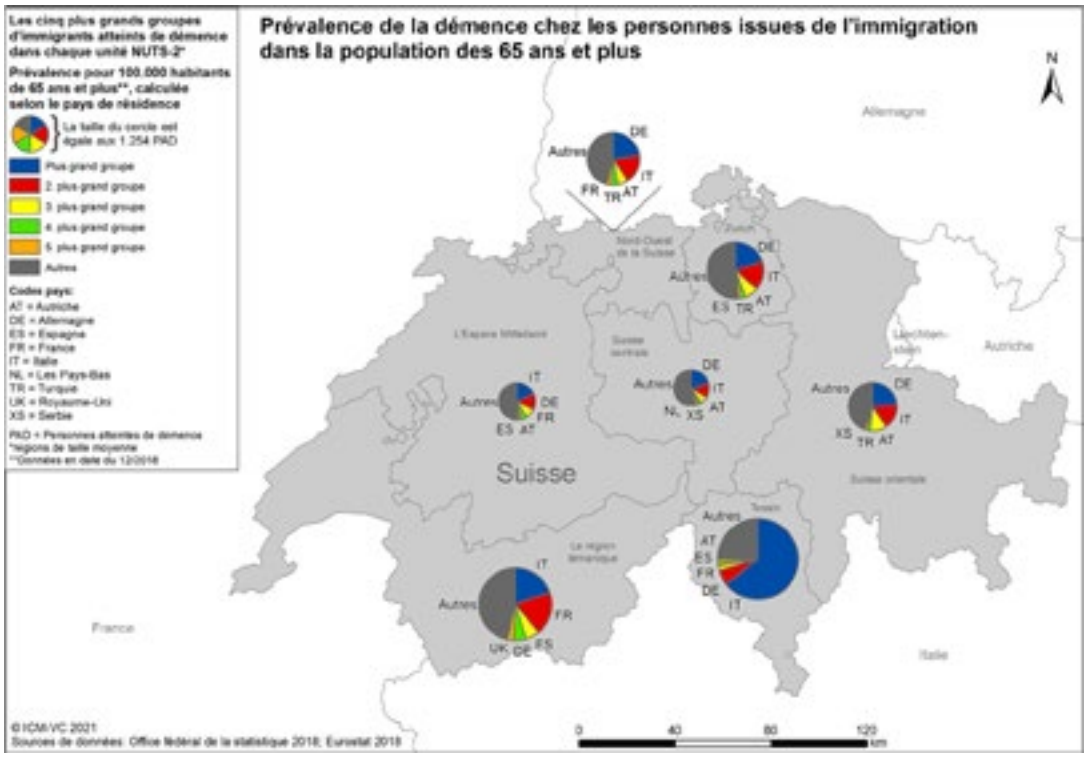


Fig. 3.7.32.10 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration dans la population âgée de 65 ans et plus (Suisse – NUTS2)

Tableau 61 : Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence : Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Suisse - NUTS 2)

NUTS	Total	CH	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Nombres absolus								
La région lémanique	20.481	13.091	IT 1.452	FR 1.430	ES 464	DE 396	UK 227	3.421
L'Espace Mitelland	26.886	21.926	IT 913	DE 712	FR 440	AT 235	ES 133	2.527
Nord-Ouest de la Suisse	16.200	11.796	DE 998	IT 796	AT 274	TR 174	FR 138	2.024
Zurich	18.877	13.300	DE 1.112	IT 921	AT 413	TR 136	ES 116	2.879
Suisse orientale	16.342	12.491	DE 897	IT 662	AT 423	TR 81	XS 81	1.707
Suisse centrale	10.646	8.710	DE 409	IT 254	AT 125	XS 53	NL 47	1.047
Tessin	5.799	3.443	IT 1.515	DE 143	FR 45	ES 33	AT 28	592

NUTS	Total	CH	Le groupe le plus grand	2e groupe le plus grand	3e groupe le plus grand	4e groupe le plus grand	5e groupe le plus grand	Autre
Prévalence/10.000 habitants issus de l'immigration 65+								
La région lémanique	1.912	-	IT 136	FR 134	ES 43	DE 37	UK 21	319
L'Espace Mittelland	3.741	-	IT 127	DE 99	FR 61	AT 33	ES 19	351
Nord-Ouest de la Suisse	2.538	-	DE 156	IT 125	AT 43	TR 27	FR 22	317
Zurich	2.336	-	DE 138	IT 114	AT 51	TR 17	ES 14	356
Suisse orientale	2.928	-	DE 161	IT 119	AT 76	TR 15	XS 14	305
Suisse centrale	3.795	-	DE 146	IT 91	AT 45	XS 19	NL 17	372
Tessin	1.698	-	IT 444	DE 42	FR 13	ES 10	AT 8	173
Prévalence/100.000 habitants 65+								
La région lémanique	6.900	4.410	IT 489	FR 482	ES 156	DE 133	UK 76	865
L'Espace Mittelland	6.900	5.627	IT 234	DE 183	FR 113	AT 60	ES 34	372
Nord-Ouest de la Suisse	6.900	5.024	DE 425	IT 339	AT 117	TR 74	FR 59	589
Zurich	6.900	4.862	DE 407	IT 337	AT 151	TR 50	ES 43	758
Suisse orientale	6.900	5.274	DE 379	IT 280	AT 178	TR 34	XS 34	453
Suisse centrale	6.900	5.646	DE 265	IT 165	AT 81	XS 34	NL 30	426
Tessin	6.900	4.097	IT 1.803	DE 170	FR 53	ES 40	AT 33	418

Source des données: Bundesamt für Statistik (Office 2018)

3. Plan national de lutte contre la démence

La «Stratégie nationale en matière de démence 2014 - 2019» de 2016 ne comporte pas de chapitre distinct sur la migration, mais y fait brièvement référence dans trois sous-chapitres. Le document souligne que la proportion de migrants dans la population totale est en augmentation, en particulier dans les groupes d'âge plus élevés, ce qui a un impact sur la demande et les exigences de qualité des services de santé. En outre, il est décrit que dans le cas des personnes issues de l'immigration, les barrières linguistiques résultent être un défi particulier pour le diagnostic de la démence, car les procédures de test cou-

rantes ne sont pas adaptées ou nécessitent une aide à la traduction. Le document indique explicitement que les soins et le traitement des personnes atteintes de démence doivent tenir compte des circonstances individuelles telles que l'emploi ou l'origine migratoire. En outre, à l'avenir, le programme fédéral existant sur la migration et la santé comprendra également des mesures liées au thème de la démence. Dans la stratégie nationale suisse en matière de démence, le thème de la migration joue un rôle secondaire et il n'y a aucune référence aux services médicaux existants pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Toutefois, des besoins spécifiques liés au diagnostic de la démence et une mesure planifiée sont mis en évidence [11].

4. Lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence

Au niveau national, les trois documents suivants contenant des lignes directrices, des politiques ou des recommandations ont été identifiés pour la Suisse. 1. Les « Recommandations pour le diagnostic et le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (BPSD) » de 99 pages datant de 2014 traitent de la prévalence, de l'incidence et de la phénoménologie des BPSD : le rôle des comorbidités dans les BPSD ; le rôle de l'environnement ; l'évaluation qualitative et quantitative des BPSD ; les recommandations de diagnostic des BPSD dans les soins ; les thérapies dans les BPSD ; les interventions infirmières ; les soins centrés sur la personne des personnes atteintes de démence ; les thérapies pharmacologiques et non-pharmacologiques dans la démence ; et le traitement médicamenteux des BPSD dans des formes spécifiques de démence. 2. Les « Lignes directrices médico-éthiques : soins et traitement des personnes atteintes de démence » de 2013 comptent 37 pages et abordent les thèmes du respect de la dignité et de l'autonomie, de la qualité de vie et du bien-être, de la qualité des soins et des traitements, de la communication avec les personnes atteintes de démence, de la planification du traitement et des lignes directrices anticipées, de l'information et du consentement, de la prise de décision au sein de l'équipe de soins et de traitement, du diagnostic de la démence, des soins et des traitements appropriés, des émotions et du comportement, des décisions de fin de vie, de la gestion du souhait de suicide, des proches et de la recherche avec les personnes atteintes de démence. 3. La recommandation des experts : « Démence : diagnostic, traitement et soins » de 2014, 40 pages, aborde la démence, l'évaluation et le diagnostic, les traitements médicamenteux et non- médicamenteux, les modalités de la vie quotidienne, le soutien et les soins, et les médicaments. Aucun de ces trois documents ne prend en compte la migration [12-14].

5. Références

1. Schulz K: Migration: eine historische Normalität. In: *Schweizer Migrationsgeschichte: von den Anfängen bis zur Gegenwart.* edn. Édité par Holenstein A, Kury P, Schulz K; 2018.
2. Furrer M: Migration in Swiss history books.
3. Wanner P: Migration und Integration: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. In: *Eidgenössische Volkszählung 2000.* Neuenburg (CH); 2004.
4. Nguyen QD: Switzerland, land of European immigration. In., Bd. 5; 2017.
5. Staatssekretariat für Migration (SEM): Migrationsbericht 2018. In. Bern-Wabern (CH); 2019.
6. International Organization for Migration: Total number of international migrants at mid-year 2019: Switzerland; 2019.
7. International Organization for Migration: International migrant stock as a percentage of the total population at mid-year 2019: Switzerland; 2019.
8. International Organization for Migration: Net migration rate in the 5 years prior to 2020: Switzerland; 2019.
9. Federal Statistical Office: Statistik der Bevölkerung und der Haushalte. In. Neuchâtel: Federal Statistical Office; 2018.
10. Eurostat: Nomenclature of Territorial Units forStatistics (NUTS) 2016; 2018
11. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Nationale Demenzstrategie 2014-2019: Erreichte Ergebnisse 2014-2016 und Prioritäten 2017-2019. In. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; 2016.
12. Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M, Fischlin R, Georgescu D, Giardini U, Hatzinger M, Hemmeter U, Justiniano I, Kressig RW *et al*: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychologischen Symptome der Demenz (BPSD); 2014.
13. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Medizinisch-ethische Richtlinien: Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz; 2017.
14. Schweizerische Alzheimervereinigung: Demenz: Diagnose, Behandlung und Betreuung 2014. In. Yverdon-les-Bains; 2014.

< retour au sommaire

4. Éléments importants pour la prestation de soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

L'analyse systématique des contributions écrites et orales des experts sur la situation des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence a permis d'identifier plusieurs sujets et mesures clés qui devraient être pris en compte dans le cadre de la mise en place de structures et du développement de services pour une prise en charge adaptée à la culture des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. L'analyse ne portant que sur des extraits de certains discours médico-scientifiques et politiques, l'aperçu suivant ne prétend pas être complet. En outre, les mesures énumérées doivent être adaptées aux circonstances nationales et régionales respectives ainsi qu'aux besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et de leurs proches, puis évaluées dans la pratique. L'intégration des personnes atteintes de démence et de leurs proches doit être au centre du processus de développement et de mise en œuvre. Les éléments suivants devraient être inclus dans les stratégies ou les lignes directrices visant à établir une sensibilité culturelle dans les soins spécifiques à la démence :

Sensibilisation des communautés de migrants

De nombreuses communautés de migrants ont un grand besoin d'informations sur la vie avec la démence, les symptômes de la démence, la progression possible de la maladie, le diagnostic et les services de soins disponibles. L'organisation d'évènements, le développement de portails web et la publication de guides dans le but de diffuser des informations à l'échelle nationale, d'une manière adaptée sur le plan culturel et accessible aux personnes de langues et de cultures différentes, contribueraient à répondre à ce besoin [1-8].

Structures de soins de santé

Il est particulièrement important de mettre en place des structures qui favorisent l'ouverture interculturelle des soins de santé, l'intégration des personnes issues de l'immigration dans le système de santé et la participation de cette population à la prestation des soins. Une première étape pourrait être l'établissement d'institutions nationales pour la santé des personnes issues de l'immigration avec un groupe de travail sur la démence [9]. Au niveau local, la création de centres de santé pour migrants dotés d'un personnel médical formé à la démence et de services de soins spécifiques à la démence peut être l'occasion d'inclure les personnes issues de l'immigration dans les soins de santé [10-13].

Coopération des principales parties prenantes dans l'élaboration de mesures pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Il convient également de mettre l'accent sur le développement de réseaux de soins et de promouvoir la coopération locale, nationale ou internationale entre les représentants des gouvernements, les prestataires de soins, les bénéficiaires de soins, les initiatives et les chercheurs dans le domaine de la démence et de la migration [11].

Diagnostics

Étant donné qu'un diagnostic exact est essentiel pour une prise en charge adaptée et que les personnes issues de l'immigration constituent une population ayant des besoins spécifiques en matière de diagnostic et de prise en charge de la démence, une attention particulière doit être accordée à la mise en place de mesures garantissant un diagnostic précoce et valide

de la démence chez les personnes issues de l'immigration [14], avec des diagnostics adaptés à la langue et à la culture [2, 15]. L'application d'un outil de dépistage interculturel de la démence comme le RUDAS et la consultation d'interprètes professionnels pourraient faciliter le processus de diagnostic [16-18].

Soutien aux aidants familiaux

Pour améliorer la situation des personnes atteintes de démence et réduire la charge de leurs proches, les aidants familiaux devraient bénéficier d'un soutien orienté vers leurs besoins individuels, linguistiques et culturels [19, 20]. L'accent doit être mis sur les services de conseil [21], l'aide aux activités ménagères et aux soins, ainsi que le soutien émotionnel et mental [6, 22].

Soutien aux prestataires de soins

L'un des facteurs clés de la prestation de soins adaptés à la diversité culturelle consiste à aider les prestataires de services de soins aux personnes atteintes de démence à prendre conscience et à acquérir des connaissances sur l'importance des éléments culturels et religieux spécifiques aux personnes issues de l'immigration dans les soins aux personnes atteintes de démence [23]. Les professionnels des soins et de la santé doivent être formés à la sensibilité culturelle, aux besoins et au traitement des personnes atteintes de démence, à la gestion des obstacles et à l'utilisation des ressources communautaires [13, 14, 24-26].

Communication entre les prestataires de soins et les bénéficiaires de soins

En outre, des mesures doivent être prises pour surmonter les obstacles à la communication entre les prestataires de soins et les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence [27]. Les professionnels qui s'occupent de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence devraient avoir accès à des publications spéciales [18, 28] telles que des manuels sur les conversations avec les patients sensibles aux aspects linguistiques et culturels [10].

Accès aux soins de santé

Les personnes issues de l'immigration doivent avoir le même accès au système de santé et se voir offrir le même niveau de soins que les non-migrants [29]. L'un des moyens d'y parvenir est de fournir des cartes de santé à tous les groupes de migrants [27]. En outre, il convient de veiller à ce que les soins et le soutien adaptés à la diversité culturelle des patients atteints de démence soient généralement accessibles et que des informations multilingues, ainsi que des services en langue maternelle, soient disponibles de manière exhaustive [13, 14].

Soins adaptés à la diversité culturelle

Après le diagnostic, il est essentiel que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence reçoivent un soutien, des soins et un traitement adaptés à leur culture, de préférence par une personne parlant leur langue maternelle [9, 25]. Une approche centrée sur la personne s'est avérée appropriée dans ce contexte [6]. Les éléments clés d'une prise en charge adaptée à la culture pourraient être les suivants : 1. une culture inclusive des prestataires de soins [30] ; 2. une identification systématique des besoins individuels, linguistiques, culturels, spirituels et religieux des personnes nécessitant des soins, ainsi que de leurs priorités en matière de maladie, de santé et de soins par les prestataires de services [14, 25, 27, 31] ; 3. l'intégration d'un médiateur culturel dans les équipes de soins [10] ; 4. le recrutement de personnel multiculturel ayant une expérience interculturelle [5, 21, 22, 32, 33] ; 5. l'intégration des personnes issues de l'immigration (par ex. l'intégration des personnes issues de l'immigration (par exemple, l'intégration des aidants familiaux

dans les soins formels [23, 34, 35], l'intégration des aidants professionnels issus de l'immigration dans le système de santé [29]) ; 6. le développement de services intégratifs [19, 21, 22, 36] et de services ségrégatifs pour les personnes issues de l'immigration [13, 21] ; 7. la conception de concepts de logement et de soins innovants interculturels ou spécifiques à une culture [21, 32] ; et 8. la validation de la sensibilité culturelle des services de soins [11, 14].

Recherche

Lors de la conception de projets de recherche sur la situation des soins aux personnes atteintes de démence, il convient d'accorder une plus grande attention à l'intégration égale des personnes issues de l'immigration dans les études [14]. En outre, des études distinctes sur les besoins des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence sont nécessaires [22, 32]. Les chercheurs ayant une expérience de la migration devraient être impliqués dans la conception et la mise en œuvre de ces études [21].

Conclusions

Afin de mettre en place systématiquement des structures et de développer à l'échelle nationale des services de soins adaptés à la diversité culturelle des personnes atteintes de démence, les mesures mentionnées ci-dessus et d'autres mesures devraient être incluses dans les PND et les lignes directrices en matière de soins. L'élaboration de lignes directrices nationales ou européennes spécifiques et détaillées sur les soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence peut également être utile pour établir des normes de soins. Dans les deux cas, le financement public/institutionnel et une budgétisation claire pour le développement et la mise en œuvre pratique de services sensibles à la culture, ainsi que le suivi systématique de la mise en œuvre des plans d'action spécifiés, sont d'une importance capitale.

Références

1. Alzheimer's Disease International : World Alzheimer Report 2019 : attitudes to dementia In. Edité par International AsD. London : Alzheimer's Disease International ; 2019.
2. Berdai Chaouni S, De Donder L : Invisible realities : Caring for older Moroccan migrants with dementia in Belgium. *Dementia (Londres)* 2019, 18(7-8) :3113-3129.
3. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M : Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 8.
4. Blümel S : Gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015, 58(6) :593-600.
5. Giebel CM, Zubair M, Jolley D, Bhui KS, Purandare N, Worden A, Challis D : South Asian older adults with memory impairment : improving assessment and access to dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015, 30(4) :345-356.
6. Jutlla K, Moreland N : The personalisation of dementia services and existential realities : understanding Sikh carers caring for an older person with dementia in Wolverhampton. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care* 2009, 2(4) :10-21.
7. Matter C, Piechotta-Henze G : Berliner Netzwerk « Türkischsprachig und Demenz ». *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2009, 22(4) :155-158.
8. Mukadam N, Waugh A, Cooper C, Livingston G : What would encourage help-seeking for memory problems among UK-based South Asians? A qualitative study. *BMJ Open* 2015, 5(9) :e007990.
9. Alzheimer Europe : Database of initiatives for intercultural care and support. [https ://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Database-of-initiatives-for-intercultural-care-and-support]. (2019). Consulté le 11 novembre 2019.
10. Deutsche Alzheimer Gesellschaft : In : *Fachtagung Demenz und Migration : 2019 ; Berlin* ; 2019.

11. European Public Health Association : Building bridges for solidarity and public health. In : *12th European Public Health Conference : 2019 ; Marseille* ; 2019.

12. North Sea Dementia Group : In : *North Sea Dementia Group Meeting : 2019 ; Stuttgart* ; 2019.

13. Tillmann J, Just J, Schnakenberg R, Weckbecker K, Weltermann B, Münster E : Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners. *BMC Family Practice* 2019, 20(1) :34.

14. Alzheimer Europe : the development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. In. Luxembourg : Alzheimer Europe ; 2018.

15. Nielsen TR, Waldemar G : Knowledge and perceptions of dementia and Alzheimer's disease in four ethnic groups in Copenhagen, Denmark. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016, 31(3) :222-230.

16. Sundhedsstyrelsen : National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens ; 2018.

17. Helsedirektoratet : Nasjonal faglig retningslinje om demens ; 2017.

18. National Collaborating Center for Mental Health : Dementia : A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Leicester UK : The British Psychological Society and Gaskell ; 2007.

19. Mogar M, von Kutzleben M : Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 2015, 48(5) :465-472.

20. Herat-Gunaratne R, Cooper C, Mukadam N, Rapaport P, Leverton M, Higgs P, Samus Q, Burton A : 'In the Bengali Vocabulary, There Is No Such Word as Care Home' : Caring Experiences of UK Bangladeshi and Indian Family Carers of People Living With Dementia at Home. *The Gerontologist* 2019, 60(2) :331-339.

21. Kaiser C : Ältere Migranten und Demenz : Versorgungssitutation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken : VDM Verlag Dr. Müller ; 2009.

22. Johl N, Patterson T, Pearson L : What do we know about the attitudes, experiences and needs of Black and minority ethnic carers of people with dementia in the United Kingdom? A systematic review of empirical research findings. *Dementia (London)* 2016, 15(4) :721-742.

23. Chaouni SB, Smetcoren A-S, De Donder L : Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care : A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2020, 101 :103413.

24. Giezendanner S, Monsch AU, Kressig RW, Mueller Y, Streit S, Essig S, Zeller A, Bally K : Early diagnosis and management of dementia in general practice - how do Swiss GPs meet the challenge? *Swiss Med Wkly* 2018, 148 :w14695.

25. Llywodraeth Cymru Welsh Government : Dementia Action Plan for Wales 2018-2022 ; 2018.

26. Xiao LD, Habel L, De Bellis A : Perceived Challenges in Dementia Care by Vietnamese Family Caregivers and Care Workers in South Australia. *J Cross Cult Gerontol* 2015, 30(3) :333-352.

27. World Health Organization : Health of refugees and migrants : Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. In : *WHO European Region 2018.* 2018.

28. Adamson J : Awareness and understanding of dementia in African/Caribbean and South Asian families. *Health & Social Care in the Community* 2001, 9(6) :391-396.

29. World Health Organization : Health of refugees and migrants : Practices in addressing the health needs of refugees and migrants. In : *WHO European Region 2018.* 2018.

30. Jutlla K : The impact of migration experiences and migration identities on the experiences of services and caring for a family member with dementia for Sikhs living in Wolverhampton, UK. *Ageing and Society* 2015, 35(5) :1032-1054.

31. Ministry of Health Social services and Equality : Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Edité par Ministry of Science and Innovation Spain ; 2010.

32. Gronemeyer R, Metzger J, Rothe V, Schultz O : Die fremde Seele ist ein dunkler Wald : Über den Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund. Gießen : Psychosozial-Verlag ; 2017.

33. Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R : Österreichischer Demenzbericht 2014. In. Wien : Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium ; 2015.

34. Rosendahl SP, Söderman M, Mazaheri M : Immigrants with dementia in Swedish residential care : an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. *BMC Geriatrics* 2016, 16(1) :18.

35. Wittenberg Y, Kwekkeboom R, Staaks J, Verhoeff A, de Boer A : Informal caregivers' views on the division of responsibilities between themselves and professionals : A scoping review. *Health and Social Care in the Community* 2018, 26(4).

36. Psota G : Sozialpsychiatrische Aspekte der Demenz. *Psychiatria Danubina* 2015, 27(4).

5. Discussion

Les analyses effectuées dans le cadre de ce projet ont montré que le thème de la démence et de la migration ne faisait pas l'objet d'une attention particulière au niveau national dans la plupart des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni, malgré le fait que le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Europe devrait augmenter [1], principalement en raison du changement démographique [2]. Il existe quelques pays, comme la Norvège ou les Pays-Bas, où des projets de prise en charge des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence ont été mis en œuvre depuis plusieurs années et où des services spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence existent, du moins dans les villes ayant une forte proportion de personnes issues de l'immigration âgés, comme Oslo, Amsterdam ou Rotterdam. Cependant, dans la plupart des pays européens, de tels efforts n'existent pas ou ne sont visibles qu'au niveau des prestataires de services ou des professionnels individuels. Les entretiens avec les experts menés dans le cadre de cette étude ont confirmé les conclusions des analyses précédentes des PND et des lignes directrices nationales sur les traitements et les soins spécifiques à la démence, à savoir qu'il existait un grand manque de services de santé appropriés sur le plan culturel et linguistique pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence au niveau national dans les pays de l'UE et de la EFTA ainsi qu'au Royaume-Uni [3, 4]. Après l'évaluation des entretiens, il a fallu conclure que les lacunes en matière de soins pour cette population étaient encore plus importantes dans la pratique que ce que suggèrent les stratégies et les lignes directrices en matière de soins. Le fait que, malgré l'importance quantitative croissante du sujet [5], la plupart des pays européens ne lui accordent aucune attention, en termes de développement des politiques et structures nécessaires, peut avoir plusieurs raisons [3, 4, 6]. Il peut s'agir de facteurs politiques (par exemple, un faible potentiel électoral au sein de la population migrante, le rejet de politiques favorables aux migrants par des groupes d'électeurs plus importants, des développements nationalistes/ populistes de droite), de structures discriminatoires, d'un discours (politique/médical) peu inclusif, d'une sous-représentation des personnes issues de l'immigration ou de leurs représentants dans les groupes de travail pertinents, et/ou d'attitudes xénophobes parmi les décideurs politiques. En outre, les décisions politiques et les stratégies de soins de santé sont généralement orientées vers la population majoritaire [7]. En ce qui concerne les migrants âgés, il faut également tenir compte du fait que, dans de nombreux pays analysés, des idées fausses sur la politique, l'administration et l'économie (la population migrante retourne dans son pays d'origine à un âge avancé, les migrants sont pris en charge par leurs proches, etc.) ont conduit à négliger cette population [8]. En plus de l'agenda politique et du système de santé, les personnes issues de l'immigration sont largement sous-représentés dans les études scientifiques spécifiques à la démence [9], ce qui explique la rareté des recherches sur la démence et la migration [10, 11]. Lorsque des études sont menées, elles le sont généralement par des chercheurs qui ont très peu en commun (culturellement, socio-économiquement, en termes d'origine) avec les personnes issues de l'immigration étudiés [12]. Par conséquent, la compréhension de la migration et de l'ethnicité dans la recherche sur la démence et la gérontologie présente des lacunes et des biais importants [13].

Le manque d'intégration des personnes issues de l'immigration et l'attention insuffisante accordée à la démence chez les per-

sonnes issues de l'immigration au niveau de l'élaboration des politiques et de la recherche scientifique sont censés être la raison principale pour laquelle les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs proches passent actuellement à travers les grilles d'information, de médiation et de traitement des systèmes de santé [14]. Cette situation, combinée à d'autres facteurs tels que les problèmes linguistiques, les perceptions culturelles de la démence et des soins, et le manque de connaissances [9, 15-18], est également une cause de la faible utilisation des services de soins et de soutien par les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs aidants familiaux, un problème qui a été confirmé à l'unanimité par les experts et les différents PND et lignes directrices de soins aux personnes atteintes de démence, ainsi que par plusieurs études [11, 19-23]. Ces inégalités dans l'utilisation des services peuvent conduire à des résultats moins bons en matière de santé et de démence chez les personnes issues de l'immigration, comme l'a souligné une étude sur les groupes ethniques noirs et minoritaires au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie [21]. Contrairement à ce que supposent souvent les planificateurs de soins, les prestataires et les experts, le besoin de services de soutien et d'informations adaptés à la langue et à la culture des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et de leurs proches est élevé [10, 24-28]. Ce besoin important est reflété par les avis des experts lors des entretiens menés pour cet atlas. L'idée fausse répandue selon laquelle les personnes atteintes de démence prennent soin d'elles-mêmes est en contradiction avec ce besoin important et avec le fait que les personnes atteintes de démence et les membres de leur famille sont prêts à recourir à une aide formelle [24, 27, 29, 30].

Un autre défi majeur identifié dans ce projet et dans diverses études relatives aux personnes issues de l'immigration est le diagnostic de la démence. Par exemple, une méta-analyse de 28 études sur les procédures de dépistage de la démence a montré qu'un diagnostic de démence ne pouvait être posé avec la même certitude chez les personnes issues de l'immigration que chez les non-migrants [31]. L'une des principales raisons en est que les procédures de test cognitif standardisées utilisées dans de nombreux pays européens ne sont pas adaptées aux personnes issues de l'immigration. Cela est signalé par des experts individuels, dans de nombreux PND et lignes directrices, ainsi que dans le rapport d'Alzheimer Europe intitulé « *The Development of Intercultural Care and Support for People With Dementia from Minority Ethnic Groups* » (2018). En particulier, le MMSE, qui est l'un des outils de dépistage cognitif les plus utilisés en Europe, présente un biais culturel, social, ethnique et éducatif [1]. L'intégration des professionnels de la santé issus de l'immigration dans les systèmes de soins de santé est également une question cruciale en raison de la proportion croissante de migrants dans de nombreux pays européens. Les experts interrogés dans le cadre de ce projet ont convenu que l'intégration, et notamment l'intégration de professionnels de la santé issus de l'immigration, peut faire partie de la solution aux défis liés à la prise en charge des personnes atteintes de démence. Une étude sur les expériences des prestataires de soins de santé dans la prise en charge des patients issus de l'immigration a montré que les prestataires de soins de santé issus de groupes ethniques minoritaires sont plus conscients de leur propre culture et sont donc sensibles aux différences culturelles des patients [32]. Cependant, les experts et les rapports citent également divers défis qui peuvent survenir lorsque les professionnels de la santé sont issus du même groupe de migrants que les personnes atteintes de démence [1]. Par conséquent, selon

les experts et les auteurs de cet atlas, l'hypothèse selon laquelle une proportion plus élevée de migrants et une plus grande diversité culturelle et linguistique parmi les professionnels du système de santé constituent la solution à tous les problèmes liés à la démence et à la migration passe largement à côté de la plaque. Par exemple, il existe également une forte demande de formation sur les soins spécifiques à la démence et sensibles à la culture des professionnels issus de l'immigration. En outre, il convient de s'attaquer, entre autres, au problème de la sous-représentation significative des personnes issues de l'immigration dans les groupes à revenu élevé, les groupes professionnels ayant un niveau d'éducation plus élevé (par exemple, les médecins) et les postes de direction dans les établissements de soins.

En ce qui concerne la recherche de solutions aux problèmes décrits dans cette étude et dans d'autres études dans le cadre de la prise en charge spécifique de la démence pour les personnes issues de l'immigration, la question de savoir s'il faut privilégier un modèle de soins intégratifs ou ségrégatifs, qui a également été abordée dans les entretiens avec les experts, se pose relativement rapidement. Cette question revêt une double importance pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, car les aspects linguistico-culturels doivent être pris en compte en plus de la démence. Les entretiens avec les experts montrent que dans la plupart des pays européens, un modèle de soins intégratifs est utilisé. Cependant, selon Kaiser (2009), après une orientation cohérente en termes de biographie et de milieu, une prise en charge ségrégative spécifique au groupe cible serait la meilleure approche, du moins en ce qui concerne les concepts de logement et de soins [10]. Dans quelques pays (par exemple en Allemagne), il existe également un modèle de soins hybride comportant des éléments intégratifs et ségrégatifs, qui est par exemple recommandé par un expert.

Pour pouvoir choisir le modèle de soins approprié, il est nécessaire d'avoir une discussion détaillée sur la structure et les besoins spécifiques des groupes de migrants résidant dans les pays et régions respectifs. Cela nécessite également une discussion fondamentale sur les similitudes et les différences entre les personnes issues de l'immigration ou les groupes de migrants individuels et les non-migrants en termes de besoins de soins généraux et spécifiques à la démence. En ce qui concerne la symptomatologie de la démence, l'évolution dégénérative de la maladie et l'adaptation individuelle, les personnes issues de l'immigration sont initialement confrontés aux mêmes défis que les non-migrants [27, 30, 33]. Les personnes âgées et atteintes de démence issues de la population autochtone sont également souvent touchées par la discrimination et la stigmatisation dues à l'âge et à la maladie de démence, et les comorbidités telles que les maladies psychiatriques (par exemple la dépression) ou le délire sont également répandues dans cette population [34-37]. Cependant, il existe également plusieurs problèmes spécifiques tels que le statut socio-économique, les perturbations culturelles et sociales, ou la discrimination et la stigmatisation dues à l'origine migratoire. Les problèmes sociaux des migrants âgés s'expriment principalement par un niveau d'éducation en moyenne plus faible et des conditions de revenu et de logement précaires [38-41]. Ces facteurs devraient avoir une influence considérable sur la situation des soins et les besoins en services de soins. En ce qui concerne la perception de la démence et les attitudes à l'égard des soins, il existe également de nettes différences entre de nombreux groupes de migrants et de non-migrants. Par exemple, dans certains groupes de migrants, l'idée que la démence fait partie du processus normal de vieillisse-

ment est beaucoup plus répandue. De plus, dans certaines langues, il n'existe pas de mot pour désigner la démence [1]. Outre les différences en partie importantes entre l'organisation des systèmes de santé dans les pays d'origine et les pays de résidence, les attentes différentes des professionnels de la santé sont également pertinentes pour les soins formels [15]. En ce qui concerne les formes de soins sélectionnées, on remarque que les soins à domicile sont encore plus dominants dans de nombreux groupes de migrants que dans la population autochtone [42]. La tradition de certains groupes de migrants selon laquelle la famille (principalement les membres féminins de la famille [43] dont on attend souvent qu'ils s'occupent [24, 25, 44]) s'occupe de la personne atteinte de démence [1, 45] représente une différence fondamentale par rapport à la philosophie qui prévaut dans de nombreuses régions d'Europe et qui consiste à promouvoir l'indépendance des patients. Les arrangements de soins fondés sur le familialisme, dans lesquels le fait de s'occuper d'un membre de la famille malade est associé à un « profond sentiment de fierté et de supériorité morale » [44], peuvent être bénéfiques si les structures familiales sont intactes, mais peuvent devenir problématiques s'ils empêchent d'accéder rapidement au système de santé en cas de maladie grave [15]. Outre l'organisation des soins à domicile, les entretiens menés dans le cadre de ce projet ont montré que les réseaux informels sont une source de soutien pour les aidants familiaux. Les autres membres de la famille sont une source d'aide essentielle, tout comme, selon la culture, les communautés religieuses et les organisations de migrants. Il est donc utile de penser à inclure ces réseaux dans l'offre d'aide formelle. Cette idée est reflétée dans la littérature. Par exemple, Regan (2014) suggère d'inclure les chefs religieux dans l'effort de promotion des services. Un autre problème majeur est que la charge psychologique des aidants familiaux issus de l'immigration est encore plus élevée que celle des non-migrants [47-49]. Dans certaines cultures, non seulement la démence mais aussi les maladies mentales en général sont beaucoup plus taboues que dans de nombreux pays européens et la crainte d'être stigmatisé par sa propre communauté est beaucoup plus répandue [25, 50]. Cela peut conduire à l'isolement social des personnes concernées. En ce qui concerne la démence elle-même, un défi majeur réside dans le fait que la maladie est souvent accompagnée d'une perte précoce des langues étrangères apprises, qui pour les personnes issues de l'immigration est souvent la langue du pays dans lequel ils vivent actuellement [51].

Globalement, les personnes issues de l'immigration peuvent être décrits comme un groupe vulnérable dans le contexte de la démence. En moyenne, les migrants âgés ont un état de santé moins bon que les non-migrants âgés. Les maladies associées à l'âge, telles que la démence, se manifestent plus tôt chez eux, et ils ont souvent besoin de soins plus tôt [43]. Par conséquent, on suppose que l'incidence et la prévalence de la démence chez les migrants âgés sont plus élevées que dans la population âgée autochtone [52]. En outre, le lien entre la démence et la prévention est moins prioritaire ou est tabou dans de nombreux groupes de migrants [43]. Simultanément, les effets de l'acculturation et les différences intergénérationnelles font que les personnes issues de l'immigration sont de plus en plus disposées à recourir à des services professionnels, voire à envisager un placement en milieu hospitalier. Cependant, ce besoin croissant résulte également de la diminution du potentiel de soutien familial chez les personnes issues de l'immigration en raison des processus de modernisation sociale, des tendances pluralistes et des nécessités économiques [10, 43, 53].

Outre certains points communs aux per-

sonnes issues de l'immigration concernant les aspects liés à la prise en charge de la démence, il existe également de nombreuses différences entre et au sein des différents groupes de migrants. La population migrante de la plupart des pays européens est extrêmement hétérogène en termes d'origine culturelle, ethnique, religieuse et sociale [15], d'âge, de niveau d'éducation, de statut socio-économique, ainsi que de statut social et de résidence des individus. Par conséquent, les facteurs d'influence sur la santé et l'accessibilité des mesures éducatives varient également fortement entre les différents groupes de migrants et à l'intérieur de ceux-ci [54]. La recherche a également montré qu'il existe des différences significatives entre les groupes de migrants individuels en termes d'obstacles à l'accès aux services de santé [15]. Contrairement à ce que l'on pense souvent, on ne peut pas s'attendre automatiquement à ce que les personnes issues d'autres cultures aient des problèmes d'adaptation au système de santé et aient moins de connaissances sur les démences. Par exemple, le système de santé japonais est assez semblable à certains systèmes de santé d'Europe occidentale, et les connaissances et les services de soins concernant la démence y sont plus répandus que dans de grandes parties de l'Europe. La plupart des études scientifiques et des systèmes de santé ne prennent pas en compte l'hétérogénéité de la population migrante en raison d'une fixation unilatérale sur certains groupes de migrants [43]. En outre, de nombreuses personnes issues de l'immigration et atteintes de démence présentent d'autres caractéristiques de diversité, en dehors de l'origine migratoire et de la maladie de démence. L'interaction de ces autres caractéristiques avec la maladie neurodégénérative et la situation de soins devrait être examinée plus en détail dans de futures études. Dans ce contexte, l'expert allemand interrogé a recommandé de se concentrer sur une approche intersectionnelle dans laquelle plusieurs caractéristiques de diversité d'une personne, telles que l'origine migratoire, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou une éventuelle expérience traumatique, sont considérées ensemble.

Une autre question identifiée dans ce projet comme particulièrement pertinente dans le contexte de la démence et de la migration, qui a également été discutée lors d'ateliers d'experts et lors des entretiens avec les experts, est la terminologie centrale. En Europe, de nombreux termes différents sont utilisés dans le contexte des personnes issues de l'immigration, qui sont basés sur des concepts et des définitions différents. Par exemple, les documents officiels et les études de certains pays utilisent le terme de minorités ethniques ou de groupes ethniques minoritaires (par exemple en Irlande [54]), alors que dans d'autres pays, des termes tels que personnes issues de groupes culturels ou religieux différents (Espagne [55]) ou minorités linguistiques (Norvège [56]) sont courants. Dans certains rapports et certaines études, le terme personnes issues de l'immigration ou migrants inclut uniquement les personnes nées à l'étranger ou n'ayant pas la citoyenneté correspondante, alors que dans d'autres études, les enfants d'immigrants sont également pris en compte. L'utilisation et la compréhension différentes des termes relatifs aux personnes issues de l'immigration dans diverses études ou rapports nationaux et internationaux constituent un défi pour les planificateurs de soins, les prestataires de soins et les chercheurs, car elles créent une confusion au sein des groupes cibles pertinents, à la taille de ces derniers et aux besoins de soins concernant ces groupes. Souvent, des termes tels que personnes issues de l'immigration, migrants ou groupes ethniques minoritaires sont utilisés de manière interchangeable ou comme synonymes

les uns des autres, bien que tous les membres des groupes ethniques minoritaires ne soient pas des migrants. Le rapport d'Alzheimer Europe intitulé « *The Development of Intercultural Care and Support for People With Dementia from Minority Ethnic Groups* » (2018) examine divers concepts et termes fréquemment utilisés dans les articles scientifiques, les rapports internationaux et les documents d'orientation, tels que « groupe ethnique minoritaire », « migrant » ou « immigrant ». Dans ce rapport, les groupes ethniques minoritaires sont définis comme des groupes de personnes qui partagent une identité culturelle commune et qui diffèrent d'une certaine manière du groupe ethnique majoritaire dans le pays respectif (par exemple en termes de langue, de culture ou de religion). Les concepts de « migrant » et d'« immigrant » ne sont pas clairement définis, car il n'existe pas de définition généralement acceptée [1]. Dans ce projet, pour des raisons pragmatiques (principalement pour la comparabilité des données des pays européens), les personnes issues de l'immigration sont définies comme étant l'ensemble des personnes nées à l'étranger.

Dans l'ensemble, ce projet confirme les conclusions de recherches antérieures sur la démence et la migration, selon lesquelles les personnes issues de l'immigration âgées et atteintes de démence et leurs proches ne participent pas à l'état actuel de la recherche et aux normes de soins dans la même mesure que la population autochtone en raison de conditions individuelles et structurelles et, par conséquent, sont souvent exposés à des situations de vie précaires (Kaiser 2009). Ces inégalités mettent en danger les idéaux d'égalité des conditions de vie et de soins pour toutes les personnes vivant en Europe ou dans le pays européen concerné, auxquels les institutions européennes et la plupart des États européens se sont engagés.

Références

1. Alzheimer Europe : The development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups. In. Luxembourg : Alzheimer Europe ; 2018.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs : Trends in International Migrant Stock : The 2017 revision In. : United Nations, Department of Economic and Social Affairs ; 2017.
3. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR : How is migration background considered in the treatment and care of people? A comparison of national dementia care guidelines in Europe. *BMC Public Health* 2020, 20(1) :1555.
4. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR : Comparing national dementia plans and strategies in Europe - is there a focus of care for people with dementia from a migration background? *BMC Public Health* 2020, 20(1) :784.
5. Canevelli M, Lacorte E, Cova I, Zaccaria V, Valletta M, Raganato R, Bruno G, Bargagli AM, Pomati S, Pantoni L *et al* : Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. *Journal européen de neurologie* 2019, 26(9) :1191-1199.
6. Canevelli M, Zaccaria V, Lacorte E, Cova I, Gervasi G, Cascini S, Bargagli AM, Di Fiandra T, Pomati S, Pantoni L *et al :* The issue of dementia in migrants and ethnic minorities : the perspective of National Dementia Plans. *Aging Clinical and Experimental Research* 2019.
7. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R : What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. *J Public Health* (Berl.) 2021.
8. Baric-Büdel D : Spezifika des Pflegebedarfs und der Versorgung älterer Migranten : Konzeptentwicklung zur interkulturellen Öffnung des Pflegeversorgungssystems am Beispiel der Stadt Dortmund, vol. Thema 160. Köln : Kuratorium Deutsche Altershilfe 2001.

9. Chaouni SB, Smetcoren A-S, De Donder L : Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care : A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2020, 101 :103413.

10. Kaiser C : Ältere Migranten und Demenz : Versorgungssitutation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken : VDM Verlag Dr. Müller ; 2009.

11. Parveen S, Oyebode J : Better health briefing 46 : Dementia and minority ethnic careers. 2018.

12. Roche M, Higgs P, Aworinde J, Cooper C : A Review of Qualitative Research of Perception and Experiences of Dementia Among Adults From Black, African, and Caribbean Background : What and Whom Are We Researching? *The Gerontologist* 2020.

13. Zubair M, Norris M : Perspectives on ageing, later life and ethnicity : ageing research in ethnic minority contexts. *Ageing Soc* 2015, 35(5) :897-916.

14. Jonas I : Demenz und Migration : Vergessen in der zweiten Heimat. *Pro Alter* 2007, 39(2) :6-9.

15. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M : Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 8.

16. Greenwood N, Habibi R, Smith R, Manthorpe J : Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community : a systematic review of qualitative and quantitative literature. *Health & Social Care in the Community* 2015, 23(1) :64-78.

17. Braun KL, Takamura JC, Mougeot T : Perceptions of dementia, caregiving, and help-seeking among recent Vietnamese immigrants. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1996, 11(3) :213-228.

18. Bowes A, Wilkinson H : 'We didn't know it would get that bad' : South Asian experiences of dementia and the service response. *Health Soc Care Community* 2003, 11(5) :387-396.

19. Brzoska P, Razum O : Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz* 2015, 58(6) :553-559.

20. Giebel CM, Zubair M, Jolley D, Bhui KS, Purandare N, Worden A, Challis D : South Asian older adults with memory impairment : improving assessment and access to dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015, 30(4) :345-356.

21. Mukadam N, Waugh A, Cooper C, Livingston G : What would encourage help-seeking for memory problems among UK-based South Asians? A qualitative study. *BMJ Open* 2015, 5(9) :e007990.

22. Dilworth-Anderson P, Williams IC, Gibson BE : Issues of Race, Ethnicity, and Culture in Caregiving Research : A 20-Year Review (1980–2000). *The Gerontologist* 2002, 42(2) :237-272.

23. Dunlop DD, Manheim LM, Song J, Chang RW : Health care utilization among older adults with arthritis. *Arthritis Care & Research* 2003, 49(2) :164-171.

24. Sagbakken M, Spilker RS, Ingebretsen R : Dementia and Migration : Family Care Patterns Merging With Public Care Services. *Qualitative health research* 2018, 28(1) :16-29.

25. Johl N, Patterson T, Pearson L : What do we know about the attitudes, experiences and needs of Black and minority ethnic carers of people with dementia in the United Kingdom? A systematic review of empirical research findings. *Dementia (London)* 2016, 15(4) :721-742.

26. Jutlla K, Moreland N : The personalisation of dementia services and existential realities : understanding Sikh carers caring for an older person with dementia in Wolverhampton. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care* 2009, 2(4) :10-21.

27. Herat-Gunaratne R, Cooper C, Mukadam N, Rapaport P, Leverton M, Higgs P, Samus Q, Burton A : 'In the Bengali Vocabulary, There Is No Such Word as Care Home' : Caring Experiences of UK Bangladeshi and Indian Family Carers of People Living With Dementia at Home. *The Gerontologist* 2019, 60(2) :331-339.

28. Mogar M, von Kutzleben M : Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 2015, 48(5) :465-472.

29. Hossain MZ, Khan HTA : Barriers to access and ways to improve dementia services for a minority ethnic group in England. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2020, 26(6) :1629-1637.

30. Monsees J, Schmachtenberg T, Hoffmann W, Kind A, Gilmore-Bykovskyi A, Kim AJ, Thyrian JR : Dementia in People with a Turkish Migration Background : Experiences and Utilization of Healthcare Services. *Journal of Alzheimer's Disease* 2020, 77 :865-875.

31. Seven Ü (ed.) : Demenzdiagnostik bei Menschen mit türkischer Herkunft. Bern : Hogrefe Verlag ; 2015.

32. Claeys A, Berdai Chaouni S, de Donder L : Identifying experiences, enablers and barriers of healthcare providers for delivering culturally competent care. *International Journal of Integrated Care* 2018, 18(S2) :237.

33. Chaouni SB, Smetcoren AS, De Donder L : Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care : A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2020, 101 :103413.

34. Kopf D, Hewer W : Komorbide Erkrankungen bei Demenz. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 2015, 48(4) :303-304.

35. Milne A : The 'D' word : Reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *Journal of Mental Health* 2010, 19(3) :227-233.

36. Age Concern and Mental Health Foundation : Promoting mental health & well being in later life. In. London : Age Concern ; 2006.

37. Alzheimer's Society : Out of the shadows. In. London : Alzheimer's Society ; 2008.

38. Dietzel-Papakyriakou M : Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik. In., vol. 3. Berlin : Deutsches Zentrum für Altersfragen 1993 : 1-154.

39. Paß R : Alter(n)svorstellungen älterer Migrantinnen : Eine explorative Studie über deren biografische Lebensentwürfe, vol. 7. Hamburg : Verlag Dr. Kovac ; 2006.

40. Mika T, Tucci I : Alterseinkommen bei Zuwanderern. In : *Gesetzliche Rente und Haushaltseinkommen bei Aussiedlern und Zuwanderern aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zur deutschen Bevölkerung.* Berlin : Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2006.

41. Baykara-Krumme H, Hoff A : Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In : *Altwerden in Deutschland.* edn. Edited by Tesch-Römer C, Engstier H, Wurm S. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften ; 2006.

42. Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J : Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. *Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW)* 2017, 17(2).

43. Gronemeyer R, Metzger J, Rothe V, Schultz O : Die fremde Seele ist ein dunkler Wald : Über den Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund. Gießen : Psychosozial-Verlag ; 2017.

44. Ahmad M, van den Broeke J, Saharso S, Tonkens E : Persons With a Migration Background Caring for a Family Member With Dementia : Challenges to Shared Care. *Gerontologist* 2020, 60(2) :340-349.

45. Mukadam N, Cooper C, Livingston G : A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011, 26(1) :12-20.

46. Kücük F : Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen in Berlin : Eine qualitative Studie zur Versorgung im häuslichen Umfeld. *Pflegewissenschaft* 2010(6) :334-341.

47. Montoro-Rodriguez J, Gallagher-Thompson D : The role of resources and appraisals in predicting burden among Latina and non-Hispanic white female caregivers : a test of an expanded socio-cultural model of stress and coping. *Aging Ment Health* 2009, 13(5) :648-658.

48. Piechotta-Henze G, Matter C : Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migrant/-innen und ihrer Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie* 2008, 21(4) :221-230.

49. Xiao LD, Habel L, De Bellis A : Perceived Challenges in Dementia Care by Vietnamese Family Caregivers and Care Workers in South Australia. *J Cross Cult Gerontol* 2015, 30(3) :333-352.

50. Tezcan-Güntekin H, Razum O : Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund : Spezifische Bedürfnisse erkennen. *Dtsch Arztebl International* 2015, 112(39) :1564-.

51. Huismann A, Raven U, Geiger : Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU, Verbreitung, Versorgungssituation, Empfehlunge. Lage ; 2000.

52. Matthäi I : Die « vergessenen » Frauen aus der Zuwanderergeneration : Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften ; 2005.

53. Blümel S : Gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015, 58(6) :593-600.

54. Foley T, Jennings A, Swanwick G : Dementia : Diagnosis & Management in General Practice : ICGP Quality and Safety in Practice Committee ; 2019.

55. Ministry of Health Social services and Equality : Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and other Dementias. In. Edited by Ministry of Science and Innovation Spain ; 2010.

56. Ministry of Health and Care Services : Dementia Plan 2020 : a More Dementia-friendly Society ; 2016.

6. Limitations

Histoire des migrations

Le contenu de l'histoire migratoire de l'Europe et des différents pays européens présenté dans cet atlas se base exclusivement sur une recherche en ligne via les plateformes Google Search et Google Scholar ainsi que sur certains rapports internationaux et bases de données en ligne (par exemple le Migration Data Portal). Ces plateformes et documents ont été recherchés à l'aide de certains mots-clés. Les documents ou données qui ne contenaient pas ces mots-clés et qui n'étaient pas accessibles en ligne sur l'une des bases de données ou plateformes mentionnées n'ont pas été pris en compte. En outre, seuls les documents en anglais et en allemand ont été inclus. Lors de la présentation des données, seuls les principaux flux migratoires et les caractéristiques générales de l'histoire migratoire ainsi que certains Chiffres concernant la population migrante actuelle ont été mentionnés afin de faciliter la comparabilité des profils et pour des raisons de contenu. L'histoire de la migration étant principalement destinée à servir d'information de base pour les lecteurs et à leur donner la possibilité de mieux comprendre la situation actuelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans le pays, la discussion des contextes détaillés, des causes et des effets des flux migratoires a été omise. Une autre limite à la comparabilité des pays concernant leur histoire migratoire est le fait que les données (par exemple sur les plus grands groupes de migrants par pays d'origine) de la même année ou des mêmes périodes n'ont pas pu être identifiées pour tous les pays. En outre, les termes clés utilisés dans les rapports et les bases de données, tels que migrants, immigrants, réfugiés ou travailleurs invités, dont certains reposent sur des définitions différentes, ont été adoptés, ce qui rend également la comparabilité légèrement plus difficile. Cependant, cette approche permet d'obtenir un aperçu plus spécifique de la situation ou de la communication de la situation des différents pays.

Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

À l'exception de la Bulgarie, de la Lituanie, de Malte et de la Pologne, les données sur les personnes issues de l'immigration concernent les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et les données pour l'Angleterre ne sont pas spécifiques à l'âge. Les taux de prévalence utilisés dans cet atlas concernent les personnes âgées de 60 ans ou plus. En outre, certains pays n'ont pas divulgué de données en dessous d'une certaine valeur. Par conséquent, le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence est légèrement faussé. Il est important de noter que les taux de prévalence du « *World Alzheimer Report 2015* » qui ont été utilisés dans cet atlas sont basés sur une méta-analyse des études de population sur la prévalence de la démence dans les différentes régions du monde de la charge mondiale de morbidité. Il y a quelques limitations à cela. D'une part, les régions du monde présentent un nombre inégal d'études disponibles, par exemple l'Asie de l'Est (89 études) ou l'Europe occidentale (71 études) fournissent un nombre élevé d'études alors que des régions comme l'Europe centrale (5) et l'Europe de l'Est (1) ne disposent que de données très limitées. Il existe également des différences dans les approches méthodologiques des études sous-jacentes, telles que des disparités dans le processus de diagnostic de la démence, 34 % seulement des études effectuant une évaluation approfondie à l'aide de différentes méthodes comme l'éva-

luation du handicap et les tests cognitifs multi-domaines [1]. Ces facteurs indiquent que la qualité des Chiffres de prévalence peut varier et qu'ils peuvent être sur- ou sous-estimés, ce qui a une influence sur les calculs de cet atlas, les Chiffres estimés pouvant ne pas refléter la situation réelle.

Si l'on veut comparer les pays, il faut garder à l'esprit que les données sur les pays d'origine des différents pays européens diffèrent dans leur degré de détail. Certains pays ont donné un aperçu d'une grande variété de pays d'origine, comme l'Islande ou l'Angleterre, tandis que d'autres se sont concentrés sur les pays les plus pertinents, comme les Pays-Bas ou Chypre. Ensuite, certains pays comme le Liechtenstein n'ont fourni des informations que pour un ensemble plus restreint de pays. Toutes les données n'ont pas été fournies par les offices statistiques des pays, certaines ont été obtenues auprès du *Census Hub* d'Eurostat. En outre, les données remontent à plusieurs années. Par exemple, de nombreux pays ont fourni des données sur les personnes issues de l'immigration à partir du recensement effectué en 2011, comme la Croatie, la Slovaquie ou la République Tchèque, puis il y a eu des pays où il a été possible d'obtenir des données plus récentes à partir de 2019, comme la Norvège ou l'Estonie. Ce sont tous des facteurs qui compliquent et rendent difficile la comparaison entre les pays et qui doivent donc être pris en compte par le lecteur.

Un autre aspect à mentionner est le fait que, pour certains pays, les personnes originaires des pays d'origine ont été identifiées comme les groupes de migrants les plus touchés, où l'on pourrait se demander s'il s'agit vraiment d'un groupe préoccupant pour le système de santé. Par exemple, pour l'Écosse, les groupes de migrants les plus touchés sont originaires d'Angleterre, d'Irlande et d'Irlande du Nord. On pourrait faire valoir que les personnes originaires de ces pays sont plus habituées au système de santé écossais que les personnes originaires de pays situés en dehors du Royaume-Uni et qu'elles n'ont pas besoin d'une attention particulière de la part du système de santé en ce qui concerne la démence et le système de santé comme les autres personnes issues de l'immigration. D'autres personnes issues de l'immigration peuvent avoir plus de difficultés à accéder au système de santé et à l'utiliser, et le fait qu'ils ne soient pas mis en avant ici fait courir le risque qu'ils continuent à être invisibles pour le système de santé.

Analyse des plans nationaux de lutte contre la démence

Les résultats de l'analyse des PND sont basés exclusivement sur les documents qui ont pu être identifiés par une recherche en ligne (sur Google Search). Les pays qui n'ont pas de tels documents, qui n'ont pas publié leurs documents en ligne ou dont les documents ne contenaient pas les mots-clés recherchés ne pouvaient pas être pris en compte. En outre, certains PND ont été publiés plusieurs années plus tôt que d'autres. Le thème de la démence et de la migration devrait être plus important dans de grandes parties de l'Europe aujourd'hui qu'il ne l'était il y a quelques années, en raison de l'augmentation de la prévalence et du nombre croissant de personnes issues de l'immigration âgées. Ainsi, les différentes dates de publication peuvent être à l'origine des différences entre les pays en ce qui concerne la référence à la migration. Une autre raison est l'importance différente accordée à la migration dans les différents pays. Cette analyse montre que les pays d'immigration ayant une forte proportion de migrants sont plus susceptibles d'avoir des PND liés à la migration que les pays d'émigration ayant une faible proportion de migrants. Un autre élément frappant est la disparité des termes utilisés dans le contexte de la migration et la définition iné-

gale de termes tels que « migrant ». Malgré ses limites, cette analyse donne un aperçu de la mesure dans laquelle le thème de la migration est pris en compte dans les PND des pays européens et des accents thématiques qui sont mis si le sujet est considéré [2].

Analyse des lignes directrices nationales en matière de soins aux personnes atteintes de démence

À l'exception de la Belgique et de la Flandre, cette analyse se réfère uniquement aux politiques, lignes directrices et recommandations nationales sur la prise en charge des démences publiées par des organisations ou autorités nationales telles que les sociétés Alzheimer, les sociétés professionnelles ou les ministères de la santé. Par conséquent, seuls les documents envoyés sur demande par les organisations ou les ministères respectifs ont été pris en compte. Il ne peut être exclu qu'il existe des organisations et des documents qui n'ont pas été contactés ou identifiés par les auteurs. Cependant, il a été demandé aux organisations impliquées dans cette étude de se référer à des informations ou des informateurs appropriés, qui ont ensuite été inclus. Néanmoins, certaines organisations n'ont pas donné de réponse. Par conséquent, dans les différents pays de l'UE et de la EFTA et au Royaume-Uni, il existe d'autres documents sur la prise en charge des personnes atteintes de démence (par exemple, au niveau local) qui n'ont pas été inclus dans cette étude. Cependant, ce n'était pas le but de l'analyse, et l'intégration de ces documents aurait compromis la standardisation de la procédure et aurait réduit la comparabilité [3].

Interviews

Malgré une recherche approfondie de participants aux entretiens, il n'a malheureusement pas été possible de trouver des experts de chaque pays. Bien sûr, il y a toujours la possibilité qu'avec la procédure effectuée, des candidats potentiels n'aient pas été détectés. D'après les déclarations des experts et les autoévaluations, toutes les personnes interrogées ne sont pas des experts en matière de démence et de migration. Certains étaient des experts en matière de migration (par exemple, la Grèce) tandis que d'autres étaient des experts en matière de démence (par exemple, le Liechtenstein). Cela peut s'expliquer par le fait que, dans certains pays, le thème de la démence et de la migration n'est pas au centre des préoccupations, ou qu'il s'agit d'un sujet tellement nouveau que personne ne peut se prétendre expert en la matière. Dans ces cas, les analyses auraient pu montrer d'autres résultats et conclusions s'il y avait eu des experts sur les thèmes combinés de la démence et de la migration. En outre, il n'existe pas de critères précis et rigides auxquels un expert doit répondre pour être admis à un entretien. Cela a été fait pour ne pas restreindre le nombre de candidats potentiels à l'entretien sur ce sujet, puisque ce groupe est très petit au départ. Ainsi, en raison de la rareté du sujet, le groupe d'experts consulté pour cet atlas pourrait être très sélectif.

Le guide d'entretien pour la conduite des entretiens semi-structurés a été préparé sur la base d'une recherche documentaire et d'un atelier d'experts par les auteurs de cet atlas. Cette démarche a été effectuée de manière systématique, mais elle n'a certainement pas permis d'établir une représentativité en termes de littérature et d'experts sur le thème de la démence et de la migration. Par conséquent, la sélection des catégories et des questions pour l'entretien est également influencée par les points de vue et les positions des auteurs ainsi que des experts sélectionnés. Une autre limite concerne les catégories de réponses prédéfinies, qui améliorent la comparabilité des données, mais conduisent à la possibili-

té que les opinions documentées des experts sur la situation des soins dans le pays respectif soient biaisées, et que les complexités et les hétérogénéités dans les pays individuels soient sous-estimées. Pour contrer cette limitation, des questions ouvertes ont été posées après presque toutes les questions fermées avec des catégories de réponses fixes. Lors de l'analyse des données, les auteurs ont dû faire des sélections de blocs thématiques, de catégories, de questions et de contenus concernant les entretiens approfondis avec des réponses souvent très détaillées des experts. En outre, des interprétations ont été nécessaires pour certaines réponses afin d'assurer la comparabilité des données. À cette fin, certains modèles méthodologiques et des étapes d'analyse identiques ont été utilisés. Toutefois, les résultats présentés dans cet atlas ne constituent pas une reproduction mot à mot des déclarations des experts mais sont des résumés des entretiens avec les experts par les auteurs.

Analyse de la littérature pour l'identification des éléments importants pour la fourniture de soins sensibles à la culture des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

Les données de base de cette analyse sont des publications scientifiques et les recommandations d'action ne sont donc que théoriques. En outre, les mesures décrites ont un caractère général, transnational et trans-groupe. Par conséquent, ils doivent être adaptés au contexte, aux possibilités économiques, aux conditions structurelles et aux systèmes de soins de santé propres à chaque pays, ainsi qu'aux différents groupes de migrants. Il est également nécessaire d'évaluer ces mesures dans la pratique. En outre, la recherche en ligne de déclarations écrites dans des articles et d'autres documents s'est limitée aux bases de données *PsycARTICLES*, *Psychology and Behavioural Sciences Collection*, *PsycINFO* et *PubMed*, au moteur de recherche Google et au site Internet d'Alzheimer Europe, et la recherche de déclarations orales s'est limitée aux évènements auxquels les auteurs ont assisté. La sélection des bases de données a été effectuée exclusivement sur la base des mots-clés suivants : care, Versorgung, dementia, Demenz, migration, et Migration. La sélection s'est limitée aux résumés et aux titres. Lors de la constitution du corpus de données, seuls les articles en allemand et en anglais ont été sélectionnés, et l'enquête a été limitée à la période allant du 1er novembre 2009 au 1er novembre 2019. En outre, une procédure de filtrage avec l'application de critères de qualité du matériel a été effectuée pour la sélection des articles pour l'analyse systématique de la littérature. En raison de ces limites, cette analyse représente une sélection des discours scientifiques, politiques et médicaux sur les soins aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence. Déclarations sur les éléments ou mesures liés à ce sujet : 1. n'étaient pas accessibles en ligne, sur les plateformes déterminées ou via les évènements auxquels ils ont participé ; 2. étaient inclus dans des articles qui n'ont pas été publiés pendant la période d'enquête définie, ou 3. ne pouvaient pas être identifiés par les mots-clés sélectionnés, n'ont pas été pris en compte. Toutefois, en raison de l'approche systématique, cette analyse donne un aperçu des éléments centraux des soins aux personnes atteintes de démence sensibles à la culture [4].

Références

1. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina M, Alzheimer's Disease International : World Alzheimer Report 2015. In : *The Global Impact of Dementia : an Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends.* London : Alzheimer's Disease International ; 2015.
2. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR : Comparing national dementia plans and strategies in Europe – is there a focus of care for people with dementia from a migration background? *BMC Public Health* 2020, 20(1) :784.
3. Schmachtenberg T, Monsees J, Hoffmann W, van den Berg N, Stentzel U, Thyrian JR : How is migration background considered in the treatment and care of people? A comparison of national dementia care guidelines in Europe. *BMC Public Health* 2020, 20(1) :1555.
4. Schmachtenberg, T., Monsees, J. & Thyrian, J.R. What elements are important in current treatment and care guidelines to provide culturally sensitive care for people with a migration background and dementia? A systematic analysis. *J Public Health* (Berl.) 2021.

7. Conclusion

Malgré les limites susmentionnées qui accompagnent toute étude, cet atlas a atteint les objectifs qu'il s'était fixés. Il fournit des données détaillées sur le nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, ventilées par pays de naissance, un aperçu complet de la manière dont la démence et la migration sont prises en compte dans les documents officiels, ainsi qu'une analyse des systèmes de santé, de leurs services et du soutien apporté aux personnes concernées.

Les résultats de ce projet conduisent à plusieurs conclusions et implications. En ce qui concerne le nombre estimé de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, les calculs montrent que chaque pays accueille un certain nombre de personnes concernées. Bien entendu, le nombre estimé de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence varie d'un pays à l'autre et l'on peut se demander si les groupes de migrants les plus touchés, présentés dans cet atlas, sont vraiment ceux dont les systèmes de santé doivent se préoccuper. Pourtant, il est indéniable que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs familles représentent un groupe important, vulnérable, qui a besoin d'aide et de soutien pour obtenir des informations et s'orienter dans le système de santé. Lorsqu'un groupe de migrants dont l'importance est démontrée ici n'apparaît pas dans le paysage des soins de santé d'un pays parce qu'il ne demande pas d'aide, cela ne signifie pas, et il serait faux de le supposer, qu'il n'a pas besoin de soutien. La littérature ainsi que cette étude montrent que souvent les personnes issues de l'immigration ne sont pas suffisamment informés pour savoir qu'ils ont droit à un soutien et ne savent pas comment demander de l'aide. Il est essentiel de savoir quels groupes de migrants sont présents dans un pays et quels sont leurs besoins spécifiques. L'hétérogénéité des personnes issues de l'immigration - non seulement entre les différentes ethnies mais aussi au sein des ethnies - doit être un facteur important lors de la création de mesures et de services pour ce groupe et lors de la prise de décisions sur les mesures à prendre pour des soins adéquats. Il ne suffit pas d'apporter des changements minimes en espérant qu'ils conviennent à chaque personne d'un milieu culturel différent et de s'attendre à ce que tout aille bien pour tous les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs proches. Des groupes différents exigent des mesures différentes.

Un autre aspect important est l'intégration des réseaux informels dans la prestation de soins. Cela signifie qu'il faut inclure non seulement l'aidant familial principal, mais aussi les autres membres de la famille impliqués dans le processus de prise en charge. Cela signifie également qu'il faut collaborer avec les personnes importantes de cette communauté, les chefs religieux et les organisations de migrants pour « normaliser » la démence en tant que maladie, encourager l'acceptation d'une aide professionnelle pour la gérer et diffuser des informations sur la démence et les soins de santé. Les organisations d'immigrés, les communautés religieuses, ainsi que d'autres installations et clubs qui représentent des lieux de rencontre pour les personnes issues de l'immigration, les personnes issues d'un groupe d'immigrés spécifique ou les personnes d'origines différentes, ont besoin d'un financement public ciblé et d'un soutien institutionnel pour sensibiliser à la démence. De manière générale, dans l'ensemble de l'Europe et dans les différents pays européens, il est nécessaire de sensibiliser davantage la société, la politique, la science, le système de santé et les prestataires de soins au thème de la démence et de la migration, ainsi que de mettre en place des structures pour la prise en

charge spécialisée des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et de leurs proches. C'est ce qu'ont montré les différentes recherches bibliographiques et surtout l'analyse des plans nationaux de lutte contre la démence, des stratégies de lutte contre la démence et des lignes directrices en matière de soins et de traitement des pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni, qui ont été réalisées dans le cadre de ce projet. Un peu plus d'un tiers des 90 documents analysés sur les soins aux personnes atteintes de démence abordent le thème de la migration et la plupart des documents qui traitent de cette question n'y font référence que brièvement et de manière non systématique. Les exceptions sont les récents plans de lutte contre la démence et les lignes directrices en matière de soins de la Norvège et les lignes directrices en matière de soins de la Suède, qui abordent le sujet de manière plus détaillée et font référence aux services de soins existants. Les entretiens avec les experts ont confirmé les résultats de ces analyses et ont montré qu'il y a un grand manque d'attention de la part de la société, des politiques de soins et des scientifiques concernant le thème de la démence et de la migration, du moins dans les pays européens considérés. Il est impossible de répondre à la question de savoir si la situation est meilleure dans les pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni, pour lesquels aucun expert n'a pu être recruté et aucun document sur les soins aux personnes atteintes de démence n'a été identifié au cours de ce projet, malgré des recherches intensives répétées ou des demandes multiples, mais il est raisonnable de douter.

Dans l'ensemble, les analyses de la littérature et les entretiens avec les experts indiquent qu'il n'existe pas ou très peu de services spécialisés de diagnostic, de soins, d'information et de soutien pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs proches dans la plupart des pays européens. Les quelques services qui existent sont également, selon les experts interrogés, extrêmement inégalement répartis, notamment sur le plan géographique. Cela signifie que dans de nombreux pays européens, la possibilité pour un personnes issues de l'immigration de bénéficier d'un diagnostic de démence valide et de soins formels spécialisés dépend de son lieu de résidence. En outre, certains entretiens ont suggéré que l'offre de soins est également extrêmement inégalement répartie sur le plan social et que le statut socio-économique d'une personne est un facteur déterminant pour l'accès aux soins spécialisés. Les entretiens avec les experts montrent que dans environ deux tiers des pays considérés, les services de soins spécifiques à la démence qui existent actuellement ne sont pas suffisamment utiles aux personnes issues de l'immigration. Les Pays-Bas sont l'un des rares pays qui, selon les experts interrogés, disposent de modèles de bonnes pratiques de soins pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence, du moins dans certaines régions et villes. Le manque d'adaptation des services de soins spécifiques à la démence aux besoins culturels, linguistiques et individuels des personnes issues de l'immigration et le manque d'adéquation des services qui en résulte dans la plupart des pays de l'UE, de la EFTA et de l'UE considérés est probablement l'une des principales raisons pour lesquelles les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs proches utilisent moins de services de soins, d'information et de soutien que les non-migrants et sont beaucoup plus touchés par des problèmes tels que le sous-diagnostic et l'insuffisance de l'offre. Dans la plupart des pays européens, les besoins très élevés en matière de soins d'informations adaptées et de soutien spécialisé sensibles à la culture des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs proches sont actuellement loin d'être satisfaits. Cela a été clai-

rement démontré par les analyses effectuées dans le cadre de ce projet.

Simultanément, ce projet a également mis en évidence qu'il existe de nombreuses mesures potentielles qui pourraient contribuer à réduire les inégalités existantes en matière de soins et à améliorer la situation des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Europe. En outre, il existe certains modèles de bonnes pratiques au niveau de la politique et de la pratique des soins, qui peuvent être utilisés par d'autres pays, régions, planificateurs de soins ou prestataires de services comme base pour développer leurs propres stratégies et services de soins ou comme point de départ pour une coopération internationale. Un exemple est la proportion relativement élevée de migrants parmi les soignants professionnels dans les soins ambulatoires et hospitaliers dans de nombreux pays européens, et la grande diversité culturelle et linguistique qui en résulte dans les systèmes de soins de santé de la plupart des pays, qui a été identifiée lors des entretiens avec les experts. Si cette diversité est systématiquement utilisée et structurellement encouragée (par exemple, par des programmes d'éducation et de formation continue spécifiques à la démence et sensibles à la culture pour les professionnels de la santé issus de l'immigration, ainsi que par des mesures visant à inclure ces professionnels dans des groupes professionnels à revenu plus élevé), elle pourrait constituer une ressource importante pour la fourniture de soins en langue maternelle sensibles à la culture aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et à leurs proches, tout en aidant à relever certains défis auxquels il faut également faire face.

Les auteurs estiment que la poursuite d'une stratégie descendante peut être utile pour mettre en œuvre systématiquement ces mesures et d'autres recommandées dans cet atlas dans les pays européens, pour réduire les inégalités considérables existantes en matière de soins et pour être en mesure d'établir une norme minimale de soins pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence au niveau national ou européen. Les gouvernements nationaux ou les institutions européennes, ainsi que les institutions de recherche et les prestataires de soins, devraient élaborer une stratégie commune pour la prise en charge de cette population vulnérable et établir une coopération suprarégionale, transnationale et intersectorielle. L'amélioration de la situation juridique (notamment en ce qui concerne les soins de santé, les offres spécifiques à la démence et les services en langue maternelle) des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et de leurs proches doit être au centre des discussions. Parallèlement, il convient de mettre en place des programmes de recherche axés sur le diagnostic de la démence, la situation des personnes directement touchées par la maladie et les schémas exacts d'utilisation des services de soins formels spécifiques à la démence par les personnes issues de l'immigration. Sur cette base, des études participatives sont nécessaires pour le développement et la mise en œuvre de concepts et de services de soins spécialisés pour les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs proches, dans lesquels les personnes issues de l'immigration devraient être inclus à la fois du côté des équipes de recherche et du côté des participants à l'étude tout au long du processus d'étude. Outre les plans nationaux ou européens de lutte contre la démence, des lignes directrices nationales ou européennes supplémentaires sur les soins adaptés à la diversité culturelle des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence pourraient servir de cadre formel pour le développement de tels programmes. Toutefois, une telle stratégie devrait également viser à promouvoir systématiquement les éléments

ascendants et donc offrir aux prestataires de soins et aux professionnels individuels la possibilité de développer des concepts de soins innovants au niveau régional et de les diffuser au niveau national ou international grâce à une meilleure mise en réseau des prestataires de soins et des bénéficiaires potentiels. Cet atlas et l'aperçu qu'il contient de la répartition des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans les différents pays et régions ainsi que les recommandations d'action présentées pour leur prise en charge peuvent servir d'orientation dans ce processus. Grâce à ce travail complet, il est en outre en mesure d'aider les parties prenantes, les responsables politiques, les prestataires de soins de santé et d'autres personnes à prendre des décisions, par exemple au niveau politique concernant les politiques ou les plans d'action. Il peut également aider le système de santé, ses services et les prestataires de services à élaborer leurs propres stratégies sur la manière de prendre en charge les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et leurs familles.

8. Abréviations

ADI	Alzheimer's Disease International
AFA	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer et démences
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
BPSD	Behavioural and psychological symptoms of dementia
DeMigranz	Demenz und Migration
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
EFID	European Foundations' Initiative on Dementia
EFTA	European Free Trade Association
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENIEC	European Network of Intercultural Elderly Care
ETNIMU	Améliorer la santé cérébrale des personnes âgées issues de minorités ethniques
Eurostat	Système statistique européen
GIMBE	Gruppo Italiano per la Medicina Basata
HSMP	Highly Skilled Migrant Programme
ImmiDem	La démence chez les immigrés et les minorités ethniques vivant en Italie : aspects clinico-épidémiologiques et services de santé publique
INTERDEM	Early detection and timely INTERvention in DEMentia
IOM	International Organization for Migration
MIS	Memory Impairment Screen
MMSE	Mini-Mental State Examination
NAKMI	Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons - og minoritetshelse (en anglais)
NDP	Plan national sur les démences
NGO	Non-governmental organisation
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NUTS	Nomenclature des Unités territoriales statistiques
PALOP	Países africanos de língua official portuguesa
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PwM	Personnes issues de l'immigration
RUDAS	Rowland Universal Dementia Assessment Scale
SCIE	Social Care Institute for Excellence
TRAKULA	Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen
UE	Union européenne
WHO	World Health Organization

Pays

AL	Albanie
AM	Arménie
AO	Angola
AR	Argentine
AT	Autriche
AZ	Azerbaïdjan
BA	Bosnie-Herzégovine
BD	Bangladesh
BE	Belgique
BENELUX	Belgique, Pays-Bas et Luxembourg
BG	Bulgarie
BR	Brésil
BY	Biélorussie
CA	Canada
CD	République démocratique du Congo
CN	Chine
CO	Colombie
CU	Cuba
CV	Cap-Vert
CY	Chypre
CZ	La République Tchèque
DE	Allemagne
DK	Danemark
DZ	Algérie
EAW	Angleterre et Pays de Galles
EC	Équateur
EE	Estonie
EG	Égypte
ENG	Angleterre
ES	Espagne
FI	Finlande
FR	France
GE	Géorgie
GR	Grèce
HR	Croatie
HU	Hongrie
ID	Indonésie
IE	Irlande
IN	Inde
IQ	Irak
IR	Iran
IT	Italie
KZ	Kazakhstan
LB	Liban
LT	Lituanie
LU	Luxembourg
MA	Maroc
MK	Macédoine du Nord
MU	Île Maurice
MZ	Mozambique
NIR	Irlande du Nord
NL	Les Pays-Bas
NO	Norvège
PE	Pérou
PK	Pakistan
PL	Pologne
PT	Portugal
RO	Roumanie
RU	La Fédération de Russie
SCT	Écosse
SE	Suède
SI	Slovénie
SK	Slovaquie
SR	Suriname
SU	Union soviétique
TR	Turquie
UA	Ukraine
UK	Royaume-Uni
US	États-Unis
UY	Uruguay
WLS	Pays de Galles
XS	Serbie
YU	Yougoslavie
ZA	Afrique du Sud

9. Figures

3.2 Estimation du nombre de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence en Europe
Fig. 3.2.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence en Europe
Fig. 3.2.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus en Europe

3.3 Plans et stratégies nationaux de lutte contre la démence : Focus sur la migration
Fig. 3.3.3.1 : Pays de l'UE/EFTA/UK ayant des PND liés à la migration et des services de santé disponibles (au 04 janvier 2021)

3.4 lignes directrices nationales sur les soins et le traitement de la démence : Focus sur la migration
Fig. 3.4.1.1 : Pays de l'UE/EFTA/Royaume-Uni disposant de lignes directrices nationales de prise en charge de la démence liées à la migration et de services de soins de santé disponibles (au 11/07/2019)

3.6.1 Aspects généraux sur les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence
Fig. 3.6.1.1 : Importance de la démence et de la migration
Fig. 3.6.1.2 : Les personnes issues de l'immigration, un groupe vulnérable en matière de soins de santé
Fig. 3.6.1.3 : Les personnes atteintes de démence en tant que groupe ayant des besoins spécifiques en matière de soins de santé

3.6.2 Soins
Fig. 3.6.2.1 : Disponibilité de services de soins ambulatoires pour les personnes issues de l'immigration
Fig. 3.6.2.2 : Disponibilité de services de soins hospitaliers pour les personnes issues de l'immigration
Fig. 3.6.2.3 : Adéquation des services existants pour une prise en charge adéquate des personnes atteintes de démence

3.6.3 Intégration et fourniture d'informations aux personnes issues de l'immigration (et atteintes de démence)
Fig. 3.6.3.1 : Intégration des personnes atteintes de démence dans les soins de santé

3.6.4 Soins professionnels
Fig. 3.6.4.1 : Proportion de personnes issues de l'immigration dans les soins ambulatoires (en tant que personnel de santé)
Fig. 3.6.4.2 : Nécessité d'une prise en charge adaptée à la culture dans le cadre des soins ambulatoires
Fig. 3.6.4.3 : Proportion de personnes issues de l'immigration en matière de soins hospitaliers (en tant que personnel de santé)
Fig. 3.6.4.4 : Nécessité d'une prise en charge adaptée à la culture des patients hospitalisés

3.6.5 Soutien aux aidants familiaux
Fig. 3.6.5.1 : Différences dans l'information et les services destinés aux aidants familiaux

3.7.1 Allemagne
Fig. 3.7.1.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans ou plus (Allemagne - Nation)
Fig. 3.7.1.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Allemagne - Nation)
Fig. 3.7.1.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Pologne (Allemagne - NUTS1)
Fig. 3.7.1.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou

plus et atteintes de démence. Pays d'origine : La Fédération de Russie (Allemagne - NUTS1)
Fig. 3.7.1.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Turquie (Allemagne - NUTS1)
Fig. 3.7.1.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Italie (Allemagne - NUTS1)
Fig. 3.7.1.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Roumanie (Allemagne - NUTS1)
Fig. 3.7.1.8 : Nombre total de personnes âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Allemagne - NUTS1)
Fig. 3.7.1.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Allemagne - NUTS1)
Fig. 3.7.1.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Allemagne - NUTS1)

3.7.2 Autriche

Fig. 3.7.2.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Autriche - Nation)
Fig. 3.7.2.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Autriche - Nation)
Fig. 3.7.2.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Autriche - NUTS2)
Fig. 3.7.2.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Serbie (Autriche - NUTS2)
Fig. 3.7.2.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Bosnie-Herzégovine (Autriche - NUTS2)
Fig. 3.7.2.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : La République Tchèque (Autriche - NUTS2)
Fig. 3.7.2.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Turquie (Autriche - NUTS2)
Fig. 3.7.2.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Autriche (Autriche - NUTS2)
Fig. 3.7.2.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Autriche - NUTS2)
Fig. 3.7.2.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Autriche - NUTS2)

3.7.3 Belgique

Fig. 3.7.3.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Belgique - Nation)
Fig. 3.7.3.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Belgique - Nation)
Fig. 3.7.3.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Italie (Belgique – NUTS2)
Fig. 3.7.3.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : France (Belgique - NUTS2)
Fig. 3.7.3.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Pays-

Bas (Belgique - NUTS2)
Fig. 3.7.3.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Maroc (Belgique - NUTS2)
Fig. 3.7.3.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Belgique - NUTS2)
Fig. 3.7.3.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Belgique (Belgique - NUTS2)
Fig. 3.7.3.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Belgique - NUTS2)
Fig. 3.7.3.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Belgique - NUTS2)

3.7.4 Bulgarie
Fig. 3.7.4.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et âgées de 60 ans et plus (Bulgarie - Nation)
Fig. 3.7.4.2 : Prévalence de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence âgées de 60 ans et plus (Bulgarie - Nation)
Fig. 3.7.4.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Roumanie (Bulgarie - NUTS2)
Fig. 3.7.4.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : La Fédération de Russie (Bulgarie - NUTS2)
Fig. 3.7.4.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Grèce (Bulgarie - NUTS2)
Fig. 3.7.4.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Serbie (Bulgarie - NUTS2)
Fig. 3.7.4.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Ukraine (Bulgarie - NUTS2)
Fig. 3.7.4.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine : Bulgarie (Bulgarie - NUTS2)
Fig. 3.7.4.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence (Bulgarie - NUTS2)
Fig. 3.7.4.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 60 ans et plus (Bulgarie - NUTS2)

3.7.5 Chypre
Fig. 3.7.5.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Chypre - Nation)
Fig. 3.7.5.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Chypre - Nation)

3.7.6 Croatie
Fig. 3.7.6.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et âgées de 65 ans ou plus (Croatie - Nation)
Fig. 3.7.6.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Croatie - Nation)

3.7.7 Danemark
Fig. 3.7.7.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Danemark - Nation)
Fig. 3.7.7.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Danemark - Nation)
Fig. 3.7.7.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Danemark - NUTS2)

Fig. 3.7.7.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Suède (Danemark - NUTS2)
Fig. 3.7.7.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Norvège (Danemark - NUTS2)
Fig. 3.7.7.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Turquie (Danemark - NUTS2)
Fig. 3.7.7.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Royaume-Uni (Danemark - NUTS2)
Fig. 3.7.7.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Danemark (Danemark - NUTS2)
Fig. 3.7.7.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Danemark - NUTS2)
Fig. 3.7.7.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Danemark - NUTS2)

3.7.8 Espagne

Fig. 3.7.8.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Espagne - Nation)
Fig. 3.7.8.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Espagne - Nation)
Fig. 3.7.8.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Royaume-Uni (Espagne - NUTS2)
Fig. 3.7.8.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Espagne - NUTS2)
Fig. 3.7.8.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Maroc (Espagne - NUTS2)
Fig. 3.7.8.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : France (Espagne - NUTS2)
Fig. 3.7.8.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Argentine (Espagne - NUTS2)
Fig. 3.7.8.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Espagne (Espagne - NUTS2)
Fig. 3.7.8.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Espagne - NUTS2)
Fig. 3.7.8.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Espagne - NUTS2)

3.7.9 Estonie

Fig. 3.7.9.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Estonie - Nation)
Fig. 3.7.9.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Estonie - Nation)

3.7.10 Finlande

Fig. 3.7.10.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population de 65 ans ou plus (Finlande - Nation)
Fig. 3.7.10.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration, âgées de 65 ans ou plus (Finlande - Nation)
Fig. 3.7.10.3 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population des 65 ans ou plus. Pays d'origine : Union soviétique (Finlande - NUTS2)
Fig. 3.7.10.4 : Nombre total de personnes is-

sues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Suède (Finlande - NUTS2)
Fig. 3.7.10.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Estonie (Finlande - NUTS2)
Fig. 3.7.10.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Finlande - NUTS2)
Fig. 3.7.10.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Royaume-Uni (Finlande – NUTS2)
Fig. 3.7.10.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Finlande (Finlande – NUTS2)
Fig. 3.7.10.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Finlande - NUTS2)
Fig. 3.7.10.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population de 65 ans ou plus (Finlande - NUTS2)

3.7.11 France
Fig. 3.7.11.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (France - Nation)
Fig. 3.7.11.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (France - Nation)

3.7.12 Grèce
Fig. 3.7.12.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Grèce - Nation)
Fig. 3.7.12.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Grèce - Nation)
Fig. 3.7.12.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Turquie (Grèce - NUTS2)
Fig. 3.7.12.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Albanie (Grèce - NUTS2)
Fig. 3.7.12.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Géorgie (Grèce - NUTS2)
Fig. 3.7.12.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : La Fédération de Russie (Grèce - NUTS2)
Fig. 3.7.12.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Égypte (Grèce - NUTS2)
Fig. 3.7.12.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Grèce (Grèce - NUTS2)
Fig. 3.7.12.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et âgées de 65 ans ou plus (Grèce - NUTS-2)
Fig. 3.7.12.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Grèce - NUTS2)

3.7.13 Hongrie
Fig. 3.7.13.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Hongrie - Nation)
Fig. 3.7.13.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Hongrie - Nation)
Fig. 3.7.13.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Roumanie (Hongrie - NUTS2)
Fig. 3.7.13.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus

et atteintes de démence. Pays d'origine : Slovaquie (Hongrie - NUTS2)
Fig. 3.7.13.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Serbie (Hongrie - NUTS2)
Fig. 3.7.13.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Ukraine (Hongrie - NUTS2)
Fig. 3.7.13.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Hongrie - NUTS2)
Fig. 3.7.13.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Hongrie (Hongrie - NUTS2)
Fig. 3.7.13.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Hongrie - NUTS2)
Fig. 3.7.13.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Hongrie - NUTS2)

3.7.14 Irlande

Fig. 3.7.14.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Irlande - Nation)
Fig. 3.7.14.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Irlande - Nation)
Fig. 3.7.14.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Angleterre et Pays de Galles (Irlande - NUTS2)
Fig. 3.7.14.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Irlande du Nord (Irlande - NUTS2)
Fig. 3.7.14.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Écosse (Irlande - NUTS2)
Fig. 3.7.14.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Les États-Unis (Irlande - NUTS2)
Fig. 3.7.14.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Irlande - NUTS2)
Fig. 3.7.14.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Irlande (Irlande - NUTS2)
Fig. 3.7.14.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Irlande - NUTS2)
Fig. 3.7.14.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Irlande - NUTS2)

3.7.15 Islande

Fig. 3.7.15.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration atteintes de démence et âgées de 65 ans ou plus (Islande - Nation)
Fig. 3.7.15.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Islande - Nation)

3.7.16 Italie

Fig. 3.7.16.1 : Nombre total des personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Italie - Nation)
Fig. 3.7.16.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Italie - Nation)

3.7.17 Lettonie

Fig. 3.7.17.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Lettonie - Nation)
Fig. 3.7.17.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence

parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Lettonie - Nation)

3.7.18 Liechtenstein

Fig. 3.7.18.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Liechtenstein - Nation)

Fig. 3.7.18.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Liechtenstein - Nation)

3.7.19 Lituanie

Fig. 3.7.19.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence âgées de 60 ans et plus (Lituanie - Nation)

Fig. 3.7.19.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 60 ans et plus (Lituanie - Nation)

3.7.20 Luxembourg

Fig. 3.7.20.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Luxembourg - Nation)

Fig. 3.7.20.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Luxembourg - Nation)

3.7.21 Malte

Fig. 3.7.21.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence âgées de 60 ans et plus (Malte - Nation)

Fig. 3.7.21.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 60 ans et plus (Malte - Nation)

3.7.22 Norvège

Fig. 3.7.22.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Norvège - Nation)

Fig. 3.7.22.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Norvège - Nation)

Fig. 3.7.22.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Suède (Norvège - NUTS2)

Fig. 3.7.22.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Danemark (Norvège - NUTS2)

Fig. 3.7.22.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Royaume-Uni (Norvège - NUTS2)

Fig. 3.7.22.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Norvège - NUTS-2)

Fig. 3.7.22.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Pakistan (Norvège - NUTS2)

Fig. 3.7.22.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Norvège (Norvège - NUTS2)

Fig. 3.7.22.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Norvège - NUTS2)

Fig. 3.7.22.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Norvège - NUTS2)

3.7.23 Pays-Bas

Fig. 3.7.23.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population de 65 ans ou plus (Pays-Bas - Nation)

Fig. 3.7.23.2 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus (Pays-Bas - Nation)

Fig. 3.7.23.3 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Indonésie (Pays-Bas - NUTS2)
Fig. 3.7.23.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Suriname (Pays-Bas - NUTS2)
Fig. 3.7.23.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Pays-Bas - NUTS2)
Fig. 3.7.23.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Maroc (Pays-Bas - NUTS2)
Fig. 3.7.23.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Turquie (Pays-Bas - NUTS2)
Fig. 3.7.23.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Pays-Bas (Pays-Bas - NUTS2)
Fig. 3.7.23.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Pays-Bas - NUTS2)
Fig. 3.7.23.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Pays-Bas - NUTS2)

3.7.24 Pologne

Fig. 3.7.24.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence et (Pologne - Nation)
Fig. 3.7.24.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 60 ans et plus (Pologne - Nation)
Fig. 3.7.24.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Ukraine (Pologne - NUTS2)
Fig. 3.7.24.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Biélorussie (Pologne - NUTS-2)
Fig. 3.7.24.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Pologne - NUTS-2)
Fig. 3.7.24.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Lituanie (Pologne - NUTS2)
Fig. 3.7.24.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence. Pays d'origine : La Fédération de Russie (Pologne - NUTS2)
Fig. 3.7.24.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 60 ans et plus. Pays d'origine : Pologne (Pologne - NUTS2)
Fig. 3.7.24.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus et atteintes de démence (Pologne - NUTS2)
Fig. 3.7.24.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 60 ans et plus (Pologne - NUTS2)

3.7.25 Portugal

Fig. 3.7.25.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et âgées de 65 ans ou plus (Portugal - Nation)
Fig. 3.7.25.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Portugal - Nation)
Fig. 3.7.25.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Angola (Portugal - NUTS2)
Fig. 3.7.25.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Mozambique (Portugal - NUTS2)
Fig. 3.7.25.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus

et atteintes de démence. Pays d'origine : Cap-Vert (Portugal - NUTS2)
Fig. 3.7.25.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Royaume-Uni (Portugal - NUTS2)
Fig. 3.7.25.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Brésil (Portugal - NUTS2)
Fig. 3.7.25.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Portugal (Portugal - NUTS2)
Fig. 3.7.25.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et âgées de 65 ans ou plus (Portugal - NUTS-2)
Fig. 3.7.25.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Portugal - NUTS-2)

3.7.26 La République tchèque

Fig. 3.7.26.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (La République Tchèque - Nation)
Fig. 3.7.26.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (La République Tchèque - Nation)
Fig. 3.7.26.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Slovaquie (La République Tchèque - NUTS2)
Fig. 3.7.26.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Ukraine (La République Tchèque - NUTS2)
Fig. 3.7.26.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Pologne (La République Tchèque - NUTS2)
Fig. 3.7.26.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Roumanie (La République Tchèque - NUTS2)
Fig. 3.7.26.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (La République Tchèque - NUTS2)
Fig. 3.7.26.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : La République Tchèque (La République Tchèque - NUTS2)
Fig. 3.7.26.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (La République Tchèque - NUTS2)
Fig. 3.7.26.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (La République Tchèque - NUTS2)

3.7.27 Roumanie

Fig. 3.7.27.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Roumanie - Nation)
Fig. 3.7.27.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Roumanie - Nation)
Fig. 3.7.27.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Hongrie (Roumanie - NUTS2)
Fig. 3.7.27.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Roumanie - NUTS2)
Fig. 3.7.27.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Ukraine (Roumanie - NUTS2)
Fig. 3.7.27.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Serbie (Roumanie - NUTS2)
Fig. 3.7.27.7 : Nombre total de personnes is-

sues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Slovaquie (Roumanie - NUTS2)
Fig. 3.7.27.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Roumanie (Roumanie - NUTS2)
Fig. 3.7.27.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Roumanie - NUTS2)
Fig. 3.7.27.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Roumanie - NUTS2)

3.7.28 Le Royaume-Uni

Angleterre

Fig. 3.7.28.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence (Angleterre - Nation)
Fig. 3.7.28.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population (Angleterre - Nation)
Fig. 3.7.28.3 : Nombre total de personnes atteintes de démence. Pays d'origine : Inde (Angleterre - NUTS1)
Fig. 3.7.28.4 : Nombre total de personnes atteintes de démence. Pays d'origine : Pologne (Angleterre - NUTS1)
Fig. 3.7.28.5 : Nombre total de personnes atteintes de démence. Pays d'origine : Pakistan (Angleterre - NUTS1)
Fig. 3.7.28.6 : Nombre total de personnes atteintes de démence. Pays d'origine : Roumanie (Angleterre - NUTS1)
Fig. 3.7.28.7 : Nombre total de personnes atteintes de démence. Pays d'origine : Irlande (Angleterre - NUTS1)
Fig. 3.7.28.8 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence (Angleterre - NUTS1)
Fig. 3.7.28.9 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population (Angleterre - NUTS1)

Écosse

Fig. 3.7.28.10 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population de 65 ans ou plus (Écosse - Nation)
Fig. 3.7.28.11 : Prévalence de la démence chez les personnes issues de l'immigration de 65 ans ou plus (Écosse - Nation)
Fig. 3.7.28.12 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Angleterre (Écosse - NUTS2)
Fig. 3.7.28.13 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Irlande (Écosse - NUTS2)
Fig. 3.7.28.14 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Irlande du Nord (Écosse - NUTS2)
Fig. 3.7.28.15 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Pays de Galles (Écosse - NUTS2)
Fig. 3.7.28.16 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Inde (Écosse - NUTS2)
Fig. 3.7.28.17 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Écosse (Scotland - NUTS2)
Fig. 3.7.28.18 : Nombre total de personnes issues de l'immigration atteints de démence âgés de 65 ans ou plus (Écosse - NUTS2)
Fig. 3.7.28.19 : Prévalence des personnes issues de l'immigration atteintes de démence parmi la population âgée de plus de 65 ans (Écosse - NUTS2)

Irlande du Nord

Fig. 3.7.28.20 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Irlande du Nord - Nation)

Fig. 3.7.28.21 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Irlande du Nord - Nation)

Pays de Galles

Fig. 3.7.28.22 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Pays de Galles - Nation)
Fig. 3.7.28.23 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Pays de Galles - Nation)
Fig. 3.7.28.24 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Angleterre (Pays de Galles - NUTS2)
Fig. 3.7.28.25 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Écosse (Pays de Galles - NUTS2)
Fig. 3.7.28.26 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Irlande (Pays de Galles - NUTS2)
Fig. 3.7.28.27 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Irlande du Nord (Pays de Galles - NUTS2)
Fig. 3.7.28.28 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Pays de Galles (Wales - NUTS2)
Fig. 3.7.28.29 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Pays de Galles - NUTS2)
Fig. 3.7.28.30 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Pays de Galles - NUTS2)

3.7.29 Slovaquie

Fig. 3.7.29.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Slovaquie - Nation)
Fig. 3.7.29.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Slovaquie - Nation)
Fig. 3.7.29.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : La République Tchèque (Slovaquie - NUTS2)
Fig. 3.7.29.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Hongrie (Slovaquie – NUTS2)
Fig. 3.7.29.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Ukraine (Slovaquie – NUTS2)
Fig. 3.7.29.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : France (Slovaquie - NUTS2)
Fig. 3.7.29.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Pologne (Slovaquie - NUTS2)
Fig. 3.7.29.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Slovaquie (Slovaquie - NUTS2)
Fig. 3.7.29.9 : Chiffres entiers de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Slovaquie – NUTS2)
Fig. 3.7.29.10 : Prévalence de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Slovaquie – NUTS2)

3.7.30 Slovénie

Fig. 3.7.30.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus (Slovénie - Nation)
Fig. 3.7.30.2 : Prévalence des personnes is-

sues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Slovénie - Nation)
Fig. 3.7.30.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Croatie (Slovénie - NUTS2)
Fig. 3.7.30.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Bosnie-Herzégovine (Slovénie - NUTS2)
Fig. 3.7.30.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Serbie (Slovénie - NUTS2)
Fig. 3.7.30.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Macédoine du Nord (Slovénie - NUTS2)
Fig. 3.7.30.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Slovénie - NUTS2)
Fig. 3.7.30.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Slovénie (Slovénie - NUTS2)
Fig. 3.7.30.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Slovénie - NUTS2)
Fig. 3.7.30.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Slovénie - NUTS2)

3.7.31 Suède

Fig. 3.7.31.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Suède - Nation)
Fig. 3.7.31.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence parmi la population âgée de 65 ans ou plus (Suède - Nation)

3.7.32 Suisse

Fig. 3.7.32.1 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence (Suisse - Nation)
Fig. 3.7.32.2 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Suisse - Nation)
Fig. 3.7.32.3 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Italie (Suisse - NUTS2)
Fig. 3.7.32.4 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Allemagne (Suisse - NUTS2)
Fig. 3.7.32.5 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : France (Suisse - NUTS2)
Fig. 3.7.32.6 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Autriche (Suisse - NUTS2)
Fig. 3.7.32.7 : Nombre total de personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans ou plus et atteintes de démence. Pays d'origine : Espagne (Suisse - NUTS2)
Fig. 3.7.32.8 : Nombre total de personnes atteintes de démence âgées de 65 ans ou plus. Pays d'origine : Suisse (Suisse - NUTS2)
Fig. 3.7.32.9 : Nombre total de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence âgées de 65+ (Suisse - NUTS2)
Fig. 3.7.32.10 : Prévalence des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la population âgée de 65 ans ou plus (Suisse - NUTS2)

10. Tableaux

3.1.2 Situation actuelle dans les pays de l'UE, de la EFTA et du Royaume-Uni
Tableau 1: Aperçu des données migratoires des pays de l'UE/AELE/UK

3.3.1 Résultats de la première recherche le 1er juin 2019
Tableau 2: Référence à la migration dans les PND des pays de l'UE/EFTA/RU

3.4.1 Résultats
Tableau 3: Référence à la migration dans les lignes directrices nationales de soins aux personnes atteintes de démence des pays de l'UE/EFTA/RU

11.1 Organisations répondantes
Tableau 4: Liste des organisations ayant répondu

3.7.1 Allemagne
Tableau 5: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Allemagne – Nation)

Tableau 6: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Allemagne- NUTS1)

3.7.2 Autriche
Tableau 7: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Autriche - Nation)

Tableau 8: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Autriche - NUTS2)

3.7.3 Belgique
Tableau 9: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Belgique – Nation)

Tableau 10: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Belgique – NUTS2)

3.7.4 Bulgarie
Tableau 11: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Bulgarie – Nation)

Tableau 12: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Bulgarie – NUTS2)

3.7.5 Chypre
Tableau 13: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Chypre - Nation)

3.7.6 Croatie

Tableau 14: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Croatie - Nation)

3.7.7 Danemark

Tableau 15: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Danemark – Nation)

Tableau 16: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Danemark – NUTS2)

3.7.8 Espagne

Tableau 17: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Espagne - Nation)

Tableau 18: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Espagne - NUTS2)

3.7.9 Estonie

Tableau 19: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Estonie - Nation)

3.7.10 Finlande

Tableau 20: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Finlande - Nation)

Tableau 21: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Finlande - NUTS2)

3.7.11 France

Tableau 22: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (France - Nation)

3.7.12 Grèce

Tableau 23: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Grèce- Nation)

Tableau 24: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Grèce - NUTS2)

3.7.13 Hongrie

Tableau 25: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Hongrie - Nation)

Tableau 26: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Hongrie - NUTS2)

3.7.14 Irlande

Tableau 27: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Irlande - Nation)

Tableau 28: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Irlande - NUTS2)

3.7.15 Islande

Tableau 29: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Islande - Nation)

3.7.16 Italie

Tableau 30: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Italie - Nation)

3.7.17 Lettonie

Tableau 31: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Lettonie - Nation)

3.7.18 Le Liechtenstein

Tableau 32: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Liechtenstein - Nation)

3.7.19 Lituanie

Tableau 33: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Lituanie - Nation)

3.7.20 Luxembourg

Tableau 34: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Luxembourg - Nation)

3.7.21 Malte

Tableau 35: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Malte - Nation)

3.7.22 Norvège

Tableau 36: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Norvège - Nation)

Tableau 37: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Norvège - NUTS2)

3.7.23 Pays-Bas

Tableau 38: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays-Bas - Nation)

Tableau 39: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays-Bas - NUTS2)

3.7.24 Pologne

Tableau 40: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Pologne - Nation)

Tableau 41: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 60 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 60 ans et plus (Pologne - NUTS2)

3.7.25 Portugal

Tableau 42: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Portugal - Nation)

Tableau 43: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Portugal - NUTS2)

3.7.26 La République tchèque

Tableau 44: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (République Tchèque - Nation)

Tableau 45: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (République Tchèque - NUTS2)

3.7.27 Roumanie

Tableau 46: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Roumanie - Nation)

Tableau 47: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Roumanie - NUTS2)

3.7.28 Le Royaume-Uni

Angleterre

Tableau 48: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration, et prévalence parmi la population totale (Angleterre - Nation)

Tableau 49: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration, et prévalence parmi la population totale (Angleterre - NUTS1)

Écosse

Tableau 50: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Écosse - Nation)

Tableau 51: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Écosse - NUTS2)

Irlande du Nord

Tableau 52: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Irlande du Nord - Nation)

Pays de Galles

Tableau 53: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays de Galles - Nation)

Tableau 54: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Pays de Galles - NUTS2)

3.7.29 Slovaquie

Tableau 55: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovaquie- Nation)

Tableau 56: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovaquie - NUTS2)

3.7.30 Slovénie

Tableau 57: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovénie - Nation)

Tableau 58: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Slovénie - NUTS2)

3.7.31 Suède

Tableau 59: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Suède - Nation)

3.7.32 Suisse

Tableau 60: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Suisse - Nation)

Tableau 61: Personnes issues de l'immigration et atteintes de démence: Nombres absolus, prévalence parmi les personnes issues de l'immigration âgées de 65 ans et plus, et prévalence parmi la population totale âgée de 65 ans et plus (Suisse- NUTS2)

11. Annexes

11.1 Organisations ayant répondu

Tableau 4 : Liste des organisations ayant répondu

Pays	Organisations ayant répondu à la demande par e-mail
Allemagne	Ministère fédéral de la santé
Angleterre	Ministère de la santé et des affaires sociales
Autriche	Alzheimer Autriche Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé, des soins et de la protection des consommateurs
Belgique	Gouvernement flamand Centre d'expertise sur les démences en Flandre Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ)
Bulgarie	Fondation Compassion Alzheimer Bulgarie
Chypre	Ministère de la santé
Croatie	Alzheimer Croatie Klinika za psihijatriju Vrapče
Danemark	Ministère danois de la santé Autorité sanitaire danoise
Écosse	Gouvernement écossais
Espagne	Ministère de la santé, des services sociaux et de l'égalité
Estonie	Ministère des affaires sociales
Finlande	Ministère des affaires sociales et de la santé
France	Société française de gériatrie et de gérontologie Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
Grèce	Association hellénique de gériatrie et de gérontologie Aristotle University of Thessaloniki
Hongrie	Centre national de services de santé
Irlande	Bureau national des démences Ministère de la santé
Irlande du Nord	Ministère de la Santé, des Services sociaux et de la Sécurité publique
Islande	Ministère de la santé
Italie	Société italienne de gérontologie et de gériatrie
La République tchèque	Ministère de la santé
Les Pays-Bas	Centre d'expertise néerlandais pour les soins de longue durée (Vilans)
Lettonie	Ministère de la santé
Liechtenstein	Ministère de la société/Département de la santé Démence Liechtenstein
Lituanie	Ministère de la santé de la République de Lituanie
Luxembourg	Ministère de la santé
Malte	Société maltaise de lutte contre la démence

Pays	Organisations ayant répondu à la demande par e-mail
Norvège	Ministère de la santé et des services de soins
Pays de Galles	Ministère de la santé et des services sociaux
Pologne	Ministère de la santé
Portugal	Centre de recherche sur les maladies chroniques (CEDOC)
Roumanie	Société Alzheimer Roumanie
Slovaquie	Ambassade d'Allemagne à Bratislava Centre de la mémoire de Bratislava
Slovénie	Société slovène de médecine gériatrique
Suède	Ministère de la santé et des affaires sociales Centre suédois de la démence
Suisse	Association Alzheimer Suisse Office fédéral de la santé publique

Avant de mener les entretiens, le guide d'entretien et les définitions des termes clés ont été envoyées aux experts. Ces documents ont été mis à disposition en anglais ou en allemand et sont inclus dans les sections suivantes :

11.2 Interview guide

Start

1) Could you please rate your expertise in the field of **dementia** on a scale from 1 to 10 – 1 = 'no expertise' and 10 = 'very high expertise'.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Could you please rate your expertise in the field of **migration** in your country on a scale from 1 to 10 – 1 = 'no expertise' and 10 = 'very high expertise'.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Could you please rate your expertise in the field aof **dementia and migration** in your country on a scale from 1 to 10 – 1 = 'no expertise' and 10 = 'very high expertise'.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Do you know any other experts in the field of dementia and migration in your country?

5) According to your opinion, how **important** is the topic dementia and migration regarded in your country?

   - ☐ Very important
   - ☐ Important
   - ☐ Partly
   - ☐ Rather unimportant
   - ☐ Not important

   a) Could you explain this in more detail?

6) According to your opinion, how important is the topic dementia and migration regarded in individual areas?

   - ☐ Very important
   - ☐ Important
   - ☐ Partly
   - ☐ Rather unimportant

- ☐ Not important

a) Could you explain this in more detail?

7) According to your opinion, are people with a migration background **generally** identified as a **vulnerable group** in healthcare in your country?

- ☐ Yes
- ☐ No

a) Are people from certain ethnicities identified as vulnerable groups in the healthcare system?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Partly

b) If so, which ethnicities are identified as vulnerable groups?

8) According to your opinion, does the **healthcare system** treat people with a migration background with dementia and their family members as a **group with specific needs** (because of their migration background)?

- ☐ Always
- ☐ Mostly
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

a) Which specific needs are primarily recognized?

9) According to your opinion, in which area are people with a migration background identified as a vulnerable group with specific needs in your country?

- ☐ Development of dementia
- ☐ Process/Progress of dementia
- ☐ Consequences of dementia
- ☐ Lack of care of dementia
- ☐ Under-diagnosis of dementia
- ☐ Utilisation of formal healthcare services
- ☐ In no area

a) According to your opinion, what are the key differences in these areas between people with a migration background and people without a migration background regarding care?

Care

People without a migration background

1) Please estimate to what extent are services for outpatient care of people with dementia widespread in your country?

- ☐ Nationwide
- ☐ Almost nationwide
- ☐ In several regions
- ☐ In single regions
- ☐ Not available

a) Could you explain this in more detail?

2) Please estimate how widely available services for inpatient care of people with dementia are in your country?

- ☐ Nationwide
- ☐ Almost nationwide
- ☐ In several regions
- ☐ In single regions
- ☐ Not available

a) Could you explain this in more detail?

People with a migration background

3) Please estimate how widely available services for outpatient care of people with a migration background with dementia are in your country?

- ☐ Nationwide
- ☐ Almost nationwide
- ☐ In several regions
- ☐ In single regions
- ☐ Not available

a) Could you explain this in more detail?

b) Are there any models of good practice?

4) Which healthcare strategy is used predominantly?

- ☐ Integrative model
- ☐ Segregative model
- ☐ Hybrid model with integrative and segregative elements

a) Are there differences between ethnicities?

b) Could you explain this in more detail?

c) Are there any models of good practice?

5) Please estimate how widely available services for inpatient care of people with a migration background with dementia are in your country?

- ☐ Nationwide
- ☐ Almost nationwide
- ☐ In several regions
- ☐ In single regions
- ☐ Not available

a) Could you explain this in more detail?

b) Are there any models of good practice?

6) Which healthcare strategy is used predominantly?

- ☐ Integrative model
- ☐ Segregative model
- ☐ Hybrid model with integrative and segregative elements

a) Are there differences between ethnicities?

b) Could you explain this in more detail?

c) Are there any models of good practice?

7) According to your opinion, are existing services suitable for an adequate care of **people with dementia**?

- ☐ Yes, for people with and without a migration background
- ☐ Yes, but only for people without a migration background
- ☐ Yes, but only for people with a migration background
- ☐ No, neither for people without nor for people with a migration background

a) Could you explain this in more detail?

8) Are measures distributed or in development to provide intercultural care of and/or support for dementia?

- ☐ Nationwide distributed
- ☐ Nationwide in development
- ☐ Locally distributed
- ☐ Locally in development
- ☐ Measures for development are planned
- ☐ Neither distributed nor in development

a) Could you explain this in more detail?

b) Are there any models of good practice?

9) Which specific and/or specialized healthcare services are available for people with a migration background or for people from certain ethnicities in your country?

a) Are there any models of good practice? Which ones? Where?

Inclusion and information of people with a migration background

People without a migration background

1) Could you please estimate the level of inclusion of people with dementia into healthcare in your country?

- ☐ Completely
- ☐ Almost completely
- ☐ Partly
- ☐ Slightly
- ☐ Not at all

a) Are there any models of good practice?

2) According to your opinion, how widely available are information services for people with dementia and their family members in your country?

- ☐ Nationwide
- ☐ Almost nationwide
- ☐ In several regions
- ☐ In single regions
- ☐ Not existent/available

a) Could you explain this in more detail?

3) According to your opinion, are people with dementia and/or their family members participating in the development of healthcare services, the design of information material or the design of residential and care facilities?

- ☐ Always
- ☐ Often
- ☐ Sometimes
- ☐ Rarely
- ☐ Never

a) Could you explain this in more detail?

People with a migration background

1) Could you please estimate the level of inclusion of people with a migration background into healthcare in your country?

   ☐ Completely
   ☐ Almost completely
   ☐ Partly
   ☐ Slightly
   ☐ Not at all

   a) Are there any models of good practice?

2) Could you please estimate the level of inclusion of people with a migration background with dementia into healthcare in your country?

   ☐ Completely
   ☐ Almost completely
   ☐ Partly
   ☐ Slightly
   ☐ Not at all

   a) Are there any models of good practice?

3) According to your opinion, how widely available are information services for people with a migration background with dementia and their family members in your country?

   ☐ Nationwide
   ☐ Almost nationwide
   ☐ In several regions
   ☐ In single regions
   ☐ Not existent/available

   a) Could you explain this in more detail?

4) According to your opinion, are people with a migration background with dementia and/or their family members participating in the development of healthcare services, the design of information material or the design of residential and care facilities?

   ☐ Always
   ☐ Often
   ☐ Sometimes
   ☐ Rarely
   ☐ Never

   a) Could you explain this in more detail?
   b) Are there any models of good practice?

Professional care

1) According to your opinion, is culturally sensitive care part of the professional qualification?

- ☐ Nationwide
- ☐ Mostly
- ☐ Partly
- ☐ Hardly
- ☐ No

2) Are there professional training possibilities in intercultural care available?

- ☐ Nationwide
- ☐ Mostly
- ☐ Partly
- ☐ Hardly
- ☐ No

3) Could you please estimate the proportion of professional caregiver with a migration background in outpatient care?

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

a) Which countries or regions are the professional caregivers originating from?

b) According to your opinion, what impact does that have on care?

c) Is the need for culturally sensitive care being met by sufficiently qualified professionals?

4) Could you please estimate the proportion of professional caregivers with a migration background in inpatient care?

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

a) Which countries or regions are the professional caregivers originating from?

b) According to your opinion, what impact does that have on care?

c) Is the need for culturally sensitive care being met by sufficiently qualified professionals?

Support of family caregivers

1) According to your opinion, what differences are there regarding information and services for family caregivers of people with dementia **with and without a migration background**?

- ☐ Major differences
- ☐ Rather major differences
- ☐ Moderate differences
- ☐ Hardly any differences
- ☐ No differences

2) How high do you estimate the need for specific information and services for family caregivers of people with a migration background with dementia?

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

3) How high is, in your opinion, the importance of the following networks in supporting family caregivers of people with a migration background with dementia?

a) Family

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

b) Religious communities

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

c) Migrant organizations

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

d) Service providers (outpatient/inpatient)

- ☐ Very high
- ☐ High
- ☐ Moderate
- ☐ Low
- ☐ Not existent

11.3 Guide d'entretien

Début

1) Pourriez-vous évaluer votre expertise dans le domaine de la migration sur une échelle de 1 à 10 – 1 = «aucune expertise» et 10 = «très grande expertise».

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Pourriez-vous évaluer votre expertise dans le domaine de la migration sur une échelle de 1 à 10 - 1 = «aucune expertise» et 10 = «très grande expertise».

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Pourriez-vous évaluer votre expertise dans le domaine de la migration sur une échelle de 1 à 10 - 1 = «aucune expertise» et 10 = «très grande expertise».

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Connaissez-vous d'autres experts dans le domaine de la démence et de la migration dans votre pays ?

5) Selon vous, quelle importance votre pays accorde-t-il au thème de **la démence et de l'immigration** dans votre pays ?

   ☐ Très important
   ☐ Important
   ☐ En partie
   ☐ Plutôt insignifiant
   ☐ Pas important

   a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

6) Quelle est selon vous l'importance du thème de **la démence et de l'immigration** dans certaines régions ?

   ☐ Très important
   ☐ Important
   ☐ En partie
   ☐ Plutôt insignifiant
   ☐ Pas important

   a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

7) À votre avis, les personnes issues de l'immigration sont-elles identifiées dans votre pays comme un groupe vulnérable dans le domaine des soins de santé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

a) Les hommes d'ethnies différentes sont-ils identifiés comme un groupe vulnérable du système de santé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ En partie

b) Si oui, quels groupes ethniques sont identifiés comme des groupes vulnérables ?

8) Selon vous, le système de santé traite-il les personnes issues de l'immigration et souffrant de démence et de leurs proches comme un groupe aux besoins spécifiques ?

- ☐ Toujours
- ☐ Le plus souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

a) Quels sont les besoins identifiés comme prioritaires?

9) Dans quel domaine les personnes issues de l'immigration sont-elles identifiées dans votre pays comme un groupe vulnérable ayant des besoins spécifiques?

- ☐ Évolution de la démence
- ☐ Évolution/progression de la démence
- ☐ Conséquences de la démence
- ☐ Soins insuffisants en cas de démence
- ☐ Sous-diagnostic de la démence
- ☐ Utilisation des services publics
- ☐ Dans aucun domaine

a) Selon vous, quelles sont les différences principales entre les personnes issues de l'immigration et celles qui n'en sont pas issues en termes de soins dans ces domaines?

Prise en charge

Personnes sans passé migratoire

1) Veuillez estimer dans quelle mesure les services de soins ambulatoires pour les personnes atteintes de démence sont courants dans votre pays.

   ☐ Dans tout le pays
   ☐ Presque partout dans le pays
   ☐ Dans plusieurs régions
   ☐ Dans des régions distinctes
   ☐ Non disponible

   a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

2) Veuillez vous renseigner sur les mesures prises dans votre pays pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de démence.

   ☐ Dans tout le pays
   ☐ Presque partout dans le pays
   ☐ Dans plusieurs régions
   ☐ Dans des régions distinctes
   ☐ Non disponible

   a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

Personnes issues de l'immigration

1) Veuillez vous renseigner sur les mesures à prendre pour la prise en charge ambulante des personnes ayant un lien avec la migration et la démence dans votre pays.

   ☐ Dans tout le pays
   ☐ Presque partout dans le pays
   ☐ Dans plusieurs régions
   ☐ Dans des régions distinctes
   ☐ Non disponible

   a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?
   b) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière ?

2) Quelle est la stratégie de soins la plus utilisée ?

   ☐ Modèle intégratif
   ☐ Modèle ségrégatif
   ☐ Modèle hybride avec éléments intégratifs et ségrégatifs

   a) Existe-t-il des différences entre les différents groupes ethniques ?

b) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail?

c) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière ?

3) Veuillez vous renseigner sur les mesures prises dans votre pays pour assurer le retour stationnaire des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence.

- ☐ Dans tout le pays
- ☐ Presque partout dans le pays
- ☐ Dans plusieurs régions
- ☐ Dans des régions distinctes
- ☐ Non disponible

a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

b) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière ?

4) Quelle est la stratégie de soins la plus utilisée?

- ☐ Modèle intégratif
- ☐ Modèle ségrégatif
- ☐ Modèle hybride avec éléments intégratifs et ségrégatifs

a) Existe-t-il des différences entre les différents groupes ethniques ?

b) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

c) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière ?

5) À votre avis, les services de soins existants sont-ils adaptés à la prise en charge appropriée des **personnes atteintes de démence** ?

- ☐ Oui, pour les personnes issues ou non de l'immigration.
- ☐ Oui, mais seulement pour les personnes sans passé migratoire.
- ☐ Oui, mais seulement pour les personnes issues de l'immigration.
- ☐ Non, ni pour les personnes issues de l'immigration ni pour les personnes sans passé migratoire.

a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

6) Existe-t-il des moyens d'offrir une aide interculturelle et/ou une assistance aux personnes atteintes de démence, ou sont-ils en cours d'élaboration ?

- ☐ Répandu dans tout le pays
- ☐ En cours de développement dans tout le pays
- ☐ Répandu localement
- ☐ En cours de développement au niveau local
- ☐ Des mesures de développement sont prévues
- ☐ Ni répandu ni en cours de développement

a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

b) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière ?

7) Quels services de soins spécifiques et/ou spécialisés sont disponibles pour les personnes issues de l'immigration atteintes de démence ou pour les personnes de certains groupes ethniques atteintes de démence dans votre pays ?

a) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques ? Quelles sont-elles ? Où sont-elles ?

Intégration et éducation des personnes issues de l'immigration

Personnes sans passé migratoire

1) Pourriez-vous estimer le niveau d'intégration des personnes atteintes de démence dans les soins de santé dans votre pays ?

- ☐ Totale
- ☐ Presque totale
- ☐ Partielle
- ☐ Quasiment nulle
- ☐ Pas du tout

a) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière?

2) Selon vous, dans quelle mesure les services d'information destinés aux personnes atteintes de démence et aux membres de leur famille sont-ils disponibles dans votre pays ?

- ☐ Dans tout le pays
- ☐ Presque partout dans le pays
- ☐ Dans plusieurs régions
- ☐ Dans des régions distinctes
- ☐ Non disponible

a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

3) Selon vous, les personnes atteintes de démence et/ou les membres de leur famille sont-ils impliqués dans le développement des services de soins, dans la conception du matériel d'information ou dans la conception des logements et des établissements de soins ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

Personnes issues de l'immigration

1) Pourriez-vous évaluer le niveau d'intégration des personnes issues de l'immigration dans les services de soins dans votre pays?

- ☐ Totale
- ☐ Presque totale
- ☐ Partielle
- ☐ Quasiment nulle
- ☐ Pas du tout

a) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière ?

2) Pourriez-vous évaluer le niveau d'inclusion des personnes issues de l'immigration dans les services de soins dans votre pays ?

- ☐ Totale
- ☐ Presque totale
- ☐ Partielle
- ☐ Quasiment nulle
- ☐ Pas du tout

a) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière ?

3) Dans quelle mesure des services d'information destinés aux personnes issues de l'immigration et atteintes de démence et aux membres de leur famille sont-ils disponibles dans votre pays?

- ☐ Dans tout le pays
- ☐ Presque partout dans le pays
- ☐ Dans plusieurs régions
- ☐ Dans des régions distinctes
- ☐ Non existants/disponibles

a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?

4) 7) Selon vous, les personnes issues de l'immigration atteintes de démence et/ou les membres de leur famille sont-ils associés au développement des services de soins, à la conception du matériel d'information ou à la conception des établissements d'hébergement et de soins ?

- ☐ Totale
- ☐ Presque totale
- ☐ Partielle
- ☐ Quasiment nulle
- ☐ Pas du tout

a) Pourriez-vous expliquer cela plus en détail ?
b) Existe-t-il des modèles de bonnes pratiques en la matière?

Prise en charge professionnelle

1) Selon vous, les soins adaptés à la diversité culturelle font-ils partie de la qualification professionnelle?

- ☐ Dans tout le pays
- ☐ Le plus souvent
- ☐ Partiellement
- ☐ Pratiquement pas
- ☐ Non

2) Existe-t-il des possibilités de formation professionnelle ou de formation continue dans le domaine des soins interculturels?

- ☐ Dans tout le pays
- ☐ Le plus souvent
- ☐ Partiellement
- ☐ Pratiquement pas
- ☐ Non

3) Pourriez-vous estimer le pourcentage d'aidants professionnels issus de l'immigration dans le domaine des soins ambulatoires ?

- ☐ Très élevé
- ☐ Élevé
- ☐ Moyen
- ☐ Faible
- ☐ Nul

a) Dans quels pays ou régions les professionnels de la santé proviennent-ils ?
b) Quel impact pensez-vous que cela aura sur les soins ?
c) Les besoins en soins adaptés à la diversité culturelle sont-ils satisfaits par des professionnels suffisamment qualifiés ?

4) Pourriez-vous estimer la proportion de professionnels de la santé issus de l'immigration dans le secteur des soins aux patients hospitalisés ?

- ☐ Très élevée
- ☐ Élevée
- ☐ Moyenne
- ☐ Faible
- ☐ Nulle

a) De quels pays ou régions les professionnels de la santé sont-ils originaires ?
b) Quel impact pensez-vous que cela aura sur les soins ?
c) Les besoins en soins adaptés à la diversité culturelle sont-ils satisfaits par des professionnels suffisamment qualifiés?

Soutien aux aidants familiaux

1) 1) Selon vous, quelles sont les différences entre les informations et les services destinés aux aidants familiaux de personnes **atteintes de démence issues ou non** de l'immigration?

- ☐ Des différences essentielles
- ☐ Des différences assez importantes
- ☐ Des différences modérées
- ☐ Presque aucune différence
- ☐ Aucune différence

2) À quel niveau estimez-vous le besoin d'informations et de services spécifiques pour les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration atteintes de démence?

- ☐ Très élevé
- ☐ Élevé
- ☐ Modéré
- ☐ Faible
- ☐ Nulle

3) À votre avis, quelle est l'importance des réseaux suivants pour soutenir les aidants familiaux de personnes issues de l'immigration et atteintes de démence?

a) Famille

- ☐ Très élevé
- ☐ Élevé
- ☐ Modéré
- ☐ Faible
- ☐ Nulle

b) Communautés religieuses

- ☐ Très élevé
- ☐ Élevé
- ☐ Modéré
- ☐ Faible
- ☐ Nulle

c) Organisations d'immigrés

- ☐ Très élevé
- ☐ Élevé
- ☐ Modéré
- ☐ Faible
- ☐ Nulle

d) Prestataires de soins (ambulatoires/internes)

- ☐ Très élevé
- ☐ Élevé
- ☐ Modéré
- ☐ Faible
- ☐ Nulle

11.4 Definition of key terms on the topic of dementia and migration

1. People with a migration background

A central challenge for comparative studies is the fact that there is currently no common definition of people with a migration background at the European level. The individual EU and EFTA countries use different terms in official national documents in the context of this population. The United Nations definition will be used as it is the basis for most international migration-specific databases and data sets (for example, the Migration Data Portal of the International Organization for Migration) and is also used by most national statistical offices of the EU and EFTA countries. The definition is also clearly and has a well-defined inclusion and exclusion criterion. The United Nations defines people with a migration background as people who are living in a country other than that in which they were born (United Nations 2019). Consequently, all people who are living in the country in which they were born are excluded. That also covers subsequent generations of foreign-born immigrants.

This study includes all older people (65 years or older) who live in an EU or EFTA country and were born abroad.

2. Inpatient and outpatient care

We understand inpatient care as the permanent accommodation, care, and treatment of a person in need of care in a nursing facility. Such facilities are for example nursing homes, hospices, and rehabilitation facilities. Outpatient care comprises the support of persons in need of care and their relatives in provision of nursing and domestic care in their domesticity by service providers such as home care providers. The home care providers offer families support in everyday life, enabling family caregivers to better organize care, assistance and other obligations such as work or childcare, and to provide the highest possible level of care for their relatives in need of care.

3. Integrative and segregative care model

We have defined the integrative care model as a model where people with a migration background are provided with mainstream services together with people without a migration background.

In a segregative care model, people with a migration background or individual migrant groups are offered specialized services that are developed only for these groups.

4. Inclusion in the context of people with a migration background with dementia and healthcare

Inclusion is the involvement of people with a migration background and dementia in healthcare practice. Concretely, inclusion of people with a migration background and dementia in the healthcare system means: 1. That providers of healthcare services (e.g. general practitioners, specialists, nursing homes, and home care providers) are sensitized to the specific (e.g. cultural or linguistic) needs that people with a migration background or people from certain migrant groups with dementia may have, 2. that the service providers offer these people care, treatment, and support services adapted to the cultural, and linguistic, but also their individual needs, 3. that people with a migration background and dementia use these services, and 4. that these people are under the impression that the services are tailored to their needs.

5. Culturally sensitive care

According to the authors' definition, culturally sensitive care is the orientation of care practice and treatments to the specific cultural context and individual cultural values of a person in need of care (Dömling, 2010-2012). The

central goal of culturally sensitive care is to make the specific needs of people with a migration background visible and to enable equal access to care.

5.1 Culturally sensitive care in the professional qualification
Do curricula of universities, colleges or other institutions that train healthcare professionals consider a module or a course of culturally sensitive care? If the curricula have modules or courses for culturally sensitive care, are they compulsory and thus a requirement for graduation, an optional compulsory module, or a voluntary additional offer?

5.2. Intercultural care
Intercultural care means that a professional caregiver looks after a person in need of care who has a different cultural background and the care practice is based on the mutual understanding of the respective culture.

6. Vulnerability in the context of people with a migration background and dementia
In the context of people with a migration background and dementia, a group is described as vulnerable if their members either have a higher risk of developing dementia, the disease occurs on average earlier in their lives, the course of the disease is worse (e.g. faster degeneration of cognitive abilities, poorer health outcomes), the negative effects of the disease (e.g. loss of knowledge of the language of the host country, loss of employment, previous need of care) are greater, the care situation is worse, or they are affected by inequalities such as underdiagnosis or underprovision.

11.5 Définition de termes clés relatifs à la démence et à l'immigration

1. Personnes issues de l'immigration
L'une des principales difficultés rencontrées par les études comparatives est le fait qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de définition commune des hommes ayant un lien avec la migration sur le continent européen. Les différents États membres de l'UE et de la EFTA utilisent des critères différents dans les documents nationaux officiels relatifs à cette directive sur la consommation. Nous utiliserons la définition des Nations unies, car elle constitue la base des banques de données et des données internationales sur les migrations (par exemple, le portail de données sur les migrations de l'Organisation internationale pour les migrations) et des données statistiques nationales des États membres de l'UE et de la EFTA. La définition est également claire et comporte des critères d'intégration et d'exclusion bien définis. Les Nations unies définissent les personnes issues de l'immigration comme des personnes qui vivent dans un pays autre que celui dans lequel elles sont nées (Nations unies 2019). Par conséquent, toutes les personnes vivant dans le pays où elles sont nées sont exclues. Cela vaut également pour les générations suivantes d'immigrants nés à l'étranger.
Cette étude concerne tous les hommes âgés (65 ans ou plus) qui vivent dans un pays de l'UE ou de la EFTA et qui sont nés à l'étranger.

2. Soins hospitaliers et ambulatoires
Les soins hospitaliers sont le placement, les soins et le traitement permanents d'une personne nécessitant des traitements dans un établissement de soins. Ces établissements comprennent les maisons de retraite, les hospices et les établissements de réadaptation (Éditions VFR pour le journalisme juridique).
Les soins ambulatoires comprennent l'assis-

tance fournie aux personnes nécessitant des soins et à leur famille pour la fourniture de soins infirmiers et de soins à domicile par des prestataires tels que les prestataires de soins à domicile. Les prestataires de soins à domicile offrent aux familles un soutien quotidien afin que les aidants familiaux puissent mieux organiser les soins, le soutien et les autres engagements, tels que le travail ou la garde d'enfants, et fournir le meilleur niveau de soins à leur proche nécessitant des soins (Ministère fédéral de la santé, 2019).

3. Modèle d'approvisionnement intégratif et ségrégatif

Nous avons défini le modèle de l'approvisionnement intégratif comme un modèle dans lequel les personnes issues de l'immigration ou non-migrantes ont accès aux mêmes services d'approvisionnement.

Dans le cadre d'un modèle de soins ségrégatifs, les personnes issues de l'immigration ou certains groupes de migrants se voient proposer des services spécialisés qui ne sont développés que pour ces groupes (d'après Kaiser 2009).

4. Inclusion des personnes issues de l'immigration et des personnes atteintes de démence dans les soins de santé

L'inclusion est l'intégration des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans la pratique des soins de santé.

Concrètement, l'intégration des personnes issues de l'immigration et atteintes de démence dans le secteur de la santé : 1. que les prestataires de soins de santé (par exemple, les médecins généralistes, les spécialistes, les maisons de retraite et les prestataires de soins à domicile) peuvent être sensibilisés aux besoins spécifiques (par exemple, culturels ou linguistiques) des personnes issues de l'immigration ou les personnes issues de certains groupes de migrants peuvent être atteintes de démence, 2. que les prestataires de services offrent à ces personnes des services de soins, de traitement et de soutien adaptés aux besoins culturels et linguistiques, mais aussi individuels, 3. que les personnes issues de l'immigration et atteintes de démence fassent appel à ces services, et 4. que ces personnes aient l'impression que les services sont adaptés à leurs besoins.

5. Soins adaptés à la diversité culturelle

Selon notre définition, les soins adaptés à la diversité culturelle consistent dans l'orientation des pratiques de soins et des traitements en fonction du contexte culturel spécifique et des valeurs culturelles individuelles d'une personne ayant besoin de soins (Dömling, 2010-2012). L'objectif central des soins adaptés à la diversité culturelle est de rendre visibles les besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration et de permettre un accès égal aux soins.

5.1 Soins sensibles à la culture dans les qualifications professionnelles

Les programmes d'études des universités, collèges ou autres institutions qui forment les professionnels de la santé et des soins prévoient-ils un module ou un cours sur les soins sensibles à la culture? Si les programmes d'études prévoient des modules ou des cours sur les soins adaptés à la diversité culturelle, s'agit-il de modules obligatoires et donc d'une condition préalable à l'obtention d'un diplôme, d'un module obligatoire facultatif ou d'une offre supplémentaire volontaire?

5.2. Soins interculturels

Par soins interculturels, nous entendons qu'un soignant professionnel s'occupe d'une personne nécessitant des soins issue d'un milieu culturel différent et que les pratiques de soins sont fondées sur la compréhension mutuelle de la culture de chacun (adapté de Yakar et Alpar 2018).

6. Vulnérabilité des personnes issues de l'immigration et affectées de démence

Dans le contexte des personnes issues de l'immigration et de la démence, un groupe est dit vulnérable si ses membres présentent un risque plus élevé de développer une démence, si la maladie survient en moyenne plus tôt dans la vie, si l'évolution de la maladie est plus grave (par exemple, un déclin plus rapide des capacités cognitives, une détérioration de l'état de santé), si l'impact négatif de la maladie (par exemple, perte de la connaissance de la langue du pays d'accueil, perte de l'emploi, besoin antérieur de soins) est plus important, la situation en matière de soins est pire ou s'ils sont affectés par des inégalités telles que le sous-diagnostic ou l'insuffisance de l'offre

Tant la démence que la migration ont un impact sur la société et interagissent entre eux, mais on sait très peu de choses sur «la démence et la migration». Il y a de plus en plus de preuves qu'une origine migratoire est liée à un sous-diagnostic ou à un manque d›accès à des soins de santé appropriés. Par conséquent, la prise en charge des personnes issues de l›immigration (PwM) est un défi pour la santé publique. Cet atlas vise à contribuer à une analyse complète de la situation en Europe. Il complète les connaissances existantes sur la démence et voit sa valeur dans sa concentration sur les personnes issues de l'immigration et leurs situations. Il offre: (1) des estimations du nombre de PwM et atteintes de démence et des représentations graphiques pour les États membres de l'UE et de l'AELE ainsi que pour le Royaume-Uni; (2) des analyses des plans nationaux de lutte contre la démence et des lignes directrices de soins (3) ainsi que des analyses des systèmes de santé. Basé sur des analyses statistiques, des recherches littéraires et des entretiens avec des experts, ce travail offre (a) des informations destinées aux personnes et organisations actives dans ce domaine; et (b) peut servir de guide à l'intention des parties prenantes pour le développement stratégique des systèmes et services de santé aux niveaux national et international dans les lois, les politiques, les stratégies et les plans d'action. Enfin, il s'agit de l'une des rares analyses actuelles et exhaustives sur la démence et la migration en Europe.

ISBN 978-3-9823426-2-7