



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 24-28 juin 2002

Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire

CE130/15 (Fr.)

24 avril 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

LA SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT

Le vieillissement de la population au sein de la Région présente trois particularités fondamentales : tous les pays de l'hémisphère y font face; la croissance rapide des populations vieillissantes constitue un défi de taille qui met en question la capacité et la propension des secteurs social et sanitaire à fournir des systèmes de soins de santé intégrés; et une plus longue espérance de vie sans infirmités est possible seulement si les gouvernements fournissent un apport suffisant.

Depuis la 25^e conférence sanitaire panaméricaine (1998), l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) recommande fortement aux États Membres d'établir des politiques nationales, des plans, des programmes et des services qui s'adressent aux personnes âgées tout en mettant l'accent sur la promotion de la santé et les services de soins de santé primaires. Lors des quatre dernières années, on a fait des progrès significatifs dans le domaine de la collecte des données multinationales sur le vieillissement qui servent à renseigner les décideurs politiques sur l'élaboration de politiques et de programmes ciblés. Dans le cadre des célébrations de l'Année internationale des Personnes âgées ainsi que de la Journée mondiale de la santé (1999), OPS et l'OMS ont favorisé une approche en matière de promotion sanitaire qui encourageait un vieillissement réussi, et a mis l'accent sur l'utilité de faire de l'activité physique en vue de prévenir les maladies chroniques et l'invalidité chez les personnes âgées. Les Nations Unies ont adopté un Plan d'Action international sur le vieillissement lors de la deuxième Assemblée mondiale sur le Vieillissement qui s'est déroulée à Madrid en avril 2002. Le Plan constitue une réponse aux opportunités et aux défis que présentent le vieillissement de l'individu et de la population. Il incombe aux Gouvernements, avec la collaboration internationale et régionale et à la société civile, de mettre en œuvre ce Plan d'action. Le présent document fournit aux États Membres une analyse des priorités qui visent un bien être et un vieillissement en bonne santé. Il vise également à fournir aux États Membres un plan pour la mise en œuvre des actions nécessaires pour garantir l'équité en matière de santé chez les personnes âgées dans le cadre du Plan international de Madrid.

Le Comité exécutif est prié de : a) discuter des manières dont on peut renforcer le cadre des politiques et actions de la stratégie régionale pour la collaboration technique sur le vieillissement et la santé, et d'examiner des approches futures en matière de promotion sanitaire et de vieillissement; b) discuter et appuyer des stratégies nécessaires pour réduire l'écart d'équité en matière de vieillissement et santé, et c) favoriser la mobilisation de ressources tant au niveau national qu'international qui permettront la mise en œuvre appropriée des priorités en matière de santé qui figurent dans le Plan d'action International des Nations-Unies sur le vieillissement de 2002.

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
1. Introduction	3
2. Situation actuelle des personnes âgées dans les Amériques.....	4
2.1 État de santé et équité.....	4
2.2 Prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées	5
2.3 Prévalence de l'invalidité.....	6
2.4 Fardeau des soins au sein de la famille et dans la société.....	7
2.5 Accès aux services appropriés de soins de santé de longue durée.....	7
2.6 Réponses de la santé publique au vieillissement	8
3. Un système de soin compréhensif et intégré	9
3.1 Vision	9
3.2 Principes.....	10
3.3 Stratégies d'action.....	11
4. Ressources financières requises	16
5. Questions clés à considérer	16
5.1 Investir dans les personnes âgées.....	16
5.2 Priorités nécessaires pour promouvoir la santé en vieillissant.....	19
6. Mesures à prendre par le Comité exécutif	20

Références

La santé des personnes âgées : les étapes à suivre

1. Introduction

La population de la Région vieillit à un rythme accéléré. La diminution des taux de fécondité, alliée à l'amélioration constante de l'espérance de vie lors de la deuxième moitié du vingtième siècle ont entraîné une croissance spectaculaire du vieillissement de la population. Le nombre de personnes de 60 ans ou plus dans la Région totalise actuellement 91 millions. Un taux de croissance de 3,5% au sein de cette population prévu pour les deux premières décennies du siècle portera le nombre total de personnes de 60 ans ou plus à 194 millions. Ce chiffre passera à 292 millions d'ici le milieu du vingt-et-unième siècle. Les personnes âgées représentent actuellement 8% de la population totale de l'Amérique latine et des Caraïbes, et 16% de la population au Canada et aux États-Unis. D'ici 2025, 14% de la population de l'Amérique latine et des Caraïbes sera âgé de 60 ans ou plus. Cette tendance est lourde de conséquences pour la santé publique puisqu'elle risque de surcharger les services existants et de créer une concurrence entre les générations pour obtenir des ressources limitées. Cependant, les États Membres ont toujours le temps d'agir et de se préparer pour relever ce défi en mettant en œuvre des politiques ciblées qui visent à réorienter les soins de santé primaires vers la promotion, la prévention, la gestion et la rééducation des maladies liées au vieillissement et l'invalidité. Par ailleurs, puisque le vieillissement de la population se situe à des stades différents au sein de la Région, les États Membres ont une occasion intéressante d'apprendre par les expériences de chacun d'entre eux. Afin de profiter de ces occasions, il faut des renseignements pour élaborer des politiques, des plans, et des programmes; et des modèles pour créer une continuité de services intégrés qui fournit des soins communautaires; ainsi que la coordination régionale pour faciliter la planification et l'évaluation transnationales.

Il ne faut pas que le vieillissement de la population soit perçu comme une crise, puisque les personnes âgées en santé contribuent au développement de leurs familles et de leurs collectivités de manière significative. Cependant, on ne peut séparer le vieillissement démographique et le bien-être des personnes âgées des processus plus larges du développement. Investir dans la promotion de la santé chez les personnes âgées et retarder l'apparition de maladies liées au vieillissement et à l'invalidité, cela constituera non seulement un succès pour la santé publique de la région, mais contribuera également au développement du pays et au bien-être de toutes les générations.

En 1998, la Conférence sanitaire panaméricaine a adopté la Résolution CSP25.R6 qui établit un nouveau paradigme de vieillissement actif, et a demandé aux États Membres de se préparer pour une société vieillissante en utilisant une approche

intersectorielle, guidée par des ressources humaines compétentes, tout en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et sur des options autres qu'institutionnalisme.

Dans le présent document, on soutient qu'un investissement dans la santé des personnes âgées à travers la Région des Amériques équivaut à un investissement dans le développement. Par ailleurs, on démontre que la mise en application de stratégies en matière de santé publique, fondées sur les résultats scientifiques, peut encourager un vieillissement actif et réduire de manière significative le taux d'invalidité précoce chez les personnes âgées.

Le présent document vise à : a) passer en revue la situation des personnes âgées dans la Région; b) se pencher sur les obstacles principaux qui empêchent l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sur le vieillissement en matière de santé publique dans la Région; c) stimuler la discussion sur les mesures que peuvent prendre les États Membres afin de surmonter ces obstacles et mettre en œuvre le Plan d'action de Madrid; et d) demander au Comité exécutif de :

- Discuter des manières dont on peut renforcer le cadre des politiques et actions de la stratégie régionale pour la collaboration technique sur le vieillissement et la santé, et considérer des approches futures en matière de santé et vieillissement;
- Discuter et appuyer les stratégies nécessaires pour réduire l'écart d'équité en matière vieillissement et santé; et
- Fournir un soutien décisif afin de mobiliser les ressources nationales et internationales qui permettront une mise en œuvre appropriée du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement.

2. Situation actuelle des personnes âgées dans les Amériques

2.1 *État de santé et équité*

En 1998, l'OPS a coordonné une étude multicentrique sur le vieillissement, la santé et le bien-être (SABE) dans sept grandes villes de l'Amérique latine et des Caraïbes (Bridgetown, Buenos Aires, la Havane, Mexico, Montevideo, Santiago, and Sao Paulo). On a réalisé 10 600 entretiens au total, sélectionnées selon des méthodes statistiques, de personnes âgées de 60 ans ou plus-soit environ 1 500 entretiens par ville en moyenne. SABE a été rendue possible grâce à des contributions d'un certain nombre de partenaires financiers, centres collaborateurs et universités à travers la Région. Pour la première fois, on a pu faire la collecte de données comparables sur les personnes âgées dans le but d'étudier leur état de santé et les facteurs déterminants qui influent sur leur santé.

Les disparités en matière de santé, ainsi que d'autres inégalités qui existent dans la Région sont complexes et lourdes de conséquences. Elles proviennent de causes différentes, notamment des différences entre les sexes, de la discrimination et le statut socio-économique de la personne au cours de sa vie. Ces disparités se traduisent par des différents taux de morbidité ainsi que par des disparités en ce qui a trait aux bien-être et à l'invalidité. Au Canada et aux États-Unis, plus de 76% des personnes âgées de 65 ans ou plus disent qu'elles sont en bonne ou excellente santé, alors que selon l'enquête SABE, moins de 50% des personnes âgées venant de toutes les villes à l'exception de Buenos Aires (63%) et Montevideo (61%) disent être en bonne ou excellente santé. Uniformément à travers la Région, les hommes disent être en bonne santé plus souvent que les femmes, et ceux avec une scolarité de sept ans ou plus disent être en bonne santé plus souvent que ceux avec six ans de scolarité. En ce qui a trait aux personnes âgées qui sont pauvres, les conséquences des expériences vécues tôt dans la vie s'aggravent lorsque ces personnes sont encore exclues des priorités du système de santé. Il s'ensuit que la mise en œuvre du Plan d'action international de Madrid doit surmonter la discrimination fondée sur l'âge en ce qui a trait aux allocations des ressources.

2.2 *Prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées*

Les maladies chroniques peuvent devenir un fardeau considérable pour la santé et les finances de la personne âgée, la famille et le système de santé. Pour grand nombre de "jeunes vieux" les affections chroniques comme le diabète, la maladie du cœur et l'hypertension sont tout de même évitables et l'évidence démontre que les interventions très efficaces existent et peuvent donner lieu à des économies considérables pour le système de soins de santé et pour l'ensemble de la société. En outre, l'absence de prévention secondaire de ces maladies chroniques peut occasionner une diminution considérable de la capacité fonctionnelle et de la capacité à demeurer autonome, et peut entraîner des coûts considérables que le système de soins de santé aurait pu éviter.

La prévalence d'affections chroniques varie au sein de la Région. Dans l'enquête SABE, des cas d'hypertension ont été signalés par une personne sur deux âgée de 60 ans ou plus; le pourcentage le moins élevé était signalé à Mexico (43%) et le pourcentage le plus élevé à Sao Paulo (53%). Une personne sur cinq a dit être atteinte d'une maladie du cœur, à l'exception des personnes âgées de Bridgetown (12%) et de Mexico (10%), où la maladie du cœur était signalée moins souvent. Dans la plupart des villes, au moins aîné sur trois a dit être atteint d'arthrite. Toutefois, l'arthrite semblait être le plus répandu à Montevideo (48%), à Buenos Aires (53%), et à la Havane (56%) où la proportion était d'environ une personne âgée sur deux. Le taux le plus élevé de diabète se trouvait à Bridgetown et à Mexico, où 22% des personnes âgées ont dit en être atteinte. Le pourcentage de personnes qui ont dit avoir été frappé d'un accident cérébrovasculaire se chiffre à plus de 8%. Les personnes âgées étaient moins enclines à signaler des cas

d'arthrite et d'hypertension, mais ils étaient aussi enclins que les femmes à signaler des cas de maladie du cœur et de diabète.

Aux États-Unis, selon une étude d'une population beaucoup plus vieille, environ 45% des personnes âgées de 70 ans ou plus souffrait d'hypertension, 21% souffrait de maladie du cœur, 58% souffrait d'arthrite et 12% étaient atteints de diabète. La prévalence d'accidents cérébrovasculaires dans cette tranche d'âge était de 9%. Au Canada 33% des personnes âgées de 65 ans ou plus disaient être atteints d'hypertension, 16% avaient une maladie du cœur, 47% avaient l'arthrite, et 10% avaient le diabète.

2.3 *Prévalence de l'invalidité*

La capacité à fonctionner peut diminuer si une affection, une maladie chronique ou une blessure affaiblit les facultés physiques ou mentales. La capacité à fonctionner des personnes âgées est lourde de conséquences pour le travail, la retraite, la santé, les besoins sanitaires à long terme, et le bien-être en générale. Par conséquent, les objectifs des politiques publiques sur le vieillissement doivent mettre l'accent sur des interventions qui sont susceptibles d'améliorer une espérance de vie dépourvue d'invalidité. L'expérience des pays où le vieillissement se trouve à un stade avancé comme c'est le cas en Europe et en Amérique du Nord, démontre qu'il est possible de faire baisser le taux de prévalence d'invalidité chez les personnes âgées. La recherche transnationale concernant les déterminants de la santé sur le vieillissement peut nous apprendre beaucoup sur la santé publique.

Selon l'étude SABE, environ une personne sur cinq âgée de 60 ans ou plus, dans l'échantillon combiné, a dit avoir du mal à exécuter les activités de base de la vie quotidienne (prendre un bain, s'habiller, aller aux toilettes, se mettre au lit et en sortir et traverser une pièce). De ce nombre étaient ceux qui avaient besoin qu'on les aide à accomplir une activité ainsi que ceux qui étaient incapables d'accomplir l'activité du tout. Les personnes âgées de Bridgetown (15%), de Buenos Aires (17%) et de Montevideo (15%) affichaient le plus bas taux de déficience. En revanche, à Santiago, Chili presque 30% des personnes ont dit avoir du mal à accomplir au moins une activité quotidienne. La limitation la plus commune que partageaient hommes et femmes consistait à traverser une pièce. La variation du statut fonctionnel dépend de plusieurs facteurs, dont les profils de morbidité, les stratégies de rééducation et les modifications environnementales disponibles dans chacun des pays. Par ailleurs, comme les données obtenues lors de l'étude SABE ne concernent que les personnes âgées vivant chez elles, il est difficile d'estimer les vrais niveaux d'incapacité sans obtenir des données comparables provenant d'établissements de soins prolongés ou de foyers pour personnes âgées.

2.4 *Le fardeau des soins au sein de la famille et dans la société*

La famille constitue le principal fournisseur de soins aux personnes âgées atteintes d'infirmités dans tous les pays de la Région. Les soins prodigués par la famille représentent une économie considérable pour l'état, et si on pouvait quantifier le travail qu'effectuent les fournisseurs, il occuperait une place importante dans le budget de n'importe lequel pays. Selon des études menées aux États-Unis, les fournisseurs de soins consacrent 20 heures par semaine en moyenne à prodiguer des soins aux personnes âgées, et encore plus de temps lorsqu'une personne âgée souffre de plusieurs incapacités. Prendre soin d'une personne âgée qui souffre d'infirmités peut s'avérer exigeant sur le plan physique, surtout pour les fournisseurs de soins plus âgés. Par ailleurs, les fournisseurs de soins qui manquent d'autres supports sont plus enclins à souffrir de dépression et à avoir d'autres problèmes liés à la santé mentale. Dans la plupart des cas, les fournisseurs doivent trouver un équilibre entre emploi, autres responsabilités familiales et responsabilités en tant que fournisseur de soins. La majorité des fournisseurs sont des femmes cinquantenaires qui ont mis en veilleuse leurs besoins personnels pour s'occuper de leurs parents ou grands-parents. Cependant, la disponibilité de fournisseurs de soins est en déclin et le fardeau financier que doit porter bon nombre de familles à faible revenu afin de prendre soin des parents plus âgés pourrait être trop lourd, le travail rémunéré de chacun des membres étant jugé essentiel au bien-être de la famille. Même si l'idée de la solidarité familiale est toujours très répandue au sein de la Région, il y a lieu de croire que de plus en plus, on maltraite et néglige les personnes âgées qui ne sont plus productives et qui dépendent des autres pour subvenir à leurs besoins de base. Selon l'étude SABE, seulement la moitié de ceux qui disaient avoir du mal à accomplir soit une activité de base quotidienne, soit une activité quotidienne de la vie domestique (notamment les courses, le transport, la cuisine et le ménage) disaient recevoir de l'aide de la part de la famille ou de la collectivité.

2.5 *Accès aux services appropriés de soins de santé de longue durée*

La majorité des personnes âgées ont accès à un service de soins de santé primaire. Plus de 80% des répondants interrogés lors de l'étude SABE disaient avoir vu un fournisseur de soins de santé dans les 12 mois avant l'entrevue. Cependant, le pourcentage de personnes qui disaient avoir besoin d'un médicament qu'ils n'avaient pas à leur disposition était de plus de 20%. L'étude est un constat des occasions manquées par le système de santé de prévenir et de gérer de manière efficace des maladies chroniques et des affections liées au vieillissement.

Par exemple, selon les données recueillies par SABE, si on diagnostique une hypertension chez un individu, cette personne ne reçoit pas toujours la médication appropriée, ou bien la médication appropriée n'est peut-être pas disponible. Par ailleurs,

selon les données recueillies par SABE, d'autres traitements de l'hypertension sont utilisés insuffisamment : la perte de poids pour contrôler l'hypertension variait de 23% à 43% pour ceux qui signalaient eux-mêmes leur hypertension; de 11% au plus bas mot jusqu'à un maximum de 40% des hypertendus faisaient de l'activité physique rigoureuse; et environ un tiers de ces personnes continuaient de fumer. Les données contenues dans l'étude SABE révèlent qu'on laisse passer des occasions de faire de la prévention secondaire, de gérer et de rééduquer les personnes âgées.

Il y a lieu de croire que le nombre d'options relatives aux soins de longue durée en Amérique latine et aux Caraïbes augmente au même rythme que la population vieillit. Dans certains pays, le pourcentage de personnes qui vivent en milieu institutionnel ou résidentiel est déjà de 4% ou même 5% de la population âgée de 60 ans ou plus. Aux États-Unis, le pourcentage de personnes qui ont besoin des services d'un établissement de soins de longue durée demeure stable, se situant à environ 5% de ceux âgés de 65 ou plus.

Il n'existe pas de normes pour mettre en application les règlements régissant la surveillance de la qualité des soins. L'organisation des soins à l'intention des personnes âgées inclut rarement la coordination des soins selon le type d'établissement ou le niveau de soins.

2.6 Réponses de la santé publique au vieillissement

La solution des problèmes de santé chez les personnes âgées n'exige tout simplement pas qu'on ait accès à un médecin. Elle exige non seulement un changement de culture en ce qui concerne l'approche qu'on adopte en matière de santé publique, l'éducation sanitaire, la promotion de la santé, le dépistage précoce des problèmes, mais également les ressources suffisantes afin de fournir de la rééducation communautaire. Il faut former le personnel de manière à ce qu'il comprenne les différents besoins sanitaires d'une population vieillissante. Les systèmes doivent être flexibles et fournir des services intégrés qui sont coordonnés selon les besoins de population et les ressources des collectivités.

Les systèmes de soins de santé sont tout de même conçus pour fournir des soins aux personnes atteintes de maladies aiguës, et il leur manque une orientation axée sur la population et la santé communautaire qui met l'accent sur les moyens de renforcer la capacité de l'individu et de la collectivité à améliorer la santé, à dépister les problèmes de façon précoce, et à les prendre en charge et à les gérer de la manière la plus efficace et la moins coûteuse qui soit.

Dans la plupart des pays de la Région, les responsables de la santé publique n'ont pas développé une approche communautaire et intégrée pour promouvoir la santé et le

bien-être chez les personnes âgées. Une grande part du travail qui reste à faire exige une collaboration multisectorielle pour assurer une diminution de la pauvreté, une alimentation saine, de l'activité physique et sociale, ainsi qu'un système de soins intégré à l'intention des personnes âgées.

Les pays commencent à faire face aux défis que posent les soins des personnes frêles et âgées, et doivent mettre à profit les fautes commises par ceux qui par le passé ont favorisé l'approche institutionnelle de soins de longue durée et qui cherchent actuellement de meilleurs modèles de soins de santé de longue durée axée sur la collectivité. Au cours de la dernière décennie, les gouvernements du Canada et des États-Unis ont exploré la possibilité de développer des alternatives communautaires aux maisons de soins infirmiers qui soient plus appropriées et moins coûteuses. D'où une augmentation de fonds affectés aux soins domiciliaires et aux centres de jour d'assistance gériatrique, et un ralentissement de l'expansion des maisons de soins infirmiers. Les coûts liés aux soins de longue durée et aux soins palliatifs deviendront un souci majeur dans la plupart des pays de la Région au cours de la prochaine décennie. Si on développe les modèles communautaires appropriés avec clairvoyance, alors que la demande est relativement peu élevée, on évitera des problèmes majeurs dans les deux prochaines décennies lorsque la demande pourrait surcharger le système.

3. Un système de soins compréhensif et intégré

3.1 *Vision*

Un système de soutien compréhensif doit encourager les gens à vieillir en restant actifs afin de tirer le maximum de la vie et de retarder les maladies et invalidités liées au vieillissement.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le vieillissement actif comme "le processus d'optimisation du bien-être physique, social, et psychique afin d'améliorer la qualité de vie à mesure que les gens vieillissent."

Le Canada a rédigé, en collaboration avec le Mexique, un ouvrage : «A Guide for the Development of a Comprehensive System of Support to Promote Active Ageing », et a identifié quatre agents qui jouent des rôles primordiaux dans la promotion d'un vieillissement actif : l'individu, la famille et les amis, les services communautaires et l'état.

La personne âgée, comme individu, joue un rôle essentiel dans son "vieillessement actif". Une bonne santé physique, le travail, et les aptitudes d'adaptation, les ressources financières, des environnements appropriés, et des relations sociales mutuellement avantageuses doivent être cultivés par l'individu plus tard dans la vie, tout comme c'est

le cas lorsqu'on est plus jeune. L'individu doit chercher et se servir des renseignements pour faire des choix, pour adapter son comportement personnel afin de répondre aux exigences des circonstances et des habiletés changeantes, et pour continuer d'être engagé de façon significative sur le plan personnel. Cependant, la responsabilité individuelle de maximiser la qualité de vie ne peut être assumée que lorsque les occasions, les ressources, et les options viables sont disponibles et que l'individu se sent libre de prendre soin de lui-même (p. ex. grâce à l'alphabétisation de base et l'éducation sanitaire).

La famille et les amis fournissent la plus grande partie de soutien que reçoivent les personnes âgées pour maintenir leur autonomie et qualité de vie. Mais les membres de la famille et les amis peuvent manquer les ressources, le temps, et les connaissances nécessaires pour fournir une partie des soins dont les personnes âgées ont besoin. Les membres de la famille qui prodiguent des soins ont également besoin eux aussi de soutien et de périodes de repos.

L'ensemble de la collectivité est responsable de créer un milieu chaleureux et positif qui aide l'individu et la famille à respecter leurs obligations envers eux-mêmes ainsi qu'envers les autres. Les services communautaires englobent toute une gamme d'agences ou d'associations non-gouvernementales et bénévoles, établissements éducatifs, centres culturels, agences sociales, et services offerts par l'entremise des églises.

La famille et les amis, les groupes bénévoles et sans but lucratif, ainsi que les secteurs public et privé jouent un rôle critique en s'assurant que les personnes âgées ont la possibilité de prendre des actions qui leur permettront de vieillir en restant actifs. Grâce aux lois, aux politiques de santé publique, aux programmes et services de soins de santé, aux politiques relatives à la main d'œuvre et aux pensions, aux instruments de financement communautaire, et à l'éducation publique, l'état permet aux autres secteurs et groupes de soutenir et favoriser le vieillissement actif.

3.2 Principes

Il existe six principes de base qui doivent guider l'élaboration d'un système de soutien pour le vieillissement actif qui est compréhensif et facile d'utiliser pour les personnes âgées : l'accessibilité, la centralité de la personne âgée, un éventail de services intégrés, la responsabilité partagée, la durabilité, l'équité et la qualité.

Par ailleurs, un système de soutien compréhensif qui favorisait le vieillissement actif, assurerait que les services à l'intention des personnes âgées sont axés sur les connaissances récentes de pratiques efficaces qui fournissent des résultats positifs, et élargirait les compétences des professionnels de la santé. Il exigerait sans cesse de la

recherche afin de s'assurer que le développement et évaluation du programme sont mis à jour. La recherche et les enquêtes formeraient le fondement sur lequel les prises de décision et l'évaluation seraient basées.

3.3 Stratégie d'action

3.3.1 Établir des cibles en matière de promotion de la santé chez les personnes âgées

L'étude des déterminants sanitaires révèle qu'il existe toute une gamme de facteurs qui contribuent à la santé des personnes âgées ou qui les mettent en péril. Il est rare que ces déterminants existent séparément et par conséquent les solutions à une dimension sont rarement bénéfiques. Par conséquent, plusieurs secteurs et partenaires doivent collaborer pour étudier les facteurs de risques qui sont intimement reliés et pour sauvegarder les facteurs qui encouragent le vieillissement actif. Les facteurs de risques principaux sont l'isolement social et la pauvreté, la malnutrition et la sédentarité, et le stress, l'anxiété et la dépression.

Isolement social et pauvreté. Ces facteurs contribuent aux problèmes de santé et réduisent la capacité des personnes âgées à accéder aux informations et à l'aide, au besoin. L'isolement social associe les personnes âgées non seulement à la pauvreté, mais également aux stéréotypes négatifs qui les caractérisent comme marginaux, peu valorisés et encombrants. Un grand nombre des programmes qu'on a développés pour aborder le problème de l'intégration sociale des personnes plus jeunes (notamment les programmes d'alphabétisation, le recyclage, et la formation pour des emplois rémunérés ou pas) sont rarement considérés appropriés ou rentables pour les personnes âgées. Cependant, il y a lieu de croire que ces programmes visant les personnes âgées ont une certaine valeur et on les a testés et évalués dans divers milieux.

Que peut-on faire ? L'état doit donner priorité aux approches multisectorielles pour réduire la pauvreté chez les personnes âgées. Il faut éduquer les personnes âgées pour qu'elles comprennent leurs droits en tant que citoyen, et encourager les programmes de connaissance en santé qui ciblent les personnes âgées. Afin de les rendre aussi efficaces que possible, les programmes doivent être spécifiques à la communauté et cibler des groupes de personnes âgées en particulier, de manière à rehausser la pertinence du programme et à encourager l'existence de réseaux réunissant les pairs. La sensibilisation des médias et de l'ensemble de la collectivité est essentielle si on veut développer une culture qui invite et encourage la participation des personnes âgées en tant que partenaires dans le développement sanitaire et communautaire.

Malnutrition and sédentarité. Il est de plus en plus apparent qu'une vie active et une nutrition correcte sont importantes pour aider à prévenir la maladie et les affections chroniques, favoriser les effets bénéfiques de la rééducation, réduire la possibilité de

chutes et blessures et pour aider à gérer d'autres facteurs de risque. Il est bien documenté que l'alimentation et l'exercice jouent un rôle positif dans le maintien de la fonction de l'organisme et la prévention de l'infirmité.

Que peut-on faire ? Le dépistage de la malnutrition et le ciblage des besoins nutritifs identifiés en mettant sur pied une variété d'interventions communautaires, notamment des programmes de repas pour personnes âgées, des programmes d'alimentation supplémentaires ou des subventions alimentaires pour les plus démunis sont des moyens peu coûteux de prévenir un facteur de risque significatif pour les maladies chroniques et de renforcer la capacité des personnes âgées à adhérer à des pratiques et des prescriptions qui favorisent le bien-être. Par ailleurs, une variété de programmes est essentielle pour encourager les personnes âgées à participer à des activités et à des exercices physiques organisés. On doit forger des partenariats pour élaborer des programmes de planification communautaire, de transports, de culture et de récréation afin de faire la promotion d'activités physiques et sociales. Il s'agit là de moyens peu coûteux d'améliorer et de maintenir la santé et aussi de réduire l'isolement social qui contribue au déclin physique et mental.

Le stress, l'anxiété, et la dépression. La dépression est une épidémie méconnue chez les personnes âgées. La prévalence de problèmes de santé mentale chez les personnes âgées contribue à la mauvaise utilisation de médicaments, l'alcoolisme et un comportement auto-destructif, et réduit la capacité de l'individu à soigner et à gérer les problèmes de santé avant qu'ils deviennent incapacitants ou mettent la vie en danger. On a fait des progrès considérables dans le domaine du traitement des troubles mentaux chez les personnes âgées, mais il existe de grandes lacunes de connaissances parmi les fournisseurs de soins de santé concernant ces traitements. Par ailleurs, le manque de coordination entre les soins de santé primaire et les services communautaires de santé mentale donne lieu à une situation où souvent, on ne subvient pas aux besoins de la plupart des personnes âgées en matière de santé mentale.

Que peut-on faire ?

- Développer des stratégies locales conçues pour dépister et traiter, de manière opportune, la dépression, l'anxiété, et la démence chez les personnes âgées.
- Les fournisseurs de soins mentaux et primaires, ainsi que les conseillers des groupes affinitaires doivent répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé mentale.
- Éviter les coûts de médication inappropriée et rendre accessible les thérapies appropriées.

Le fardeau de la dépression pour le bien-être général de l'aîné justifie un investissement afin de faire évoluer les mentalités et de développer de meilleurs outils que le système de soins de santé peut utiliser pour répondre aux besoins des aînées en matière de santé mentale.

3.3.2 *Réorienter les soins primaires vers la prévention et la gestion des maladies et affections liées à l'âge*

Les systèmes de soins primaires ont besoin d'outils et de ressources afin de réorienter ou réorganiser les services pour répondre aux besoins de santé complexes des personnes âgées. La méthode actuelle qui consiste à financer les soins de santé primaire avec les ressources humaines existantes ne peut pas répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées, même si on ajoute des ressources additionnelles aux services.

Le système de soins de santé primaire a besoin d'une approche basée sur la population, qui inclut la prévention, le dépistage précoce, la capacité du patient à autogérer les maladies chroniques. Il a besoin d'établir des réseaux avec les ressources communautaires et avec d'autres disciplines. Cette approche exige des ressources humaines qui sont capables d'aller au-delà de la guérison d'épisodes aigus jusqu'à comprendre le besoin d'un processus collaboratif qui implique le médecin traitant, d'autres membres de l'équipe de soins de santé, le patient, et les autres partenaires qui gèrent les problèmes complexes de la santé. Les soins efficaces nécessitent également la surveillance efficace de la conformité du patient et l'éducation du patient.

Que peut-on faire ? La formation d'équipes de soins de santé primaire à l'intention des personnes âgées doit être considérée comme une priorité et recevoir des ressources. L'OPS a rédigé un ouvrage intitulé *A Guide To Primary Health Care of Older Persons* (Guide des Soins de Santé Primaire des Personnes Âgées). On a besoin d'adapter ce guide à chaque pays et d'y ajouter les politiques et normes spécifiques à chacun.

Par ailleurs, des programmes de formation doivent être élaborés afin d'enseigner aux personnes âgées et familles l'autotraitement et l'autogestion des maladies chroniques ou des problèmes de santé complexes. Il existe des programmes éducatifs et scientifiques qui enseignent les aptitudes nécessaires à l'autotraitement et qui fournissent des modèles de soutien psychologique à l'intention des personnes âgées. Ces ressources doivent être adaptées aux besoins des personnes âgées qui sont très pauvres ou qui ont peu de scolarité.

Le système de soins de santé primaire a besoin de médicaments de base qui sont essentiels, testés par les personnes âgées et qui ont des normes quant au dosage et à l'usage. Aux États-Unis, on estime à jusqu'à 35% le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus qui souffrent des réactions indésirables aux médicaments chaque année, et

17% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans sont le résultat d'une réaction indésirable aux médicaments. Cette hospitalisation peut coûter jusqu'à US\$ 20 milliards et peut être évitée. En Amérique latine et aux Caraïbes, un défi de taille consiste à rendre accessibles aux personnes âgées les médicaments et de s'assurer de leur qualité. Par ailleurs, les médecins exerçants et les pharmaciens manquent de la formation concernant la façon dont les personnes âgées répondent à des médications spécifiques.

Que peut-on faire ? On a besoin de revoir les politiques nationales sur les médications essentielles, en se concentrant sur les médicaments les plus appropriés dont la population vieillissante a besoin, et un effort coordonné doit être fait parmi les agents du secteur de la santé pour fournir des médications aux plus démunis des personnes âgées. Tous les médecins et pharmaciens doivent recevoir une formation qui leur permet d'offrir des soins de base aux personnes âgées.

3.3.3 *Intégrer les services de soins sociaux et sanitaires afin de favoriser une continuité de soutien à l'intention des personnes âgées qui risquent de perdre leur autonomie*

On peut améliorer l'efficacité des services de soins de santé primaire si on établit des liens entre les ressources communautaires qui sont pertinentes à la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la gestion, la rééducation, les soins de longue durée et les soins palliatifs de la population. Afin d'avoir une gamme suffisante de services intégrés, il faut qu'une entité centrale située au niveau local :

- Évalue les besoins des personnes âgées afin de fournir le type et le niveau appropriés de services en ciblant ceux qui ont le plus besoin;
- Coordonne les services de manière administrative et crée un milieu qui offre des incitatifs pour la collaboration communautaire;
- Coordonne l'accès aux ressources que fournissent d'autres secteurs, notamment le logement, le transport, les services sociaux, les sports et la récréation, et plaide la cause des personnes âgées les plus vulnérables de la collectivité pour qu'on subviene à leurs besoins;
- Établit des mécanismes efficaces pour partager les informations concernant les personnes âgées entre les fournisseurs de soins au sein d'une même discipline et de manière pluridisciplinaire et multisectorielle, afin de faciliter une utilisation novatrice et efficace des ressources humaines et technologiques;
- Établit des normes de pratique pour les programmes de soins communautaires, les programmes de soins domiciliaires, les programmes résidentiels qui

fournissent des soins personnels, des foyers de groupe et des maisons de soins infirmiers; et

- S'engage à offrir une amélioration continue de la qualité et une évaluation des résultats cliniques

Que peut-on faire ? On doit développer ou adapter des directives et des protocoles précis afin de dépister et évaluer les problèmes de santé au niveau physique, fonctionnel, émotif, et cognitif. On doit tenir des forums sous-régionaux pour permettre aux pays de partager leurs expériences et pour développer un programme commun qui renforcerait les ressources de soins de santé primaire qu'on alloue aux personnes âgées.

Au niveau local, on doit coordonner les services par l'entremise de réseaux informels de fournisseurs de services, tout en partageant les systèmes d'information et d'aiguillage. Il faut noter que ces réseaux sont les plus efficaces lorsque des mécanismes formels de collaboration sont développés, que l'information soit partagée régulièrement, et qu'on s'entende sur la planification et la responsabilité concernant la répartition des ressources pour répondre aux besoins des groupes de personnes âgées ciblées de la communauté. Ces partenariats devraient inclure des organismes composés de personnes âgées, les organismes non gouvernementaux (ONG), des églises, et d'autres organismes bénévoles.

Les normes qui régissent les programmes communautaires tels que les services de soins journaliers pour adultes, les soins à domicile, familles d'accueils pour adultes et les résidence-services doivent être formulées et mises en application. Le secteur public, les ONG et le secteur privé doivent former des alliances afin de développer des services communautaires qui sont faciles d'utiliser pour les adultes. Toutefois, l'état doit garantir des normes de qualité de soins minimales pour assurer la dignité et protéger le bien-être des personnes âgées qui sont frêles et invalides.

3.3.4 Développer des partenariats pour le partage de l'information, la collaboration technique et le soutien

Les pays développés ainsi que les pays en développement de la Région subissent tous l'impact de la transition démographique. Pour soutenir le travail de la collaboration technique, il est essentiel de partager l'information sur la santé gérontologique et de tirer des leçons des expériences de ceux qui sont plus avancés dans la transition démographique. Pour ces raisons, il est important de fournir de nouveaux mécanismes qui permettent l'échange de ressources en matière d'éducation, formation, et développement de programme.

Que peut-on faire ? La bibliothèque virtuelle sur la santé de l'OPS (www.bireme.org) constitue un excellent instrument pour le maintien, la dissémination de l'information à l'intention des décideurs, chercheurs, formateurs et intervenants. Le portail sur la santé et le vieillissement dans la bibliothèque fournira une ressource à tous les États Membres et si les ressources sont disponibles, le portail deviendra un point de référence pour le partage de recherche, formation, et propositions de programme auprès de tous les partenaires de la Région.

4. Ressources financières requises

L'OPS affecte environ \$110 000 en fonds réguliers à l'exercice biennal 2002-2003 afin de fournir de la coopération technique à la santé gérontologique au sein de la Région des Amériques. Autrefois, le programme a pu obtenir des ressources supplémentaires du United States National Institute on Aging et de la Novartis Foundation. La collaboration de ces partenaires et l'engagement de nos homologues nationaux ont garanti le succès au cours des quatre dernières années. Cependant, le vieillissement démographique au sein de la Région se fait à un rythme sans précédent, et on doit fournir de la coopération technique à une variété de secteurs spécialisés pour permettre aux pays de se préparer et de répondre aux défis et aux opportunités que présente le vieillissement. C'est pour cette raison que des efforts et des ressources additionnelles sont requis aux niveaux régional et national.

Alors que L'OPS fête «100 ans de santé », son expérience repose sur les besoins des enfants et des mères en matière de santé publique, la lutte contre les maladies infectieuses et la prévention des maladies chroniques chez les jeunes. Ces 100 ans ont donné lieu à un allongement de l'espérance de vie et un plus grand nombre de personnes âgées. Pour la première fois, les défis que pose une population qui vieillit sont en train de devenir une préoccupation, et pour préparer une base d'expériences et de connaissances dans le domaine de la longévité, on requiert de nouveaux investissements. On compte sur les États Membres pour mener le combat en défendant des politiques, des plans et des programmes visant à faire progresser les avancements qu'on a déjà réalisés en matière de santé publique lors du dernier siècle, afin que ces avancements réalisés dans le domaine d'une espérance de vie sans infirmité continuent durant les années qu'on a ajoutées à la vie, surtout pour les personnes âgées les plus démunies. L'OPS/OMS peuvent jouer un rôle capital, si les ressources sont disponibles, en favorisant l'équité en matière de santé pour les générations présentes et futures des personnes âgées de la Région.

5. Questions clés à considérer

5.1 *Investir dans les personnes âgées*

A-t-on les moyens financiers pour défrayer les coûts des services aux personnes âgées face à tant d'autres priorités de santé publique ? Les coûts des services aux personnes âgées doivent être considérés par rapport au coût de la prévention comparée au

coût du traitement et les soins de longue durée, et par rapport au coût de la mauvaise gestion des services de soins de santé primaire. La rentabilité de la prévention primaire et secondaire des maladies chroniques, par exemple, a déjà été documentée aux États-Unis. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont trouvé que :

- Chaque dollar dépensé sur l'éducation des malades externes atteints de diabète épargne de \$2 à \$3 en frais d'hospitalisation; et
- Les participants à un cours d'autotraitements s'adressant aux arthritiques ont vu leur douleur chuter de 18 % ce qui représente une économie de \$267 par personne au système de santé sur 4 ans.

D'une autre perspective, le coût des services aux personnes âgées peut être évalué en termes d'occasions manquées de promouvoir la santé ou en termes de mauvaise gestion des maladies et affections liées à la vieillesse. Le tableau 1 illustre les coûts liés à la productivité, ainsi que les coûts financiers et non-financiers de soins mal gérés aux personnes âgées du point de vue des personnes âgées, leurs familles, les fournisseurs de soins locaux, et le système de santé.

Tableau 1. Coûts des occasions manquées ou mauvaise gestion des services aux personnes âgées

	Coûts Financiers	Coûts Liés à la Productivité	Coûts Non-Financiers
Personnes âgées	Frais de service (si nécessaire)	Perte de rendement au bureau ou à la maison	Mauvais résultats pour la santé; qualité de vie moindre
Soins prodigués par la famille	Perte de revenu due aux besoins de donner des soins	Perte de rendement au bureau ou à la maison	Qualité de vie moindre
Fournisseurs de soins locaux	Problèmes iatrogènes et ressources affectées aux soins inappropriés	Rendement réduit dû au temps passé à soigner des affections mal gérées	Frustration et satisfaction professionnelle réduite
Système de santé	Coût lié à une mauvaise utilisation des soins d'urgence	Utilisation peu productive des ressources, plus grand nombre de besoins négligés	Système surchargé par des besoins négligés
Résultats globaux	Ressources privées et/ou publiques investies dans le «rattrapage »et dans le «traitement» le plus cher plutôt que sur la promotion prévention et rééducation	Incapacité accrue et diminution de l'espérance saine de vie	Inefficacité du système; occasions manquées de retarder l'apparition de maladies et incapacités liées au vieillissement

5.2 *Priorités nécessaires pour promouvoir la santé en vieillissant*

5.2.1 *Reconnaître la valeur positive des personnes âgées vis à vis de la famille et de la collectivité*

Une vision positive du vieillissement constitue une partie intégrante du premier Plan d'action international sur le vieillissement des Nations Unies (1982) et continue à occuper une place primordiale dans le Plan international sur le vieillissement de Madrid de 2002. Il est essentiel de travailler de concert avec les médias pour démythifier le vieillissement afin de promouvoir des images de personnes âgées qui subviennent à leurs besoins, qui sont productives, et qui contribuent, de diverses manières, au développement de la famille et de la société. La société aide et soutient ce qu'elle juge important. La longévité doit devenir une valeur et un engagement que tout le monde partage.

5.2.2 *Restructurer les soins de santé primaire afin de fournir des services qui sont faciles d'utiliser pour les personnes âgées*

Il est possible de mettre sur pied des centres qui sont faciles d'utiliser pour les personnes âgées comme projet pilote ou site de formation dans la collectivité. Il est capital de commencer à construire des modèles de services qui sont conçus pour les personnes âgées dans le contexte de la réforme du système de santé.

Les personnes qui fournissent les services conçus pour les personnes âgées ont besoin de recevoir une formation qui leur permet de prendre soin des personnes âgées. Ils ont également besoin d'avoir travaillé au sein d'équipes pluridisciplinaires et doivent avoir des attitudes positives envers les personnes âgées. Un centre de santé conçu pour les personnes âgées encourage les gens à vieillir en restant actifs et surveille les indicateurs de la qualité, l'accessibilité, l'innocuité, efficacité et la continuité des soins. Il collabore avec des organismes de personnes âgées et avec d'autres secteurs de la collectivité afin de plaider en faveur d'un accès équitable à la nourriture, au logement, à l'éducation, au transport et au travail pour personnes âgées.

5.2.3 *Développer des alliances pour mettre en œuvre la stratégie internationale d'action sur le vieillissement 2002*

Une coopération panaméricaine accrue sera essentielle afin d'appuyer les préparatifs en vue de relever les défis des sociétés vieillissantes et en vue d'aider à mettre en œuvre le plan d'action international sur le vieillissement de Madrid de 2002. Les États Membres profiteront de la collaboration technique entre les pays afin de développer des réponses appropriées au Plan international qui fut approuvé lors de la deuxième Assemblée internationale sur le vieillissement des Nations-Unis qui s'est déroulée à Madrid en avril 2002. Un programme de recherche panaméricain servira de point de

départ pour les réponses de politique en matière de vieillissement et au succès opérationnel du développement des programmes. Par ailleurs, la Région doit situer la mise en œuvre du Plan international au sein du programme de développement international des partenaires financiers.

6. Mesures à prendre par le Comité exécutif

Selon les informations présentées dans le présent document sur la situation actuelle concernant la santé des personnes âgées dans la Région des Amériques, le Comité exécutif est prié de prendre les mesures suivantes :

- Discuter des manières dont on peut renforcer le cadre des politiques et actions de la stratégie régionale pour la collaboration technique, et examiner des approches futures en vue de promouvoir la santé et le vieillissement
- Discuter et appuyer les stratégies nécessaires en vue de réduire les inégalités en matière de santé et vieillissement.
- Appuyer la mobilisation de ressources nationales et internationales qui permettront la mise en œuvre appropriée du Plan d'action internationale sur le vieillissement de Madrid 2002.

Références

Bodenheimer T. La Gestion des maladies dans le marché américain. *British Medical Journal*. British Medical Association; 2000; 320:563-566.

Cerubini A, Lowenthal DT, and Williams LS. Physical activity and cardiovascular health in the elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*. Italy: Kurtis Publication; 2000; 10:13-25.

Manton, G, Corber LS, and Stallard E. Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the US elderly population from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 1993; 48:S153-166.

National Academy on an Aging Society. *Caregiving: helping the elderly with activity limitations*, Challenges for the 21st Century: Chronic and Disabling Conditions, No. 7. Washington, DC: National Academy on an Aging Society; 2000. (Disponible en ligne à www.agingsociety.org).

Pan American Health Organization, Family Health and Population Program. A survey of aging, health and well-being in seven Latin American and Caribbean cities (SABE). Washington, DC: PAHO; 2000. (Toutes les références au SABE proviennent de cette source).

Organisation Panaméricaine de la Santé, Programme de Santé de la Famille et de la Population. *Guide du développement d'un système de soutien compréhensif pour favoriser le vieillissement actif* préparé par Santé Canada et le Ministère de la Santé du Mexique Washington, DC: OPS; 2002.

Pan American Health Organization. Health of older persons: a change in paradigm. (Avec référence à la Résolution CSP25.R12 de la 25^e Conférence Sanitaire Panaméricaine et à la Résolution CE122.R13 de la 22^e Session du Comité Exécutif). Washington, DC: PAHO; 1998.

Organisation Mondiale de la Santé. *Vieillir en restant actif: un cadre de politique*. Genève: OMS; 2002. (WHO/NMH/NPH/02.8).

World Health Organization. Innovative care for chronic conditions (meeting report). Genève: WHO; 30-31 May 2001. (WHO/MNC/CCH/01.01).

Statistics Canada, Division of Aging and Seniors of Health Canada. Statistical snapshots of Canada's seniors. (Disponible en ligne à www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/).

The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society. Low health literacy skills contribute to higher utilization of health care services. United States. (Disponible en ligne à www.agingsociety.org/healthlit.htm).

Nations Unies. Plan d'action international sur le vieillissement, 2002. New York: NU, avril, 2002. (Disponible en ligne à: www.un.org/ageing/documents.htm).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Population ageing, 1950-2050. New York: UN; 2002.

United States of America, Federal Interagency Forum on Aging – Related Statistics. Older Americans 2000: key indicators of well-being. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000. (Disponible en ligne à www.agingstats.gov/chartbook2000).

United Nations Research Institute for Social Development. Public meeting on ageing, development and social protection (Second World Assembly on Ageing). Genève: UNRISD, 2002. (Disponible en ligne à www.unrisd.org).

United States of America, Centers for Disease Control and Prevention. Healthy aging: Preventing disease and improving quality of life among older Americans. Atlanta: CDC; 2001. (Disponible en ligne à www.cdc.gov/nccdphp).