



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Vieillir en bonne santé : politiques et interventions prioritaires

© Organisation mondiale de la santé 2012

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Sommaire

	<i>page</i>
Introduction	1
Domaines prioritaires stratégiques.....	4
<i>Prendre de l'âge en restant en bonne santé, tout au long de la vie</i>	4
<i>Des systèmes de santé et de soins de longue durée adaptés à des populations vieillissantes</i>	5
<i>Des environnements favorables</i>	5
<i>Renforcer la recherche et étoffer les bases factuelles</i>	5
Cinq interventions prioritaires	5
<i>Prévention des chutes</i>	6
<i>Promotion de l'activité physique</i>	7
<i>Vaccination des aînés contre la grippe et prévention des maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé</i>	9
<i>Soutien des aidants informels par le secteur public, l'accent étant mis sur les soins à domicile</i>	11
<i>Renforcement des capacités des personnels de santé et des travailleurs sociaux en matière de gériatrie et de gérontologie</i>	12
Interventions auxiliaires	13

Introduction

C'est dans la Région européenne de l'OMS que l'âge moyen de la population est le plus élevé au monde, et il continue d'augmenter rapidement. Rares sont les endroits au monde où de nombreuses personnes jouissent d'une durée de vie aussi longue : l'espérance de vie moyenne à la naissance pour les 53 pays de la Région européenne est de plus de 72 ans pour les hommes et d'environ 80 ans pour les femmes. Mais en matière de longévité et de vécu sur le plan de la santé à un âge avancé, les écarts continuent de se creuser. La proportion de gens âgés de 65 ans et plus devrait presque doubler entre 2010 et 2050, et aucun groupe d'âge ne verra ses rangs s'étoffer plus vite que celui des personnes âgées de 80 ans et plus.

L'augmentation de l'espérance de vie moyenne, couplée à une baisse de la fertilité et à de faibles taux de croissance de la population dans de nombreux pays, fait grimper les taux de dépendance des aînés. Si, en 2010, la moyenne de la Région européenne de l'OMS était de près de 26 dépendants (âgés de 65 ans et plus) pour 100 personnes en âge de travailler, elle devrait doubler d'ici à 2050, pour atteindre environ 52. Mais en fixant de manière statique un seuil d'âge à 65 ans, on ne tient pas compte des espérances de vie plus longues, ni du nombre croissant de personnes qui, au-delà de cet âge, maintiennent une vie sociale active, soutiennent leur famille et s'engagent dans des activités bénévoles au sein de leur communauté locale.

La fig. 1 montre la différence entre les taux de dépendance estimés selon que la limite d'âge employée est fixe ou dynamique. La limite d'âge fixe se base sur le rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus et le nombre de personnes de 20 à 64 ans. La limite d'âge dynamique se base sur le rapport entre le nombre de personnes ayant atteint l'âge auquel elles peuvent espérer vivre encore 15 ans et le nombre de personnes ayant entre 20 ans et cet âge. Les taux de dépendance s'accroissent nettement plus lentement et ont une évolution différente si l'on prend comme âge limite l'âge auquel les gens peuvent espérer vivre encore 15 ans en moyenne. Cette limite d'âge augmente avec le temps et est très différente d'un pays à l'autre (fig. 2).

Pour le maintien à long terme des politiques sanitaires et sociales en Europe, il est devenu essentiel de permettre à plus de personnes âgées de rester en bonne santé et actives. Les perspectives fiscales défavorables qui affectent beaucoup de pays exacerbent encore l'urgente nécessité d'accélérer la mise en œuvre de politiques en faveur d'un vieillissement en bonne santé.

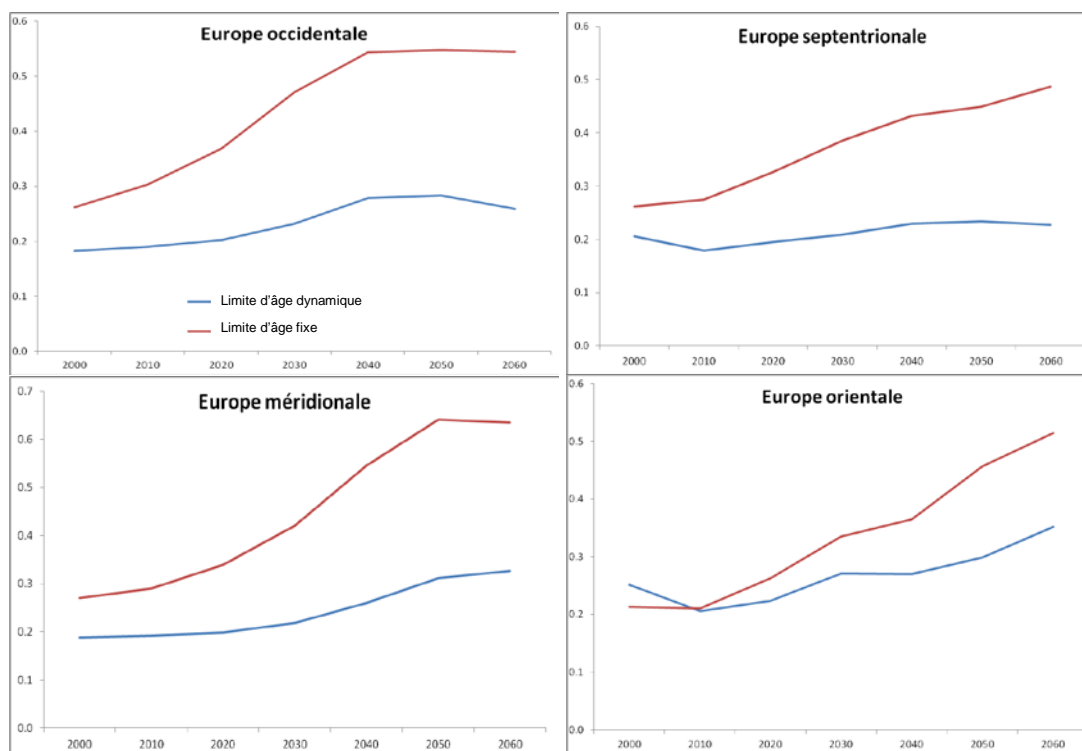
« Vieillissement en bonne santé » est un terme court pour le concept plus vaste de vieillissement en restant à la fois actif et en bonne santé. Vieillir en restant actif est, selon la définition de l'OMS :

... le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. Vieillir en restant actif s'applique à toutes les personnes âgées, individuellement ou collectivement. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin.¹

¹ *Viellir 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, consulté le 20 mars 2012).

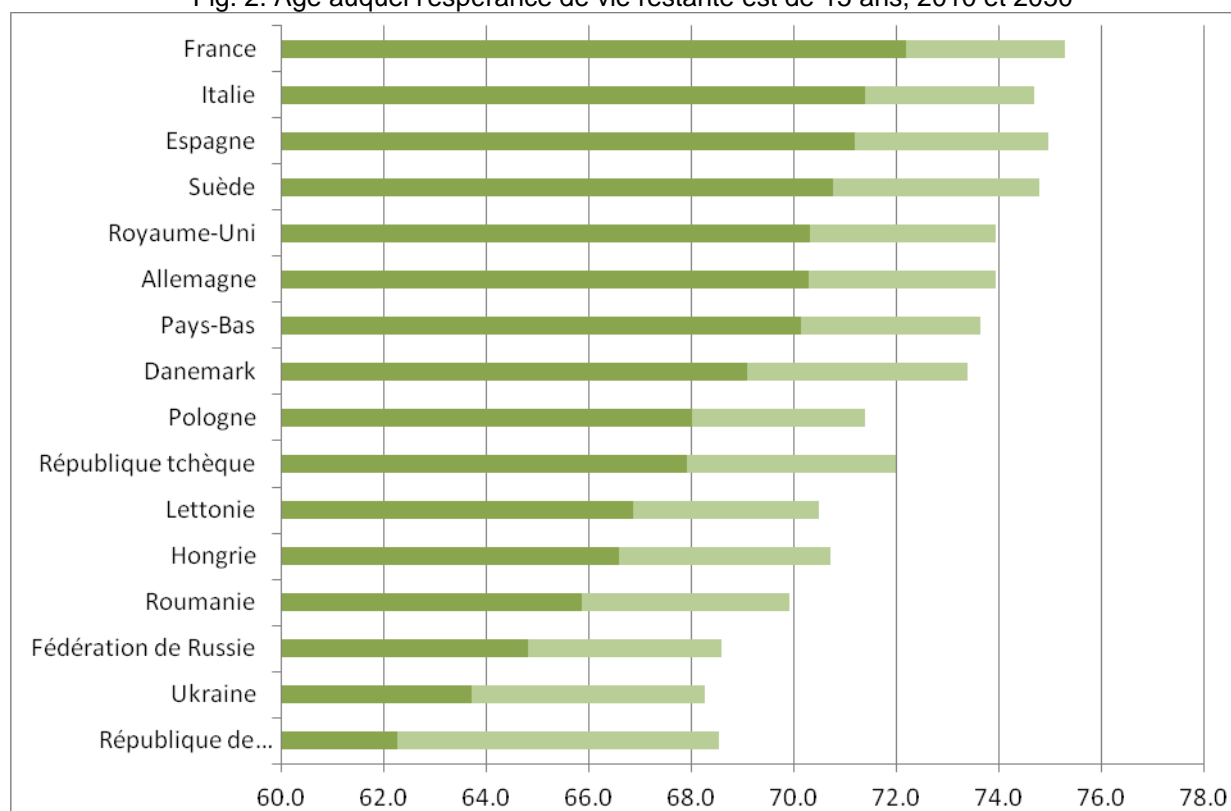
En intervenant tôt pour promouvoir une vie active, on peut réduire la proportion de personnes âgées qui dégringolent sous le seuil d'incapacité, comme l'illustre la fig. 3.

Fig. 1. Taux de dépendance estimés avec des limites d'âge fixe et dynamique, par sous-région européenne des Nations Unies



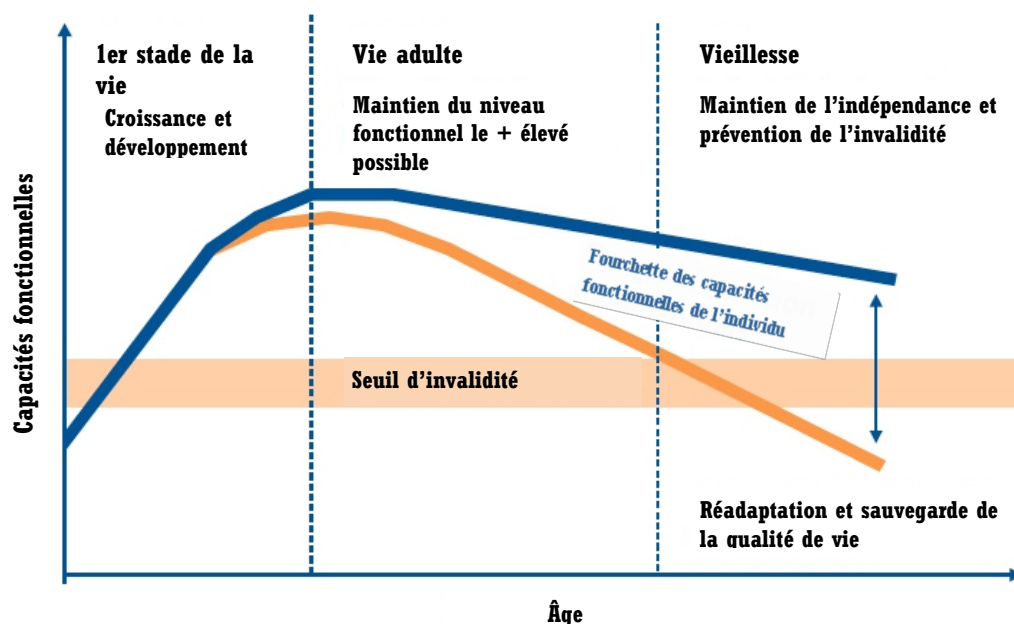
Source: Centre européen de recherche en politique sociale/Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, informations non publiées, 2012.

Fig. 2. Âge auquel l'espérance de vie restante est de 15 ans, 2010 et 2050



Source : World population prospects, the 2010 revision. New York, United Nations, Department of Economics and Social Affairs, 2010 (http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm, consulté le 16 mars 2012).

Fig. 3. Capacités fonctionnelles tout au long de la vie



Source : *Viellir 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, consulté le 20 mars 2012).

Le vieillissement actif figure en bonne place sur la liste des politiques à mener en Europe et dans le monde. L'année 2012 marque le 10^e anniversaire du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. Dans l'Union européenne, 2012 a été consacrée « Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle ». Autour du 7 avril, date à laquelle l'OMS célèbre la Journée mondiale de la santé 2012, des campagnes mettront l'accent sur le vieillissement en bonne santé dans toute l'Europe, sensibilisant ainsi à ce que peuvent apporter, en la matière, les individus et les pouvoirs publics.

Le plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2016, que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est en train d'élaborer en consultation avec ses États membres et la société civile, représente un apport fondamental pour la Région européenne de l'OMS. Pour permettre à plus de personnes de vivre en bonne santé et de mener une vie active dans leur vieillesse, il convient de consentir des investissements dans tout un éventail de politiques. Les quatre domaines prioritaires stratégiques suivants montrent comment l'on peut réagir au vieillissement rapide de l'Europe par des politiques sanitaires coordonnées.

Domaines prioritaires stratégiques

Prendre de l'âge en restant en bonne santé, tout au long de la vie

Il est généralement convenu que la lutte contre l'épidémie de maladies non transmissibles tout au long de la vie est la clé de nouvelles avancées en matière sanitaire pour les seniors, ainsi que du maintien à long terme des politiques sanitaires et sociales. Chez les personnes âgées de 60 ans et plus, les maladies non transmissibles sont responsables de la majorité des années de vie en bonne santé perdues. La santé et le niveau d'activité d'un individu âgé dépend donc de ses circonstances de vie et de ses actes tout au long de sa vie. Mais on peut en faire plus pour promouvoir la santé et prévenir la maladie, y compris chez les aînés, qui peuvent avoir des difficultés à accéder à la

prévention et à la rééducation. Il s'agit en particulier de maintenir les capacités mentales et le bien-être chez les personnes les plus âgées.

Des systèmes de santé et de soins de longue durée adaptés à des populations vieillissantes

Le deuxième défi consiste à adapter les systèmes de santé à des populations vieillissantes. Comment les différents niveaux des services de santé et d'aide sociale peuvent-ils être mieux coordonnés et fournir de meilleures prestations aux personnes souffrant de multiples maladies chroniques et de déficits fonctionnels ? La part des frais de santé supportée par le patient est trop élevée pour beaucoup de seniors en Europe, et le budget public consacré aux soins de longue durée varie énormément d'un pays à l'autre. Les bases factuelles indiquent que beaucoup de personnes nourrissent toujours plus d'attentes quant à un meilleur accès à des soins de santé et à une aide sociale de haute qualité, avec un soutien du secteur public aux soins informels dispensés par la famille, les amis et autres bénévoles.

Des environnements favorables

Le réseau toujours plus vaste de villes et de communautés coopérant entre elles et avec l'OMS pour créer des environnements favorables, « seniors admis » constitue une évolution prometteuse. L'accent est mis sur la participation du Bureau régional de l'OMS à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle, ainsi qu'au Partenariat européen pour le vieillissement actif et en bonne santé de la Commission européenne.

Renforcer la recherche et étoffer les bases factuelles

Le Bureau régional s'efforce aussi d'améliorer les bases factuelles sous-tendant les politiques, de faciliter l'échange des savoirs et de remédier à l'absence de données comparables. L'échange et le transfert des savoirs resteront essentiels pour une Région européenne riche en exemples innovateurs de bonnes pratiques sur le plan du vieillissement en bonne santé, y compris au niveau local.

Cinq interventions prioritaires

Dans ces quatre domaines stratégiques, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe propose des mesures prioritaires afin d'obtenir des résultats mesurables dans les cinq prochaines années. Ces mesures sont sélectionnées en gardant à l'esprit un certain nombre de critères. Elles apportent une réponse à des questions souvent posées par des politiciens qui veulent des conseils sous la forme d'un nombre limité de recommandations pour leurs politiques, plutôt que de listes exhaustives de mesures. Quelles sont les interventions qui ont démontré leur capacité à produire rapidement des effets bénéfiques, pour autant qu'elles soient correctement mises en œuvre ? Sont-elles politiquement réalisables ? Des progrès peuvent-ils être atteints et mesurés dans un intervalle de temps relativement court, à savoir quelques années ?

Le Bureau régional de l'Europe envisage de travailler avec les pays à divers niveaux de pouvoir pour concevoir et mettre en œuvre cinq interventions prioritaires :

- la prévention des chutes ;

- la promotion de l'activité physique ;
- la vaccination des aînés contre la grippe et la prévention des maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé ;
- le soutien des aidants informels par le secteur public, l'accent étant mis sur les soins à domicile, y compris les soins autoadministrés ;
- le renforcement des capacités des travailleurs de la santé et travailleurs sociaux en matière de gériatrie et de gérontologie.

Étant donné que ces interventions figurent déjà en bonne place dans des plans nationaux ou sous-nationaux en rapport avec le vieillissement en bonne santé, il existe de plus en plus d'éléments probants attestant qu'elles sont efficaces et contribuent au maintien à long terme des politiques sanitaires et sociales. Ces éléments probants fournissent les bases d'un nouveau renforcement des échanges internationaux et du transfert de connaissances.

Prévention des chutes

Le risque de chutes augmente sans cesse avec l'âge. Chaque année, quelque 30 % des personnes de plus de 65 ans et 50 % des personnes de plus de 80 ans tombent. Les femmes sont plus vulnérables que les hommes, étant donné qu'elles ont tendance à avoir moins de force musculaire et sont plus prédisposées à l'ostéoporose. Les traumatismes dus à des chutes faites à un âge avancé sont plus susceptibles d'être graves et, une fois blessées, les personnes âgées courent plus de risques d'être en mauvaise santé plus longtemps, de faire un séjour à l'hôpital ou de souffrir de complications fatales. Les traumatismes dus à des chutes (principalement des fractures de la hanche) entraînent des dépenses considérables pour l'admission à l'hôpital et la rééducation.

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 multiples. Des éléments convaincants attestent que la plupart des chutes sont évitables. 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 bonnes pratiques sur la manière de bien mettre en œuvre les stratégies de prévention des chutes dans différents cadres avec le soutien de politiques publiques.

Le nombre de chutes et de traumatismes par chute peut être réduit pour autant qu'il y ait à la fois une sensibilisation aux facteurs de risque, des programmes d'exercice, de la physiothérapie et une rééducation à l'équilibre. Un nombre croissant de pays ont mis en place des programmes d'évaluation du degré de sécurité dans les foyers, ainsi que de modification par des professionnels formés à cet effet. Des mesures préventives plus spécialisées pour les groupes d'aînés à haut risque ont aussi été imaginées, comme le port de protège-hanches. La prévention des chutes figure en bonne place dans les programmes de gestion de la qualité des soins de santé et de l'aide sociale dispensés aux personnes âgées dans divers cadres.

Comment l'OMS participe-t-elle ?

Une série de publications montrent comment l'OMS participe à la formulation de mesures sur la prévention des chutes. Par exemple, le *WHO global report on falls prevention in older age* (rapport mondial de l'OMS sur la prévention des chutes chez les personnes âgées, en anglais)

énonce un ensemble de recommandations.² Pour la Région européenne, le *Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007–2012* (en anglais) comprend des indications en vue de l'amélioration de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur de la santé.³

Dans le cadre de cette intervention prioritaire, le Bureau régional de l'OMS collaborera avec les États membres pour atteindre une série d'objectifs, notamment une meilleure sensibilisation aux facteurs de risques et aux mesures efficaces de prévention des chutes ; une amélioration de la formation et de l'accès aux informations pertinentes pour les aidants informels au sein de la communauté locale ; un meilleur accès aux mesures préventives pour les groupes à haut risque et l'incorporation des mesures de prévention des chutes dans les systèmes de qualité des services de santé et d'aide sociale pour personnes âgées.

Promotion de l'activité physique

L'activité physique est l'un des facteurs permettant de prévoir avec le plus de certitude l'état de santé d'une personne à l'âge de la vieillesse. Une activité physique modérée et régulière est bénéfique pour le bien-être mental, physique et social, et elle aide à prévenir la maladie et les invalidités. Les personnes qui abordent la vieillesse en bonne forme physique ont tendance à rester en bonne santé plus longtemps. L'activité physique est bénéfique pour les personnes âgées, non seulement pour prévenir la maladie, mais aussi pour limiter le risque de traumatismes, améliorer la santé mentale et les fonctions cognitives, et renforcer les contacts sociaux.

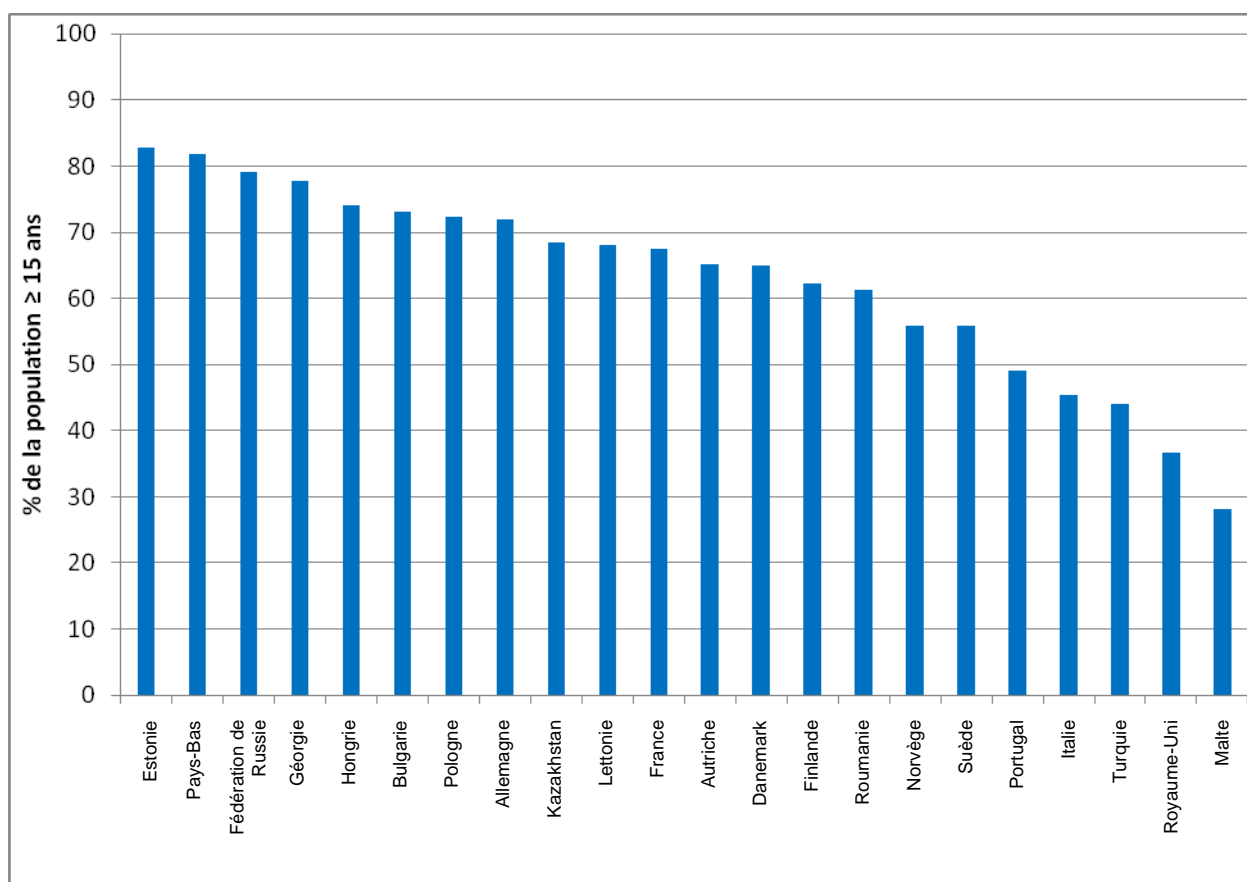
La perte de masse musculaire due à l'âge peut atteindre 30 à 50 % à l'âge de 80 ans. La perte musculaire due à l'âge affecte actuellement plus de 40 % des hommes âgés de 70 à 79 ans dans la Région européenne, et plus de 50 % des femmes.

Malheureusement, une importante proportion de la population de la Région, plus de la moitié dans certains pays, est physiquement inactive, et les bases factuelles démontrent que l'activité physique tend à diminuer au fur et à mesure que l'on vieillit (fig. 4).

² WHO global report on falls prevention in older age. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, consulté le 16 mars 2012).

³ WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf, consulté le 16 mars 2012).

Fig. 4. Proportion de la population physiquement active, estimations après correction des effets dus à l'âge, 2008



Source : Global Health Observatory Data Repository [base de données en ligne]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://apps.who.int/ghodata/>, consulté le 16 mars 2012).

Interventions sous forme de politiques à mener

Dans de nombreux pays, l'évolution des politiques reflète désormais l'urgente nécessité de renverser la tendance à l'inactivité, y compris chez les personnes âgées. Les causes du déclin de l'activité physique chez les aînés varient d'un cadre de vie à l'autre, rendant nécessaires des réactions sur mesure qui permettent de remédier aux lacunes, notamment quant à la sensibilisation de la population, à l'aménagement urbain, aux transports, au financement de la santé et aux systèmes de sécurité sociale. Les politiques et plans nationaux relatifs à l'activité physique comprennent généralement des stratégies multiples visant à sensibiliser davantage la population, à créer des environnements favorables à l'exercice d'une activité physique et à aider les individus à introduire un changement. Une démarche efficace comprendra des mesures visant à combattre l'âgisme et à travailler avec des personnes âgées pour l'évaluation et le réaménagement de l'environnement urbain. En investissant dans des politiques et des programmes d'activité physique, on peut obtenir bien plus qu'une amélioration de la santé : on peut également réduire la facture des soins de santé, rendre les villes plus vivables et attrayantes, réduire la pollution de l'air et revitaliser les quartiers.

Comment l'OMS participe-t-elle ?

Dans *Steps to Health. A European framework to promote physical activity for health* (En route pour la santé. Cadre de référence européen pour la promotion de l'activité physique en faveur de la santé), le Bureau régional de l'OMS dispense aux experts et aux décideurs politiques des

conseils sur la manière d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des mesures qui encouragent l'activité physique.⁴ Le Bureau continuera à soutenir ses États membres à divers niveaux de pouvoir pour inciter à une collaboration et à un échange d'expériences et de bonnes pratiques en matière de mesures efficaces.

Vaccination des aînés contre la grippe et prévention des maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé

La grippe est une infection virale aigüe des voies respiratoires qui se transmet facilement d'une personne à l'autre. Les virus de la grippe circulent dans le monde entier, provoquant des épidémies annuelles durant les mois d'hiver dans la Région européenne de l'OMS.

Quoique la grippe soit généralement une maladie bénigne qui guérit spontanément, elle peut provoquer des complications engageant le pronostic vital, dont la pneumonie et la bronchite, ou l'aggravation d'affections latentes (telles que les maladies pulmonaires ou cardiovasculaires), entraînant hospitalisations et décès. Les personnes âgées, en particulier, sont vulnérables face à l'aggravation de la maladie, ce qui peut avoir pour conséquence une réadaptation et une convalescence prolongées et coûteuses. Pendant les épidémies de grippe saisonnières, plus de 90 % des décès liés à une grippe touchent des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Prévention

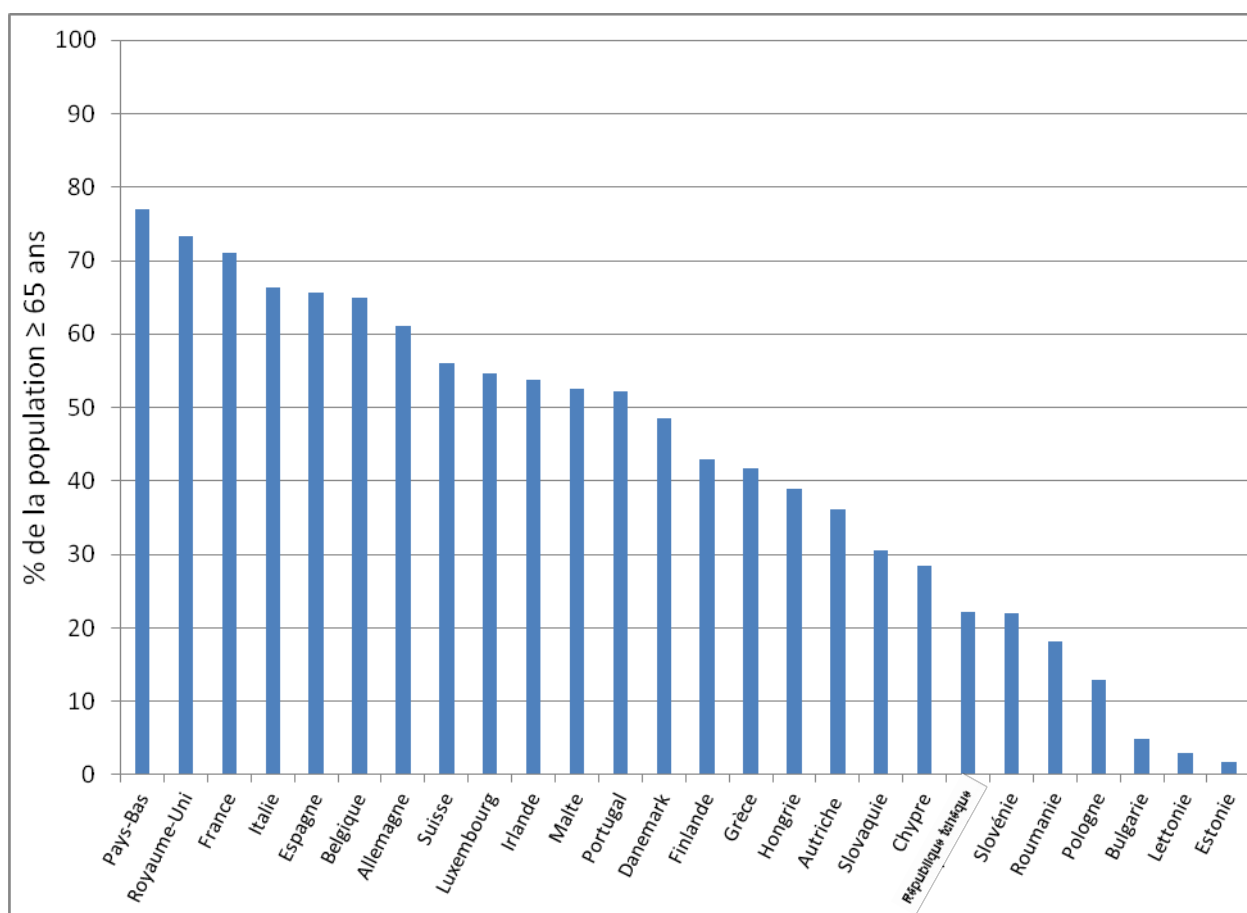
L'OMS recommande que les personnes qui courent un risque de contracter une forme grave de la maladie, dont les seniors, soient vaccinées chaque année avant le début de la saison grippale. Cette vaccination des personnes âgées amène aussi des avantages économiques considérables, en réduisant les frais médicaux directs. Les vaccins contre la grippe sont employés depuis plus de 60 ans. Ils sont considérés comme sûrs et comme étant la meilleure intervention possible pour éviter la morbidité et la mortalité liées à la grippe. Chez les adultes en bonne santé, la vaccination peut offrir entre 70 et 90 % de protection contre les infections grippales. Néanmoins, il y a débat sur le fait de savoir dans quelle mesure la vaccination réduit la morbidité et la mortalité liées à la grippe chez les personnes âgées, surtout les plus fragiles, ce qui appelle de nouvelles études sur l'efficacité des vaccins et sur d'autres stratégies de vaccination et de prévention.

En outre, le phénomène des flambées de grippe occasionnées par un personnel gagné par la contagion dans les établissements de soins de santé et les maisons de repos est bien connu. Dès lors, il est essentiel que le personnel travaillant dans ces endroits soit vacciné.

En 2003, l'Assemblée mondiale de la santé a recommandé que la couverture vaccinale contre la grippe chez les aînés passe à au moins 75 % en 2010 au plus tard. Cette recommandation a été réaffirmée par une résolution du Parlement européen en 2005. Certains pays de la Région européenne de l'OMS ont fait des progrès notables en matière d'élargissement de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les aînés, mais dans la plupart des États membres, cette couverture reste bien en-deçà de l'objectif de l'OMS pour 2010 (fig. 5).

⁴ *Steps to Health: A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf, consulté le 16 mars 2012).

Fig. 5. Pourcentage de personnes vaccinées contre la grippe, population âgée de 65 ans et plus, 2009 ou dernière année disponible



Remarque : Pour l'Autriche et l'Allemagne, la population est âgée de 60 ans et plus.

Sources : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 [base de données en ligne] Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2011 ; Enquête européenne par interview sur la santé [base de données en ligne]. Bruxelles, Eurostat, 2012.

Quel peut être l'apport de l'OMS ?

Parmi les principales priorités en matière de collaboration entre le Bureau régional de l'OMS et ses États membres, on trouve :

- des initiatives visant la mise au point de vaccins plus efficaces contre la grippe, sur la base de nouvelles technologies ;
- le maintien d'un encadrement pour augmenter le niveau de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées dans les pays où existent des programmes de vaccination contre la grippe, et introduire un programme de vaccination contre la grippe saisonnière dans les pays où il n'y en a pas ;
- étoffer les bases factuelles pour orienter le processus décisionnel relatif à l'introduction d'un vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes âgées et pour renforcer les capacités des pays à observer l'évolution quant à l'intérêt suscité par le vaccin contre la grippe.

Soutien des aidants informels par le secteur public, l'accent étant mis sur les soins à domicile

Au fur et à mesure que les populations de la Région européenne prennent de l'âge, un nombre croissant de seniors souffrant d'un déficit fonctionnel ont besoin d'une aide dans les activités de la vie quotidienne. La prévalence toujours plus élevée de cas de démence augmentera encore la demande de ce type d'aide. Dans l'ensemble des pays européens, la majeure partie des soins (calculée en heures) sont fournis de manière informelle dans les foyers (principalement par des femmes). C'est le cas même dans les pays où existe un secteur de soins aux aînés bien développé, soutenu par les pouvoirs publics. Le soutien du secteur public aux aidants informels est l'une des mesures les plus importantes des politiques publiques pour assurer le maintien à long terme de soins de santé et d'une aide sociale aux populations vieillissantes.

Ces soins constituent généralement une réaction à des problèmes de santé multiples. Ils requièrent de combiner soins aigus, rééducation, gestion des maladies chroniques, aide sociale, soins aux déments et, enfin, soins palliatifs, sur un mode évolutif et en fonction du patient. Toutefois, là où ces services sont disponibles, ils sont souvent fragmentés et peuvent avoir un coût prohibitif.

La plupart des personnes ayant besoin de soins de santé chroniques ou d'une aide sociale préfèrent l'option de vivre chez elles et de rester indépendantes le plus longtemps possible, plutôt que de vivre assistées dans une institution. En cas d'accès à des soins adéquats à la maison, il peut devenir moins nécessaire de prévoir des soins aigus dans les hôpitaux ou autres établissements de soins. Cette solution est généralement considérée comme plus efficace et efficiente pour le maintien de la qualité de vie.

Mais sans soutien du secteur public, les soins apportés à un parent ou à un ami peuvent aller de pair, pour l'aidant, avec une participation moindre à la population active, un risque de pauvreté plus élevé et la perte durable de perspectives de carrière. L'absence de soutien peut également avoir un impact négatif sur la relation entre l'aidant et le bénéficiaire, et peut éventuellement entraîner des problèmes mentaux et autres problèmes de santé, l'isolement social des deux parties, ou de la maltraitance de la personne âgée.

Quoique la majeure partie du financement public des soins de longue durée s'effectue encore au travers des institutions, dans certains pays de la Région européenne, les soins de longue durée fournis dans les foyers sont considérés comme une alternative privilégiée, présentant un bon rapport coût-efficacité par rapport aux soins dispensés dans une maison de repos ou un autre établissement (fig. 6). Dans ces pays, les soins à domicile sont devenus un élément important des services financés par le secteur public.

Comment l'OMS participe-t-elle ?

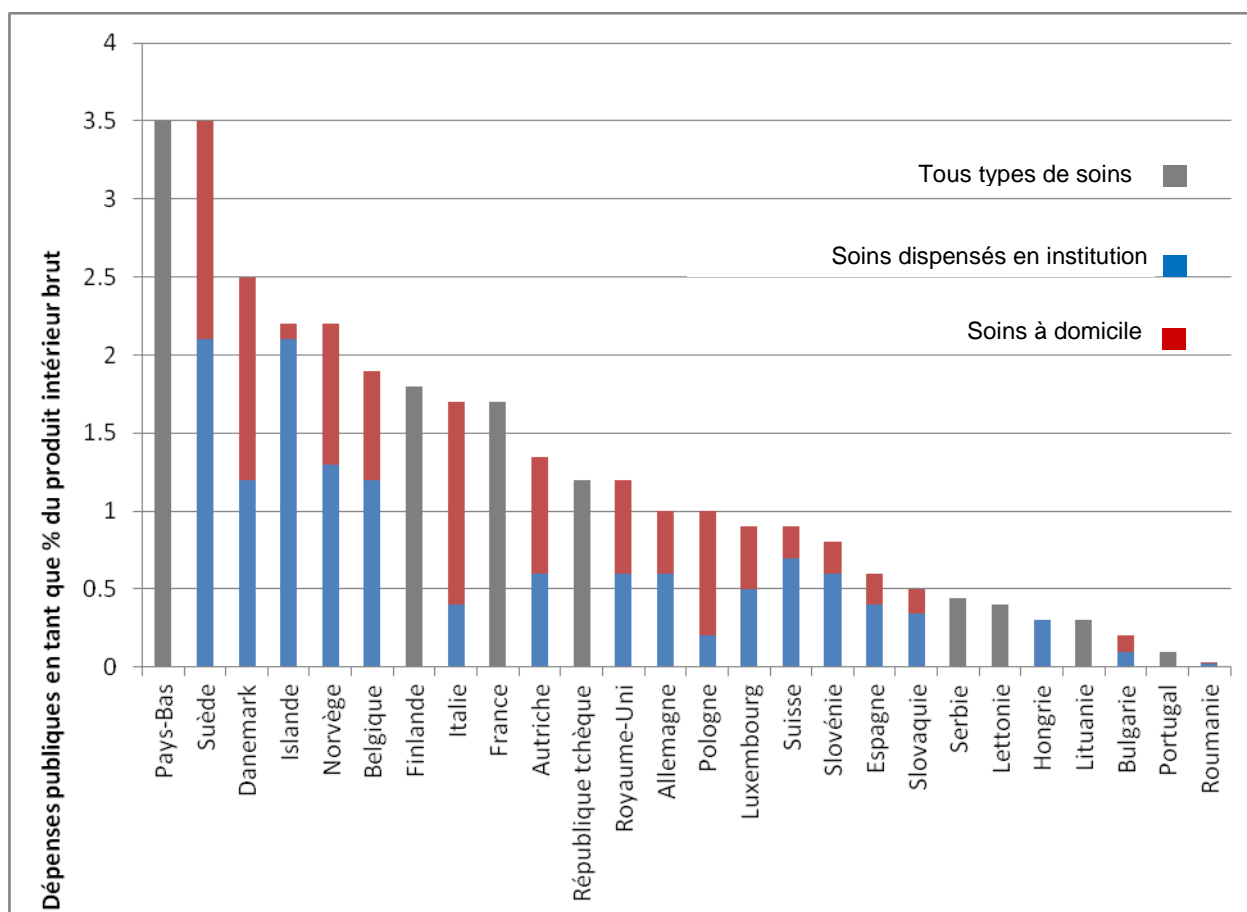
Pour trouver le bon équilibre entre soins formels et informels, il faut disposer d'informations sur les effets sanitaires bénéfiques des soins informels, leur efficacité et l'évolution en la matière. En collaboration avec d'autres organisations internationales, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe veut étoffer les bases factuelles concernant les soins informels, comme par exemple sur le recours à des soins dispensés par le secteur public ou fournis à domicile, les dépenses et les résultats obtenus, l'évolution en matière de soins informels, et les conditions de vie et la situation familiale des personnes âgées. Par la diffusion des bonnes pratiques et les échanges internationaux, le Bureau régional va continuer à faciliter le transfert des connaissances et aider à

la mise en place de programmes basiques de soutien public aux soins à domicile là où ces programmes font actuellement défaut ou sont très fragmentés.

Renforcement des capacités des personnels de santé et des travailleurs sociaux en matière de gériatrie et de gérontologie

Dans la Région européenne de l'OMS, des progrès sensibles ont été accomplis en matière d'éducation à la gériatrie ces vingt dernières années. La gériatrie est devenue une spécialité reconnue dans les écoles de médecine, dans l'enseignement universitaire et postuniversitaire, et dans le cadre de la formation continue du personnel de santé à divers niveaux. Quoique les progrès aient été inégaux dans la Région, des enquêtes menées dans 47 pays montrent que le nombre de chaires de gériatrie bien établies a augmenté de plus de 40 % au total, et que les activités d'enseignement au niveau universitaire et postuniversitaire ont augmenté respectivement de 23 % et de 19 %.⁵

Fig. 6. Dépenses publiques pour les soins de longue durée en institution et à domicile, 2009 ou dernière année disponible



Source : Centre européen de recherche en politique sociale/Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, informations non publiées, 2012.

Mais étant donné le nombre croissant de personnes très âgées dans la Région européenne, il devient urgent de renforcer davantage encore les capacités nationales et sous-nationales de

⁵ Michel J-P et al. Europe-wide survey of teaching in geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008, 56:1536–1542.

formation en gériatrie et en gérontologie et de conférer plus de prestige à la formation en gériatrie, y compris la formation multidisciplinaire. Les plus grandes difficultés restent, d'une part, les lacunes des généralistes et des autres professionnels des soins de santé en matière de gériatrie et, d'autre part, la formation spécialisée insuffisante et une pénurie de spécialistes de la gériatrie. Des preuves tangibles révèlent que ces carences provoquent des problèmes d'accès et des défaillances dans la qualité des soins. Bien que ces carences aient été décelées il y a de nombreuses années, les progrès réalisés en vue d'y remédier ont été lents dans de nombreux cas, ce qui exacerbe l'urgente nécessité d'agir dans le cadre de cette intervention prioritaire.

Comment l'OMS participe-t-elle ?

Afin de contribuer à remédier aux lacunes en matière de capacités et de formation des personnels de santé et des travailleurs sociaux, le Bureau régional de l'OMS collabore avec des partenaires tels que la Commission européenne et l'Organisation de coopération et de développement économiques pour le suivi international des personnels de santé et des travailleurs sociaux. Il soutient l'échange international de bonnes pratiques d'évaluation et de promotion de la formation continue pour les compétences relatives aux soins de santé et à l'aide sociale pour seniors et promouvra les réseaux internationaux dans la Région européenne.

Interventions auxiliaires

L'expérience glanée dans de nombreux pays européens a montré qu'à côté de ces cinq interventions prioritaires, un certain nombre d'interventions auxiliaires peuvent être importantes, notamment pour faire le lien entre le vieillissement en bonne santé et son contexte social plus général. Parmi celles-ci, on trouve la prévention de la maltraitance des aînés, de l'isolement social et de l'exclusion sociale. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aborde ces trois domaines dans son travail avec les États membres.