



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012



Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020





BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**
Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante-deuxième session

EUR/RC62/10 Rev.1
+ EUR/RC62/Conf.Doc./4

Malte, 10-13 septembre 2012

10 septembre 2012

122347

Point 5 c) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020

La population de la Région européenne de l'OMS vieillit rapidement. La moyenne d'âge y est déjà la plus élevée au monde et, selon les prévisions, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait presque doubler entre 2010 et 2050. L'âge moyen de la population et la proportion de personnes ayant dépassé l'âge de la retraite devraient aussi augmenter rapidement, même dans les pays où l'espérance de vie est bien en-dessous de la moyenne européenne.

Pour permettre à davantage de personnes de mener une vie active et saine alors qu'elles prennent de l'âge, il faut investir dans une large gamme de politiques pour préserver la santé à la vieillesse, depuis la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles tout au long de la vie jusqu'au renforcement des systèmes de santé, afin d'améliorer l'accès des personnes âgées à des services sanitaires et sociaux de haute qualité, à un prix abordable.

Investir en faveur de la santé à l'âge de la vieillesse est devenu essentiel pour que les politiques sanitaires et sociales de l'Europe puissent être menées à long terme. Le fait que nous risquons de manquer une occasion unique d'assurer une croissance relative de la population active ainsi que les perspectives économiques défavorables dans de nombreux pays rendent particulièrement urgente la nécessité d'accélérer la mise en œuvre de politiques pour un vieillissement actif.

Le présent document contient un projet de stratégie et plan d'action pour bien vieillir en Europe. Il met l'accent sur les domaines d'action et interventions prioritaires correspondant aux quatre domaines prioritaires de Santé 2020, le nouveau cadre politique européen de la santé et du bien-être. Il est donc en synergie avec les nouvelles politiques de santé fondamentales élaborées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2011-2012, à savoir Santé 2020, le Plan d'action européen pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles et le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique.

Ce projet a été élaboré en consultation avec les États membres et orchestré par le Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.

Un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional.

Sommaire

	page
Résumé.....	1
Mandat, contexte et processus.....	2
Mandat	2
Vieillir en bonne santé en Europe : défis à relever et chances à saisir.....	3
La nécessité et les possibilités d'agir maintenant	4
Principes directeurs et objet	5
Vision, finalité globale et objectifs	8
Coopération internationale : travailler ensemble	8
Les domaines prioritaires stratégiques où agir	9
Domaine stratégique n° 1 : Prendre de l'âge en restant en bonne santé, tout au long de la vie.....	9
Domaine stratégique n° 2 : Des environnements favorables	12
Domaine stratégique n° 3 : Des systèmes de santé et de soins de longue durée centrés sur la personne et adaptés à des populations vieillissantes	13
Domaine stratégique n° 4 : Étoffer les bases factuelles et renforcer la recherche	15
Interventions prioritaires	17
Intervention prioritaire n° 1 : Promotion de l'activité physique	17
Intervention prioritaire n° 2 : Prévention des chutes.....	18
Intervention prioritaire n° 3 : Vaccination des aînés et prévention des maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé.....	19
Intervention prioritaire n° 4 : Encadrement des aidants informels par le secteur public l'accent étant mis sur les soins à domicile, y compris les soins autoadministrés	20
Intervention prioritaire n° 5 : Renforcement des capacités des travailleurs de la santé et travailleurs sociaux en matière de gériatrie et de gérontologie	21
Interventions auxiliaires	22
Intervention auxiliaire n° 1 : Prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale...	22
Intervention auxiliaire n° 2 : Prévention de la maltraitance des aînés	23
Intervention auxiliaire n° 3 : Qualité des stratégies de soins aux personnes âgées, y compris les soins prodigués en cas de démence et les soins palliatifs pour les patients bénéficiant de soins de longue durée	24
Références	26

Résumé

On trouvera dans le présent document un projet de stratégie (plan d'action) pour vieillir en bonne santé en Europe (2012-2020). Ce document propose des domaines d'action stratégiques et une série d'interventions en synergie avec Santé 2020, le nouveau cadre politique européen soutenant la prise de mesures pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être, auquel correspondent les domaines stratégiques de ce document. Il s'agit de la première stratégie européenne qui compile, de manière cohérente, les éléments relatifs au vieillissement dans le programme de travail du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et qui les présente sous la forme de quatre domaines d'action stratégiques et de cinq interventions prioritaires, ainsi que de trois interventions auxiliaires. Le plan d'action se veut un guide pour les États membres situés à des niveaux de revenus différents ou à des stades différents dans l'élaboration de leurs politiques en matière de vieillissement ou dans leur transition démographique.

Au centre de cette proposition, on trouve une liste d'interventions prioritaires pour lesquelles il est avéré que, si elles sont menées correctement, elles peuvent amener rapidement des retombées positives (dans le sens qu'elles doivent être faisables sur le plan politique) et pour lesquelles des progrès sont réalisables et mesurables même dans un intervalle de temps relativement court. De plus, la préférence a été donnée aux interventions pour lesquelles il est avéré qu'elles sont efficaces et contribuent au maintien à long terme des politiques sanitaires et sociales.

La stratégie (plan d'action) se divise en quatre grands chapitres. Le premier expose le mandat et le contexte. Le deuxième propose quatre domaines d'action stratégiques prioritaires inspirés des outils, instruments et engagements existants du Bureau régional, et ce compris des outils élaborés à l'échelle mondiale. Il s'agit de i) bien vieillir tout au long de la vie ; ii) environnements favorables ; iii) systèmes de santé et de soins de longue durée adaptés aux populations vieillissantes, et iv) renforcement des bases factuelles et de la recherche. Ces domaines prioritaires prévoient la prise de mesures pour aider les individus à rester actifs aussi longtemps que possible, notamment sur le marché du travail, et protéger la santé et le bien-être des personnes atteintes de maladies chroniques (parfois multiples) ou risquant d'être fragilisées.

Le troisième chapitre propose cinq interventions prioritaires : i) promotion de l'activité physique ; ii) prévention des chutes ; iii) vaccination des personnes âgées et prévention des maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé ; iv) soutien de la population aux formes d'aide informelles, l'accent étant mis sur les soins à domicile ; et v) renforcement des capacités en matière de gériatrie et de gérontologie chez le personnel de santé et les assistants sociaux. Par ailleurs, trois interventions auxiliaires, dont il est question au dernier chapitre, établissent un lien entre le vieillissement en bonne santé et son contexte social : i) prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale ; ii) prévention de la maltraitance des aînés ; et iii) qualité des stratégies de soins aux personnes âgées, y compris les soins prodigués en cas de démence et les soins palliatifs pour les patients bénéficiant de soins de longue durée.

Ce document énonce également les synergies et les complémentarités en coopération avec les partenaires, notamment les initiatives de la Commission européenne. Lors de la mise en œuvre de cette stratégie (plan d'action), le Bureau régional s'assurera que tous les pays de la Région européenne de l'OMS sont correctement couverts, étant donné que le vieillissement de la population gagne rapidement du terrain dans la Région, rendant particulièrement urgente la préparation des systèmes de santé et de sécurité sociale pour faire face à cette situation.

Mandat, contexte et processus

Mandat

1. Lors de sa soixante et unième session de septembre 2011, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR61) a confirmé le mandat du Bureau régional pour l'élaboration d'une nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, qui devra « mettre en particulier l'accent sur des politiques et des interventions qui sont efficaces et apportent un maximum de retombées positives pour la santé et le bien-être des populations de la Région » (1).

2. De bonnes politiques en vue d'un vieillissement en bonne santé sont indispensables pour tenter de concrétiser les objectifs de Santé 2020 en réaction au vieillissement démographique rapide de la Région européenne de l'OMS, ainsi qu'à d'autres grands défis sanitaires et sociaux qui ont été circonscrits dans Santé 2020, comme la nécessité croissante d'une intervention intersectorielle visant à atteindre les objectifs de santé publique et à combattre l'épidémie de maladies non transmissibles dans la Région. Les politiques en vue d'un vieillissement en bonne santé sont essentielles pour prévenir la maladie, les handicaps et l'érosion du bien-être, phénomènes souvent hautement concentrés sur les groupes plus âgés. Toutes mesures prises dans le cadre des quatre domaines prioritaires de cette stratégie (plan d'action) correspondent aux quatre domaines prioritaires de Santé 2020 et favorisent la concrétisation de ces priorités (voir ci-dessous).

3. Il est de plus en plus apparent que l'on peut en faire plus pour instaurer des systèmes de santé mieux centrés sur la personne âgée et pour améliorer la couverture en services de santé publique pour les groupes de seniors, et leur accès à ces services. En effet, il est essentiel de vieillir en bonne santé pour assurer le maintien à long terme des niveaux actuels de richesse et de protection sociale, y compris la contribution des familles et le bénévolat, et pour satisfaire les besoins propres à une population active vieillissante en Europe.

4. Ce projet de stratégie (plan d'action) propose non seulement des actions précises en vue de concrétiser les domaines prioritaires de Santé 2020 dans une « optique de vieillissement », mais s'inscrit aussi dans le prolongement d'un certain nombre de résolutions et travaux antérieurs pertinents, tant au niveau mondial qu'au niveau de la Région européenne. En 1999, l'Assemblée mondiale de la santé, dans sa résolution WHA52.7, a invité les États membres à garantir à leurs citoyens âgés le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible (2), et plus récemment, dans sa résolution WHA58.16, a mis l'accent sur la nécessité de prévoir des soins de santé primaires adaptés aux personnes âgées (3). En 2012, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA65.3 sur le « renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif » (4). À tous les stades, on promeut le rapprochement avec la réforme de l'OMS.

5. Dans la Région européenne, les États membres ont, depuis les années 80, exhorté en permanence le Bureau régional à axer ses travaux sur le vieillissement en bonne santé (5). Par exemple, le vieillissement en bonne santé est l'un des 21 objectifs de SANTE21 – la nouvelle version de la stratégie européenne de la Santé pour tous, « La santé pour tous au XXI^e siècle » (6).

6. Dans plusieurs résolutions (par exemple, A/RES/58/134 et A/RES/59/150), l'Assemblée générale des Nations Unies a exhorté les gouvernements, les organisations des Nations Unies et d'autres à intégrer les préoccupations des personnes âgées à leurs programmes de travail. Lors de la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, tenue à Madrid (Espagne) en 2002, a été adopté le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (PAIMV) (7). Pour apporter sa participation à cette réunion, l'OMS a élaboré un document intitulé « Vieillir en restant actif : cadre d'orientation » (8). La même année, lors de la Conférence ministérielle de la

Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (CEE-ONU) sur le vieillissement, à Berlin, la stratégie régionale de mise en œuvre du PAIMV en Europe a été adoptée (9).

Viellir en bonne santé en Europe : défis à relever et chances à saisir

7. La population de la Région européenne est celle dont l'âge moyen est le plus élevé du monde. Dans de nombreux pays d'Europe, l'espérance de vie de la population est l'une des plus longues du monde. À mesure que l'espérance de vie s'accroît, de plus en plus de gens dépassent les 65 ans et atteignent un grand âge, ce qui augmente considérablement le nombre des personnes âgées. D'ici 2050, plus d'un quart (27 %) de la population devrait avoir 65 ans ou plus. Cependant, l'évolution de la longévité est inégale, et le fossé continue de se creuser entre les pays de la Région européenne, et à l'intérieur même de ces pays (10).

8. Si de nombreuses personnes vivent plus longtemps et en meilleure santé, il existe de grandes incertitudes quant à l'évolution future de l'état de santé et des capacités fonctionnelles des populations vieillissantes. Cette situation appelle des politiques de santé publique performantes pour que davantage de personnes restent actives et participent pleinement à la société. En outre, il est nécessaire que les personnes atteintes de maladies chroniques ou risquant d'être fragilisées aient accès à une aide et une protection adéquates fournies par les systèmes de santé ou grâce aux interventions de la santé publique.

9. Dans les pays d'Europe occidentale, la population active est en train de prendre rapidement de l'âge, une tendance qui se propage vers l'est et justifie qu'une attention particulière soit accordée à la santé et au bien-être des personnes âgées de 50 ans et plus, ou au bout de leur vie active. De plus, dans nombre de pays, les taux de dépendance des personnes âgées devraient atteindre des sommets, et les craintes que cela a suscité quant à la viabilité financière durable de l'offre actuelle de protection sanitaire et sociale financée par le public ont été avivées en ces moments de crise fiscale et économique (11).

10. Le vieillissement démographique est également important dans les pays d'Europe de l'Est et dans ceux de la Communauté des États indépendants (CEI), où l'âge moyen devrait augmenter de 10 ans en moins de vingt ans (12). Les différences entre hommes et femmes sont significatives dans toute la Région, non seulement en ce qui concerne l'espérance de vie (les femmes constituent toujours la majorité des aînés, et particulièrement des personnes les plus âgées), mais aussi en ce qui concerne les rôles, l'expérience de la santé et les réactions du système de santé. Actuellement, il y a 2,5 femmes pour un homme parmi les 85 ans et plus, et l'on prévoit une accentuation de ce déséquilibre en 2050 (10).

11. À la fin des années 1990, et en réaction à l'évolution mondiale du vieillissement, l'OMS a plaidé en faveur d'un changement fondamental, afin d'adopter une vision positive du vieillissement. L'Organisation a défini le vieillissement actif et en bonne santé comme un processus qui « permet aux personnes de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de leur vie et de participer à la société, tout en leur fournissant une protection, une sécurité et des soins adéquats quand elles ont besoin d'aide » (8).

12. Le vieillissement en bonne santé a donc plusieurs dimensions.

- Il répond aux besoins et attentes toujours plus importants des populations vieillissantes pour une meilleure promotion de la santé et des services sanitaires et sociaux plus performants, incluant un encadrement en matière d'autoassistance.
- Il reconnaît le droit fondamental qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, quel que soit son âge.

- Il tient compte des éléments toujours plus nombreux attestant d'inefficacités et de défaillances sur le plan de la qualité et de l'accès aux services, y compris en matière de prévention (à tous les niveaux: primaire, secondaire et tertiaire).
- Avec la santé maternelle et infantile et la lutte contre l'épidémie de maladies non transmissibles, le vieillissement en bonne santé est l'un des aspects qui contribuent le plus à combler le fossé entre pays de la Région, entre groupes socioéconomiques et entre hommes et femmes en ce qui concerne la santé et le bien-être.
- Le vieillissement en bonne santé interagit avec certaines politiques de protection sociale pour contrer le risque de pauvreté chez les personnes âgées, un risque toujours répandu en Europe.
- Le vieillissement en bonne santé peut contribuer à la viabilité à long terme des systèmes de santé et de protection sociale d'Europe, notamment en permettant aux personnes plus âgées de rester actives, autonomes et pleinement intégrées.

La nécessité et les possibilités d'agir maintenant

13. L'urgente nécessité d'accélérer la mise en œuvre de politiques pour un vieillissement actif est encore exacerbée par le fait que nous avons manqué une occasion unique à l'époque où la part de la population en âge d'activité augmentait, et à cause des perspectives économiques négatives dans de nombreux pays. De nombreux pays ont déjà lancé, à différents niveaux de pouvoir, des initiatives en faveur du vieillissement en bonne santé, dont des stratégies nationales. L'OMS soutient ce processus au moyen de plusieurs outils utiles pour un vieillissement en bonne santé, par exemple dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, des services de santé publique et du renforcement des systèmes de santé.

14. Remettre à plus tard la mise en œuvre de politiques pour un vieillissement en bonne santé dans une période d'austérité économique peut s'avérer plus coûteux à long terme et peut être contre-productif lorsqu'il s'agit d'assurer la durabilité des politiques de sécurité sociale.

15. Pour adopter un ton plus positif, notons que les connaissances et les bases factuelles en faveur d'une action s'accumulent rapidement, étant donné que l'Europe est riche en initiatives politiques innovatrices dans le domaine du vieillissement de la population. Cette stratégie (plan d'action) vise à proposer un cadre de référence qui permette de mieux comprendre les bases factuelles dans le domaine du vieillissement, y compris les conclusions relatives aux mesures à l'efficacité avérée pouvant contribuer à la viabilité à long terme des systèmes de santé, comme les stratégies ciblées de prévention des maladies.

16. Cette stratégie (plan d'action) est élaborée à l'heure où les questions relatives au vieillissement en bonne santé figurent en bonne place dans le programme de politiques de l'Europe et du monde entier. L'année 2012 marque le dixième anniversaire du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (Nations Unies) et le trentième anniversaire du premier plan d'action international sur le vieillissement (13). Le thème de la Journée mondiale de la santé 2012 est « Vieillesse et santé ». Au niveau de l'Union européenne, 2012 a été consacrée « Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle ». Cette stratégie (plan d'action) servira de point de départ à la réaction du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe face à l'appel lancé par la Commission européenne à tous les partenaires dans le domaine du vieillissement actif en bonne santé, pour qu'ils unissent leurs forces dans les années à venir.

Principes directeurs et objet

Principes directeurs

17. Conformément aux principes sous-tendant Santé 2020, cette stratégie (plan d'action) est basée sur le droit fondamental qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, quel que soit son âge, comme le formule la Constitution de l'OMS et comme s'y sont engagés les États membres européens de l'OMS dans divers traités internationaux, tant au niveau mondial que régional (14-17). De plus, la stratégie (plan d'action) incorpore les valeurs et principes essentiels exposés dans les documents répertoriés plus haut, rédigés pour le monde et pour la Région européenne, l'accent étant particulièrement mis sur les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées (18).

18. La mise en œuvre des politiques en faveur d'un vieillissement actif est essentielle pour la réalisation des deux objectifs stratégiques correspondants de Santé 2020, car en matière de santé, la majorité des défis et des inégalités sont plus prononcés chez les groupes de population plus âgés. Ces politiques illustrent parfaitement la nécessité d'une action intersectorielle à différents niveaux des pouvoirs publics, à savoir notamment :

- améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé ;
- améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé.

19. En outre, la mise en œuvre de cette stratégie (plan d'action) requiert l'application d'un certain nombre de principes inscrits dans le cadre politique Santé 2020.

- **Démarches participatives :** impliquer les personnes âgées dans l'élaboration et l'évaluation des politiques s'est révélé essentiel pour la conception et la mise en œuvre de projets réussis.
- **Encouragement d'une participation au niveau de la personne et de la communauté :** impliquer les personnes dans des actions au niveau de la communauté locale, dans des projets à participation facultative et dans la prise en charge informelle est essentiel pour la réussite des stratégies de vieillissement en bonne santé.
- **Une attention particulière pour l'équité avec prise en compte des groupes de personnes âgées vulnérables ou défavorisées :** les inégalités s'accumulent tout au long de la vie. Dès lors, les politiques favorisant un vieillissement en bonne santé peuvent contribuer à combler les fossés des inégalités dans le domaine sanitaire.
- **Dimension homme-femme :** il existe entre homme et femme des différences importantes quant aux rôles et aux expériences de la vieillesse. Les femmes risquent plus d'être affectées par le fait de vivre seules et par la pauvreté dans leur vieillesse, et elles passent en moyenne une part plus importante de leur vie avec des déficits fonctionnels quelconques. En même temps, elles représentent la grande majorité des aidants, qu'ils soient formels ou informels, et sont nettement surreprésentées en tant que bénéficiaires de soins, même après pondération motivée par leur âge moyen plus avancé. Ces aspects, parmi d'autres, appellent la prise en compte de la dimension homme-femme dans les politiques de vieillissement en bonne santé, et ce dans tous les domaines stratégiques et pour toutes les interventions prioritaires.
- **La nécessité d'une action intersectorielle :** les approches pansociétales et pangouvernementales, la prise en considération de la santé dans toutes les politiques : les déterminants sociaux du vieillissement en bonne santé, mais aussi la responsabilité des soins dispensés aux personnes âgées et de l'élaboration et de la gestion de stratégies sur le vieillissement en bonne santé relèvent habituellement de la compétence conjointe des ministères de la Santé et d'autres secteurs ministériels, et ressortent généralement de

différents niveaux de pouvoir. De plus, ils font intervenir d'autres parties prenantes, le secteur privé, la société civile et une action bénévole à divers niveaux.

- **Viabilité et rapport coût-avantages :** la viabilité fiscale est une préoccupation majeure dans beaucoup de pays ayant engagé un processus de réforme des systèmes de santé et des services de santé publique pour les populations vieillissantes. À cet égard, la qualité des soins et l'efficacité avérée des interventions sont des aspects importants. Ceci s'applique à tous les pays, quel que soit le niveau de revenus.

Objet

20. L'objet de cette stratégie (plan d'action) suit deux axes. Les quatre domaines d'action prioritaires proposés couvrent l'ensemble des politiques en faveur d'un vieillissement en bonne santé et sont en lien avec les domaines prioritaires correspondants de Santé 2020. Ils succèdent à des approches stratégiques antérieures proposées par l'OMS, comme par exemple « Vieillir en restant actif : cadre d'orientation » (8). Les cinq interventions prioritaires et trois interventions auxiliaires ont été sélectionnées pour essayer d'établir des priorités entre les actions et de les sélectionner au moyen d'un certain nombre de critères.

- Elles s'inscrivent dans le prolongement de stratégies, d'outils et de compétences existants à l'OMS.
- Des progrès peuvent être atteints à brève échéance dans la Région européenne de l'OMS.
- Elles sont utiles pour tous les pays, quels que soient le niveau de revenus et le stade d'élaboration de politiques pour un vieillissement en bonne santé.
- Elles ont un net impact sur la santé et le bien-être des personnes âgées, comme le prouvent les bases factuelles disponibles.
- Elles visent à corriger les plus grands écarts et à remédier aux principales inégalités en matière d'accès à des interventions efficaces et de bonne qualité.
- Elles correspondent aux préoccupations essentielles régulièrement exprimées par les groupes de patients, les familles des personnes nécessitant des soins et d'autres groupes d'intervenants.
- Il est prouvé qu'elles sont efficaces et peuvent contribuer à assurer la pérennité des systèmes de santé et de sécurité sociale.
- Les bases factuelles existantes justifient une réaction sociétale concertée face à ce fardeau, à l'aide d'outils efficaces et susceptibles d'être adaptés à tous les pays, quel que soit leur niveau de développement.
- Il existe un mandat concernant les stratégies mondiales et régionales en vue d'une réaction des États membres.

Liens

21. Le vieillissement en bonne santé est un dossier interdisciplinaire, qui possède des liens avec un certain nombre d'autres domaines stratégiques et plans d'action existants. La santé et le bien-être des personnes âgées peuvent être améliorés de manière radicale si la mise en œuvre de toutes les actions tient compte des besoins, des préoccupations et des obstacles propres aux hommes et aux femmes âgés. Les principaux liens existants sont établis avec les domaines décrits ci-dessous.

Le nouveau cadre politique européen de la santé et du bien-être, Santé 2020

22. Relever les défis du vieillissement des populations est l'une des priorités en matière de santé publique dans la Région européenne énoncées dans le nouveau cadre politique européen

de la santé et du bien-être, Santé 2020. Le présent document s'inscrit dans le prolongement des quatre domaines prioritaires de Santé 2020, et permet donc d'envisager les activités menées dans le cadre de Santé 2020 dans une « optique du vieillissement ».

Les maladies non transmissibles

23. Il existe de nombreux recoupements entre le programme relatif aux maladies non transmissibles et les stratégies pour un vieillissement en bonne santé durant toute la vie (4). Parmi les thèmes communs (souvent rencontrés dans les stratégies nationales), citons la prévention de la malnutrition et de l'obésité, l'activité physique et l'exercice, le tabac et l'alcool. Le premier des domaines stratégiques proposés dans cette stratégie (plan d'action) cible les maladies non transmissibles chez les personnes âgées.

Troubles mentaux

24. La santé mentale, y compris les mesures préventives, est un aspect essentiel, mais souvent négligé de l'encadrement médical et social des personnes âgées. Le projet de plan d'action sur la santé mentale du Bureau régional, actuellement révisé en consultation avec les États membres, évoque déjà ces questions (19). En 2011, la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a adopté une déclaration politique reconnaissant que « les troubles mentaux et neurologiques, notamment la maladie d'Alzheimer, sont une importante cause de morbidité et contribuent au fardeau global des maladies non transmissibles » (20). Un rapport élaboré conjointement par l'OMS et Alzheimer's Disease International demande que la démence devienne une priorité de santé publique (21). Les besoins spécifiques des personnes âgées atteintes de démence et ceux de leurs aidants sont une préoccupation d'ordre interdisciplinaire à laquelle on tente de remédier par une série de mesures et d'interventions prioritaires dans cette stratégie (plan d'action).

Prévention des violences et des traumatismes

25. Les traumatismes représentent une large part de la charge de morbidité et des invalidités des aînés, en particulier dans les groupes les plus âgés. Ce n'est qu'au cours de ces dix dernières années que la maltraitance des personnes âgées a bénéficié de plus d'attention ; elle est devenue un nouveau sujet pour l'échange international d'expériences, dans lequel l'OMS continue à jouer un rôle important.

Maladies infectieuses

26. On reconnaît de plus en plus les avantages des stratégies de vaccination adéquates (contre la grippe, par exemple) pour les personnes âgées, que ce soit pour elles-mêmes ou pour le personnel médical et les assistants sociaux en contact avec elles. Une intervention prioritaire en ce sens est proposée dans ce plan d'action.

Renforcement des systèmes de santé

27. En raison des besoins complexes, en matière de soins, des patients chroniques dans les populations vieillissantes, des services de haute qualité, bien coordonnés, sont nécessaires pour les seniors. Il s'agit notamment d'améliorer l'accès aux services de prévention (à tous les niveaux : primaire, secondaire et tertiaire) et à la réadaptation. L'une des préoccupations majeures des stratégies de réforme est d'encourager l'autoprise en charge des patients et la prestation de soins le plus près possible du domicile, tout en tenant compte des aspects sécurité et rentabilité, et ce d'une part en améliorant le rapport entre le coût et les prestations obtenues en retour et d'autre part, en assurant la durabilité du financement des systèmes de soins de santé. Il s'agit là d'objectifs fondamentaux de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (22).

Vision, finalité globale et objectifs

Vision

28. La vision de cette stratégie (plan d'action) est celle d'une Région européenne de l'OMS « seniors admis », où le vieillissement de la population est considéré comme une opportunité plutôt que comme un fardeau pour la société. C'est en fait la vision d'une Région européenne de l'OMS où les personnes âgées peuvent conserver leur santé et leurs capacités fonctionnelles et connaître le bien-être en vivant dans la dignité, sans discrimination et avec des moyens financiers adéquats, dans des environnements qui les aident à se sentir en sécurité, à être actives, maîtresses de leur destinée et socialement engagées, et en ayant accès à un encadrement et à des services sanitaires et sociaux adéquats, de haute qualité. En se montrant accueillante pour les personnes âgées, la Région européenne aide les gens à atteindre un âge avancé en meilleure santé et à continuer à mener une vie active dans divers rôles, notamment en exerçant un emploi et en effectuant du bénévolat.

Finalité

29. La finalité de cette stratégie (plan d'action) est la suivante :

- permettre à plus de gens de vivre longtemps en bonne santé, de rester actifs plus longtemps et de lutter contre les inégalités croissantes dans la vieillesse ;
- faciliter l'accès à des services sanitaires et sociaux de bonne qualité pour les personnes ayant besoin de soins et de soutien, afin de rendre l'espérance de vie en bonne santé plus équitable au sein des États membres et entre les États membres ;
- donner aux femmes et aux hommes âgés le pouvoir de rester parfaitement intégrés à la société et de vivre dans la dignité, quel que soit leur état de santé ou leur degré de dépendance ;
- sensibiliser et contribuer à éliminer les discriminations fondées sur l'âge et les stéréotypes de toutes sortes concernant le vieillissement.

Objectifs

30. Les objectifs de cette stratégie (plan d'action) sont les suivants :

- favoriser les environnements épanouissants et prendre des mesures pour la promotion de la santé et la prévention des maladies contre les facteurs de risque pour les seniors dans une perspective qui embrasse tout le cours de la vie et tient compte de la dimension homme-femme ;
- renforcer les systèmes de santé pour permettre de vieillir en bonne santé et assurer des services sanitaires et sociaux plus équitables pour les personnes âgées ;
- conforter les bases factuelles en matière de politiques sanitaires et sociales pour les populations vieillissantes d'Europe.

Coopération internationale : travailler ensemble

31. La mise en œuvre de la stratégie (plan d'action) exige un renforcement de la coopération internationale et des partenariats entre les initiatives en Europe. Il existe également des synergies et des complémentarités avec des initiatives de la Commission européenne, des agences des Nations Unies et d'autres organisations internationales partenaires, telles que la CEE-ONU, l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) et la Banque mondiale.

32. La mise en œuvre de la stratégie (plan d'action) crée des synergies avec plusieurs des priorités et actions recensées dans le plan stratégique de mise en œuvre du partenariat européen d'innovation pilote pour un vieillissement actif et en bonne santé (PEI-VABS), et partage sa vision positive sur le vieillissement (23). Le cadre stratégique d'action du PEI-VABS définit trois piliers ou « étapes de la vie » des personnes âgées eu égard aux processus de soins : i) prévention, dépistage et diagnostic précoce ; ii) soins et traitements ; et iii) vieillissement actif et autonomie des personnes âgées. Le PEI-VABS met notamment en évidence la prévention des chutes et la prévention du déclin fonctionnel et de la fragilité ; les programmes de formation pour les personnels de santé ; l'aide aux soins à domicile ; et l'innovation pour améliorer l'intégration sociale.

33. Le cadre stratégique d'action du PEI-VABS sert de complément à cette stratégie (plan d'action) en mettant davantage l'accent sur les questions de recherche, d'innovation et de technologie. Un important point de synergie entre les deux documents est également prévu au titre du thème horizontal du PEI-VABS consacré aux environnements favorables aux seniors, un thème qui constitue aussi un domaine stratégique prioritaire dans cette stratégie (plan d'action). Autre exemple de coopération : les indicateurs sur le vieillissement en bonne santé, qui servent de complément au système interactif d'informations géographiques sous forme d'atlas sur les inégalités en matière de santé et leurs déterminants sociaux – un système élaboré conjointement avec la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne (DG SANCO). L'élaboration d'autres indicateurs communs au niveau mondial est en cours avec Eurostat et l'OCDE afin de collecter des données sur le vieillissement, par exemple pour les opérations de planification relatives à la population actives.

34. La collaboration dans ce domaine a déjà commencé dans le cadre de la coopération entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et la Commission européenne.

Les domaines prioritaires stratégiques où agir

35. Les quatre domaines d'action stratégiques décrits ci-dessous se complètent mutuellement et sont à rapprocher d'autres stratégies et plans d'action de l'OMS qui se renforcent les uns les autres (24). Les trois premiers étayent, dans une « optique de vieillissement » spécifique, les quatre domaines prioritaires de Santé 2020. Le renforcement des bases factuelles et de la recherche constitue l'une des priorités transversales de Santé 2020. Ils reflètent en outre le mandat précis de l'OMS pour la Région européenne, dans laquelle les pays se situent à différents stades de vieillissement de la population. Enfin, ils s'inscrivent dans le prolongement de cadres de référence antérieurs de l'OMS, tels que « Vieillir en restant actif : cadre d'orientation » (8), et d'initiatives ayant reçu un accueil favorable dans les États membres. Le mouvement des Villes-santé en est un excellent exemple (25). Par ailleurs, ces quatre domaines stratégiques réunissent les éléments qui soutiennent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales pour un vieillissement en bonne santé, auxquelles il est fait référence dans les résolutions WHA52.7 (2), WHA58.16 (3) et WHA65.3 (4).

Domaine stratégique n° 1 : Prendre de l'âge en restant en bonne santé, tout au long de la vie

Le contexte

36. Le degré de santé et d'activité à l'heure de la vieillesse est la résultante des circonstances de vie d'un individu et de ses actions pendant toute son existence. En adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie, on aide les gens à influencer la manière dont ils vieillissent en adoptant plus tôt des modes de vie plus sains et en s'adaptant aux évolutions liées à l'âge. Ce

domaine stratégique va dans le sens des domaines prioritaires n° 1 et 2 de Santé 2020, à savoir « Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les populations » et « relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de lutte contre les maladies non transmissibles et transmissibles ». Le lien entre la prévention des maladies non transmissibles et le vieillissement en bonne santé tout au long de la vie constitue également le thème central de la résolution sur le « renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif », adoptée en mai 2012 par la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé (4).

37. Les interventions ciblant « le début de la vieillesse », à savoir les personnes âgées de 50 ans ou plus, et la prévention, y compris la prévention secondaire et tertiaire dans les groupes plus âgés, constituent l'un des grands axes de cette stratégie (plan d'action). Les preuves s'accumulent pour attester que l'on recourt insuffisamment à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, y compris la prévention secondaire et tertiaire, qui peut être efficace et d'un bon rapport coût-efficacité pour les groupes plus âgés.

38. Dans les stratégies et cadres d'action nationaux, le vieillissement actif regroupe généralement des interventions portant sur un vaste éventail de maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque et déterminants les plus communs, l'accent étant mis spécialement sur la formulation de conseils à l'adresse des seniors : malnutrition, activité physique, environnement sûr, abandon du tabagisme, alcool, obésité, vue et ouïe et santé mentale. Tous ces domaines sont abordés dans des stratégies et plans d'action spécifiques de l'OMS au niveau régional ou mondial, et quatre grandes maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque sont couverts en détail dans le récent Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (24).

39. Cette stratégie (plan d'action) est centrée sur un petit nombre d'interventions prioritaires et, par conséquent, évite la répétition d'éléments-clés de stratégies existantes, comme la Convention-cadre pour la lutte antitabac, sur l'alcool ou sur la santé mentale, sans oublier à quel point il est important d'inclure suffisamment les aspects sanitaires relatifs aux seniors dans la mise en œuvre de ces interventions, ce qui n'arrive pas toujours (par exemple, on omet souvent de dépister, de détecter et ensuite de soigner la tuberculose, le VIH/sida ou la dépression chez les personnes âgées). À cet égard, les soins primaires sont importants pour réaliser une évaluation générale et de qualité de l'état de santé des personnes âgées. Il s'agit de procéder à un dépistage rapide du déclin physique et cognitif, de prendre des mesures préventives adéquates et d'effectuer un traitement en temps voulu.

40. Dans le cadre de cette stratégie (plan d'action), ce domaine stratégique met donc clairement l'accent sur :

- l'intégration de l'aspect « vieillissement » dans toutes les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies ;
- une couverture plus étendue avec des interventions prioritaires ciblées et un accès à ces interventions pour les personnes âgées.

Objectif

41. L'objectif, dans ce domaine stratégique, est d'assurer des services de promotion de la santé et de prévention des maladies pour un vieillissement actif, l'accent étant mis sur des adultes âgés de 50 ans et plus.

Mesures à prendre par l'OMS

42. L'OMS/Europe :

- préparera des principes directeurs tenant compte de la dimension homme-femme afin de mettre au point des recommandations fondées sur des bases factuelles pour la promotion de la santé et les services de prévention ciblant les personnes âgées de 50 ans et plus, d'après les bonnes pratiques des États membres, l'accent étant mis sur les maladies non transmissibles, les maladies évitables par vaccin, les traumatismes et la santé mentale ;
- intégrera l'aspect « vieillissement en bonne santé » dans les mesures régionales existantes pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, y compris dans les politiques intersectorielles, dans le cadre global de Santé 2020, tout en veillant à ce que les besoins propres aux hommes et aux femmes âgés soient parfaitement pris en considération dans la mise en œuvre des plans d'action régionaux pertinents ;
- fournira des outils destinés à observer la prise en considération des aspects sexospécifiques de la mise en œuvre (par exemple, l'équilibre entre les tâches formelles et informelles des femmes, leurs soins autoadministrés et leur protection en matière de santé) et la concentration de nombreux facteurs de risque affectant des personnes âgées de 50 ans et plus ;
- assistera les États membres dans l'élaboration d'instruments pour l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des politiques pour un vieillissement en bonne santé grâce à des mesures préventives et des services de promotion de la santé, et encouragera l'apprentissage transfrontalier et les comparaisons ;
- fera rapport sur les progrès enregistrés par les pays en ce qui concerne la mise en œuvre des mesures spécifiques couvertes par ce domaine d'action dans un rapport régional en 2016 et 2020 ;
- élaborera des outils pour sensibiliser les 50 ans et plus quant à leur accès à la prévention des maladies et à la promotion de la santé (y compris les services) et pour améliorer leurs connaissances en matière de santé.

Mesures à prendre par les États membres

43. Incidences pour les États membres :

ils accordent une attention particulière aux besoins et aux risques propres aux personnes âgées de 50 ans et plus pendant la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre du domaine stratégique intitulé « Promotion de la santé et prévention des maladies » dans le plan d'action pour les maladies non transmissibles, en veillant à ce que la dimension homme-femme soit bien prise en considération ;

- ils étendent la couverture des mesures préventives aux personnes des groupes plus âgés et aux personnes vivant dans des cadres particuliers, en veillant à ce que les personnes vivant avec des déficits fonctionnels, chez eux ou en institution, y compris les personnes souffrant de démence, ne soient pas exclues ou confrontées à d'importants obstacles pour l'accès à ces services, y compris les services financiers ;
- ils soutiennent les systèmes de notification et les activités de recherche afin d'observer la manière dont ces mesures sont reçues, les résultats obtenus et les déterminants sociaux d'une mise en œuvre réussie.

Domaine stratégique n° 2 : Des environnements favorables

Le contexte

44. Un environnement favorable au niveau de la communauté locale contribue largement à la qualité de vie que l'on associe avec un vieillissement en bonne santé, de meilleures conditions de vie et de travail et des styles de vie plus sains en milieu urbain et rural. Avec les services de soins de santé primaires, les environnements favorables constituent un important élément de la prévention primaire. L'instauration d'environnements sains et favorables à la santé et au bien-être correspond au domaine prioritaire n° 4 de Santé 2020, « Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien ». Pour les personnes âgées, les aspects les plus importants de ce domaine prioritaire de Santé 2020 sont les facteurs environnementaux propres à l'environnement bâti, les transports, le soutien à une participation et à une inclusion sociales, la sécurité, l'enseignement et, la communication et l'information.

45. D'importantes décisions influençant ces déterminants de la santé et du bien-être au sens plus large sont souvent prises au niveau local. Dans le cadre des politiques nationales, les décisions qui concernent directement les services sanitaires et sociaux pour personnes âgées sont souvent prises au niveau local, elles aussi. C'est au niveau de la communauté locale que les inégalités en matière de vieillissement en bonne santé peuvent être efficacement contrées.

46. Ces dernières années, d'impressionnants mouvements sont partis de la base, lancés par des villes et des communautés rurales qui cherchent à collaborer entre elles et avec l'OMS à propos de politiques et d'outils destinés à les rendre plus accueillantes pour tous les âges. Des outils structurés et des processus d'autoévaluation et de suivi ont été mis en place, garantissant que les personnes âgées et leurs représentants aient un rôle clé à jouer dans leur élaboration et leur mise en œuvre. Dans la Région européenne, cet encadrement est organisé via le sous-réseau des Villes-santé de l'OMS sur le vieillissement en bonne santé. Un réseau mondial de villes « seniors admis » a été mis en place par le Siège de l'OMS, et un processus est en cours pour une harmonisation et une collaboration entre les deux initiatives afin d'envisager des synergies et de regrouper les ressources disponibles à l'OMS.

Objectif

47. L'objectif, dans ce domaine stratégique, est d'engager un nombre croissant de communautés dans le processus consistant à élaborer des stratégies visant à mieux accueillir les seniors, à organiser des environnements permettant aux personnes âgées de protéger leur santé et leur bien-être et de favoriser leur inclusion dans leur communauté locale, et à leur accorder un rôle actif dans la création de leur environnement social et l'élaboration de politiques locales pour un vieillissement en bonne santé.

Mesures à prendre par l'OMS

48. L'OMS/Europe :

- mobilisera les réseaux existants pour la promotion de la santé, dont le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé, le Réseau des Villes-santé et le Réseau Régions-santé, et élargira encore les partenariats avec des partenaires internationaux ad hoc pour mettre en œuvre cette stratégie (plan d'action) ;
- contribuera à la poursuite de l'élaboration d'outils d'évaluation et de principes directeurs pour la mise en place d'environnements favorables au niveau des villes/des communautés locales, en se basant sur les outils existants de l'OMS ;
- examinera comment les « profils du vieillissement en bonne santé » sont employés pour la planification au niveau des communautés locales, par exemple ceux qui sont basés sur

le guide et outil de l'OMS/Europe relatif aux « profils du vieillissement en bonne santé » (26) et, sur la base de cet examen, rédigera des principes directeurs révisés et amendés qui seront publiés d'ici à 2013 ;

- renforcera, en collaboration avec des communautés qui font déjà partie du mouvement, la gouvernance de l'OMS en matière de communautés « seniors admis » en Europe, avec la coopération du réseau mondial des villes « seniors admis ».

Mesures à prendre par les États membres

49. Incidences pour les États membres :

- ils encouragent et défendent l'adoption de concepts stratégiques et d'initiatives « seniors admis » au sein du mouvement des Villes-santé de la Région européenne de l'OMS ;
- ils soutiennent l'approche unifiée des systèmes locaux d'évaluation et de recueil de données sur les « profils du vieillissement en bonne santé » en collaboration avec l'OMS.

Domaine stratégique n° 3 : Des systèmes de santé et de soins de longue durée centrés sur la personne et adaptés à des populations vieillissantes

Le contexte

50. Beaucoup trop souvent, les personnes âgées sont confrontées à des obstacles leur barrant l'accès à des soins de bonne qualité et de longue durée, et notamment au manque d'information et à une participation aux frais élevés. Dans de nombreux cas, les systèmes de santé restent confrontés à des difficultés s'agissant de supprimer les discriminations ou le rationnement fondés sur l'âge et de mettre en place les moyens adéquats pour répondre aux besoins toujours plus importants des populations vieillissantes, tant en termes de ressources humaines que de financement public. Il s'agit notamment de former du personnel de santé en effectifs suffisants, ayant une connaissance adéquate de la gériatrie et de la gérontologie. L'accent a été mis sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé en Europe : la Charte de Tallinn exhorte à un renforcement des capacités et services de santé publique (22). En outre, ce domaine stratégique englobe des mesures spécifiques qui contribuent au domaine prioritaire n° 3 de Santé 2020, « Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise », envisagées dans « l'optique du vieillissement ».

51. Les personnes atteintes de déficits fonctionnels et nécessitant des soins à long terme risquent souvent de subir un nouveau déclin de leur état de santé, notamment lorsqu'elles souffrent de maladies multiples et commencent à devenir fragiles. Les personnes âgées fragiles vivant en institution peuvent être davantage exposées à de tels risques. Or, la qualité des soins et de la vie dans les maisons de repos peut être améliorée de multiples façons, notamment en accordant plus d'attention aux mesures préventives, depuis la prévention de la malnutrition jusqu'à la prévention des chutes, en passant par l'utilisation plus efficace des médicaments et des dispositifs d'aide adaptés aux besoins des personnes âgées.

52. De nouvelles bases factuelles s'accumulent sur les moyens efficaces de dispenser des soins aux personnes âgées atteintes de multiples pathologies chroniques, y compris à la frontière entre systèmes de santé et de sécurité sociale, où une collaboration plus étroite entre les divers secteurs et niveaux de pouvoir est souvent possible, par exemple une intervention concertée pour permettre aux seniors de rester chez eux plus longtemps. Ceci peut particulièrement s'appliquer aux soins apportés aux personnes souffrant de démence et à l'encadrement nécessaire pour leur famille (21).

53. Une intervention rapide pour remédier aux éventuelles futures pénuries de ressources humaines, des services sanitaires et sociaux plus efficaces pour les seniors, y compris des activités de promotion de la santé et un meilleur accès à la prévention primaire et secondaire, sont autant d'investissements capitaux pouvant contribuer à la durabilité du financement public des systèmes de santé à l'avenir. Ce financement est devenu une préoccupation majeure en ces temps d'incertitude économique et de contraintes fiscales.

54. Il existe d'importants liens et synergies entre ce domaine d'action stratégique et le renforcement des systèmes de santé pour la lutte contre les maladies non transmissibles et les affections chroniques, ainsi qu'avec des mécanismes pour la coordination des soins, qui devraient tous être conçus de manière à respecter les besoins propres aux seniors, y compris ceux qui font partie des groupes les plus âgés et souffrent d'un déclin de leur fonctionnement mental.

Objectifs

55. Les objectifs, dans ce domaine stratégique, sont de renforcer la capacité des systèmes de santé à réagir au vieillissement des populations et à améliorer la santé et le bien-être des seniors en facilitant l'utilisation adéquate des services et des mécanismes de protection financière et sociale de haute qualité, afin que les personnes âgées restent en bonne santé et capables de vivre de manière indépendante le plus longtemps possible, ainsi qu'à prévenir les problèmes de santé et déficiences fonctionnelles entraînant une exclusion sociale.

Mesures à prendre par l'OMS

56. L'OMS/Europe :

- contribuera à la recherche, à la description et à la diffusion des bonnes pratiques concernant des modes innovateurs de prestation d'un ensemble coordonné de services aux personnes âgées, en particulier à la frontière entre les systèmes de santé et de sécurité sociale, et concernant la promotion de partenariats conclus au niveau des communautés locales pour la santé des seniors ;
- contribuera à la synthèse et à la diffusion des bonnes pratiques en ce qui concerne les initiatives visant à améliorer la qualité des soins de santé et des services sociaux pour personnes âgées, y compris celles vivant dans des établissements de soins ;
- décrira et évaluera les innovations en matière d'accès à l'information et de prestation de services pour seniors, y compris la cybersanté, pour faciliter la coordination des soins, de manière à ce que les personnes souffrant de déficiences fonctionnelles puissent vivre dans leur environnement familial le plus longtemps possible ;
- contribuera à la recherche et à la description des services préventifs de proximité recommandés pour les personnes âgées et à la diffusion des informations les concernant, ainsi qu'à la recherche, la description et la diffusion des bonnes pratiques pour mieux exploiter ces services ;
- diffusera les bonnes pratiques en matière de « gouvernance horizontale » pour un vieillissement en bonne santé, particulièrement en matière de conception et de mise en œuvre de stratégies nationales sur le vieillissement, en mettant spécialement l'accent sur les sexospécificités et les droits de l'homme pour les personnes âgées ;
- veillera à ce que dans la planification et le suivi des ressources humaines, on tienne dûment compte des effectifs et des qualifications nécessaires pour les populations vieillissantes ;
- exploitera les synergies avec le domaine prioritaire stratégique du renforcement des systèmes de santé dans le plan d'action pour les maladies non transmissibles, en

particulier pour ce qui est de la coordination des soins aux personnes souffrant d'affections chroniques.

Mesures à prendre par les États membres

57. Incidences pour les États membres :

- ils assurent, dans le cadre de stratégies globales sur le vieillissement, la mise en œuvre d'interventions coordonnées pour satisfaire les besoins sanitaires et sociaux des personnes souffrant d'affections chroniques et de déficiences fonctionnelles, y compris de démence ; ils assurent également la qualité des services et la disponibilité des ressources ;
- ils améliorent les études et les systèmes de notification relatifs aux populations vieillissantes, et facilitent l'échange de modes innovateurs de prestation de soins répondant aux besoins des seniors ;
- ils encouragent l'acquisition de connaissances en matière de santé et la prise d'autonomie des personnes âgées, de leur entourage familial et des réseaux d'encadrement bénévole ;
- ils mettent en place un programme rudimentaire d'encadrement pour les aidants à domicile et aidants informels, par exemple d'autres modes d'assurer les soins de jour (cf. intervention prioritaire n° 4 ci-dessous) ;
- ils veillent à ce que les programmes ciblés de prise en charge de la maladie couvrent adéquatement les plus âgés d'entre les seniors et les groupes de personnes âgées vulnérables ;
- ils améliorent les conditions de travail et encouragent le maintien en poste de ceux qui fournissent des services aux personnes âgées ;
- ils adoptent des programmes de formation du personnel afin de couvrir adéquatement la gériatrie et la gérontologie et d'améliorer la planification des capacités pour les futurs travailleurs ;
- ils axent sur la dimension seniors les services de santé publique dispensés aux communautés locales et à la population ;
- ils organisent l'accès universel aux soins de santé et à l'aide sociale (protection financière), avec des réglementations sur le partage des frais qui protègent les ménages à bas revenus, y compris les personnes âgées. Il s'agit notamment de garantir la couverture des personnes en matière de médicaments abordables et de dispositifs d'aide ;
- ils mènent des interventions d'un meilleur rapport coût-efficacité, fondées sur des bases factuelles, dans les lieux existants de prestation de soins primaires, pour favoriser le vieillissement en bonne santé, en assurant la continuité des soins dans le cadre d'un système équilibré entre soins de proximité, prévention des maladies, lieux de prestation de soins primaires, soins ambulatoires, et soins hospitaliers secondaires et tertiaires ; ils prévoient des mécanismes et des politiques de collaboration entre divisions administratives et pouvoirs régionaux pour garantir la coordination des services de santé et services sociaux dispensés aux seniors souffrant de maladies chroniques et nécessitant des soins de longue durée.

Domaine stratégique n° 4 : Étoffer les bases factuelles et renforcer la recherche

Le contexte

58. Au cours de ces dix dernières années, on a fait, dans la Région européenne de l'OMS, beaucoup de progrès en matière de recherche et d'échange de bonnes pratiques dans le domaine

de la politique de santé pour les populations vieillissantes. Mais il reste des lacunes dans les bases factuelles, et il est urgent de promouvoir davantage l'examen, la synthèse et la diffusion systématique d'informations sur des interventions efficaces pouvant être bénéfiques pour la politique sanitaire ciblant divers publics. Il convient notamment de prêter attention à la diffusion des politiques efficaces qui contribuent à gommer les inégalités existant entre États membres de la Région et au sein de ces États en matière de situation sanitaire et d'accès aux services.

59. Par ailleurs, il subsiste d'importantes lacunes dans les systèmes de données et, dès lors, dans ce que l'on sait de la situation sanitaire et sociale des populations vieillissantes, par exemple des tendances essentielles en matière de capacités fonctionnelles et de conditions de vie des personnes âgées. L'harmonisation des données pour toute la Région en est à divers stades, selon le domaine statistique concerné.

60. Des progrès importants ont été réalisés dans certains domaines, comme les études longitudinales (l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe – SHARE ; l'enquête sur le vieillissement mondial et la santé des adultes – SAGE), les bénéficiaires de soins de longue durée et les dépenses et le personnel, dans une partie de la Région, et ceci peut servir de modèle pour davantage de pays d'Europe. Ces progrès ont amené de nouvelles informations et bases factuelles capitales pour les politiques, illustrant à quel point il est important de disposer des systèmes de données adéquats et de les harmoniser à l'échelle internationale.

Objectif

61. L'objectif de ce domaine stratégique est de renforcer la capacité technique des États membres et du Bureau régional à assurer le suivi et l'évaluation de la situation sanitaire et de l'état fonctionnel des personnes âgées, ainsi que de leur accès à des services sanitaires et sociaux.

Mesures à prendre par l'OMS

62. Les mesures proposées par l'OMS s'inscriront dans la vision globale d'un système européen commun d'information sanitaire et aideront l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et les systèmes de notification des Nations Unies grâce à des modules de données partagés entre agences actives en matière de recueil de données internationales et de comparaisons entre les pays (en particulier la Commission européenne et l'OCDE). L'OMS/Europe :

- déterminera les principales lacunes dans les données statistiques, puis essayera que ces lacunes soient comblées et que les recherches qualitatives et quantitatives nécessaires pour orienter les politiques soient menées ;
- promouvra l'emploi d'instruments et d'outils de l'OMS comme la classification internationale du fonctionnement et le SAGE, en veillant aux liens avec la surveillance des maladies non transmissibles (meilleure ventilation des données par âge et par sexe dans les systèmes de surveillance, y compris pour les groupes plus âgés) et observera les déterminants sociaux et inégalités en matière de santé chez les femmes et les hommes âgés, en s'assurant qu'une analyse des inégalités en fonction du sexe soit réalisée ;
- collaborera avec le Comité consultatif européen de la recherche en santé afin de déterminer les lacunes existant dans les bases factuelles en matière d'étude des politiques et des priorités dans le domaine de la santé des personnes âgées ;
- dispensera des conseils quant à la production d'indicateurs sur la santé et le vieillissement pour les pays situés en dehors de l'Union européenne, et ce en promouvant les outils existants et les nouvelles normes statistiques ;

- intensifiera, en coopération avec le Siège de l'OMS, la collaboration avec les initiatives régionales et mondiales relatives à des données, comme celles qui sont menées conjointement par l'OCDE et Eurostat, et accroîtra sa participation dans ce domaine ;
- augmentera le nombre de centres collaborateurs de l'OMS et intensifiera la collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux dans ce domaine ;
- conviendra, en collaboration avec des partenaires internationaux tels que la CEE-ONU, la Commission européenne et l'OCDE, de définitions et d'indicateurs en matière de vieillissement en bonne santé.

Mesures à prendre par les États membres

63. Incidences pour les États membres :

- ils améliorent la capacité des systèmes d'enquêtes et de notification afin de suivre l'évolution des services sanitaires et sociaux, en particulier des services de prévention, ainsi que leur utilisation et leur accès par des personnes âgées, ventilée par groupes d'âge (cinq ans) et par sexe, et afin d'évaluer l'état de santé des seniors, en particulier d'observer les capacités fonctionnelles de la population ;
- ils investissent dans des études de données longitudinales pour suivre l'évolution de la situation sanitaire et des capacités fonctionnelles des populations vieillissantes ;
- ils compilent à intervalles réguliers des rapports nationaux sur la situation des personnes âgées, ainsi que sur leur santé et leur bien-être. Ces rapports seront basés sur les données administratives et les conclusions des recherches les plus récentes ;
- ils établissent un centre d'excellence pour la recherche sur les politiques et stratégies concernant le vieillissement en bonne santé et sur leur mise en œuvre, notamment pour observer la situation démographique, sociale et sanitaire des seniors, en exploitant les compétences spécialisées déjà acquises, comme par exemple au sein du réseau des centres de soins infirmiers d'Europe ;
- ils mettent en œuvre pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques des programmes répondant à des exigences spécifiques fondées sur des bases factuelles, adaptées aux caractéristiques propres aux seniors.

Interventions prioritaires

64. Les interventions prioritaires proposées ont été sélectionnées en gardant à l'esprit les critères décrits dans l'introduction ci-dessus, sous « Objet » (cf. pt 19). Chaque intervention est mise en corrélation avec le domaine d'action prioritaire correspondant de Santé 2020.

Intervention prioritaire n° 1 : Promotion de l'activité physique

But

65. L'objectif de l'intervention prioritaire n° 1 est de promouvoir une plus grande activité physique chez les aînés, que ce soit par le biais de l'environnement local ou d'activités sociales.

Corrélation avec Santé 2020

66. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 1 de Santé 2020 : Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie.

Motivation

67. Le niveau d'activité physique est l'un des facteurs permettant de prévoir avec le plus de certitude un vieillissement en bonne santé, en particulier pour les groupes les plus âgés. L'activité physique peut améliorer la forme sur le plan respiratoire et musculaire, l'état des os et l'état fonctionnel, et réduire le risque de maladies non transmissibles, de dépression et de déclin cognitif (27). Pour les personnes âgées, l'activité physique se présente notamment sous la forme d'une activité récréative ou d'un loisir, d'un mode de transport (ex. la marche et le vélo), d'une activité professionnelle (si toujours professionnellement actif), de tâches ménagères, de jeux, de sports ou d'exercices planifiés dans le contexte d'activités journalières, familiales et communautaires. Les motivations et besoins des hommes et des femmes diffèrent, et les mesures prises doivent donc tenir compte des normes, des valeurs et de l'accès aux ressources en fonction du sexe.

Mesures

68. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- encourager la collaboration et l'échange d'expériences et de bonnes pratiques quant aux mesures efficaces pour augmenter le niveau d'activité physique des aînés, afin de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de ces mesures ;
- concevoir et mettre en œuvre des programmes ciblés pour l'activité physique des aînés d'une communauté locale, combinant notamment des méthodes de changement de comportements pour l'individu et le groupe, avec encadrement et suivi ;
- dispenser des conseils sur l'activité physique dans tous les établissements de santé et services sociaux pour personnes âgées en ciblant spécifiquement les personnes sédentaires, l'accent étant mis sur la promotion d'une activité physique à intensité modérée (particulièrement la marche) et en assurant un encadrement permanent ;
- soutenir les administrations locales dans la création d'environnements motivants et d'infrastructures en vue d'une activité physique (notamment le transport actif) pour tous les âges.

Intervention prioritaire n° 2 : Prévention des chutes

But

69. L'objectif de l'intervention prioritaire n° 2 est d'alléger le fardeau de morbidité et d'incapacités dû aux chutes accidentelles des aînés.

Corrélation avec Santé 2020

70. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 1 de Santé 2020 : Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie.

Motivation

71. Les chutes de personnes âgées et les traumatismes souvent entraînés sont responsables d'une grande partie du fardeau de morbidité et d'incapacités chez les aînés d'Europe, et représentent un important facteur de risque de fragilisation. Le risque de chutes augmente fortement avec l'âge. Les traumatismes dus à des chutes (comme la fracture du fémur) requièrent généralement une hospitalisation et de coûteuses interventions, y compris une rééducation. Ils sont responsables de beaucoup de déficiences fonctionnelles entraînant la nécessité de soins à long terme, y compris avec admission en maison de repos.

72. Entre un quart et la moitié des chutes sont imputables à des risques environnementaux ; parmi les autres facteurs, on trouve la faiblesse musculaire, des troubles de la marche et des problèmes d'équilibre, des antécédents de chutes et la prise de médicaments. Les chutes peuvent survenir dans n'importe quel environnement : il a été signalé que chaque année, 30 à 40 % des résidents des maisons de repos font une chute. Les bases factuelles indiquent de manière convaincante que la plupart des chutes peuvent être évitées (28). Il a été démontré que certaines mesures préventives étaient efficaces pour un prix raisonnable, voire qu'elles permettaient de faire des économies, et il existe des exemples de mise en œuvre de stratégies de prévention des chutes dans différents cadres qui sont une réussite lorsqu'elles sont soutenues par des politiques publiques (29).

Mesures

73. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- sensibiliser davantage la population aux facteurs de risque et aux mesures efficaces pouvant améliorer l'équilibre des personnes âgées et prévenir leur chute ;
- pour limiter les chutes et la proportion de chutes entraînant un traumatisme, introduire des programmes d'exercices, de la physiothérapie et de la rééducation à l'équilibre, et faire réaliser par des professionnels adéquatement formés des évaluations de la sécurité des foyers et de toute modification en la matière ;
- mener des interventions à éléments multiples comprenant une formation à la marche et à l'équilibre, le recours à des dispositifs d'aide, la modification des risques environnementaux et un examen des médicaments pris (c'est au sein de la communauté locale que ces interventions se sont révélées être le plus efficaces) ;
- améliorer la formation et l'accès aux informations pertinentes pour les aidants informels au sein de la communauté locale ;
- donner aux groupes de seniors à haut risque un meilleur accès à des mesures préventives telles que le port de protège-hanches ;
- inclure des mesures de prévention des chutes dans des cadres de qualité dans tous les établissements de santé et de services sociaux pour les personnes âgées.

Intervention prioritaire n° 3 : Vaccination des aînés et prévention des maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé

But

74. L'objectif de l'intervention prioritaire n° 3 est de limiter les risques sanitaires (morbidité et mortalité) encourus par les personnes âgées et dus à la non-vaccination contre des maladies infectieuses communes.

Corrélation avec Santé 2020

75. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 2 de Santé 2020 : Relever les principaux défis posés par les maladies (en rapport avec le vieillissement).

Motivation

76. De plus en plus de bases factuelles attestent du nombre important de cas de maladies évitables par vaccin dus à une couverture vaccinale inadéquate au sein de la population, y compris parmi les aînés (30). Dans de nombreux cas, on constate également un faible taux de couverture vaccinale chez les travailleurs de la santé (et les travailleurs sociaux), malgré le fait

que des éléments probants montrent quelle différence la vaccination peut faire pour la morbidité et la mortalité chez les aînés dans différents cadres, et non pas uniquement pour les groupes à haut risque comme les résidents de maisons de repos.

Mesures

77. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- mettre en œuvre des programmes nationaux de vaccination, y compris pour les groupes plus âgés ;
- continuer à fournir des données sur les maladies évitables par vaccin et la couverture vaccinale chez les seniors afin de parvenir à une meilleure compréhension de l'épidémiologie des maladies ;
- veiller à la mise en œuvre de programmes de lutte contre les maladies infectieuses dans les institutions, en englobant non seulement les hôpitaux, mais aussi d'autres établissements, y compris ceux qui accueillent des personnes âgées.

Intervention prioritaire n° 4 : Encadrement des aidants informels par le secteur public, l'accent étant mis sur les soins à domicile, y compris les soins autoadministrés

But

78. L'objectif de l'intervention prioritaire n° 4 est d'assurer une durabilité en matière de soins informels dispensés par les membres de la famille et les amis et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes nécessitant des soins, ainsi que de leurs aidants, en accordant une attention particulière aux besoins d'un nombre croissant de personnes atteintes de démence.

Corrélation avec Santé 2020

79. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 3 de Santé 2020 : Renforcer les systèmes de santé et de soins de longue durée centrés sur la personne (et adaptés à des populations vieillissantes).

Motivation

80. Dans tous les pays d'Europe, la majeure partie des heures de soins sont des soins informels (généralement dispensés par des femmes), même dans les pays possédant les plus importants secteurs de soins aux aînés organisés par le secteur public. La prévalence toujours plus élevée de cas de démence augmentera la nécessité d'un encadrement (31). On pourrait donc argumenter que le soutien du secteur public aux aidants informels est la mesure la plus importante des politiques publiques pour contribuer au maintien à long terme de soins de santé et d'une aide sociale aux populations vieillissantes (21, 32). Souvent, les systèmes statistiques et outils de comparaison entre pays ne sont pas à la hauteur de la tâche de suivi et d'analyse de l'évolution en matière de soins informels, alors qu'ils ont une importance capitale (31).

Mesures

81. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- concevoir des stratégies pour former les adultes âgés aux soins autoadministrés et pour former les aidants informels, et adapter les programmes de formation en matière de soins autoadministrés ;

- diffuser les bonnes pratiques et favoriser l'échange international d'informations, y compris sur les pratiques respectueuses de la dimension homme-femme, qui ne font pas peser un fardeau trop lourd sur les femmes ;
- en collaboration avec d'autres organisations internationales, étoffer les bases factuelles et faire pression en faveur de l'amélioration des systèmes internationaux de notification de la situation familiale et des soins apportés par des aidants informels et pour la réalisation d'une évaluation et d'une analyse des tendances.

Intervention prioritaire n° 5 : Renforcement des capacités des travailleurs de la santé et travailleurs sociaux en matière de gériatrie et de gérontologie

But

82. L'objectif de cette intervention prioritaire est de veiller à ce que les capacités de formation en gériatrie et en gérontologie reflètent la concentration croissante des besoins de santé et d'aide sociale sur les personnes âgées, qui sont nombreuses à souffrir de démence.

Corrélation avec Santé 2020

83. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 3 de Santé 2020 : Renforcer les systèmes de santé et de soins de longue durée centrés sur la personne (et adaptés à des populations vieillissantes).

Motivation

84. Dans de nombreux cas, les capacités nationales et sous-nationales de formation en gériatrie et en gérontologie sont insuffisantes (33). Il y a à la fois des lacunes dans les connaissances en gériatrie des généralistes et autres professionnels des soins de santé, et un manque de formations spécialisées et de spécialistes en gériatrie (34). Les problèmes relatifs à l'accès aux formations et aux défaillances dans la qualité des soins dues à ces pénuries sont patents. Quoique dans de nombreux cas, ces pénuries aient été décelées depuis de nombreuses années, les progrès ont souvent été insuffisants, ce qui ajoute encore à l'urgence de prendre des mesures dans le cadre de cette intervention prioritaire. Cette intervention est donc cruciale pour le domaine prioritaire n° 3 de Santé 2020, « renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise ».

Actions

85. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :
- rédiger des directives nationales sur l'enseignement de la gériatrie et définir des normes pour la formation en gériatrie ;
 - s'engager dans la planification des capacités en gériatrie et gérontologie dans le cadre de la planification générale du personnel de santé et personnel des services sociaux pour les populations vieillissantes ;
 - contribuer à réduire le fossé existant entre les pays et au sein de ceux-ci en matière de capacités et de formation du personnel de santé et des travailleurs sociaux, et promouvoir les réseaux internationaux dans la Région ;

- favoriser les échanges internationaux d'informations sur les bonnes pratiques concernant l'évaluation et la promotion de la formation permanente en matière de compétences pour les soins de santé et l'aide sociale aux personnes âgées.

Interventions auxiliaires

86. Ces interventions auxiliaires soulignent la nécessité d'une action intersectorielle et de rapprochements entre trois sphères de politiques nationales et de proximité pour un vieillissement en bonne santé. Deux des interventions auxiliaires proposées ont pour objet les déterminants sociaux, au sens large, de la santé et du bien-être des hommes et femmes âgés : la prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale, et la prévention de la maltraitance des aînés. La troisième intervention auxiliaire porte sur la nécessité d'accélérer l'élaboration nationale, la mise en œuvre et l'échange international de stratégies pour garantir la qualité des soins dispensés aux aînés, en particulier à la frontière entre services de santé et services sociaux.

Intervention auxiliaire n° 1 : Prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale

But

87. L'objectif de l'intervention auxiliaire n° 1 est de lutter contre la solitude, l'isolement social et l'exclusion sociale, qui sont des facteurs de risque importants affectant la santé et le bien-être des aînés.

Corrélation avec Santé 2020

88. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 4 de Santé 2020 : Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien.

Motivation

89. La solitude, l'isolement social et l'exclusion sociale sont des facteurs de risque importants pouvant entraîner un mauvais état de santé chez les personnes âgées, notamment en l'absence de réseaux familiaux ou d'encadrement suffisant pour les familles. Ils affectent tous les aspects de la santé et du bien-être, depuis la santé mentale et la démence jusqu'au risque d'admissions en urgence à l'hôpital en raison de problèmes tels qu'une grave déshydratation ou de la malnutrition (8). La pauvreté des personnes âgées peut fortement aggraver leur risque d'exclusion sociale. Actuellement, les méthodes innovatrices de lutte contre l'isolement social sont sous-exploitées dans de nombreux cas et méritent qu'il y ait plus d'échanges et de collaboration à l'échelle internationale. Pour tenter de résoudre ce problème, il faut intervenir de manière résolument intersectorielle, en tenant dûment compte de la dimension homme-femme, ce qui permet de combattre l'impact des sexospécificités et d'autres déterminants sociaux de la santé. Par exemple, dans de nombreux pays, les femmes âgées courent plus de risques de souffrir d'isolement social que les hommes âgés (31). La plupart des interventions combinent des mesures du secteur public avec du volontariat, activant ainsi le potentiel des personnes âgées elles-mêmes, celui de leur famille ou celui de leur entourage (25). Il est tenu compte des différences importantes existant en Europe quant au rôle traditionnel de la famille et au nombre de personnes âgées vivant au sein de leur famille élargie.

Actions

90. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- promouvoir l'engagement citoyen des personnes âgées et renforcer le rôle du volontariat ;
- encourager les relations intergénérationnelles grâce à des reportages positifs dans les médias et des campagnes publiques de promotion de l'image ;
- élargir l'accès à des modes d'encadrement innovateurs pour permettre aux personnes âgées de combattre l'isolement social, notamment des télé-liaisons avec des prestataires de services sociaux et un accès à la technologie avec formation à son utilisation, pour faciliter l'échange intergénérationnel et gommer les distances géographiques au sein des familles.

Intervention auxiliaire n° 2 : Prévention de la maltraitance des aînés

But

91. L'objectif de l'intervention auxiliaire n° 2 est de prévenir la maltraitance des aînés.

Corrélation avec Santé 2020

92. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 4 de Santé 2020 : Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien.

Motivation

93. La maltraitance des aînés, qui peut prendre la forme d'abus ou de négligences sur le plan physique, sexuel, mental ou financier, est une importante cause de traumatisme, de maladie et de désespoir. Les personnes âgées peuvent être maltraitées chez elles par des membres de leur famille et des aidants, ou en institution par le personnel ou des visiteurs. Dans la Région européenne de l'OMS, on a récemment estimé qu'au moins 4 millions de personnes âgées faisaient l'expérience de la maltraitance chaque année, quelle que soit l'année. Avec le vieillissement de la population dans la Région, il est probable que les difficultés empirent (35).

94. La violence ou la négligence que ces actes impliquent est une violation flagrante des droits de l'homme. C'est seulement dans les vingt dernières années que l'on a reconnu, systématiquement étudié et tenté de remédier à l'ampleur du problème dans les divers cadres de vie des personnes âgées. Une collaboration internationale visant à formuler des conseils et à faciliter les échanges de meilleures pratiques est indispensable, non seulement en raison de l'ampleur du problème, mais aussi de l'éventail des initiatives visant à y remédier qui sont apparues à tous les niveaux de pouvoir, au sein des organisations internationales et chez d'autres intervenants. Il convient de mener des recherches plus approfondies concernant la dimension homme-femme de la maltraitance des aînés. En outre, les attitudes péjoratives envers les personnes âgées et les préjugés doivent être pris en compte. Ces facteurs donnent notamment lieu à des comportements irrespectueux, des humiliations et des agressions.

Actions

95. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :

- rédiger des politiques et plans nationaux pour la prévention de la maltraitance des aînés dans le cadre de stratégies intersectorielles sur le vieillissement, en se fondant sur les bases factuelles les plus récentes en matière de bonnes pratiques nationales et les conseils prodigués à l'échelon régional et international ;
- améliorer les bases factuelles sur la maltraitance des personnes âgées et renforcer les capacités de recherche en matière d'interventions efficaces ;

- développer les capacités et procéder à un échange de bonnes pratiques entre secteurs pour la protection et la prévention ;
- sensibiliser à la maltraitance des aînés et cibler les investissements sur la prévention ;
- améliorer la qualité des services au sein des communautés locales et dans les institutions, pour mieux les adapter aux besoins spécifiques des personnes âgées souffrant d'un déficit fonctionnel, et pour veiller à ce que des principes directeurs de qualité soient arrêtés pour la prévention de la maltraitance des aînés.

Intervention auxiliaire n° 3 : Qualité des stratégies de soins aux personnes âgées, y compris les soins prodigués en cas de démence et les soins palliatifs pour les patients bénéficiant de soins de longue durée

But

96. L'objectif de l'intervention auxiliaire n° 3 est d'améliorer la qualité des soins aux personnes âgées, en particulier à celles qui souffrent de maladies chroniques graves et de déficits fonctionnels, l'accent étant particulièrement mis sur les soins prodigués en cas de démence et les soins palliatifs pour les patients bénéficiant de soins de longue durée.

Corrélation avec Santé 2020

97. Cette intervention va dans le sens du domaine prioritaire n° 3 de Santé 2020 : Renforcer les systèmes de santé et de soins de longue durée centrés sur la personne (et adaptés à des populations vieillissantes).

Motivation

98. Les personnes de tout âge qui souffrent de maladies chroniques graves et de déficits fonctionnels ont souvent besoin d'un ensemble de soins complexes, incluant des soins primaires, des soins spécialisés, l'accès à des médicaments abordables, à des dispositifs d'aide et à une aide sociale (33). Les preuves s'accumulent quant à des carences dans la qualité des soins et un manque de coordination des soins (36). De plus, pour les personnes vivant en institution ou ayant besoin de soins de longue durée chez elles, une nutrition adéquate, la sécurité personnelle et l'accès à des services classiques de bonne qualité peuvent poser problème, en particulier dans les situations où il y a un manque de moyens (32). Dans de nombreux pays, on n'en est toujours qu'aux premiers balbutiements en ce qui concerne la qualité des processus de soins, les principes directeurs et leur mise en œuvre dans les lieux où l'on dispense des soins de longue durée, et les soins chroniques ; pour remédier à cela, il faut procéder à des échanges internationaux de bonnes pratiques et d'expériences de stratégies d'amélioration de la qualité. Dans ce contexte, les personnes souffrant de démence méritent une attention particulière (37). Il convient d'accorder davantage d'attention à l'utilisation efficace des médicaments dans la mesure où les personnes âgées souffrant de multiples pathologies chroniques sont parfois plus exposées au risque de recevoir un traitement insuffisant ou excessif.

Actions

99. Il conviendrait de prendre les mesures suivantes :
- encourager la collaboration internationale sur la mesure de la qualité des soins et les échanges de meilleures pratiques en matière de mise en œuvre d'initiatives relatives à la qualité des soins à divers niveaux de gouvernance ;

- formation et transfert du savoir, et conseils à propos des initiatives visant à améliorer la qualité des soins fournis dans des cadres où les moyens font défaut et dans des systèmes de soins de santé en transition.

Références¹

1. *Santé 2020 – Un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être (EUR/RC62/9)*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012, (<http://www.euro.who.int/RC>).
2. Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA52.7 sur le vieillissement actif. Dans : *Cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-25 mai 1999. Volume 1. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 : 8-9.
3. *Résolution WHA58.16 de l'Assemblée mondiale de la santé – Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/Francais/Resolutions.pdf)
4. *Résolution WHA65.3 de l'Assemblée mondiale de la santé sur le renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-fr.pdf).
5. *Add life to years: report on Regional Office activities in health care of the elderly*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RHB_016A.pdf).
6. *SANTE 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999.
7. *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* (en anglais). New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2002.
8. *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf).
9. *Stratégie régionale de mise en œuvre du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement 2002*. Genève, Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, 2002 (<http://social.un.org/index/LinkClick.aspx?fileticket=bRh2R09UA6g%3d&tabid=330>, en anglais).
10. *Rapport sur la santé en Europe 2012*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (à paraître).
11. *World population ageing 2009*. New York, United Nations, 2010 (<http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>).
12. Chawla M, Betcherman G, Banerji A. *Du rouge au gris. La troisième transition des populations vieillissantes en Europe de l'Est et dans l'ex-Union soviétique*. Washington D.C., Banque mondiale, 2007.
13. *Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en œuvre*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (document A58/19, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_19-fr.pdf).
14. UNECE Population Unit – Home [site Web en anglais]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2012 (<http://www.unece.org/pau/welcome.html>).

¹ Sauf indiqué autrement, tous les sites web ont été consultés le 22 juin 2012.

15. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1966 (<http://www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm>).
16. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>).
17. *Charte sociale européenne*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1961 (<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=035&CL=FRE>).
18. *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées*. New York, United Nations, 1991 (http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/91).
19. *Stratégie de l'OMS sur la santé mentale et plan d'action pour l'Europe, projet n° 1*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (à paraître).
20. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, 19-20 septembre 2011. New York, Nations Unies, 2011 (Document A/66/L.1 ; http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1).
21. *Dementia, a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/index.html; accessed 12 April 2012).
22. *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf).
23. *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels, European Commission, 2011 (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf).
24. *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte 2012-2016*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011 (document EUR/RC61/12, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/148066/RC61_fdoc12.pdf).
25. Green G, Tsouros A (sous la dir. de). *Initiatives des villes pour la santé. Évaluation de synthèse de la phase IV du Réseau européen des Villes-santé de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98257/E91886.pdf, en anglais).
26. Kanström L et al., eds. *Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles of older people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98399/E91887.pdf).
27. *Activité physique et santé en Europe : informations au service de l'action*. Organisation mondiale de la santé, 2009 (http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/publi_OMS_acti_physique_sante_europe.pdf).
28. *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/entity/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf).
29. Todd C, Skelton D. *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Evidence Network report, <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>).

30. *Report of the ad-hoc Consultation on Ageing and Immunization 21–23 March 2011*. Geneva, Switzerland. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_IVB_11.10_eng.pdf).
31. Huber M et al. *Facts and figures on long-term care – Europe and North America*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
32. *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*. Paris, OCDE, 2011 (http://www.oecd.org/document/23/0,3746,fr_2649_37407_47936719_1_1_1_37407,00.html).
33. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf).
34. Keller I et al., eds. *Global survey on geriatrics in the medical curriculum*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/entity/ageing/publications/alc_tegeme_survey.pdf).
35. Sethi D et al. (sous la dir. de) *Rapport européen sur la prévention de la maltraitance envers les aînés* (en anglais). Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>).
36. Hall S et al. (sous la dir. de) *Soins palliatifs pour les personnes âgées : les meilleures pratiques* (en anglais). Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2011/palliative-care-for-older-people-better-practices>).
37. Evidence-based recommendations for management of dementia in non-specialized health settings [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/en/index.html).

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

Albanie
Allemagne
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Biélorus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Ex-République yougoslave
de Macédoine
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Monaco
Monténégro
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turkménistan
Turquie
Ukraine

Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17. Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : contact@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int