

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office
for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau regional de la Mediterranee orientale



منظمة الصحة العالمية
الكتب الإقليمي
لشرق البحر المتوسط

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

Trente-huitième session

Point 10 a) de l'ordre du jour

EM/RC38/7
juin 1991

Original : ANGLAIS

LA SANTE DES PERSONNES AGEES
ET LES PROBLEMES DES PERSONNES AGEES HANDICAPEES

SOMMAIRE

	<u>page</u>
1. Le vieillissement: un défi lancé à la société	1
2. Les personnes âgées forment-elles un groupe homogène?	1
3. Le vieillissement de la population mondiale: tendance démographique sans précédent	2
4. Incidences socio-économiques du vieillissement des nations.	3
5. Causes principales du vieillissement des nations	4
6. Etat de santé des personnes âgées	5
7. Points à prendre en considération dans la planification pour les personnes âgées.	7
8. Situation dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale	8
9. Promotion de la santé des personnes âgées: agir dès maintenant . . .	10
10. Soins de santé primaires pour les personnes âgées en milieu rural	11
11. Préparatifs pour la population âgée de demain	12
12. Nécessité d'effectuer davantage d'analyses de situation	12
13. Soins aux personnes âgées handicapées	13
14. Stratégie régionale concernant les personnes âgées: plan d'action proposé	14
15. Programme national de soins de santé aux personnes âgées: grandes lignes proposées	16
16. Recherche sur la santé des personnes âgées dans la Région de la Méditerranée orientale	17

LA SANTE DES PERSONNES AGEES
ET LES PROBLEMES DES PERSONNES AGEES HANDICAPEES

Point 10 a) de l'ordre du jour

1. Le vieillissement: un défi lancé à la société

Vieillir fait partie du cycle de vie de tout être humain, et même de toute existence biologique. Une vie longue, et de préférence heureuse et confortable, a toujours été l'un des rêves poursuivis par l'être humain. Vivre longtemps était généralement le privilège d'un nombre relativement restreint jusqu'aux premières décennies du XX^e siècle, mais cela peut maintenant être envisagé par un nombre croissant de personnes partout dans le monde. Une espérance de vie longue à la naissance est désormais une réalité pour bien des gens, même dans les pays en développement. En dépit de toutes les craintes et inquiétudes exprimées de par le monde au sujet de la formidable augmentation du nombre de personnes âgées, et de la nécessité d'assurer leur bien-être, cet accroissement de la longévité est, en soi, un succès flagrant et tangible du développement socio-économique. C'est à la technologie médicale et à la protection sanitaire qu'il est dû en grande partie.

Pour souhaitable qu'il soit, le vieillissement des populations impose de nouveaux défis et de nouvelles exigences auxquels la plupart des pays du monde ne sont pas tout à fait préparés - et certainement pas les pays en développement. Tout ce qu'implique le terme "Santé des personnes âgées" n'a pas encore été pleinement appréhendé et les responsabilités des pouvoirs publics envers ces personnes n'ont pas été réalisées par bien des administrateurs et décideurs des secteurs de la santé et de la protection sociale. Le seul fait souvent lié à l'inquiétude régnant chez ces derniers est la perspective déplaisante de voir éventuellement la qualité de vie baisser au fur et à mesure qu'augmente l'espérance de vie. Ainsi, les cardiopathies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer sont d'ores et déjà reconnus comme étant les principales maladies meurtrières chez ceux qui, grâce aux progrès de la médecine, vivent jusqu'à un âge plus avancé. Plus gênants sont les effets d'un certain nombre de troubles cliniques responsables de maladies invalidantes, caractérisées par les incapacités et handicaps, chez ce groupe de population. Les troubles cardio-vasculaires, les séquelles des accidents vasculaires cérébraux, les divers degrés de démence - dont la forme la plus cruelle est la maladie d'Alzheimer - en sont des exemples. Une simple chute en trébuchant sur le pas de porte ou le bord d'un tapis, ou encore une attaque de bronchite qui, chez les autres groupes d'âge, est un épisode passager, peut être à l'origine d'une incapacité à vie chez les personnes âgées, fait qui souligne bien leur vulnérabilité. Par exemple, l'incontinence urinaire relativement bénigne, dont souffre une partie des femmes âgées, risque de restreindre complètement leur mode de vie.

2. Les personnes âgées forment-elles un groupe homogène?

Le vieillissement étant un processus continu dès la naissance, à quel stade devient-on une personne âgée? L'Organisation des Nations Unies a

défini l'âge de 60 ans comme celui de la transition, les sujets l'ayant atteint faisant désormais partie de la catégorie âgée de la population. Généralement, dans un document officiel, sauf indication contraire, on qualifie de personnes âgées la population hétérogène composée des sujets âgés de 60 ans et plus. Toutefois, les pays développés comme les pays en développement ont eu tendance à définir le stade "âgé" à un certain point préétabli de la vie de l'être humain. La retraite d'un emploi lucratif à plein temps, même lorsqu'on bénéficie d'une sécurité financière pour ses derniers jours grâce à une pension ou quelque autre arrangement socio-économique ou "sûreté", est devenue maintenant la limite artificielle à partir de laquelle l'individu est classé comme personne âgée.

Une question que posent souvent les planificateurs chargés des soins de santé aux personnes âgées et de leur protection sociale est celle de savoir si la population désignée conventionnellement comme "les personnes âgées" (ou dans certains pays, le "troisième âge") forme un groupe homogène. La réponse est un non catégorique. En effet, sur le plan de la santé, les variations de la capacité individuelle s'accroissent avec l'âge. Le responsable du choix de politiques ne doit pas oublier que si le "troisième âge" est considéré comme étant la période entre la retraite et la mort, cette période couvre dans les pays développés, certainement dans la couche relativement aisée de la population, une durée moyenne de vingt ou même trente ans, durant laquelle les différences physiologiques, affectives ou fonctionnelles entre ceux qui ont soixante ans et ceux qui ont quatre-vingt ans peuvent être aussi marquées que celles existant entre un adolescent et un adulte d'âge mûr. Pour les responsables, il est essentiel de prendre en considération ces différences et de caractériser un "grand âge" à l'intérieur de la catégorie des personnes âgées qui seront classées en deux groupes - personnes âgées "jeunes" et personnes âgées "d'un grand âge" - pour la planification de leurs services généraux de santé, et de ne pas les englober toutes dans une seule et même catégorie. Alors que les personnes âgées "jeunes" peuvent être utilisées au service de la collectivité et de la société de plusieurs façons, outre l'aide précieuse qu'elles peuvent apporter dans leur foyer (par exemple, dans une famille "élargie") et donc être socialement et économiquement productives, l'autre groupe correspondant au "grand âge" - généralement les personnes âgées de 75 ou 80 ans ou plus - doit être pris en charge avec différentes mesures. En effet, ces personnes sont extrêmement vulnérables aux risques de tous types pour leur santé. Ce sont les personnes âgées qui présentent souvent des déficiences anatomiques et physiologiques pouvant les handicaper ou les rendre invalides. Aussi des mesures à domicile, au sein de la collectivité ou dans des établissements sont indispensables pour ce groupe mais elles nécessitent des ressources financières considérables. L'augmentation relativement importante de la proportion des personnes âgées "d'un grand âge" (80 ans et plus) par rapport à l'accroissement de la population âgée totale (60 ans ou plus) dans tous les pays développés et dans de nombreux pays en développement constitue un sujet de grave préoccupation pour les planificateurs à long terme et les démographes.

3. Le vieillissement de la population mondiale: tendance démographique sans précédent

Le vieillissement est une question importante tant pour les pays développés que pour les pays en développement. La tendance démographique sans précédent, observée de nos jours, montre un accroissement rapide de la

catégorie âgée de la population en pourcentage comme en chiffres absolus. En d'autres termes, non seulement y a-t-il un plus grand nombre de personnes âgées aujourd'hui qu'il n'y en a jamais eu auparavant, mais encore la proportion de personnes âgées dans la population générale s'accroît. Aujourd'hui, dans la majorité des pays européens, environ 12 - 14% de la population totale a 60 ans et plus, alors que dans la plupart des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, la population de 60 ans et plus représente 3 à 4%. Toutefois, dans ces deux catégories de pays, la proportion des personnes âgées augmente rapidement, et encore plus dans les pays en développement. Selon les estimations de la Division de la Population des Nations Unies, en l'an 2000, les deux tiers environ des 600 millions de personnes âgées dans le monde vivront dans les pays en développement, contre la moitié environ en 1960 (voir Fig. 1). Bien que ce phénomène ait été, pendant des dizaines d'années, un fait prédominant observé principalement dans les pays occidentaux industrialisés, cette tendance démographique a d'ores et déjà commencé à se dessiner dans la plupart des pays en développement. L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les pays en développement sera particulièrement marquée en Asie, surtout en raison d'une croissance rapide prévue en Chine et en Inde. Ces deux pays compteront à eux seuls, d'ici l'an 2020, 270 millions de personnes âgées. Au Pakistan, un des pays de la Région de la Méditerranée orientale, le nombre de personnes âgées augmentera de 10 millions durant cette période. Les pays en développement remplaceront progressivement les nations européennes pour ce qui est du nombre de leurs habitants appartenant au groupe des personnes âgées.

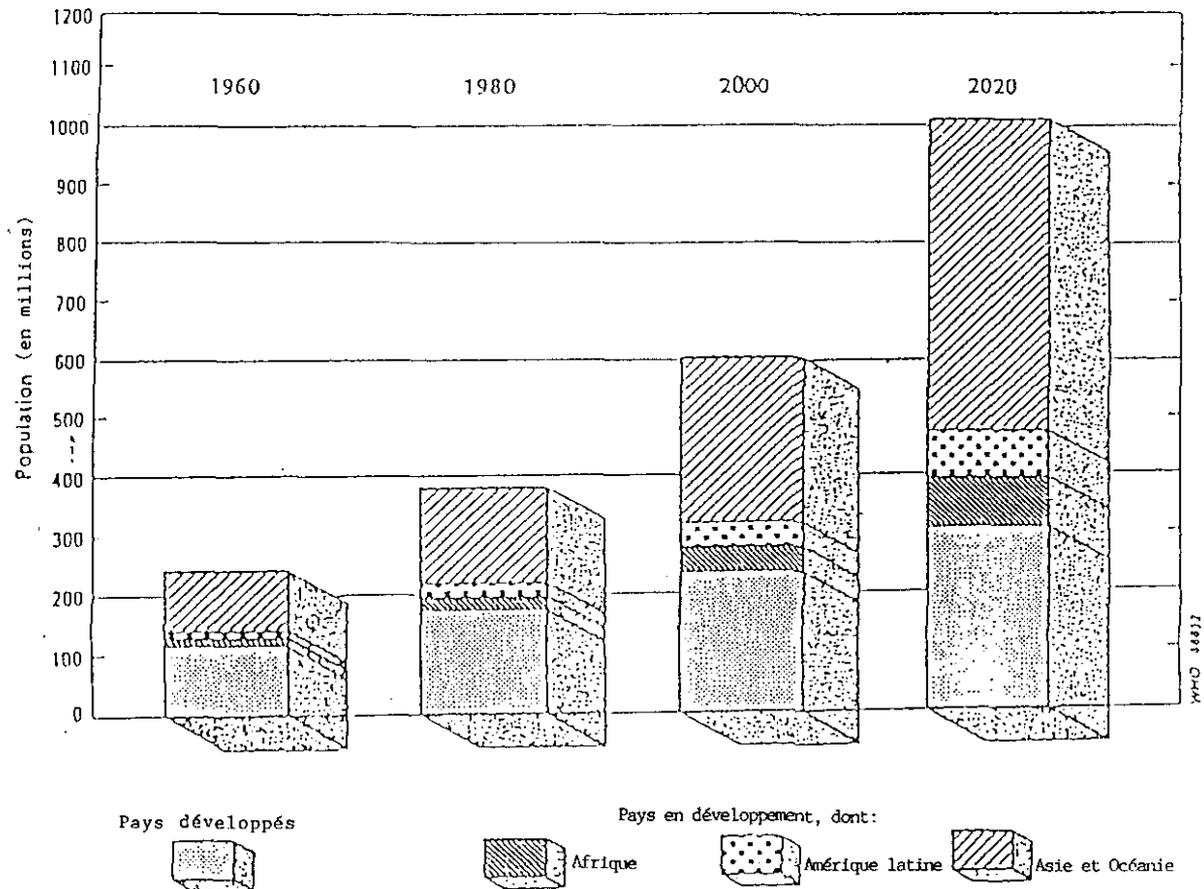
Ce qui est plus inquiétant, c'est que dans un grand nombre de pays en développement, le groupe des 60 ans et plus croît plus rapidement que l'ensemble de la population. Ainsi, entre 1980 et 2010, la population totale du monde en développement devrait augmenter de 95%, mais la population âgée de près de 240%! Par ailleurs, non seulement la population des personnes âgées augmente dans le monde en développement, mais de plus elle vieillit du fait qu'un nombre croissant de personnes vivent jusqu'à un âge avancé.

4. Incidences socio-économiques du vieillissement des nations

Ce vieillissement de la population dans le monde entier a d'énormes incidences sanitaires et socio-économiques qui, comme on l'a déjà dit, n'ont pas été suffisamment appréhendées par les planificateurs et les décideurs des pays en développement. Autre motif de préoccupation: le fait que les femmes constitueront une bien plus forte proportion de la catégorie "âgée" que les hommes dans la majorité des pays. Les données épidémiologiques mondiales montrent que le tableau de morbidité chez les femmes âgées est bien plus préoccupant que celui des hommes âgés. Cette évolution démographique a fait apparaître les tendances suivantes:

- Augmentation de la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus: un nombre décroissant de "producteurs" économiques devra prendre en charge un nombre croissant de "consommateurs".
- Augmentation du nombre de personnes très âgées dans la population de personnes âgées: c'est précisément ce groupe qui a le plus besoin de services sanitaires et sociaux.
- Prédominance des femmes dans la population âgée: avec une morbidité élevée chez les femmes âgées, les structures et services médicaux, sociaux et sanitaires vont être fortement sollicités.

Figure 1. Population âgée de 60 ans et plus, par grandes régions du monde, 1960-2020*



Source: Nations Unies, Division de la Population

* Reproduit de: OMS. *Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales*, 1987. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1987.

- Prédominance du caractère rural de la population âgée dans les pays en développement, ce qui implique la nécessité de mettre en place des structures rurales pour les personnes âgées. Les adultes émigrant vers les villes et les centres urbains, les parents âgés restent souvent les seuls au village.
- Glissement vers le vieillissement de la population en général, avec un nombre décroissant d'enfants, ce qui a été observé comme l'une des raisons principales du sentiment de solitude menant à la dépression et à la démence chez les personnes âgées, surtout dans les pays développés.

5. Causes principales du vieillissement des nations

Faire vivre les gens jusqu'à un âge avancé est assurément une victoire de la médecine. L'amélioration des soins médico-sanitaires, associée à d'autres

progrès socio-économiques, a fait chuter les taux de mortalité non seulement chez les nourrissons et les enfants mais aussi chez les personnes âgées et ce, grâce aux techniques modernes. Dans la majorité des pays en développement, l'espérance de vie à la naissance augmente. L'espérance de vie, même à 40 et 60 ans, accuse une nette tendance à la hausse. Un enfant qui naît aujourd'hui dans l'un de ces pays a, plus que jamais auparavant, plus de chances d'atteindre un âge avancé. C'est l'une des raisons principales de cette tendance démographique.

La deuxième raison principale est la chute du taux de natalité dans un grand nombre de pays. Comme l'a fait remarquer un sociologue, dans les pays occidentaux, "on voit dans les parcs plus de fauteuils roulants que de landaux". La proportion de population âgée augmente rapidement avec la diminution de la population infantile.

Ces deux grands facteurs se combinent l'un à l'autre dans la majorité des pays développés pour produire cette augmentation de la population de 60 ans et plus - tant en pourcentage qu'en chiffres absolus. Dans la majorité des pays du Golfe, par contre, le taux de natalité n'a pas baissé mais le taux brut de mortalité a fortement chuté, s'accompagnant d'une augmentation considérable de l'espérance de vie. En pareil cas, la proportion des 60 ans et plus sera bien plus faible que si les deux causes avaient agi en synergie, mais le chiffre absolu va cependant s'élever rapidement.

6. Etat de santé des personnes âgées

Dans la plupart des pays, notamment dans les pays en développement, les renseignements sur l'état de santé des personnes âgées brillent par leur absence. Là où ce genre de renseignements existe, ils se limitent à des données de mortalité qui sont moins fiables pour les personnes âgées en raison de la présence fréquente d'états pathologiques multiples lors du décès. Les données de mortalité ne reflètent pas toujours avec exactitude la morbidité sous-jacente et, en particulier, elles sont peu utilisables pour nombre d'affections pour lesquelles le taux de létalité est faible mais qui sont néanmoins des causes importantes de morbidité chez les personnes âgées. A quelques exceptions près, on ne dispose pas de données de mortalité complètes pour les personnes âgées, de sorte que seule une analyse de la mortalité permet d'apprécier l'état de santé.

La moitié environ de tous les décès de personnes âgées dans les pays développés, ainsi que dans la couche moyennement aisée de la population des pays en développement, est imputable aux maladies cardio-vasculaires. Le cancer est à l'origine du quart des décès chez les hommes et les femmes et environ 7% des décès sont dus à des affections respiratoires. La pneumonie et le diabète sont également des causes courantes de mortalité chez les personnes âgées dans de nombreux pays, dans certains cas. Les taux de mortalité par accident sont plus que trois fois plus élevés pour les personnes âgées que pour la population de tous âges confondus. Après l'âge de 65 ans, le nombre de décès dus à tous genres d'accidents augmente fortement à mesure que l'on avance en âge. Environ six accidents mortels sur dix chez les personnes âgées sont provoqués par une chute, le plus souvent au domicile.

Les personnes âgées ont des problèmes de santé particuliers qui sont fondamentalement différents de ceux des adultes ou des jeunes. Malheureusement, c'est un point qui n'a pas encore été suffisamment reconnu

par les administrateurs sanitaires dans la plupart des pays en développement. Même dans les pays industrialisés, on en a eu conscience assez tard, ce qui fait que le phénomène démographique les a plutôt pris au dépourvu. Il ne faut pas perdre de vue que la tâche consistant à s'occuper de la santé des personnes âgées continuera à s'amplifier, car tout progrès important de la médecine et les avantages accumulés du développement socio-économique vont accroître l'effectif de personnes âgées. Dans tous les pays en développement, le système de soins de santé doit introduire des principes de gérontologie dans toutes les mesures visant à assurer des soins aux personnes âgées. Les problèmes de santé des personnes âgées ont quelques caractéristiques particulières, dont quelques-unes sont exposées ci-après:

- Les affections les plus courantes de la vieillesse sont de nature chronique: maladies cardio-vasculaires, arthrite, handicaps orthopédiques, troubles mentaux, perte de l'ouïe et de la vue et maladies infectieuses.
- Les processus morbides chez les personnes âgées sont plus insidieux dans leur déclenchement et leur développement que chez les adultes mais l'issue est grave. La bronchite est souvent mortelle chez les personnes âgées alors qu'elle n'est qu'un épisode passager chez les individus plus jeunes.
- Les processus morbides chez les personnes âgées sont souvent multiples, d'où l'extrême complexité du tableau clinique final.
- Les affections et incapacités non diagnostiquées et non signalées sont très courantes dans la population âgée et, par conséquent, lorsqu'elles le sont, c'est généralement à un stade avancé de la maladie. Il y a plusieurs raisons à cela, la plus importante étant l'absence de personnes chargées de s'occuper des personnes "très âgées", pour la plupart d'entre elles. En second lieu, les personnes âgées pensent généralement que la vieillesse est une période de la vie marquée par la maladie, l'incapacité et la dépression, et que de nombreux problèmes de santé doivent être considérés comme étant le "lot" des personnes âgées et ne sont donc pas signalés au médecin.
- On observe une forte incidence des complications de maladies et du traitement. Des complications médicamenteuses associées à la posologie sont plus courantes chez les personnes âgées.
- Une longue réadaptation est presque une règle dans les affections chez les personnes âgées.

Plusieurs études minutieuses effectuées dans les pays occidentaux ont montré que les insuffisances du diagnostic tant par excès que par défaut sont courantes chez les personnes âgées. Les personnes âgées elles-mêmes sont souvent persuadées que beaucoup de leurs problèmes, aussi bien somatiques que mentaux, sont dus à l'âge et par conséquent ne les mentionnent pas à leur médecin, et la sous-estimation du diagnostic est un trait courant dans la plupart des cas. L'incontinence urinaire et la dépression sont des exemples caractéristiques de problèmes dont les personnes âgées ne parlent pas à leur médecin. Autre raison du sous-diagnostic: la complexité des symptômes chez les personnes âgées.

Ces études montrent par ailleurs que le diagnostic pêche aussi souvent par excès, les médecins interprétant les manifestations du vieillissement comme un symptôme de maladie. La prévalence supposée de l'hypertension et du diabète chez les personnes âgées en est un exemple. Il est des domaines où des critères de diagnostic adéquats chez les personnes âgées font défaut à l'heure actuelle. L'un des domaines importants à étudier est le recueil de données relatives à la chimie clinique des personnes âgées afin d'établir une échelle normale de valeurs chez ce groupe pour faciliter la pose d'un diagnostic correct.

7. Points à prendre en considération dans la planification concernant les personnes âgées

La tendance démographique mentionnée précédemment a des incidences à la fois diverses et profondes sur la planification des programmes de soins aux personnes âgées. Les principales sont les suivantes:

1. On affirme souvent que dans une société "vieillissante", le rapport entre la population économiquement productive et la population non productive diminue régulièrement, de sorte qu'un plus petit nombre de citoyens économiquement productifs auront à prendre en charge un nombre croissant de personnes âgées dont la productivité a soit diminué soit cessé complètement. On peut considérer cela comme un fardeau économique, en particulier dans les pays en développement de la Région de la Méditerranée orientale où les taux de natalité demeurent élevés, et où la population de jeunes adultes aura donc un très grand nombre de personnes à charge - enfants et parents âgés, appartenant quelquefois à deux générations différentes.

Toutefois cet argument économique n'est pas toujours valable et les pays en développement devraient en prendre note. Bien des hommes et femmes âgés fournissent une aide précieuse dans leur foyer, aide qui passe inaperçue dans la majorité des cas. La productivité économique de nombreuses femmes qui ont des enfants et travaillent hors du foyer dépend de la présence et de l'aide des parents âgés à la maison. Les personnes âgées sont parfois très utiles à la collectivité et à la société mais leur contribution n'est souvent pas comptée comme activité économique productive.

2. Le mode de prestations sanitaires et sociales devra être réorienté pour venir répondre aux besoins des personnes âgées. Dans les pays développés, les centres de gériatrie remplacent les crèches et garderies d'enfants. Dans les pays en développement, les centres sociaux d'accueil pour les enfants devront être maintenus pendant des décennies. Une approche viable consistera à utiliser les personnes âgées dans ces centres, ce qui permettra, d'un autre côté, de promouvoir la santé physique et mentale des personnes âgées.
3. Pour la plupart des pays en développement, les soins aux personnes âgées en établissement ne sont pas la solution idéale pour des raisons culturelles et économiques. Tout d'abord, les soins en établissement coûtent tellement cher que pour la plupart des pays en développement, ce n'est pas réalisable. En second lieu, mettre les parents âgés dans une maison de retraite ou "foyer du troisième âge" pour des soins en établissement est souvent considéré dans la culture de la majorité des pays en développement comme "cruel", tel un "arpatheid gériatrique". Il est évident qu'une approche différente s'impose pour les soins aux personnes âgées, axée sur les soins à domicile et les soins au sein de la communauté.

4. Les tableaux de morbidité et d'incapacité de la population âgée sont très différents en raison, essentiellement, de l'altération de leurs fonctions physiologiques et mentales. Exception faite de la mortalité et de la morbidité dues aux accidents, auxquels les personnes âgées sont très vulnérables, les autres maladies et incapacités sont de nature chronique, nécessitant une infrastructure et un personnel appropriés. Les soins à domicile devraient être la réponse pour tout programme de soins aux personnes âgées et à l'égard desquels il est indispensable de susciter une prise de conscience chez ceux qui dispensent ces soins d'une part, et chez ceux qui les reçoivent d'autre part.
5. Lors de la planification des soins aux personnes âgées dans les pays de la Région, il sera prudent d'examiner en premier les pratiques culturelles existantes en ce qui concerne les soins aux personnes âgées de la famille. Généralement, la qualité des soins dispensés aux parents âgés dans leur foyer est considérée comme une source de fierté. Dans la plupart des cultures, les personnes âgées sont considérées comme une source de sagesse et de bon sens. Mettre ses parents âgés en maison de retraite est même considéré maintenant par la société, dans la plupart des cas, comme manquer à ses devoirs familiaux, et donc une honte.

Il y a lieu toutefois de faire preuve de circonspection. Avec l'urbanisation rapide des pays en développement, liée à l'exode rural massif, les jeunes migrants économiquement productifs ont tendance à former une famille "nucléaire" (et non pas une famille "élargie") dans les milieux urbains et périurbains peu hospitaliers, laissant leurs parents âgés à la campagne.

L'objectif véritable de toute stratégie de soins aux personnes âgées devrait logiquement être axé sur l'importante population rurale de personnes âgées que compte la plupart des pays en développement, qui n'ont personne dans leur famille pour s'occuper d'elles et pour lesquelles la "norme culturelle" évoquée précédemment ne joue pas.

8. Situation dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale

Dans la Région de la Méditerranée orientale, les Etats Membres ne connaissent pas encore une situation où le nombre de personnes âgées dans la population est considéré comme inquiétant. Pas un seul Etat Membre n'a manifesté publiquement pareille inquiétude. Naturellement, la sympathie du public pour les personnes âgées délaissées a conduit à la création de nombreux organismes bénévoles dans maints pays. Toutefois, ce sont pour la plupart des organismes relevant du secteur privé sous forme d'organisations non gouvernementales (ONG). A l'exception de Chypre où le pourcentage de la population totale de plus de 65 ans est de 10,4%, presque comparable à celui de la majorité des pays européens qui est de 12%, le pourcentage de population âgée dans la plupart des autres pays de la Région ne dépasse pas 2 à 4%. Une compilation récente de données des pays relatives au taux brut de natalité, au taux brut de mortalité, à l'espérance de vie à la naissance et au pourcentage du groupe d'âge de 5 ans et moins, et de celui de 65 ans et plus dans la population totale est présentée au tableau 1. Ce tableau montre l'interdépendance de ces indicateurs démographiques.

Si dans les pays développés cette tendance démographique résulte d'une baisse radicale de la fécondité et d'un allongement de l'espérance de vie, les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale n'ont pas encore été en mesure, dans la plupart des cas, de faire diminuer le taux de fécondité. Dans de nombreux pays riches mais sous-peuplés, notamment du Golfe, la politique nationale est de promouvoir la croissance démographique. Dans ces pays, la proportion de personnes âgées ne va pas augmenter de manière sensible mais l'effectif total de cette population va s'accroître régulièrement. Dans la plupart des pays développés, le rapport personnes âgées/population adulte active s'élève, bien que le rapport enfants/personnes âgées semble diminuer. Dans les pays en développement de la Région de la Méditerranée orientale, les jeunes sont beaucoup plus nombreux que les personnes âgées et il est probable qu'il en sera encore ainsi pour des années à venir. Toutefois, avec des taux élevés de mortalité et des taux réduits de mortalité, la population des pays en développement augmente très rapidement, préparant le stade futur où la population âgée s'accroîtra rapidement.

Tableau 1. Données biostatistiques et démographiques des pays de la Région de la Méditerranée orientale en 1988-1989

ETATS MEMBRES	TAUX BRUT DE NATALITE	TAUX BRUT DE MORTALITE	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (en années)	% DES MOINS DE 5 ANS	% DES PLUS DE 65 ANS
Afghanistan	47,5	28,0	42	20	3,7
Arabie saoudite	43,3	8,0	63	20	2,9
Bahreïn	30,2	3,8	71	13	2,2
Chypre	18,7	8,9	76	10	10,4
Djibouti	47,3	17,7	47	17	2,2
Egypte	40,7	9,1	61	14	2,9
Emirats arabes unis	35,0	2,0	71	16	1,5
Iran, République islamique d'	37,7	6,3	67	16	3,5
Iraq	44,4	8,7	66	17	2,7
Jamahiriya arabe libyenne	43,9	9,4	61	21	2,3
Jordanie	44,0	10,0	69	18	2,6
Koweït	30,0	2,4	73	14	1,2
Liban	28,9	7,8	67	17	5,1
Maroc	34,8	9,1	62	16	4,0
Oman	46,0	15,0	57	19	2,5
Pakistan	40,0	10,0	61	15	4,2
Qatar	29,7	2,3	73	11	1,1
République arabe syrienne	41,8	8,2	65	19	4,4
Somalie	50,8	20,3	45	18	2,7
Soudan	44,6	15,8	50	17	2,8
Tunisie	31,1	6,7	66	15	3,8
République du Yémen	53,0	19,8	51	20	3,4

Voici quelques caractéristiques importantes du schéma démographique concernant les personnes âgées dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale:

1. Les pays de la Région qui devraient avoir un nombre élevé de personnes de plus de 65 ans sont les pays du Golfe, en raison

principalement de l'accroissement rapide de l'espérance de vie dans ces pays. En réalité, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus à Bahreïn est de 2,2% et celle dans les Emirats est seulement de 1,5%. Dans ces pays, un taux élevé de natalité et un fort pourcentage d'étrangers dans la population jeune masquent très probablement le pourcentage réel de population âgée de plus de 65 ans. Le chiffre absolu reflètera toutefois cette augmentation.

2. Chypre est le seul pays de la Région qui a des caractéristiques démographiques analogues à celles des pays d'Europe occidentale, avec plus de 10% de personnes âgées de 65 ans et plus.
3. Plusieurs pays, qui comptent chacun une population assez importante et où le taux de natalité est élevé, ont environ 4% ou plus de leur population totale dans le groupe d'âge de 65 ans et plus. L'augmentation de l'espérance de vie et la forte réduction du taux de mortalité en sont les raisons principales. Toutefois, l'importante population infanto-juvénile masque le pourcentage de population âgée. Etant donné qu'il y a des indications claires d'une baisse des taux de natalité dans beaucoup de ces pays, la proportion de personnes âgées va s'accroître progressivement dans un proche avenir.
4. La situation telle qu'elle se présente à l'heure actuelle paraît de mauvaise augure en ce qui concerne le chiffre absolu de personnes âgées. Le nombre total de ces personnes âgées dans la Région de la Méditerranée orientale approche aujourd'hui les 12 millions, soit la population totale de l'Arabie saoudite, et chaque année ce chiffre va augmenter. Le nombre de personnes âgées dans tout pays donné de la Région sera si énorme dans quelques dizaines d'années que tout programme bien préparé de soins aux personnes âgées aux niveaux national, communautaire et familial va nécessiter des moyens financiers et humains largement hors de portée de la majorité des pays en développement. Il est donc impératif d'engager immédiatement une action dans ce domaine.

9. Promotion de la santé des personnes âgées: agir dès maintenant

Si les données statistiques relatives aux pays de la Région peuvent donner lieu à un sentiment de satisfaction, les prévisions des faits démographiques futurs, dans quelques décennies seulement, sont certes préoccupantes. Ce qui est fort gênant, c'est l'absence de toute donnée actuelle sur les personnes âgées: effectif précis, leur état de santé, leurs problèmes débilissants, et la façon dont elles sont acceptées par leur famille, communauté et société. Inutile de dire qu'aucune planification valable ne saurait être effectuée sans ce genre de données. Il faut donc commencer dès maintenant à effectuer une analyse de la situation et à sensibiliser davantage le public.

Logiquement c'est aux secteurs de la santé et de la protection sociale des pays qu'incombe la responsabilité de l'élaboration des plans pour les soins aux personnes âgées. Le secteur de la santé doit, bien évidemment, être le catalyseur. C'est le secteur de la santé qui est responsable au premier chef de la planification des soins de santé aux personnes âgées qui, entre parenthèses, recouvre en partie celle de la protection générale assurée aux

personnes âgées, dans laquelle les services sociaux auront un rôle important à jouer. Par ailleurs, on ne doit pas sous-estimer le rôle des organisations non gouvernementales (ONG).

La plupart des pays en développement se heurtent à des contraintes financières et techniques lorsqu'il s'agit d'entreprendre des programmes structurés destinés aux personnes âgées. Les soins en établissement qui sont la norme dans les pays développés, coûtent cher et nécessitent du personnel qualifié, ne vont, de toute évidence, pas être la solution dans les pays en développement. D'autres solutions possibles réalisables doivent donc être envisagées, bien préparées et appliquées.

Si les pays en développement ont des contraintes financières et techniques en la matière, ils ont un facteur positif qui est la perspective culturelle dans laquelle les personnes âgées sont généralement acceptées au foyer et au sein de la collectivité. Dans de nombreux pays asiatiques, les personnes âgées sont considérées comme des "sages" et jouent un rôle important non seulement dans leur foyer mais encore au sein de la collectivité. Toutefois il est un fait qui ne doit pas nous échapper, c'est le phénomène perturbateur de l'industrialisation et de l'urbanisation rapide que viennent de connaître récemment les pays en développement. Un nombre de plus en plus grand de familles "élargies" s'effondrent et sont remplacées par des familles "nucléaires" dans les zones urbaines, principalement à la périphérie des villes, dans les bidonvilles et taudis avec, pour résultat, un nombre de personnes âgées "délaissées" dans les zones rurales qui augmente régulièrement.

10. Soins de santé primaires pour les personnes âgées en milieu rural

Le problème se situerait principalement dans l'importante population rurale des pays en développement où les personnes âgées continuent de faire partie intégrante de la famille. Leurs soins de santé seront nécessairement la responsabilité du même système de soins de santé qui assure des services préventifs et curatifs aux familles rurales - et c'est, dans la plupart des cas, le système de soins de santé primaires. En fait, dans la majorité des pays en développement, l'approche soins de santé primaires est la réponse logique pour la prestation de soins de santé aux millions de ruraux âgés. C'est dans le cadre de cette approche, en raison de certaines de ses caractéristiques (participation communautaire et collaboration intersectorielle) que l'on peut le mieux assurer des soins complets aux personnes âgées des zones rurales.

Toutefois, il y a certaines conditions préalables essentielles qui sont importantes. Ce sont les suivantes:

- formation en cours d'emploi adéquate des agents de santé communautaires pour dispenser des soins de santé élémentaires aux personnes âgées, et pour reconnaître les signes précoces de maladie qui pourraient plus tard mener à une incapacité.
- Formation des médecins et autres personnels de santé au niveau intermédiaire pour fournir un appui technique.
- Sensibilisation des autres agents périphériques des secteurs qui pourraient jouer un rôle complémentaire dans la prestation de soins continus aux personnes âgées.

Les manuels de formation destinés aux agents de santé communautaires et la formation de ces agents doivent être modifiés de manière appropriée pour comprendre des notions sur les soins aux personnes âgées.

11. Préparatifs pour les personnes âgées de demain

Dans la planification des programmes à l'intention des personnes âgées, il importe de ne pas perdre de vue l'importance aujourd'hui dans la population de la tranche d'âge mûr.

Les personnes d'âge mûr d'aujourd'hui sont les personnes âgées de demain. Celles-ci différeront quelque peu des personnes âgées d'aujourd'hui dans leur condition sociale et leur horizon politique, et même dans leur état de santé et condition physique. Lors de toute planification à long terme, il importe de préparer les personnes d'âge mûr d'aujourd'hui à leur vieillesse. La promotion de l'exercice physique approprié, la formation à la rééducation en cas d'handicaps mineurs, la sensibilisation aux besoins alimentaires qui changent avec l'âge et aux règles élémentaires d'hygiène sont des impératifs pour les personnes d'âge mûr.

Il a été clairement démontré dans plusieurs études effectuées en différents points du monde que les personnes d'âge mûr *bien préparées* peuvent rester "jeunes", tout en prenant de l'âge, pendant plus longtemps et peuvent continuer à être des citoyens productifs. On a même des indices montrant qu'elles ne sont pas aussi facilement victimes des périls courants de la vieillesse (par exemple, les accidents) et sont mieux en mesure de prendre soin d'elles-mêmes en cas de déficiences.

12. Nécessité d'effectuer davantage d'analyses de situation

Des recherches par enquêtes s'imposent d'urgence pour fournir la base d'une stratégie de protection et de promotion de la santé des personnes âgées. Dans la plupart des pays de la Région, on n'a pratiquement pas de renseignements sur l'état actuel de santé des personnes âgées, leurs principales difficultés à se maintenir en bonne santé, l'impact des mesures prises par les pouvoirs publics ou la collectivité en vue de protéger leur santé, ainsi que sur bien d'autres domaines apparentés. Ces données, si on les obtenait, constitueraient une base sur laquelle on pourrait établir la planification de la protection et de la promotion de la santé des personnes âgées. Dans la Région de la Méditerranée orientale, ce genre d'enquête est pratiquement inconnu, sauf dans le cadre d'une étude transnationale isolée, qui a été menée avec le concours du Bureau régional de l'OMS à Bahreïn, en Egypte, en Jordanie et en Tunisie, et dont les résultats définitifs sont en cours de finalisation. Il est urgent de parrainer et d'entreprendre des études nationales simples basées sur un protocole normalisé pour que les résultats de l'analyse de situation puissent être comparables entre pays.

Des études longitudinales transnationales doivent également être effectuées pour étudier les facteurs de risque des maladies chroniques dont souffrent les personnes âgées, et leurs implications en ce qui concerne les soins. Il est très important de comprendre comment, dans des pays et des contextes culturels différents, les facteurs de risque varient largement dans la survenue des troubles chroniques. L'activité physique, l'isolement social, le régime alimentaire et le milieu économique pourraient avoir des incidences différentes sur les personnes âgées, selon leur culture, et la compréhension de ces facteurs est essentielle pour pouvoir formuler des mesures appropriées.

La recherche sur les services de santé est un autre domaine important pour déterminer l'impact des différents types de systèmes de soins de santé sur les personnes âgées. Dans la plupart des pays en développement, les personnes âgées vont se trouver principalement concentrées dans l'importante population rurale, et il importe de savoir si le système de santé rural sera en mesure de faire face aux besoins de ces personnes âgées en matière de santé. Dans les dix années qui viennent, l'approche soins de santé primaires (SSP) sera le pivot du système de prestation de soins de santé à l'immense population rurale et donc, des mesures de promotion et de protection de la santé des personnes âgées doivent être formulées au sein du système des SSP. L'une des conditions préalables essentielles sera de voir jusqu'à quel point les systèmes actuels de SSP des pays répondent à ces besoins et le genre de modifications à y apporter pour avoir un impact maximum.

13. Soins aux personnes âgées handicapées

Les soins de santé aux personnes âgées handicapées doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. En effet, les personnes âgées handicapées sont non seulement victimes de certains types de déficiences - physique, physiologique et mentale - qui les handicapent et les rendent invalides mais elles présentent, en même temps, toutes les caractéristiques de la sénilité, terme assez dur pour désigner les ravages du temps. De toute évidence, les soins de réadaptation nécessaires aux personnes âgées handicapées impliquent beaucoup plus que ce qui est nécessaire à un adulte ou un enfant handicapé.

La plupart des personnes âgées, notamment celles qui sont dans la catégorie des personnes "d'un grand âge", présentent un certain degré de maladie physique, affective et mentale qui altère leurs capacités fonctionnelles normales, les conduisant au stade du handicap. Certaines de ces pathologies ont une issue fatale, mais d'autres pourraient être de ces maux qui limitent le mode de vie normal. L'arthrite, la cataracte, l'incontinence urinaire et fécale en sont des exemples courants.

Un grand nombre de troubles de santé peuvent entraîner un handicap chez les personnes âgées, mais ceux qui sont importants sont les suivants:

- troubles cardio-vasculaires
- séquelles d'accidents cardio-vasculaires (attaque)
- cancer
- incapacités orthopédiques, notamment ostéoporose et fractures de la hanche
- arthrite de divers types et à divers degrés
- dépression et démence sénile
- baisse de l'ouïe ou de la vue
- incontinence urinaire et fécale.

Dans l'établissement d'un plan d'action pour les personnes âgées handicapées, il est évident que les soins à domicile sont la solution pour la plupart des cas. Heureusement, c'est, même de nos jours, la norme dans les pays en développement. En tant que prolongement des familles, les collectivités fournissent l'appui nécessaire. Ce qui est plus important, c'est de soutenir les personnes qui s'occupent des personnes âgées dans les foyers et dans la collectivité en leur dispensant une formation élémentaire appropriée. Le problème de la cataracte, cause courante de handicap chez les

personnes âgées, pourrait être abordé dans le cadre des camps "des yeux" communautaires, approche qui s'est avérée réalisable et peu coûteuse dans de nombreux pays en développement. Le système de soins de santé, avec une initiation aux principes de gériatrie et le soutien actif de la collectivité, pourrait organiser de tels camps dans la plupart des communautés rurales. Un système de soins de santé bien orienté, avec les soins de santé primaires comme approche centrale, pourrait, avec la collaboration de la collectivité, assurer les soins nécessaires aux personnes âgées handicapées dans la plupart des cas. Il y aurait toutefois un petit pourcentage de personnes âgées handicapées qui auraient besoin de soins spécialisés en établissement.

14. Stratégie régionale concernant les personnes âgées - Plan d'action proposé

Une action concertée, menée en collaboration avec les Etats Membres, doit être engagée immédiatement pour aider les pays à faire face à ce problème dans un très proche avenir. La collecte de données de référence sur l'étendue et l'ampleur du problème est une nécessité impérieuse. Il est proposé, plutôt que des mesures ponctuelles prises par les Etats Membres, d'élaborer une stratégie régionale globale dans le cadre de laquelle l'appui et l'assistance nécessaires seraient fournis aux Etats Membres. Les étapes suivantes sont proposées pour l'élaboration de cette stratégie:

14.1 Point focal pour la santé des personnes âgées

Les Etats Membres doivent faire face au problème eux-mêmes. Il est extrêmement important de fournir un appui technique ainsi que les données de base nécessaires aux Etats Membres pour leur permettre d'assumer cette responsabilité. La première étape consisterait à demander à chaque pays d'établir, au sein du secteur de la santé, un "point focal" pour les personnes âgées auquel le Bureau régional fournirait des données de base et un appui technique.

14.2 Préparation d'un profil national des personnes âgées

L'étape suivante consisterait à recueillir et compiler toutes les informations disponibles, par l'intermédiaire du point focal, sur les points suivants:

- l'effectif approximatif de la population âgée dans le pays, d'après les chiffres de recensement, la répartition socio-économique et le tableau d'incapacités chez les personnes âgées;
- la structure gouvernementale existante pour l'évaluation des problèmes des personnes âgées et les mesures à prendre afin d'atténuer ces problèmes;
- toute campagne de sensibilisation menée par le pays pour susciter parmi le public une prise de conscience des problèmes des personnes âgées, et enfin
- le rôle des ONG dans la solution de ces problèmes.

14.3 Compilation d'un inventaire régional des problèmes de santé des personnes âgées

Une fois cette étape accomplie grâce aux points focaux nationaux et avec tout l'appui technique du Bureau régional, celui-ci devrait compiler un inventaire régional, à partir des profils nationaux soumis sur l'effectif de la population âgée, ses principaux problèmes de santé et les mesures prises soit par les pouvoirs publics soit par le secteur privé. Cette compilation servirait de document de référence indiquant les problèmes particuliers des personnes âgées, leur priorité, les mesures à prendre par les pouvoirs publics et les organismes bénévoles ainsi que les domaines requérant l'attention dans l'avenir immédiat.

14.4 Consultation interpays sur les soins de santé aux personnes âgées

Une consultation interpays devrait être organisée en juin 1992, pour laquelle le document de référence susmentionné servirait de principal document de base. Cette consultation interpays devrait permettre d'exposer aux représentants des pays les problèmes des personnes âgées dans la Région; de procéder à un échange de données d'expérience sur la manière dont les problèmes sont abordés dans les différents pays, leurs lignes de force et de faiblesse; d'élaborer des stratégies, et de les renforcer là où elles existent, et de dégager les domaines où un appui extérieur serait nécessaire.

14.5 Groupe de travail régional sur la santé des personnes âgées

La création d'un groupe de travail régional sur la santé des personnes âgées qui servirait donc d'organe de supervision serait l'étape suivante logique. Il est proposé que ce groupe soit éventuellement composé de trois ou quatre experts nationaux, lesquels seraient identifiés lors de la consultation interpays, de un ou deux experts étrangers et du Conseiller régional concerné au Bureau régional de la Méditerranée orientale.

14.6 Stratégie régionale de soins de santé aux personnes âgées

La première responsabilité du groupe de travail régional serait d'élaborer une "stratégie régionale". Il est proposé que ce groupe régional soit constitué d'ici juillet 1992, et d'ici septembre 1992, il devrait formuler une stratégie régionale. Cette stratégie devrait englober tous les aspects et mesures possibles afin d'atténuer et de surmonter les problèmes des personnes âgées, notamment ceux relatifs à leurs incapacités et handicaps, le cas échéant. Cette stratégie régionale devrait comporter deux volets:

- i) activités de pays pour lesquelles chaque Etat Membre bénéficierait d'une assistance technique sous forme de services de consultants afin d'aborder tous les aspects particuliers du programme national;
- ii) activités interpays, dont le résultat profiterait à l'ensemble ou à la majorité des pays de la Région;

La stratégie régionale devrait être prête pour mise à exécution d'ici fin 1992.

15. Programme national de soins de santé aux personnes âgées - Grandes lignes proposées

15.1 Etablissement d'un point focal dans le secteur de la santé

Le point focal dans chaque Etat Membre serait chargé de toutes les questions concernant les soins de santé aux personnes âgées et de la coordination avec les autres secteurs et les ONG. Ce point focal serait en outre en contact avec le Bureau régional pour obtenir l'appui technique et les renseignements nécessaires afin de réaliser une enquête de base en vue d'une analyse de la situation.

15.2 Analyse de la situation

C'est un domaine prioritaire. Le catalyseur serait le point focal relevant du secteur de la santé au sein de chaque Etat Membre. L'analyse de situation devra être menée en collaboration avec les autres secteurs concernés, mais elle le sera de manière à fournir des informations sur le nombre de personnes âgées dans leur pays, leur répartition par catégorie selon l'âge chronologique, les principales causes de morbidité et de mortalité, les principales causes d'incapacité et de handicap, les campagnes de sensibilisation du public dans le pays, s'il y en a en cours, toute mesure de collaboration pour le bien-être et la protection sanitaire des personnes âgées prise par les pouvoirs publics et le secteur privé, ainsi qu'une indication de ce que l'on pourrait faire encore de plus et le genre d'appui requis.

15.3 Séminaire national

Un séminaire national devrait être organisé dès que possible après obtention des résultats de l'analyse de situation. Ce séminaire regrouperait des représentants des secteurs concernés et des ONG auxquels devraient être communiqués les résultats de l'analyse de situation. Un effort collectif devra être entrepris pour déterminer la priorité des problèmes à aborder immédiatement, évaluer ce qui est fait à l'heure actuelle et par qui. Ce séminaire devrait également fournir des indications sur ce que l'on pourrait faire de plus dans le pays avec les moyens techniques et financiers disponibles, et, au besoin, avec un appui extérieur.

15.4 Campagne nationale de sensibilisation du public

Une fois le séminaire réalisé, l'étape suivante consisterait à lancer une campagne nationale de sensibilisation des gens aux problèmes des personnes âgées et aux mesures qui pourraient être prises au foyer et au sein de la collectivité pour surmonter ces problèmes. Cette campagne de sensibilisation devrait en outre être destinée aux personnes qui s'occupent des personnes âgées au foyer et au sein de la collectivité pour leur montrer la manière de traiter les problèmes courants de la sénescence et de prévenir une infirmité ultérieure.

15.5 Cours de formation

L'une des tâches importantes est de préparer et d'organiser, de manière continue, des cours de formation à l'intention du personnel de soins de santé et du personnel des autres secteurs et organismes bénévoles. Ces cours de formation doivent être conçus pour fournir des informations de base sur les problèmes des personnes âgées, sur la manière de reconnaître ces problèmes à

un stade précoce, et sur les mesures élémentaires permettant de surmonter les incapacités. A cet égard, il est nécessaire de préparer des brochures à l'intention des personnes s'occupant des personnes âgées au foyer et dans la collectivité dans leur langue nationale et d'en assurer une large diffusion.

15.6 Inclusion d'informations sur les personnes âgées dans les programmes scolaires

Il existe des préjugés sur les personnes âgées. Celles-ci sont généralement considérées comme des personnes "désemparées" à secourir et à plaindre, ce qui n'est certainement pas vrai dans la plupart des cas. Des données importantes sur cette couche de la population doivent figurer dans les programmes d'études scolaires et universitaires, et des mesures appropriées doivent être prises par le secteur de l'éducation.

15.7 Comité de coordination intersectoriel

Il est un point important à reconnaître dans un programme national de promotion de la santé des personnes âgées: c'est que ce problème ne peut être abordé que si plusieurs secteurs du gouvernement agissent de manière coordonnée, et avec la collaboration du public. La nécessité d'un organe de coordination intersectoriel au niveau national est de la plus haute importance. Ce Comité devrait chercher à obtenir un engagement politique au plus haut niveau de décision.

16. Recherche sur la santé des personnes âgées dans la Région de la Méditerranée orientale

Un seul projet de recherche ne peut englober les nombreuses approches possibles pour couvrir les principaux domaines de recherche concernant la santé des personnes âgées. A Abu Dhabi, en 1990, le Comité consultatif de la Recherche en Santé pour la Méditerranée orientale a examiné et approuvé plusieurs domaines de recherche à explorer sans plus tarder. Ceux-ci sont exposés dans les paragraphes suivants:

16.1 Etudes démographiques et statistiques

Comme on l'a déjà dit, il y a très peu de données démographiques et statistiques sur les personnes âgées dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale. Il faudrait en premier s'efforcer d'obtenir des données propres au pays, provenant du recensement national, des registres de mortalité et de morbidité, des dossiers des services médicaux, des enquêtes nationales, des recherches sur les consommateurs, et autres données disponibles concernant la santé des personnes âgées, et les analyser. Le rapport de la réunion OMS sur la compilation des profils nationaux démographiques et sanitaires des personnes âgées, qui s'est tenue à Genève les 8 et 9 janvier 1985, fournit des directives détaillées.

16.2 Enquêtes nationales sur les aspects sociaux et sanitaires du vieillissement

Ces enquêtes sont indispensables pour fournir des données de base sur l'état de santé des personnes âgées et les principaux facteurs socio-culturels déterminants. Sans ces données, on ne peut définir les problèmes ni formuler des mesures de promotion.

Comme déjà mentionné, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a déjà commencé en entreprenant une étude transnationale sur le vieillissement dans quatre pays de la Région. Une telle approche coordonnée, avec des instruments d'enquête normalisés et l'exploitation centrale des données, peut être très utile pour obtenir des données comparables entre pays et une base de données régionale efficace. Il faudra s'efforcer d'étendre ce type d'études à d'autres pays de la Région de la Méditerranée orientale. Chaque fois que cela est possible, ces études doivent être élargies pour comprendre quelques mesures objectives et au moins un test fonctionnel simple de performance.

16.3 Etudes longitudinales

Ces études sont, assurément, plus difficiles à réaliser et prennent plus de temps mais elles pourraient fournir des indications précieuses sur les facteurs déterminants du "vieillissement en bonne santé"/des incapacités dans une population représentative au sein d'un pays. Une étude à cette échelle serait également un moyen précieux pour la formation, outre le fait qu'elle fournirait des données pour une meilleure compréhension des effets des principaux déterminants sur le processus du vieillissement chez différents groupes d'âge dans un même cadre socio-culturel.

16.4 Recherche opérationnelle

La population âgée augmente rapidement dans la plupart des pays de la Région bien que dans aucun de ces pays cette augmentation n'ait pris une proportion telle à mobiliser démographes, administrateurs sanitaires ou décideurs. Il est toutefois prudent de reconnaître ce problème à un stade précoce afin d'être prêts à appliquer des mesures sanitaires et sociales lorsque l'impact de cette tendance démographique se fera ressentir de manière plus tangible.

Des recherches opérationnelles pourraient être menées à titre expérimental, et porter essentiellement et plus précisément, dans un premier temps, sur quelques déterminants déjà définis et l'évaluation de l'impact des mesures d'amélioration sur un certain laps de temps. Si certains domaines précis sur lequel l'attention pourrait être focalisée sont identifiables à l'heure actuelle, d'autres ressortiront de l'analyse des données fournies par les études transnationales réalisées dans les pays. Le vieillissement implique des processus complexes d'interaction biologique, psychologique et sociale. Il importe de préparer et de réaliser des études communautaires qui permettront de mieux comprendre la manière dont la santé et le bien-être des personnes âgées sont affectés par les différents facteurs culturels, personnels et liés à l'environnement au sein d'un même pays ou d'une région.

Pour ne citer qu'un exemple, un déterminant majeur du vieillissement précoce est le sentiment de "rejet" social et familial et donc, de solitude. Des projets pilotes simples pourraient être entrepris dans divers pays, au niveau communautaire, dans le cadre desquels les personnes âgées pourraient être employées pour s'occuper des garderies d'enfants. Cette approche permettrait non seulement de faciliter la protection infantile au niveau communautaire mais donnerait aussi en même temps aux personnes âgées plus de responsabilités actives et éviterait ce sentiment de solitude et d'ennui. L'impact de ces garderies sur la fonction physique et mentale des personnes âgées, grâce à des projets de démonstration, pourrait fournir des résultats précieux sur la base desquels on pourrait formuler des programmes nationaux de plus grande ampleur.

Un phénomène courant dans certains pays développés, résultant de cette tendance démographique, est la disparition des garderies d'enfants qui sont remplacées par des centres de soins divers pour personnes âgées. Dans les pays en développement, ces deux types de centres seront évidemment nécessaires et, par conséquent, des études communautaires pour qu'ils se complètent seraient une solution logique.

16.5 Recherche clinique et de laboratoire

D'autres études de base sur les modifications biologiques et cliniques du vieillissement pourraient éclaircir bien des questions qui se posent encore sur le processus du vieillissement. Les pays de la Région de la Méditerranée orientale qui ont des moyens de recherche clinique et de laboratoire pourraient entreprendre des études sur certaines de ces questions qui sont fondamentales pour comprendre le processus du vieillissement dans un cadre socio-culturel et géographique donné. Les profils biochimiques et physiologiques, y compris des tests fonctionnels et de performance, sont des conditions essentielles pour pouvoir comprendre le processus biologique du vieillissement. De même, la tolérance des médicaments et la compétence du système immunitaire chez les personnes âgées. Nutrition et vieillissement: c'est là un vaste domaine où il y a beaucoup de questions irrésolues et qui doit faire l'objet de recherches (par exemple, besoins énergétiques et en matières grasses des personnes âgées, régimes alimentaires souhaitables dans la vieillesse, changements du métabolisme, etc.).

Trente-huitième session

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 10 a) de l'ordre du jour

LA SANTE DES PERSONNES AGEES

ET LES PROBLEMES DES PERSONNES AGEES HANDICAPEES

Résumé des recommandations

Il est recommandé:

1. que les Etats Membres:
 - 1) mettent en place et renforcent une structure nationale appropriée de coordination de toutes les activités concernant la protection des personnes âgées;
 - 2) effectuent une analyse de situation pour évaluer rapidement l'importance et la nature socio-économique de la population de personnes âgées dans chaque pays, leur état de santé, ainsi que les mesures existantes tant dans le secteur public que dans le secteur privé pour leur protection;
 - 3) formulent des stratégies nationales pour la protection des personnes âgées, s'attachant plus particulièrement à la prévention des incapacités et des handicaps;
 - 4) encouragent les activités de recherche dans des domaines d'importance opérationnelle;
2. que l'OMS:
 - 1) aide la structure nationale des Etats Membres responsable de la santé des personnes âgées à effectuer l'analyse de la situation, suivie par la formulation de programmes nationaux de protection médico-sanitaire des personnes âgées;
 - 2) permettent aux directeurs nationaux de ces programmes d'échanger leurs données d'expérience grâce à l'organisation de séminaires-ateliers interpays, renforçant ainsi la capacité des pays à mettre en oeuvre des programmes et à mener des recherches opérationnelles;
 - 3) formulent une stratégie régionale de soins de santé aux personnes âgées, en collaboration avec les Etats Membres, et constituent un groupe régional de travail pour superviser son exécution.