

24467

IRP/HEE 115.2.2

5610v

ORIGINAL : ANGLAIS/FRANCAIS

NON EDITE

ACTION COORDONNEE SUR LE VIEILLISSEMENT

Rapport de la septième réunion
du Groupe de collaboration ONG/OMS sur le vieillissement

Genève
2 et 3 mai 1988

NOTE

Ce document ne constitue pas une publication officielle. Il a été établi pour être distribué à tous ceux qui ont participé à la réunion et à d'autres personnes intéressées par les soins aux personnes âgées.

Les vues exprimées sont celles des participants à la réunion et ne reflètent pas nécessairement la politique de l'Organisation mondiale de la santé.

Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du directeur général de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou territoires ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport, s'adresser à :

Programme de l'OMS sur la Santé des personnes âgées
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
2100 Copenhague 0
Danemark

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
<u>Première journée</u>	
1. Introduction	1
2. Examen de l'ordre du jour	1
3. Rapport de la sixième réunion	2
4. Thème de la septième réunion : promotion de la santé des personnes âgées	2
<u>Deuxième journée</u>	
5. Ordre du jour	3
6. Objectifs des réunions du groupe ONG/OMS	4
7. Rapport de la première journée	5
8. Huitième réunion	5
9. Exposés	6
10. Promotion de la santé	7
11. Conclusions	7
Annexe 1. Remarques liminaires présentées au nom du directeur général de l'OMS par le Dr J. Rochon, directeur, Gestion des programmes	9
Annexe 2. Remarques liminaires du Dr Hana Hermanova, chef par intérim du programme de Santé des personnes âgées . . .	11
Annexe 3. American Association of Retired Persons	13
Annexe 4. HelpAge International	15
Annexe 5. Fédération internationale des associations de personnes âgées	21
Annexe 6. Confédération mondiale de physiothérapie	23
Annexe 7. Information gérontologique internationale	25
Annexe 8. Association hellénique de gérontologie	27
Annexe 9. Conseil international des infirmières	28
Annexe 10. Information gérontologique internationale - rapport pour l'année 1987	29
Annexe 11. Conseil international des femmes	31
Annexe 12. American Association of Retired Persons - promotion de la santé	33
Annexe 13. Age Concern Angleterre	36
Annexe 14. Liste des participants	39
Annexe 15.1-5 Répertoire des membres du Groupe de collaboration ONG/OMS sur le vieillissement	45
Annexe 16. Extraits du Répertoire des organisations non gouverne- mentales en relations officielles avec l'Organisation mondiale de la santé (CWU/NGO/87.1)	50



Première journée

1. Introduction

La réunion a été ouverte par le Dr J. Rochon, directeur de la Gestion des programmes du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Le Dr Rochon s'est déclaré particulièrement heureux de rencontrer pour la première fois les membres du groupe. On trouvera à l'Annexe 1 le texte de son allocution.

Le Dr Hana Hermanova, chef par intérim du programme de Santé des personnes âgées, a également prononcé quelques mots d'introduction dont on trouvera le texte à l'Annexe 2.

Le Dr Hermanova a été élue présidente, et le Dr Ch. Beer rapporteur pour la première journée.

Les membres du groupe se sont présentés eux-mêmes en faisant brièvement l'historique de leur organisation.

2. Examen de l'ordre du jour

2.1 La présidente a brièvement exposé les principaux contacts qui ont eu lieu en 1987 et 1988 entre le programme de la Santé des personnes âgées et les ONG. Les contacts les plus importants ont concerné les organisations suivantes :

- l'Association internationale de sociologie souhaitait participer au groupe ONG/OMS pour la Région africaine, mais n'a pas été en mesure de le faire;
- la Confédération mondiale de physiothérapie et la Fédération mondiale des ergothérapeutes ont cherché à élargir leur collaboration avec l'OMS dans le domaine de la fourniture de soins complets aux personnes âgées dans le cadre communautaire;
- la Fédération internationale des Petits Frères des pauvres souhaite collaborer avec l'OMS, en particulier pour la mise en place d'activités de loisir à l'intention des personnes âgées handicapées;
- l'Organisation mondiale contre la cécité pour la fourniture de services concrets aux personnes âgées malvoyantes; *HelpAge International* a déployé ce type d'activités dans un certain nombre de pays africains;
- l'American Association of Retired Persons (Association américaine des retraités) a distribué un document concis relatif à un groupe de collaboration préalable à la Conférence sur les femmes et le vieillissement, qui devrait se réunir avant le quatorzième Congrès international de gérontologie, prévu au Mexique, en juin 1989. Il a été convenu que le document serait distribué et étudié le deuxième jour. Ce document est reproduit à l'Annexe 3.

2.2 Les autres points proposés pour l'ordre du jour étaient les suivants :

- examen des activités entreprises par *HelpAge International (HAI)* dans les pays et exposées dans le rapport de la sixième réunion. Le rapport de *HelpAge International* est reproduit à l'Annexe 4;

- exposé par le représentant de la Fédération internationale des associations de personnes âgées (FIAPA) (Annexe 5);
- exposé par le représentant de la Confédération mondiale de physiothérapie (CMP) (Annexe 6);
- exposé sur le thème de "la personne âgée et la famille" par les représentants de la Fédération européenne pour le bien-être des personnes âgées (EURAG), et de l'Information gérontologique internationale (IGI) (Annexe 7).

On a alors donné diverses informations sur les documents de travail de la réunion et invité les participants à exposer leurs publications.

Les rapports présentés se trouvent aux Annexes 8 (Association hellénique de gérontologie), 9 (Conseil international des infirmières), 10 (Information gérontologique internationale) et 11 (Conseil international des femmes).

3. Rapport de la sixième réunion

Le groupe a examiné les conclusions de la sixième réunion.

3.1 Répertoire des membres du groupe

Une proposition visant à créer un répertoire des membres du groupe a été jugée superflue étant donné que de nombreux membres du groupe sont déjà en relations officielles avec l'OMS et figurent dans le document "Répertoire des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation mondiale de la santé" (CWU/NGO/87.1). En conséquence, il a été proposé que seules les ONG qui ne sont pas en relations officielles avec l'OMS complètent la formule d'information et la renvoient au Secrétariat. L'ensemble des formules complétées se trouve à l'Annexe 15, et les extraits pertinents du répertoire des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS sont présentés à l'Annexe 16.

3.2 Enquête sur les moyens de renforcer la collaboration entre les ONG et l'OMS

Comme la proposition d'entreprendre en 1987 une enquête sur les moyens de renforcer la collaboration ONG/OMS dans le domaine du vieillissement est restée sans suite, il a été proposé d'inscrire un débat sur ce sujet à l'ordre du jour de la deuxième journée.

3.3 Huitième réunion du groupe (1989)

Il a été convenu que la huitième réunion se tiendrait conjointement avec le quatorzième Congrès international de gérontologie, à Acapulco, en juin 1989. Après discussion, le groupe a estimé que des réunions régionales, et plus spécialement une collaboration ONG/OMS au niveau mondial, étaient nécessaires.

4. Thème de la septième réunion : promotion de la santé des personnes âgées

La présidente, introduisant ce thème, a mentionné quatre documents de référence :

4.1 Recommandations de la deuxième Conférence internationale sur la promotion de la santé, Adélaïde (Australie), 5-9 avril 1988.

4.2 Là où il n'y a pas de gériatre : dix principes pour la promotion de la santé des personnes âgées (Checkoway et Minkler) - DIFFUSION RESTREINTE.

4.3 Promotion de la santé des personnes âgées. Exposé d'un groupe de travail du Royaume-Uni (Kalache, Warnes, Hunter) - DIFFUSION RESTREINTE.

4.4 Santé pour tous : cadre pour la promotion de la santé (Santé et bien-être, Canada).

Les grands thèmes retenus ont été les suivants :

4.4.1 nécessité de réduire les injustices qui frappent actuellement la fourniture des soins et des services : les personnes âgées sont souvent négligées par rapport aux autres groupes;

4.4.2 nécessité d'amplifier les efforts de prévention : réduire les risques de blessures, les maladies chroniques et les incapacités qui en résultent;

4.4.3 prise en charge des états chroniques : renforcer l'aptitude des gens à affronter les problèmes de santé mentale et les incapacités locomotrices et sensorielles. Le document mentionné au paragraphe 4.4 ci-dessus propose, en particulier, un cadre permettant de traiter divers éléments dont :

4.4.3.1 l'auto-prise en charge : encourager les choix sains;

4.4.3.2 l'aide mutuelle : encourager les échanges d'informations et d'expériences ainsi que l'appui mutuel;

4.4.3.3 la création d'un environnement qui assure un appui sur les plans matériel et social.

Les participants ont jugé qu'il était nécessaire d'analyser la question du renforcement des motivations, et d'évaluer le rôle du tabac et de l'alcool sur la santé des personnes âgées.

Deuxième journée

Mme O'Hare a accepté de remplir les fonctions de rapporteur durant la deuxième journée.

5. Ordre du jour

La présidente a proposé l'ordre du jour ci-après, qui a été accepté :

- 5.1 examen des objectifs des réunions ONG/OMS sur le vieillissement;
- 5.2 projet de rapport de la première journée;
- 5.3 présentation par l'IGI (Annexe 7);
- 5.4 présentation du projet conjoint OMS/CMP sur le rôle de la physiothérapie dans les soins aux personnes âgées;
- 5.5 présentation par la FIAPA (Annexe 5);
- 5.6 débat sur la promotion de la santé des personnes âgées;
- 5.7 rapport de cette réunion;
- 5.8 conclusions.

6. Objectifs des réunions du groupe ONG/OMS

M. Maxwell, de l'*American Association of Retired Persons (AARP)* (Annexes 3 et 12) a présidé la discussion; il a tout d'abord rappelé les raisons justifiant l'organisation des réunions ONG/OMS qui avaient été présentées par le représentant du *National Council of Aging* à la sixième réunion en 1987, à savoir :

- 6.1 permettre aux représentants des ONG d'échanger des idées, puis d'en rendre compte à leurs organisations respectives;
- 6.2 établir des liens entre leurs organisations pour résoudre certains problèmes communs;
- 6.3 présenter des rapports sur leurs activités;
- 6.4 donner lecture de documents comme dans les réunions de "sociétés savantes".

Il a estimé que le choix dépendrait des attentes de chaque organisation, faisant observer que, pour certaines d'entre elles, la participation était très coûteuse. Il a rejeté le point 6.4, estimant qu'il s'agissait d'une activité stérile.

Il a proposé que l'AARP se livre à une mini-enquête parmi les membres du groupe pour savoir exactement ce qu'ils attendaient de la réunion; et pour les aider sur ce point, il a formulé les propositions suivantes :

- 6.5 que le groupe devienne une organisation en soi, par exemple un groupe spécial de l'OMS sur le vieillissement, et publie des rapports en son propre nom;
- 6.6 que l'échange d'informations se fasse au moyen d'un bulletin d'information;
- 6.7 que les ONG s'épaulent mutuellement et travaillent ensemble entre les réunions.

Après discussion, les décisions suivantes ont été prises :

- au lieu d'une enquête, demander aux ONG de faire savoir par écrit à l'OMS ou à l'AARP ce qu'elles attendent des réunions. Obtenir sur ce point l'accord de l'OMS et de l'AARP;
- au lieu de créer un bulletin d'information, laisser aux membres le soin de diffuser les conclusions des réunions par le biais de leurs propres bulletins d'information, déjà existants;
- ne pas constituer d'organisation indépendante, chaque réunion engendrant automatiquement la suivante;
- ne pas adopter la proposition relative au répertoire des ONG (voir 3.1).

Le Dr Hermanova a alors repris la présidence et remercié M. Maxwell pour son intervention et ses suggestions. Elle a insisté sur le fait que l'OMS souhaite que les réunions mettent l'accent sur l'"action" plutôt que sur les

"concepts". Elle a proposé que le groupe examine le programme à moyen terme 1990-1995 sur la santé des personnes âgées, et que les membres émettent des propositions quant à la façon dont ils pourraient participer concrètement, et à leurs frais, aux activités planifiées du programme. Les bons projets peuvent attirer des fonds extrabudgétaires aussi longtemps qu'ils sont viables et essentiels.

La représentante du CIF a rappelé aux membres que chaque ONG était naturellement reliée à l'OMS par des personnes servant d'intermédiaires, et qu'il y avait un risque de confusion si les suggestions des ONG étaient présentées à différents secteurs de programme OMS.

Mme Bonner (Association internationale des femmes médecins - AIFM) a demandé des éclaircissements au sujet de la coopération avec le Centre des Nations Unies à Vienne. La présidente lui a expliqué que la coopération était activement poursuivie avec la division du développement social du Centre pour le développement social et les affaires humanitaires (ONU).

7. Rapport de la première journée

Le rapporteur de la première journée a précisé que plusieurs points avaient été inscrits à l'ordre du jour de la première journée pour être réexaminés le deuxième jour :

7.1 collaboration aux travaux du quatorzième Congrès international de gérontologie (juin 1989, Mexique);

7.2 soins familiaux aux personnes âgées;

7.3 promotion de la santé, en particulier document mentionné au paragraphe 4.4 (Santé pour tous : cadre pour la promotion de la santé).

8. Huitième réunion

Sur proposition de la présidente, le groupe a discuté de l'organisation de sa huitième réunion à Acapulco, en conjonction avec le quatorzième Congrès international de gérontologie, du 19 au 23 juin 1989. Le groupe a été unanime à estimer que l'OMS devrait participer, avec l'AARP et la FIV (Fédération internationale de la vieillesse), à l'organisation de la réunion.

Il avait été décidé, à la sixième réunion, que la huitième réunion aurait lieu à Acapulco en conjonction avec le Congrès de l'AIG mais, comme certains membres du groupe ont jugé qu'elle devrait se tenir durant l'Assemblée mondiale de la santé, la question a été remise en discussion, avec les résultats suivants :

8.1 Le représentant de l'AARP a proposé que la décision de la sixième réunion soit maintenue et que la huitième réunion ait lieu en conjonction avec le Congrès de l'AIG, ce qui assurerait une représentation étendue, en particulier des pays en développement.

8.2 La représentante du CIF a proposé d'annuler la décision de la sixième réunion et de tenir la huitième réunion comme d'habitude durant l'Assemblée mondiale de la santé; le groupe est en effet un groupe de l'OMS auquel devraient participer les personnes présentes à l'Assemblée, qui représentent, de toute façon, les pays en développement. L'AIFM (Association internationale des femmes médecins) s'est prononcée en faveur de cette opinion.

8.3 Le représentant de l'IGI a proposé d'adopter les deux propositions, c'est-à-dire d'organiser une réunion durant le Congrès de l'AIG, et une autre durant l'Assemblée mondiale de la santé.

La présidente, soulignant le coût d'une double réunion, a proposé le compromis suivant :

8.3.1 Les ONG devraient envoyer, dans les deux semaines suivant la septième réunion, leurs propositions d'ordre du jour pour une réunion coïncidant avec la prochaine Assemblée mondiale de la santé, réunion qui, selon ces suggestions, aurait lieu en conséquence.

8.3.2 La décision initiale de tenir la huitième réunion en conjonction avec le Congrès de l'AIG serait maintenue, cette réunion étant considérée par l'OMS comme la principale en 1989. Il a été convenu que la réunion serait organisée conjointement par l'AARP et la FIV (et que le rôle du Bureau régional des Amériques serait précisé).

9. Exposés

9.1 Information gérontologique internationale (IGI) (Annexes 7 et 10)

Le représentant de l'IGI a fait un bref exposé sur les attentes et les mythes de la retraite; il a souligné qu'il existe un risque de sous-évaluation des retraités; ils représentent une richesse et devraient être intégrés et non pas isolés. Il faut aussi rappeler le rôle des grands-parents dans la famille nucléaire.

9.2 Confédération mondiale de physiothérapie (CMP) (Annexe 6)

L'exposé a porté sur le projet conjoint CMP/OMS visant à publier un texte sur le rôle de la physiothérapie dans les soins aux personnes âgées. La phase I du projet - mise en place des éléments et collecte de statistiques - a été menée à bonne fin. La phase II est en cours; elle consiste à préparer une étude approfondie sur les grands problèmes généraux et leurs solutions pratiques (par exemple changer les programmes de formation pour prendre en compte les besoins des personnes âgées; suggérer des moyens d'action dans les zones rurales où il n'y a pas de physiothérapeute; et reconnaître le rôle de plus en plus important de la physiothérapie dans la promotion de la santé et la prévention). La Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME) vient d'entamer des réunions avec l'unité de Réadaptation de l'OMS; on espère que la CMP, la FME et d'autres thérapeutes trouveront des moyens de collaborer à l'avenir, compte tenu de la tendance à privilégier les techniques thérapeutiques par rapport aux remèdes médicaux ou chirurgicaux.

Comme les physiothérapeutes attachent beaucoup d'importance à la réadaptation des malades mentaux et que les généralistes sont de plus en plus conscients de l'importance de la physiothérapie, il a été décidé que les membres du groupe intéressés par ces questions se réuniraient pour en discuter plus avant.

9.3 Fédération internationale des associations de personnes âgées (FIAPA) (Annexe 5)

Le représentant de la FIAPA a présenté le travail accompli par la Fédération dans le domaine de la formation abrégée intensive des agents de santé gériatriques qui suppléent les médecins dans les pays en développement. Il a décrit un cours donné à l'Université de Lisbonne, très proche du niveau de la

médecine, et un autre, plus court et plus intensif, donné en Afrique. Il a rendu compte de la création encourageante de la Société africaine de gérontologie, et a estimé que l'avenir était dans la formation des agents de village. Il a également signalé que la Hongrie et la Pologne s'intéressaient à l'instauration de cours dans leur pays. Enfin, il s'est réjoui que la FIAPA puisse accomplir cette tâche avec l'appui de l'OMS.

La représentante de l'AIFM a remercié et félicité le représentant de la FIAPA pour son intervention, reconnaissant comme lui que toute personne âgée a ses besoins et ses problèmes personnels. La vie des personnes âgées en Afrique est très différente, et parfois meilleure, que celle des personnes âgées dans les pays développés. Elle a proposé de faire bénéficier la FIAPA de son expérience dans ce domaine.

10. Promotion de la santé

Il ne restait que peu de temps pour examiner ce point, mais la présidente en a présenté les questions principales : auto-prise en charge, aide mutuelle, et environnement assurant un appui. Elle a proposé de remplacer les débats théoriques par une étude des réalisations concrètes de *HelpAge International* (voir rapport de la sixième réunion). Elle a rappelé que l'OMS ne disposait d'aucun crédit à consacrer à une proposition quelconque, mais qu'elle pourrait fournir d'autres formes de soutien, et souhaitait que les ONG travaillent de concert dans ce domaine.

Le représentant de la FIV a alors présenté le travail des *Age Concern* (voir Annexe 13) au Royaume-Uni. Son programme intégré "Bien vieillir" porte sur la diffusion de publications, l'éducation, la couverture médiatique, la collaboration et des expositions itinérantes, afin d'aider les personnes âgées à se familiariser avec les techniques de prévention et d'auto-prise en charge. Le directeur de la division OMS de l'Information et des relations publiques, qui était présent lors de cette intervention, a jugé qu'il serait intéressant pour l'OMS de fonder des campagnes sur des matériels semblables.

Le représentant de l'EURAG a souligné l'importance du soutien familial dans les soins aux personnes âgées. Les associés de l'EURAG dans les pays de langue romane (Espagne, France, Italie, Portugal, Suisse) - et la Suède - ont lancé une étude coordonnée sur les problèmes du vieillissement dans le contexte de l'évolution de la famille. De toute évidence, les problèmes de santé (éducation, prévention, soins) constituent un aspect important de ce travail. Le représentant de l'IGI a mentionné les programmes italo-suisse destinés aux familles des personnes âgées handicapées, et le représentant de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a signalé ses cours d'organisation pour familles.

Le représentant de l'Association mondiale de psychiatrie a rappelé combien il est important que les personnes âgées, et en particulier celles qui souffrent de troubles mentaux, soient intégrées dans les autres groupes d'âge pour des raisons thérapeutiques.

11. Conclusions

La présidente a résumé les conclusions de la réunion.

11.1 Les participants se sont mis d'accord quant à la possibilité d'organiser en 1989 deux réunions ONG/OMS sur le vieillissement, l'une à la Quarante-deuxième assemblée mondiale de la santé, et l'autre conjointement au quatorzième Congrès international de gérontologie, en juin.

11.2 L'ordre du jour de la huitième réunion devrait insister sur le rôle que doivent jouer les médias pour la promotion d'actions répondant aux besoins des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la protection des retraités contre une baisse croissante de leur pouvoir d'achat, conséquence de la hausse des revenus de quelques-uns. On a également proposé de créer un groupe de travail chargé de mettre au point des techniques et des modèles bien adaptés aux diverses conditions géographiques et culturelles du vieillissement.

11.3 L'ordre du jour de la huitième réunion devrait également mettre l'accent sur la réadaptation au sein de la collectivité et sur le rôle des physiothérapeutes et des ergothérapeutes dans les équipes de soins de santé.

11.4 Le soutien familial dans des sociétés en évolution devrait être mis en relief.

La présidente a mis fin à la réunion en demandant aux participants d'apporter à l'OMS des idées et des suggestions, et non pas de lui demander des fonds, aucun financement n'étant possible; en revanche, les ONG peuvent largement faire appel à l'aide et au soutien qu'elle est en mesure d'offrir.

Le rapport de la réunion, comprenant tous les exposés faits par écrit, sera communiqué à chacun; il conviendra de le lire avec celui de la sixième réunion.

Clôture de la séance, la présidente a remercié les membres du groupe, les interprètes et le personnel de l'OMS.

Annexe 1

REMARQUES LIMINAIRES PRESENTEES AU NOM DU DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS
PAR LE DR JEAN ROCHON, DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES

Je suis très heureux de vous retrouver ici une fois encore et, par votre intermédiaire, de pouvoir reprendre contact avec les nombreuses ONG qui jouent un rôle si important dans l'action universelle en faveur du bien-être des personnes âgées. Le programme mondial consacré à la santé de ces personnes a fait de la collaboration avec les ONG la pierre angulaire de sa stratégie, et je suis personnellement très impressionné par les résultats concrets que cette approche a déjà permis d'obtenir.

Je vous ai rappelé l'année dernière, dans mon allocution, que les ONG avaient participé plus activement que les années précédentes à l'exécution du programme.

J'ai le plaisir de vous informer qu'un comité d'experts sur la santé des personnes âgées - le premier depuis 1974 - a été réuni en novembre 1987 pour offrir aux Etats Membres diverses orientations sur les mesures à prendre dans des contextes socio-économiques différents pour entretenir le bien-être des populations vieillissantes. Le rapport complet de cette réunion sera publié ultérieurement en cours d'année, et je serais heureux de vous en donner communication. En attendant, vous trouverez dans votre documentation des extraits non corrigés du projet de rapport final. Le comité d'experts a largement insisté sur l'importance de la diffusion de l'information, et il a estimé qu'il était nécessaire d'établir une documentation sur les méthodes nouvelles, en matière de soins gériatriques, qui sont mises à l'essai dans le monde entier, et de partager entre pays développés et pays en développement les expériences ainsi acquises dans les programmes de ce genre et les résultats de leur évaluation.

En 1987, le Centre international de gérontologie sociale, qui est une ONG admise à des relations officielles avec l'OMS, a publié en collaboration avec l'Organisation un guide technique sur l'assurance de la qualité des soins de longue durée. Un rapport sur la physiothérapie chez les personnes âgées est en préparation avec la collaboration de la Confédération mondiale de physiothérapie; en outre, le Programme international de la Fondation Kellogg sur la santé et le vieillissement participe à la mise au point de notre publication sur le soutien familial aux personnes âgées.

Nous avons le plaisir, en collaboration avec l'Association internationale de gérontologie, de préparer le quatorzième Congrès international de gérontologie, qui doit se tenir au Mexique en 1989, et nous nous chargeons plus particulièrement de l'étude des problèmes concernant le vieillissement dans les pays en développement. Nous collaborons avec *Rehabilitation International* sur les possibilités de réadaptation offertes aux personnes très âgées; une documentation sur cette question sera communiquée au seizième Congrès de *Rehabilitation International*, qui doit se tenir à Tokyo en septembre 1988. Nous continuons avec succès de collaborer avec *HelpAge International* ainsi qu'avec l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient, notamment en ce qui concerne la préparation d'un cours de formation professionnelle à l'intention du personnel chargé des soins de gériatrie aux réfugiés.

Des développements extrêmement importants sont intervenus en janvier 1988 au Bureau régional de l'Afrique, à Brazzaville, lors de la première réunion de la Table ronde ONG/OMS sur le vieillissement dans la Région africaine. Vous trouverez dans votre documentation un rapport sur cette réunion. Il a été reconnu au cours de celle-ci qu'il était indispensable de réunir des données de base sur les personnes âgées pour exécuter des programmes, et que les organisations non gouvernementales pouvaient contribuer utilement à la mise en place de programmes d'instruction et de formation professionnelle à l'intention du personnel de santé à vocation communautaire. Les organisations non gouvernementales dotées de programmes sur le vieillissement peuvent servir de cadre à d'intéressants débats sur l'élaboration de programmes axés sur la communauté et visant à promouvoir le bien-être des personnes âgées.

Les principaux aspects de la mise à exécution du Plan international d'action en faveur des personnes âgées, adopté en 1982 par l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, tenue à Vienne en mars 1988, ont été examinés lors d'une réunion interinstitutions sur la coordination, au niveau des systèmes, des politiques et des programmes concernant le vieillissement. Le Centre des Nations Unies pour le développement social et les affaires humanitaires, ainsi que d'autres institutions des Nations Unies, s'attacheront à suivre dans l'immédiat une approche globale de la formulation des politiques sanitaires, sociales et économiques en faveur des personnes âgées; de même, les progrès réalisés feront l'objet d'une évaluation permanente.

Il en va de même pour la mise à exécution des plans. Laissez-moi ajouter quelques mots sur l'élaboration du programme. Nous avons établi, pour la période du Huitième programme général de travail de l'OMS (1990-1995), un programme provisoire dont un exemplaire vous a été adressé. Vos opinions personnelles sur les orientations de ce programme seront particulièrement utiles, et il sera très important pour nous que, même pour la période biennale 1988-1989, vous indiquiez vos points d'insertion, en précisant dans quelle mesure vous pourriez participer aux travaux d'élaboration, d'exécution et d'évaluation du programme.

En conclusion, je tiens à vous remercier tous pour le soutien que vous continuez d'accorder au programme de santé des personnes âgées, et espère qu'il en sera ainsi jusqu'à ce que puissent être enfin réalisées nos ambitions pour l'an 2000.

Annexe 2REMARQUES LIMINAIRES DU DR HANA HERMANOVA,
CHEF PAR INTERIM DU PROGRAMME DE SANTE DES PERSONNES AGEES

En 1984, les deux tiers des Etats Membres qui disposaient des données nécessaires à ce calcul ont enregistré une espérance de vie à la naissance supérieure à 60 ans. Depuis le milieu des années 70 jusqu'au milieu des années 80, la plupart des Etats Membres de l'OMS ont observé une augmentation de cette espérance de vie.

S'il est certain que la mort est progressivement retardée, il est moins sûr que le même phénomène se produise en ce qui concerne les maladies incapacitantes. Le cancer, les maladies cardio-vasculaires et cérébrovasculaires demeurent les causes principales de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées.

L'avancement en âge est caractérisé par une détérioration des facultés d'adaptation. La mise en place d'équipements urbains et ruraux convenant aux personnes âgées est souhaitable (environnement de soutien).

Les milieux professionnels de la santé, chargés de donner des soins aux personnes âgées, peuvent également contribuer à l'amélioration de leur état de santé. Quelques pays ont élaboré dans ce but des plans qui s'étendent à divers domaines tels que l'application généralisée de mesures préventives, le dépistage précoce et la reconnaissance de maladies ou de troubles incapacitants, l'encouragement des contacts sociaux et l'aménagement de l'environnement physique et social.

Le Septième programme général de travail de l'OMS fixe des objectifs précis pour la création d'organismes consultatifs et l'élaboration de politiques et de programmes nationaux à l'intention des personnes âgées. Les efforts se poursuivront afin d'assurer une participation de l'OMS aux travaux de planification, car les plans de caractère social et sanitaire, destinés à satisfaire les exigences des générations montantes, doivent impérativement prendre en considération les besoins de ce groupe de population qui ne cesse de s'accroître dans le monde. Il est bon de rappeler que le suivi de l'Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement (1982) démontre que de nombreux pays ont pris des dispositions en faveur des personnes âgées, dans le cadre des systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires et, dans certains pays, ces mesures ont été officialisées sur le plan légal. Quelques pays ont orienté leurs efforts sur la réduction des inégalités observées, au niveau régional et sur le plan social, en ce qui concerne le bien-être des personnes âgées.

L'extension des soins à toute la famille - mères, enfants, adolescents et aînés -, avec l'offre aux personnes âgées de santé précaire d'un foyer et d'un environnement familial, est une notion qu'il conviendrait de faire largement admettre dans les pays en développement.

La plupart des pays assurent des soins aux personnes âgées par le canal des services généraux de santé. Cependant, en cette fin des années 80, la

priorité doit être accordée à la formation des personnels plus particulièrement chargés de s'occuper de ces personnes âgées, et il convient aussi de sensibiliser les agents de santé communautaires à la nécessité de collaborer avec ces personnes et leur entourage.

Nombreuses sont les organisations non gouvernementales qui, dans les pays en développement, s'occupent traditionnellement du sort des personnes âgées défavorisées et dans le besoin. Ces organisations accordent à leur égard un appui toujours plus large aux soins axés sur la communauté.

L'autoresponsabilité et l'initiative personnelle en matière de soins sont à la base de nombreux programmes nationaux, mais ces dispositions ne sont pas toujours efficacement soutenues par des systèmes appropriés de soins, ainsi que d'aide sociale, juridique et familiale. Les activités multisectorielles destinées à assurer la coordination nécessaire dans ce domaine sont encore rares.

Lorsqu'elles tombent malades, les personnes âgées nécessitent les mêmes soins que le reste de la population. Toutefois, à un âge avancé, l'une des particularités des accrocs de santé est qu'ils tendent à se multiplier et à devenir chroniques. Etant donné la nature complexe de l'état initial de santé des intéressés, les soins aux personnes âgées doivent tendre à améliorer la mobilité de celles-ci, grâce à un traitement thérapeutique et réparateur approprié (prévention ou retardement des incapacités).

Dans beaucoup de pays, les personnes âgées occupent une proportion toujours plus grande des lits d'hôpitaux généraux, car elles n'ont pas la possibilité de suivre ailleurs un traitement continu.

Dans beaucoup de pays aussi, la qualité des soins de longue durée que les établissements offrent aux personnes âgées malades ou de santé précaire n'est pas adaptée à la situation. Il est donc indispensable d'élaborer des stratégies permettant de venir en aide à ces personnes, ainsi qu'aux familles comprenant des personnes âgées dépendantes.

La recherche sur le processus fondamental du vieillissement n'est pratiquée que dans quelques rares institutions de pays industrialisés. L'OMS a encouragé la création d'un programme spécial de recherche sur le vieillissement qui comporte quatre volets essentiels : les déterminants d'un vieillissement optimal; les démences liées à l'âge; la modification des mécanismes immunologiques liée à l'âge; les changements de type nutritionnel associés au vieillissement, notamment l'ostéoporose.

Les fonds destinés aux programmes en faveur des personnes âgées sont rares, tant au niveau national qu'international. Il convient donc d'explorer de nouvelles stratégies pour l'élaboration de programmes (par exemple renforcer certains projets de développement communautaire rural, en y adjoignant une composante "personnes âgées").

Annexe 3

AMERICAN ASSOCIATION OF RETIRED PERSONS (AARP)
(Association américaine des retraités)

Travaux internationaux en cours susceptibles d'intéresser l'OMS

1. La situation dans les Amériques des femmes d'âge moyen et avancé

En collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), et en partie grâce aux fonds alloués par elle, une enquête a été faite dans les Amériques (l'enquête dans les Caraïbes et en Amérique latine touche à sa fin) sur la situation des femmes d'âge moyen et avancé. Les données que l'on possède, et qui proviennent essentiellement de sources secondaires, font actuellement l'objet d'une synthèse destinée à donner un aperçu aussi complet que possible d'éléments déterminants tels que l'état de santé, les services sociaux, l'emploi et les allocations de retraite, sans compter divers autres indicateurs du bien-être. Il conviendrait également d'identifier les lacunes qui existent dans les domaines de l'information et de la recherche. Cette enquête sera publiée en versions anglaise et espagnole à la fin de 1988.

2. Réunion d'un "groupe de consultation" sur la situation, dans les Amériques, des femmes d'âge moyen et avancé (octobre 1988, Washington, D.C.)

A titre de prolongement des activités de recherche décrites plus haut, et en collaboration avec l'OPS, un "groupe de consultation" s'est réuni en octobre 1988, avec la participation de 20 chercheurs des Caraïbes et d'Amérique latine; ils avaient pour mission d'examiner les conclusions des enquêtes mentionnées plus haut et de présenter leurs propres travaux sur le même thème. L'objectif était d'élargir les bases de la recherche et de pouvoir ainsi mettre en place, dans les Amériques, un réseau de chercheurs susceptibles, ces prochaines années, de collaborer entre eux dans ce domaine. Les comptes rendus de cette réunion seront publiés conjointement par l'OPS et l'AARP et feront l'objet d'une large diffusion.

3. Conférence sur "Les effets du changement social sur les femmes âgées et le soutien familial en faveur des personnes âgées aux Caraïbes et dans les Amériques", 18-19 juin 1989, Acapulco (Mexique)

Cette conférence, d'une durée de deux jours, constitue officiellement un "pré-congrès" qui précédera immédiatement le Congrès mondial de gérontologie qui doit se tenir à Acapulco du 19 au 23 juin 1989. Il sera organisé collectivement par l'AARP/l'IFA/le *Global Link for Midlife and Older Women* et par le Groupe OMS/OPS/ONG d'études collectives sur le vieillissement, qui est un réseau régional particulièrement actif dans les Amériques, et dont la création avait été encouragée lors d'une réunion tenue quelques années auparavant. Un parrainage est également attendu d'autres organisations telles que l'OPS et *HelpAge International*.

En appuyant ses travaux sur les renseignements réunis grâce aux deux types d'activités décrits plus haut, la conférence se propose essentiellement de procéder, à l'intention de praticiens de l'ensemble des Amériques, à des

échanges d'informations sur la situation des femmes âgées et le soutien familial offert aux personnes âgées - au regard des rapides mutations de société que l'on observe dans la région. L'accent sera mis sur les programmes modèles répondant aux besoins des femmes âgées et des soutiens familiaux, notamment dans les domaines de la santé, des revenus et des modifications de comportement.

L'AARP espère également pouvoir publier un compte rendu de cette conférence - dont les études de cas pratiques tirées de programmes exécutés avec succès pour répondre aux besoins des familles et des personnes âgées pourraient être répétées ailleurs. Nous espérons que ce matériel pourra être utilisé utilement dans l'ensemble du monde en développement.

L'AARP considère que ces activités jouent un rôle majeur dans le développement de la collaboration Nord/Sud.

4. Soutien de l'AARP au Programme spécial OMS de recherche sur le vieillissement

L'AARP est heureuse de participer aux travaux du Comité consultatif des directives, et d'apporter son soutien au Programme spécial récemment créé et dont le secrétariat est actuellement installé à l'*US National Institute on Aging*, non loin du siège de l'AARP. Nombreux sont les projets d'activités de recherche du programme, par exemple sur la nutrition et l'ostéoporose, qui sont d'un intérêt direct pour l'AARP et ses membres.

Annexe 4

HELPAge INTERNATIONAL (HAI)

Programmes en rapport avec la santé

Les programmes de *HelpAge* sont présentement exécutés dans 23 pays. On trouvera ci-dessous quelques exemples de ces programmes, notamment ceux qui sont consacrés aux questions de santé. D'une manière générale, *HelpAge* insiste sur la nécessité d'intégrer la programmation sanitaire dans un support économique et social approprié; on rencontre en effet dans les pays en développement de nombreuses difficultés associées à la situation des personnes âgées qui ne sauraient être résolues uniquement par la mise en place de programmes de santé. Il peut également s'avérer nécessaire de recourir à d'autres moyens tels que les programmes d'acquisition de revenus, les centres de jour et les soins à domicile, ou encore la création de fonds de pension de remplacement.

Afrique

Voici quelques brèves indications sur les programmes *HelpAge* exécutés dans divers pays africains :

Ghana

Soutien d'un programme de santé rurale ayant sa base à l'Hôpital Asankrangwa, au Ghana occidental. Une équipe *HelpAge* a, en collaboration avec le Secrétariat national catholique du Ghana, réaménagé cet hôpital, qui a été restitué au diocèse en décembre 1987. Les programmes actuellement mis en place au Ghana sont consacrés essentiellement au développement des activités dans les zones urbaines d'Accra et de Cape Coast.

Kenya

Par l'intermédiaire de sa filiale, *HelpAge Kenya*, *HelpAge* a soutenu un certain nombre de programmes de santé dans le pays, sur chacun desquels le représentant de *HelpAge Kenya* est en mesure de fournir un rapport. Des subventions ont été accordées pour diverses activités en faveur des malades âgés de l'AMREF au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.

Mozambique

En 1987, *HelpAge* a élaboré un programme de collaboration avec le Ministère de la santé, à Maputo, afin de venir en aide aux services publics du Mozambique, qui assurent la prise en charge des personnes âgées. Par l'intermédiaire de notre bureau extérieur à Maputo, un accord officiel de longue durée a été conclu avec le gouvernement du Mozambique - dont l'objectif essentiel est d'offrir une assistance du Ministère de la santé. Une attention toute particulière est vouée aux besoins des personnes âgées déplacées par suite d'attaques menées par le MNR avec l'aide de l'Afrique du Sud.

Sierra Leone

En collaboration avec la *Sierra Leone Society for the Welfare of the Aged*, *HelpAge* offre une aide pour l'amélioration des prestations offertes aux résidents d'un foyer de Freetown. Le programme comprend une formation de longue durée du personnel soignant, dont on attend qu'il constitue l'élément de base d'un programme de formation en soins de gériatrie en Afrique de l'Ouest.

Somalie

Au cours des six dernières années, *HelpAge* a exécuté dans le nord-ouest du pays un programme de formation en ophtalmologie, qui a eu successivement pour siège les hôpitaux de Hargeisa, Sheikh et actuellement de Burco. Les ophtalmologues et les infirmières spécialisées de *HelpAge* accordent la priorité à la formation d'homologues somaliens, ainsi qu'à la création d'unités d'ophtalmologie capables de se suffire à elles-mêmes.

Soudan

Ces trois dernières années, *HelpAge* a maintenu une équipe sanitaire au Camp Safawa de réfugiés, au Soudan oriental. Pendant cette période, l'action en faveur des réfugiés a été menée en collaboration avec *Save the Children Fund*, puis avec l'*American Refugee Committee*. Un programme de soins oculaires est actuellement mis en place au Soudan oriental grâce aux moyens de formation et aux animateurs mis à disposition par *HelpAge*. Un autre programme est en cours d'exécution, qui doit améliorer les conditions de logement des personnes âgées dans la région de l'Est.

Tanzanie

Une brève visite d'étude a été faite à Zanzibar pour évaluer le programme de soins oculaires exécuté dans cette ville et auquel le Ministère de la santé souhaiterait apporter des améliorations en élevant le niveau des services. Quelques opérations chirurgicales ont pu être pratiquées, et il a également été possible de donner quelques cours de formation professionnelle pendant cette visite.

Zimbabwe

En collaboration avec le gouvernement du Zimbabwe, un bureau a été ouvert à Harare et le premier programme mis à exécution par *HelpAge* dans ce pays a consisté, pour débiter, à offrir une aide aux réfugiés âgés les plus exposés des camps du Mozambique situés au Zimbabwe oriental. Des subventions ont été accordées à un certain nombre d'organisations du Zimbabwe pratiquant des soins de gériatrie, notamment l'Armée du Salut, *Christian Care*, la *Jairos Jiri Association* et la *Society for the Destitute Aged* (SODA).

L'octroi de subventions à des organisations locales a constitué l'une des activités de *HelpAge* dans d'autres pays d'Afrique - les bénéficiaires étant plus particulièrement les programmes consacrés aux questions suivantes : hébergement, prestations de soins, formation aux soins à domicile et revenus d'appoint.

Asie

Voici quelques-unes des activités que *HelpAge International* a menées en Asie à titre d'aide à des programmes de caractère sanitaire destinés aux personnes âgées.

Bangladesh

Offre de médicaments et d'aide médicale aux sinistrés à la suite des récentes inondations catastrophiques.

Chine

Parrainage d'un médecin pour qu'il suive le cours OMS d'épidémiologie du vieillissement, donné à l'Université de Hong Kong.

Inde

Il existe plus de 80 projets financés par *HelpAge* qui couvrent tout un éventail d'activités, dont voici quelques exemples :

- amélioration de l'assainissement dans un foyer pour personnes âgées;
- recherche, formation et évaluation des programmes sur le vieillissement exécutés à Madras;
- camps sanitaires ruraux spécialisés en éducation pour la santé des villageois du Bengal occidental;
- réadaptation de lépreux dans l'Uttar Pradesh;
- installation de puits forés pour une eau de boisson saine dans l'Andhra Pradesh, le Madhya Pradesh et le Rajasthan;
- aménagement à Kerala de cottages spéciaux pour l'hébergement de malades âgés atteints du cancer;
- réadaptation totale de personnes âgées handicapées dans les régions rurales du Gujarat;
- poursuite du programme national de lutte contre la cataracte, avec l'octroi d'une aide financière à 25 institutions réparties sur l'ensemble du territoire indien et qui pratiquent chaque année plus de 20 000 opérations de la cataracte.

Pakistan

Education pour la santé associée à un programme de lutte contre la lèpre en milieu rural dans la province de Sind.

Philippines

Continuation des ateliers de portée nationale sur les soins aux personnes âgées, déjà organisés à Colombo par *HelpAge Sri Lanka*.

Thaïlande

Fourniture de lunettes dans le cadre d'un programme de soins oculaires, exécuté dans un camp de réfugiés Khmers âgés.

Formation d'agents de santé et de personnel bénévole dans le cadre du programme national de prévention de la cécité.

Amérique latine/Caraïbes

HelpAge International a continué de subventionner des travaux en faveur de la santé des personnes âgées aux Caraïbes et en Amérique latine, en soutenant des programmes exécutés par divers organismes bénévoles locaux. Voici quelques exemples de ce genre de collaboration :

Belize

Les activités d'un dispensaire mobile et les prestations d'un personnel assurant des soins à domicile ont été étendues aux districts de Belize. Des moyens de transport ont été offerts aux handicapés de la vue. Des centres de jour ont été installés ces deux dernières années dans tous les districts de Belize et la priorité est accordée, dans chacun d'eux, à l'éducation pour la santé de même qu'à la coordination des soins de santé primaires offerts aux personnes âgées.

Bolivie

Les organisations locales de soins de gériatrie, qui opèrent présentement dans huit des neuf départements du pays, se consacrent aujourd'hui à quelque 66 activités différentes dont la plupart sont axées sur la santé, qu'il s'agisse de dépistage, de fourniture de médicaments et de soins oculaires ou encore d'éducation pour la santé ou de programmes de nutrition. Le premier séminaire national de gériatrie a été organisé avec la participation d'un éminent spécialiste argentin.

Brésil

Trois programmes de recherche ont été soutenus dans des zones du nord-est, de São Paulo et de Pôrto Alegre, qui comportent entre elles de larges différences. Un consultant de *HelpAge International* a pris part au premier cours national sur le vieillissement, organisé à Brasília par le Ministère de la santé. Une autre enquête a été faite sur les services de santé accessibles aux Indiens de la région éloignée d'Acre. Un médecin bolivien, spécialisé dans les programmes de soins de santé primaires aux personnes âgées, s'est rendu au Brésil pour la mise en place de programmes de ce genre. Du matériel de réadaptation pour les soins aux personnes atteintes d'accidents vasculaires cérébraux a été offert à un centre.

Colombie

La poursuite du programme au Centre international de gérontologie d'Amérique latine de Pro Vida, à Bogota, a permis à 86 agents d'autres pays d'Amérique latine de participer à des échanges d'expériences, ainsi qu'à des cours de brève durée essentiellement orientés sur les soins de santé primaires, l'éducation pour la santé et le maintien d'une certaine activité chez

les personnes âgées. A leur tour, plusieurs médecins colombiens se sont rendus dans les pays voisins pour y organiser des séminaires. Deux ans après le désastre d'Armero, Pro Vida continue de s'occuper de l'état de santé des survivants âgés alors que les antennes sanitaires mobiles, mises en place par *HelpAge* immédiatement après ce désastre, sont maintenant utilisées dans les bidonvilles de Bogota pour divers programmes en cours d'exécution, mais peuvent être à nouveau mobilisées en cas de catastrophes.

Dominique et Montserrat

Les groupes *HelpAge* ont voué une attention particulière aux besoins des personnes âgées vivant seules et souvent confinées dans des logements précaires sans installations d'hygiène ni eau courante. Des appels de fonds lancés à cet effet par *HelpAge* ont permis d'élaborer dans ces îles ou ailleurs des plans pour l'approvisionnement en eau. Dans ces deux territoires, *HelpAge* a assuré les moyens de transport nécessaires pour conduire aux dispensaires et à divers centres d'activités les personnes âgées les plus atteintes et qui ne peuvent se déplacer seules.

Equateur

Un programme inauguré il y a cinq ans, sous les auspices d'*HelpAge*, dans les zones rurales du pays - ce qui constitue un record exceptionnel de longévité - s'est consacré à de nouvelles activités visant à encourager un maintien en bonne condition physique et les initiatives personnelles en matière de soins dans divers programmes, dont font partie un certain nombre de centenaires et de nonagénaires. Quelques-uns des "vieux" habitants s'emploient activement à relancer les remèdes à base de plantes médicinales, sous le contrôle du médecin directeur de l'hôpital local. Des hommes âgés trouvent ainsi de nouvelles occasions d'activité en se livrant à la culture de ces plantes, et les vieilles femmes s'occupent de l'emballage et de la commercialisation de ces produits, auxquels est joint un mode d'emploi imprimé.

Jamaïque

Un plan est en cours d'élaboration, qui vise à utiliser les aptitudes du personnel infirmier retraité ne disposant pas de pensions suffisantes; de nouvelles recherches sont entreprises sur les remèdes traditionnels.

Pérou

Parmi divers projets, *HelpAge* apporte son aide à la construction et à l'équipement d'un dispensaire qui permettra d'améliorer les prestations d'un foyer pour personnes âgées en y aménageant un centre de santé pour résidents et non-résidents.

Activités régionales

Un gériatre britannique s'est rendu à la Barbade pour y organiser des séminaires à l'intention des personnels d'un certain nombre d'îles des Antilles, chargés des soins aux personnes âgées, et pour donner des avis sur le futur développement des services de santé destinés à ces personnes. *HelpAge* a organisé à Bogota la première réunion régionale des organisations affiliées et associées, avec la participation de délégués de douze pays d'Amérique latine qui ont pu ainsi discuter de projets essentiellement orientés sur un maintien en bonne condition physique, sur les soins de santé

primaires et sur les événements socio-économiques susceptibles de créer chez les personnes âgées des difficultés d'ordre psychologique. *HelpAge* a également financé la participation de quinze délégués de pays en développement à une conférence nord-sud, organisée à l'Université de Floride et au cours de laquelle ont été examinés tous les aspects du vieillissement.

Help the Aged a approuvé le versement d'une subvention de 42 000 dollars des Etats-Unis pour terminer une enquête unique sur le vieillissement, entreprise par l'OPS dans treize pays en développement des Amériques. Cette subvention doit permettre de procéder à une évaluation finale des résultats et de préparer un récapitulatif qui sera publié. Cette décision a été prise à titre de contribution à une meilleure planification des programmes sur le vieillissement dans chacun des treize pays intéressés.

Autres pays

Malte

HelpAge, en étroite collaboration avec le nouveau Secrétariat parlementaire pour les soins aux personnes âgées, récemment créé à Malte, a pris des dispositions en vue d'offrir une formation pratique sur les aspects sanitaires des soins aux personnes âgées à un certain nombre de fonctionnaires du Ministère des affaires sociales et de représentants d'organisations bénévoles locales, en organisant à leur intention des visites au Royaume-Uni.

Jordanie

Deux infirmières de santé publique appartenant aux services mis en place par l'UNRWA dans les camps de réfugiés de Jordanie sont venues passer six mois en Grande-Bretagne sous les auspices d'*HelpAge* pour y étudier les divers aspects des prestations de soins et de réadaptation - le but étant d'inaugurer les premiers programmes spéciaux en faveur des personnes âgées dans les camps de réfugiés de Palestine. A la suite de ce stage de formation, *HelpAge* a financé le déplacement d'une équipe de physiothérapeutes britanniques en Jordanie, afin d'y organiser un séminaire de formation professionnelle auquel participeront également les deux infirmières mentionnées plus haut.

Annexe 5

FEDERATION INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PERSONNES AGEES (FIAPA)

Les actions de la FIAPA, 1987-1988

1. Introduction

Pour bien faire comprendre les objectifs et la démarche de la FIAPA, il convient de rappeler qu'elle est gérée et animée uniquement par des personnes âgées, ce qui lui permet d'appréhender les problèmes sanitaires de la vieillesse sur le terrain, à la fois dans leur aspect médical, social et économique.

- a) Aujourd'hui, elle réunit plus de 120 associations nationales et régionales, réparties dans 24 pays. Elle représente ainsi plus de 12 millions d'adhérents.
- b) Chaque association élit parmi ses membres les représentants à l'Assemblée générale de la FIAPA. L'Assemblée générale élit les membres du conseil d'administration.
- c) Créée il y a neuf ans, la FIAPA possède le statut d'ONG auprès de l'OMS, de l'ONU, de l'UNESCO, de l'AISS et du Parlement européen.

A côté du conseil d'administration de la FIAPA siège un conseil scientifique composé de 50 personnalités connues pour leur compétence dans les différents domaines de la gérontologie - 25 pays y sont représentés par des spécialistes de douze disciplines différentes : médecins, sociologues, démographes, juristes, psychologues, économistes, responsables de caisses de retraite et d'établissements médicaux, d'agences de voyages, de personnels paramédicaux, etc.

Le conseil scientifique est chargé des études et recherches dans tous les domaines de la gérontologie. Il ne s'agit pas d'études fondamentales ponctuelles, mais d'études portant sur de très nombreuses personnes réparties dans les pays adhérents.

2. Les priorités des actions de la FIAPA

Les actions sur le terrain sont les suivantes :

- sensibiliser, informer, éduquer pour convaincre chacun qu'il est en partie responsable de la qualité et de la durée de sa vieillesse;
- promouvoir et dynamiser la vie associative, moyen privilégié pour faire participer les anciens à la vie sociale, économique et culturelle;
- convaincre les décideurs de répondre aux besoins des personnes âgées;
- réaliser des études et des recherches scientifiques dans les différents domaines de la gérontologie, s'appuyant sur l'immense réserve d'information que sont les associations de la FIAPA et ses 12 millions d'adhérents.

3. Les actions en cours

Outre ses colloques internationaux annuels qui réunissent plus de 1500 responsables d'associations, les actions en cours sont les suivantes :

- développer l'éducation pour la santé et la prévention, en fournissant aux associations des documents simples et clairs sur des thèmes de leur choix;
- une enquête internationale parrainée par l'ONU et l'UNESCO pour identifier les actions sociales et culturelles menées bénévolement par les associations de personnes âgées en faveur des autres - nous exploiterons fin 1988 les résultats de cette enquête commencée en 1987;
- le développement de la collaboration entre le Conseil scientifique de la FIAPA et les universités, afin de faire connaître et d'enseigner les sciences et techniques de la gérontologie. C'est ainsi qu'une collaboration est en cours avec l'Université internationale de Lisbonne, l'Université de Santander et celle de Bordeaux;
- une étude sur le concours des personnes âgées retraitées bénévoles à la création d'entreprises;
- une mission des Nations Unies en Afrique confiée au secrétaire du Conseil scientifique, dans le cadre des recommandations de la Conférence mondiale sur le vieillissement, qui s'est tenue à Vienne en 1982, pour mettre en place une Société africaine de gérontologie, afin de répondre au phénomène du vieillissement que commence à connaître le monde africain;
- le début d'une importante étude qui vise à définir les critères de l'âge biologique, afin de le distinguer de l'âge chronologique qui n'est qu'une référence temporelle;
- participation à l'enquête de l'OMS sur les critères éthiques applicables à la promotion des médicaments;
- enfin, fin 1987, pour la première fois, nous avons reçu l'adhésion d'un pays de l'Est, et les 2000 clubs hongrois de personnes âgées ont adhéré à la FIAPA au cours d'un conseil d'administration qui s'est tenu à Budapest sur l'invitation des autorités hongroises.

4. Conclusion

La FIAPA va poursuivre ses efforts pour contribuer à la réussite du plan d'action coordonné tel qu'il a été défini par l'OMS.

Annexe 6

CONFEDERATION MONDIALE DE PHYSIOTHERAPIE (CMP)

La Confédération mondiale de physiothérapie a collaboré en 1987 avec l'OMS à un projet concernant la place de la physiothérapie dans les soins aux personnes âgées, de façon à dégager le rôle des physiothérapeutes dans :

- la prévention des incapacités chez les personnes âgées;
- le traitement de celles chez lesquelles apparaissent malheureusement, dans la vieillesse, incapacités et maladies chroniques,

et à recommander des activités pour l'avenir, notamment dans les pays en développement qui manquent de physiothérapeutes qualifiés, et où il faut faire participer le plus possible les agents et prestataires de soins dans les villages. On insiste sur la nécessité d'appliquer des méthodes de prévention et sur le rôle croissant du physiothérapeute dans la promotion de la santé. Le rapport sur la première phase du projet a été rédigé et approuvé en juillet 1987. Il expose la situation actuelle en matière d'enseignement et d'exercice de la physiothérapie, axée sur les soins aux personnes âgées de divers pays, tout en faisant ressortir la nécessité d'un renforcement de la formation et de définir les grandes orientations appropriées dans de nombreux pays où l'on pourrait aider les personnes âgées à vivre en bonne santé, en insistant davantage sur le maintien de la mobilité. La deuxième phase du projet est en cours : il s'agit d'analyser de façon plus approfondie, dans divers pays du monde, l'enseignement et l'exercice de la physiothérapie axée sur les soins aux personnes âgées, les besoins en matière de recherche, notamment sur les problèmes des personnes de plus de 80 ans, et enfin la façon dont les programmes de promotion de la santé peuvent et devraient offrir aux individus un élément "physiothérapie" dès un âge relativement jeune, de façon à éviter les incapacités latentes de la vieillesse. Cette phase se concentre également sur la nécessité d'une politique réaliste dans les pays qui n'ont guère, sinon pas, de professionnels qualifiés; le but est de fournir des guides afin d'aider ceux qui assurent des soins aux personnes âgées dans ces pays. Le rapport sur la deuxième phase devrait paraître dans le courant de 1988.

La réunion de 1988 privilégiant la promotion de la santé, il n'est pas inutile de mentionner que l'action de l'OMS et de la Confédération mondiale de physiothérapie soulignera les moyens classiques d'aborder la prévention :

- le rôle des physiothérapeutes dans la prévention primaire devrait consister à donner des conseils de préretraite sur la prise en charge du stress, à dissiper le mythe de l'incapacité dans la vieillesse et à faire ressortir l'importance de l'exercice physique;
- le rôle des physiothérapeutes dans la prévention secondaire, c'est-à-dire une fois installée l'incapacité, sera d'accroître la mobilité et d'apprendre à éviter les risques;
- leur rôle dans la prévention tertiaire sera d'apprendre aux gens à vivre avec une incapacité irréversible, grâce à des mécanismes de compensation, diverses aides et des appareils, de façon à préserver leur fonctionnement quotidien.

Le projet pourrait avoir un suivi en ce sens que les physiothérapeutes de différents pays, spécialisés dans les soins aux personnes âgées, pourraient se regrouper pour échanger régulièrement des données et aider des collègues de régions où ce type de soins n'est guère, sinon pas, assuré.

Annexe 7

INFORMATION GERONTOLOGIQUE INTERNATIONALE (IGI)

Les adultes actifs peuvent être divisés en trois catégories : les personnes qui assument la charge de leur foyer, généralement des femmes, les salariés soumis à des obligations en matière de retraite, quel que soit le modèle proposé, les indépendants qui effectuent leur propre choix quant aux conditions de leur retraite.

Quelle que soit sa forme, la mise à la retraite entraîne des problèmes économiques, sociaux, culturels et psychologiques dans la mesure où elle ne constitue plus la juste compensation d'une vie bien remplie, mais un rejet qu'exprime cette phrase publiée dans un article concernant la vieillesse : "Dans les entreprises comme dans l'administration, ce sont les plus anciens qui détiennent le pouvoir et reçoivent les meilleurs salaires. Ils se cramponnent à leur poste pour garder leurs avantages¹".

Parallèlement, les économistes relèvent que le vieillissement des populations coûte cher; on envisage, quand on ne le met pas déjà en pratique, des limitations en matière de diagnostic, voire de soins, ainsi que le constate le professeur Kuntzmann². Or, les personnes âgées que nous connaissons ont non seulement connu des conditions et des horaires de travail invraisemblables mais, jusqu'à un âge avancé, elles n'ont rendu visite au médecin que dans des cas exceptionnels, d'où le sentiment d'être flouées qu'elles manifestent par certains comportements.

Le comportement des individus est généralement le reflet de l'image que la société à laquelle ils appartiennent projette sur eux. C'est ainsi que dans les sociétés au sein desquelles les personnes âgées ne sont pas l'objet de clichés dévalorisants ou soumises à des pressions injustifiées, on constate une propension à se prendre tout naturellement en charge et des motivations qui n'ont pas besoin d'être stimulées.

Ce sont les responsabilités qui stimulent les motivations. L'exemple des associations de retraités représentées à cette réunion prouve la nécessité de favoriser ces associations et de les encourager à collaborer avec l'OMS. Préserver quelqu'un des soucis et des responsabilités n'est pas nécessairement innocent. Une analyse des comportements protecteurs pourrait révéler de surprenantes motivations.

L'intégration des générations qui quittent l'activité rémunérée s'impose pour le bien-être des personnes âgées et pour celui des adultes et des jeunes. Personne n'a rien à gagner à ce que la vieillesse constitue un phénomène anxiogène, alors qu'elle est la conséquence naturelle d'un processus vital. Compte tenu de l'influence de l'esprit sur le corps, la santé aurait toutes les chances d'y trouver un meilleur compte.

¹ L'âge de ses artères. Coopération, 5, Bâle (1988).

² Kuntzmann, F. Accès aux soins. Gérontologie et société, 42, 50-60 (1987).

En progressant à pas de géant, la science et la technique nous ont apporté des résultats admirables. Elles ont toutefois laissé un certain nombre de réalités en suspens. Nous devons en prendre conscience avant qu'il ne soit trop tard, car si nous avons une certaine avance par rapport au tiers monde, la question est de savoir si c'est toujours dans le sens désirable.

La plupart des maladies qui perturbent la dernière étape de la vie n'apparaissent pas du jour au lendemain. De nombreux facteurs présents à la naissance et qui se manifestent au cours de la vie jouent un rôle important.

Inutile d'insister à ce propos sur la prévention et le diagnostic qui doivent conserver toute leur importance chez les personnes âgées. Les personnes atteintes dans leur santé requièrent tous nos soins. Nous devons veiller à respecter leur passé et leur présent, leurs différences de même que leurs capacités résiduelles et leurs choix.

Nous aimerions rendre ici un hommage aux efforts de l'OMS, unité Santé des personnes âgées, qui fournit un travail important avec des moyens limités. Nous pensons que chaque membre du groupe ONG/OMS constitue, dans la diversité, un tout qui correspond aux problèmes que nous rencontrons sur le terrain, et souhaitons que cela puisse être utile à l'amélioration du vieillissement et de la vieillesse.

Annexe 8

ASSOCIATION HELLENIQUE DE GERONTOLOGIE

En 1987, deux réunions nationales ont été organisées avec la collaboration du Club européen pour la santé et de l'Association médico-chirurgicale.

En décembre 1987 a eu lieu une réunion internationale à laquelle ont participé le professeur Bour (France), le professeur Antonini (Italie) et des spécialistes grecs. Les comptes rendus des réunions annuelles montrent que les besoins des personnes âgées sont fondamentaux, mais qu'ils varient quelque peu d'un pays à l'autre.

L'an dernier, l'association s'est employée à faire traduire en grec la publication du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe "La prescription médicale aux personnes âgées", et elle espère trouver les moyens financiers nécessaires à sa publication.

L'association tire ses ressources d'une modeste contribution versée par le Ministère de la culture, des cotisations de ses adhérents et de dons.

Annexe 9

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES

Le Conseil international des infirmières, qui est le porte-parole de la profession infirmière dans le monde, s'est engagé à appliquer les principes qui sous-tendent la Santé pour tous. Du fait que les personnes âgées représentent aujourd'hui un pourcentage croissant de la population mondiale et qu'elles ont besoin d'une aide pour protéger leur santé, la recouvrer et/ou mourir dans la dignité, les infirmières se sont attachées à étudier les besoins sanitaires spécifiques des personnes âgées.

Le conseil des représentants nationaux du CII a confirmé sa position, à savoir que les associations nationales d'infirmières doivent :

- participer aux efforts déployés par leur pays pour dispenser des services de santé aux personnes âgées;
- infléchir les grandes orientations de santé dans l'intérêt des personnes âgées;
- inclure les soins aux personnes âgées à tous les niveaux des programmes d'enseignement infirmier;
- proposer des recherches sur les soins infirmiers, de façon à améliorer les soins aux personnes âgées;
- examiner la législation relative aux personnes âgées et à celles qui s'occupent de leur santé.

Le conseil d'administration du CII vient d'approuver un document d'orientation sur l'Intégration des soins infirmiers et des soins de santé primaires qui traite, entre autres, des soins aux personnes âgées et aux malades chroniques.

Le prochain congrès du CII aura lieu en République de Corée en mai 1989. L'une des sessions à thème clinique sera consacrée aux soins aux personnes âgées, ce qui permettra aux infirmières du monde entier de présenter et d'examiner les résultats de recherches et les expériences pratiques dans ce domaine particulier des soins infirmiers.

Annexe 10

INFORMATION GERONTOLOGIQUE INTERNATIONALE (IGI)

Rapport pour l'année 1987

Les activités d'IGI ont essentiellement axées sur l'information et la formation à l'intention des personnes suivantes :

- étudiants;
- étudiants se spécialisant dans le domaine de la santé, des sciences sociales et de l'éducation;
- spécialistes de gérontologie et de gériatrie;
- professionnels de diverses disciplines qui désirent se spécialiser dans les domaines du vieillissement et de la vieillesse;
- personnes âgées qui s'intéressent à tout ce qui touche à la retraite.

IGI diffuse l'information sous différentes formes :

- un bulletin trimestriel;
- des conférences faites sur demande;
- des cours de préretraite;
- des programmes de cours de formation;
- des cours de formation à l'intention de travailleurs sociaux et paramédicaux et de personnes âgées qui voudraient agir dans un domaine qui les intéresse de très près.

IGI cherche à encourager l'intégration des personnes âgées dans la société, en tenant compte du fait que ce devrait être une entreprise commune à ceux qui gagnent leur vie et ceux qui, du fait de leur âge, n'ont plus d'activité rémunérée. Comme l'a déclaré Grimley Evans : "Les personnes âgées ont plus à gagner d'une réintégration dans la société que de l'octroi d'un statut spécial". Cette intégration est bien sûr tout aussi valable pour d'autres groupes d'âge. Il est en effet difficile de voir comment une société pourrait évoluer si elle aliène son propre avenir. Il n'est pas de société primitive où ce système ait eu une évolution favorable.

Publications et conférences, 1987

Temps libre : loisirs et activités	Suisse
Comportement et troubles psychiques chez la personne âgée	Suisse
Daily experiences and self awareness	Suisse
Sviluppo economico e invecchiamento	Italie
Invecchiare nel mondo attuale	Italie
Cours de gérontologie pratique	Suisse
Cours de perfectionnement en cours d'emploi	Suisse
Cours de formation	Suisse
Cours de préretraite	Suisse
Cours de préretraite en milieu industriel	Suisse
The role of mass media in development of elderly people	Australie

Thèmes soulevés par le vieillissement des populations

- Influence de l'activité professionnelle sur l'avenir de la santé : stress, maladies et accidents professionnels.
- Influence du développement scientifique sur l'attitude envers la vieillesse.
- Idéologies actuelles en matière de vieillesse et de vieillissement.
- Origines et conséquences de la civilisation des loisirs sur les personnes âgées et leur comportement.
- Mythe et réalité de la retraite.
- Influence de la récession sur les comportements envers les travailleurs âgés : conséquences économiques, psychiques et sur la santé en général.
- La partie de rôle comme facteur de déresponsabilisation.
- De la prévention au diagnostic. Existe-t-il une diminution de la recherche de diagnostic à partir de 60 ans ?
- Le fait que ce soit autrui qui statue en faveur de la personne âgée ne favorise-t-il pas une déresponsabilisation et une perte d'identité chez celle-ci ?
- Que faut-il entendre par une participation des personnes âgées au développement ?
- Existe-t-il des sociétés ayant une influence psychogène sur le vieillissement et la vieillesse ?

Annexe 11

CONSEIL INTERNATIONAL DES FEMMES (CIF)

Le Conseil international des femmes est une organisation cadre qui regroupe des associations de femmes de 75 pays développés et en développement.

Il bénéficie du statut consultatif auprès de l'ONU et a des représentants dans toutes les institutions du système des Nations Unies.

Il s'est toujours occupé des questions de santé, et les associations qui lui sont affiliées ont entrepris des programmes d'éducation et d'information à l'intention des femmes et de leur famille.

Des rapports récents des associations affiliées au Conseil international des femmes montrent que la participation aux soins aux personnes âgées s'intensifie, et que l'on encourage les femmes âgées à prendre part à des activités sociales et récréatives. Pour certains pays, les femmes âgées, importantes dans la structure familiale, sont considérées comme une ressource nationale.

Lesotho

Le conseil encourage les femmes âgées à gérer des crèches. Grâce aux pressions exercées sur les pouvoirs publics, ces femmes peuvent maintenant participer à des travaux d'artisanat et à l'élaboration de recettes traditionnelles.

Cameroun

Les femmes âgées ont été encouragées à participer à l'action d'éducation pour la santé - en encourageant l'allaitement au sein, des habitudes saines en matière de cuisine, la planification familiale et l'artisanat, et en préservant de l'oubli chants, danses, récits et fables.

Norvège

Les femmes âgées peuvent transmettre des connaissances et des traditions, en particulier aux tout-petits dans les jardins d'enfants. Des liens d'amitié téléphoniques ont été encouragés entre personnes âgées.

Espagne

Le Conseil international des femmes a organisé une campagne en 1987 pour diffuser des travaux artistiques réalisés par des femmes âgées, et mettre celles-ci en contact avec de jeunes femmes artistes.

Royaume-Uni

Une conférence a été organisée sur le thème "Bien vivre le troisième âge".

Australie

Le conseil s'occupe des personnes âgées dans le cadre de différentes activités : centres de jour, sorties, groupes d'exercice physique, danses et jeux.

Nouvelle Zélande

Des clubs de femmes retraitées organisent diverses activités de loisirs.

Indonésie

Construction de maisons pour les personnes âgées qui ne peuvent rester seules et qui n'ont personne pour s'occuper d'elles.

Israël

Le conseil a participé à la création de centres de soins de jour où ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui se chargent des activités et où l'on fait appel à différents talents et compétences professionnelles.

Turquie

Activités de loisirs à l'intention des personnes âgées.

Ces activités nouvelles viennent s'ajouter à des services plus classiques comme la livraison de repas à domicile, auxquels participent des organisations de femmes depuis des années dans tous les pays représentés au conseil.

On prend mieux conscience de l'importance de la participation communautaire à l'action de santé et de la formation de femmes non spécialisées pour qu'elles puissent s'occuper de personnes âgées à domicile. Certaines associations affiliées au Conseil international des femmes encouragent l'impression de journaux et de livres en gros caractères pour faciliter la lecture aux personnes âgées qui ne peuvent plus se servir de lunettes; d'autre part, on encourage des voisins bénévoles à appeler les personnes âgées pour savoir comment elles vont et demander si elles ont besoin d'aide pour faire leurs courses, pour aller chez le médecin ou pour s'acquitter d'autres activités.

Annexe 12

AMERICAN ASSOCIATION OF RETIRED PERSONS (AARP)

Promotion de la santé - priorités et activités1. Activités de volontaires1.1 "Comment rester en bonne santé après 50 ans"

Cours de onze séances sur l'auto-prise en charge sanitaire pour familiariser les personnes âgées avec les principes et les aspects pratiques de la prévention des maladies/promotion de la santé. Programme pilote sur trois ans : 130 cours, 2300 participants. Ce programme a fait l'objet d'une évaluation approfondie et a notamment été testé parmi des groupes minoritaires. Il continue à se développer dans tout le pays.

1.2 Organisation de marches

Les volontaires des *Health Advocacy Services* (HAS) ont choisi comme secteur clef pour l'année à venir la marche et ce, pour les raisons suivantes :

1.2.1 des activités analogues organisées auparavant ont suscité l'enthousiasme des volontaires;

1.2.2 il est relativement facile de mener ce genre de programme dans la communauté;

1.2.3 une telle activité peut avoir des effets très bénéfiques sur la santé;

1.2.4 une telle activité est relativement peu coûteuse par rapport à d'autres, telles que :

- encourager la création de clubs de marche, l'organisation de promenades et de marches en ville, etc. parmi les volontaires HAS;
- encourager l'utilisation d'une publication sur les aspects pratiques de la marche;
- promouvoir la coordination des activités avec des groupes tels que le *Senior Games Development Council*, *Senior Olympics*, le *President's Council on Physical Fitness and Sports*, etc.

1.3 Santé des femmes

- Douze femmes âgées volontaires exemplaires ont appris à parler en public sur les questions de santé qui intéressent les femmes. Elles s'intéressent surtout à la prévention/au dépistage, en insistant sur la façon dont les femmes peuvent instaurer un bon partenariat avec les professionnels qui les soignent.
- Elaboration d'un programme vidéo et d'une brochure.

- Coordination de la participation des volontaires à des débats publics, des tournées médiatiques, des conférences, etc., rédaction de témoignages, de discours et fourniture de matériel d'appui, etc.

1.4 Santé des groupes minoritaires

- Séminaires d'éducation pour la santé sur la prévention des maladies/la promotion de la santé dans des communautés minoritaires (Asiatiques, Hispaniques, Noirs, Amérindiens) dans l'ensemble du pays.

2. Recherche et développement

2.1 Evaluation des risques pour la santé

- Envisager les possibilités de collaboration avec le *Carter Presidential Center* pour faire un bilan des risques sanitaires auxquels sont exposées les personnes âgées.

2.2 Fox Chase Cancer Center

- Enquête parmi 6000 membres nationaux en février 1988 pour déterminer le comportement des personnes âgées qui fument encore, qui n'ont jamais fumé et qui ont fumé autrefois. Il s'agit de la première enquête nationale sur l'usage du tabac parmi des personnes âgées.
- Publication des résultats de l'enquête dans des revues s'occupant de promotion de la santé.
- Cette enquête servira de base pour l'élaboration d'un projet destiné à inciter les gens à arrêter de fumer.

2.3 Centre animateur national pour la promotion de la santé

- Soumission aux pouvoirs publics d'une proposition sur le vieillissement (mars 1988) tendant à créer un centre animateur national pour la promotion de la santé.
- Insistance sur la formation et l'appui au réseau s'occupant du problème du vieillissement (services d'Etat et organismes régionaux s'occupant du vieillissement) dans l'optique de la promotion de la santé.

2.4 Rabais sur les primes d'assurance

- Collaboration avec des compagnies d'assurance pour déterminer la possibilité d'obtenir des rabais sur les primes de l'assurance de groupe de l'AARP lorsque les gens adoptent des modes de vie sains.

3. Activités de promotion et d'appui

3.1 Publication sur le programme

- Continuer de publier, en collaboration avec les services de santé publique des États-Unis, cinq numéros d'un bulletin destinés aux professionnels qui s'occupent des questions de santé et de vieillissement. Il est prévu de traiter différents thèmes, tels que la lutte contre les accidents, les services de prévention, la santé bucco-dentaire, etc.

3.2 Promotion de la santé dans les grandes entreprises

- Collaboration avec le *Washington Business Group on Health* pour l'organisation d'une conférence sur la promotion de la santé dans les grandes entreprises.

4. Législation et grandes orientations

- Aider à cerner les problèmes et les initiatives législatives ayant un impact sur la promotion de la santé.

Annexe 13

AGE CONCERN ANGLETERRE

Campagne "Comment bien vieillir" 1988-1989

Historique

La campagne nationale entreprise en 1985 par la *Health Education Authority*, en collaboration avec *Age Concern* Angleterre, pour aider les gens à bien vieillir a pour but de sensibiliser les personnes âgées et celles qui sont en contact avec elles aux possibilités de protection de la santé. Les responsables de la campagne sont convaincus que les personnes âgées veulent et doivent en savoir davantage sur la prévention.

L'unité responsable de la campagne a concentré ses efforts sur les moyens de motiver les professionnels de la santé et les organisations communautaires, pour qu'ils entreprennent et développent une action de promotion de la santé chez les personnes âgées. Des présentations ont permis de familiariser des professionnels, des volontaires et des personnes âgées à toute une gamme d'activités dans ce domaine. Une aide pratique et des matériels ont été fournis à des particuliers et à des groupes, et la campagne a servi d'outil d'information à travers des journées d'étude et des ateliers.

Une série de publications et de bulletins ont également été préparés en vue de faire connaître les idées qui sous-tendent la campagne, et de bons contacts ont été établis avec les organisations nationales compétentes.

Une conférence nationale réunissant des personnes ayant pris part à la campagne a été organisée en septembre 1986 pour faire le bilan des travaux et examiner les perspectives d'avenir. Les participants ont dégagé deux grands domaines d'action :

- développement de réseaux locaux pour la campagne;
- action de sensibilisation aux possibilités de promotion de la santé dans la vieillesse.

Tout au long de 1987, l'unité responsable de la campagne a continué à aider ceux qui mènent des actions de promotion de la santé. On a commencé à établir une banque nationale de données informatisées sur les projets et contacts locaux pertinents.

Le personnel de l'unité a également travaillé dans quatre régions du pays pour repérer les projets et structures qui pourraient être privilégiés dans le cadre d'une campagne médiatique destinée à mieux faire passer le message.

1988-1989

La *Health Education Authority* a accepté de maintenir son financement pour une dernière année - d'avril 1988 à mars 1989 - période pour laquelle les priorités suivantes ont été définies.

1. Renforcer la participation officielle à la campagne au niveau national

Il est proposé de créer un groupe consultatif national pour la campagne. Il comprendra des professionnels de renom qui, dans leurs activités, cherchent eux aussi à donner aux personnes âgées des moyens de vivre une vie plus saine de façon autonome. Le groupe sera chargé de conseiller l'unité responsable de la campagne pour les actions en cours et prévues, et d'apporter un appui actif à celle-ci en l'encourageant par l'intermédiaire des réseaux d'organisation dont disposent ses membres.

Pour développer la campagne, il faut garantir un financement à long terme, et le groupe consultatif national devra également donner des avis dans ce domaine.

2. Développer et soutenir le réseau d'information sur la campagne

L'unité responsable de la campagne a mis en place une banque nationale de données sur les projets et contacts locaux.

Il est prévu de mettre à jour régulièrement ces données, qui devront être aussi complètes que possible. On inclura également dans la banque des extraits d'articles sur des questions de santé, parus dans des revues pertinentes. Les données de la banque seront accessibles à tous ceux qui désirent organiser de nouveaux projets dans le cadre de la campagne ou savoir ce qui se fait dans ce domaine. Le bulletin périodique, les fiches d'information et une publicité générale serviront à promouvoir le réseau d'information sur la campagne.

Il est prévu d'illustrer la façon dont la banque de données peut aider les projets à se développer en axant les fiches d'information de la campagne sur un projet précis ayant trait à un thème donné, par exemple la natation, pour le décrire en détail, indiquer combien d'autres données sur cette question se trouvent dans la banque et susciter les questions de tous ceux qui désirent avoir d'autres renseignements.

L'unité responsable de la campagne continuera à préparer et distribuer des publications, par exemple une brochure sur la campagne, une publication visant à démystifier certaines idées reçues, des initiatives sur la santé bucco-dentaire, un module sur la planification et les principes de la campagne, un rapport et un magazine sur la campagne, une publication sur l'éducation et la promotion pour la santé parmi les personnes âgées, des directives en matière de planification et une publication sur les moyens de protéger soi-même sa santé et sur le droit à être bien chauffé.

3. Promouvoir les initiatives locales autour de la campagne

Il a été préparé cette année un nouveau module sur la planification et les principes de la campagne.

A partir de là, une série de journées seront organisées à travers le pays pour mettre en commun les points de vue sur le travail à mener avec les personnes âgées.

Les premières journées auront lieu à Huddersfield et Londres, et des discussions sont en cours avec Coventry, Bristol, Salford, Peterborough, Winchester, Scarborough et Plymouth.

Des groupes bénévoles, des services de promotion de la santé, des départements d'autorités locales et des organisations nationales peuvent emprunter gratuitement le matériel nécessaire à l'exposition sur les moyens de rester en bonne santé dans la vieillesse, qui encourage les initiatives en matière de santé et les activités en faveur des personnes âgées.

Jusqu'ici, l'exposition a été montée cette année à Hounslow, Blackburn, Liverpool, Chichester, Stafford, Kensington et Chelsea, Bath, Birmingham, Swindon et Watford.

Elle sera montée d'ici quelques mois à Preston, Epsom et Ewell, Wandsworth, Norwich, Bromley, Tyneside, Olympia, Salford, Huddersfield et Southampton.

4. Mener la campagne à l'échelle nationale

Avec l'aide du groupe consultatif national, l'unité chargée de la campagne va repérer et exploiter les occasions d'entreprendre des activités de promotion nationale pour encourager des comportements favorables à la santé chez les personnes âgées.

Annexe 14

LISTE DES PARTICIPANTS

REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

American Association of Retired Persons
1909, K Street N.W.
Washington, D.C. 20049
Etats-Unis d'Amérique

M. R. Maxwell, vice-président
Mme B. Quaintance

Association des anciens fonctionnaires internationaux
16, Sermontier
CH-1095 Lutry

M. P. Blanc, président, Groupe sur le vieillissement

Association hellénique de gérontologie
137, avenue Kifissias
Athènes 115 24
Grèce

Dr Merapi Violaki-Paraskeva, présidente

Association internationale des femmes médecins
Secrétariat
Herbert-Lewin-Strasse 1
D-5000 Cologne 41

Professeuse Fernanda de Benedetti, présidente, Via Fratelli Ferrari 32/5,
I-16031 Genova-Bogliasco
Mme R. Bonner, 34, chemin Pont Céard, CH-1920 Versoix

Association internationale des Lions Clubs
300, 22nd Street
Oak Brook, Illinois 60570-0001
Etats-Unis d'Amérique

M. C.R. Fedele, chargé de la liaison avec l'OMS, 246, route de Chevrens,
CH-1248 Hermance

Association mondiale de psychiatrie
Secrétaire général
Département de psychiatrie
Kommunehospitalet
DK-1399 Copenhague K

Professeur J. Wertheimer, Département universitaire de psychiatrie,
Service de psycho-gériatrie, Hôpital de Prilly, CH-1008 Prilly

Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales
Palazzo S. Calisto
Città del Vaticano
I-00120 Rome

Mme G. Bartley, 35 Knocklyon Park, Templeogue, Dublin 6 (Irlande)

Commission médicale chrétienne¹
Conseil oecuménique des églises
B.P. 66
150, route de Ferney
CH-1211 Genève 20

Concilium Ophthalmologicum Universale¹
a.b.s. Professeur A.F. Deutman
Institut d'ophtalmologie
Université de Nimègue
15, Philips van Leydenlaan
Nimègue
Pays-Bas

Confédération mondiale de physiothérapie
16/19, Eastcastle Street
Londres W1N 7PA
Royaume-Uni

Mme M. O'Hare, secrétaire général

Conseil international des femmes
13, rue Caumartin
F-75009 Paris

Mme Pnina Herzog, 12 Ussishkin Street, Jérusalem (Israël)

Conseil international des infirmières
3, place Jean-Marteau
CH-1201 Genève

Mme M. Kingma, consultante en soins infirmiers

¹ n'a pas pu envoyer de représentant à la réunion.

Conseil international des services juifs de bienfaisance et d'assistance sociale
75, rue de Lyon
CH-1211 Genève 17

M. Th.D. Feder

Fédération européenne pour les personnes âgées
Schmiedgasse 26/1-100
A-8010 Graz

M. J.-C. Rémy, 15, avenue de Fouilleuse, F-92210 Saint-Cloud

Eglise méthodiste unie¹
General Board of Global Ministries
475 Riverside Drive
New York, N.Y. 10115
Etats-Unis d'Amérique

Fédération internationale des associations de personnes âgées
8-10, rue d'Astorg
F-75380 Paris Cedex

Dr J. Deboise, secrétaire du Conseil scientifique

Fédération internationale des Petits Frères des pauvres¹
Le Fil de l'Eau
Promenade John Berney 4
CH-1180 Rolle (Vd)

Fédération internationale de la vieillesse
Bernard Sunley House
60, Pitcairn Road
Mitcham, Surrey CR4 3LL
Royaume-Uni

Mme M. Batty, administratrice pour les questions internationales,
Eurolink Age

Fédération mondiale des anciens combattants
16, rue Hamelin
F-75116 Paris

M. S. Wourgaft, secrétaire général

¹ n'a pas pu envoyer de représentant à la réunion.

Fédération mondiale des ergothérapeutes¹
(Mme M. Schwarz, vice-présidente)
Badstr. 1
CH-5412 Gebenstoft

Fédération mondiale pour la santé mentale
a.b.s. Dr Stanislas Flache
Plateau de Frontenex 9C
CH-1208 Genève

Mme J. Howells Spalding

HelpAge International
St James's Walk
Londres EC1R OBE
Royaume-Uni

Dr Ch. Beer, directeur

Information gérontologique internationale
B.P. 279
CH-1010 Lausanne

Mme A. Scherler

Institut norvégien de gérontologie¹
36, Oscarsgatan
0258 Oslo 2
Norvège

Ligue internationale contre le rhumatisme¹
Secrétaire général
Hôpital Henri Mondor
F-94010 Créteil Cedex

Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
B.P. 372
CH-1211 Genève 19

Mme M. Esnard, conseillère technique pour l'action sociale

The National Council on Aging, Inc.¹
Mr James T. Sykes
600 Maryland Avenue, S.W., West Wing 100
Washington, D.C. 20024
Etats-Unis d'Amérique

¹ n'a pas pu envoyer de représentant à la réunion.

Organisation mondiale contre la cécité
National Eye Institute
Building 31, Room 6A03
Bethesda, Maryland 20205
Etats-Unis d'Amérique

Professeur A. Roth, Clinique d'ophtalmologie, 22, rue Jentzer,
CH-1205 Genève

Société internationale et Fédération de cardiologie¹
34, rue de l'Athénée
CH-1211 Genève 12

Union internationale d'éducation pour la santé¹
a.b.s. ISD
15-21, rue de l'Ecole de médecine
F-75270 Paris Cedex 06

Union mondiale des aveugles¹
B.P. 3465
Riyadh 11471
Arabie saoudite

ONU - CENTRE POUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL ET LES AFFAIRES HUMANITAIRES¹

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE¹

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Mme J. von Essen, secrétaire, Santé des personnes âgées, Copenhague

Mme J. Gunby, fonctionnaire chargée des Relations extérieures, Collaboration avec le système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et d'autres organisations, Genève

Dr Hana M. Hermanova, chef par intérim de l'unité de la Santé des personnes âgées, Copenhague (secrétaire)

Mme A. Kern, directeur, division de l'Information et des relations publiques

M. P. Ozorio, service d'Appui aux programmes, division de l'Information et des relations publiques

Dr J. Rochon, directeur de la Gestion des programmes, Copenhague

¹ n'a pas pu envoyer de représentant à la réunion

Annexe 15.1

GRUPE DE COLLABORATION ONG/OMS SUR LE VIEILLISSEMENT

REPertoire DES MEMBRES

1. Nom : FIAPA (Fédération internationale des associations de personnes âgées).
2. Secrétariat (et/ou membres du bureau : liaison/contact avec l'OMS le cas échéant), 24, rue d'Anjou, F-75413 Paris Cedex 08.
3. Date de fondation : 1980, Paris (France).
4. Objectifs : développement de la vie associative, prise en charge des problèmes par les personnes âgées elles-mêmes.
5. Structure et politique : un conseil d'administration élu; un conseil scientifique.
6. Relations avec d'autres organisations : ONU, UNESCO, AISS, Parlement européen.
7. Activités : multiples, par les personnes âgées elles-mêmes (sanitaires, sociales, etc.).
8. Publications : rapport sur la femme âgée (ONU, Nairobi), bulletin de liaison, nombreuses communications médicales, sociales, etc.
9. Evolution de la collaboration avec l'OMS : depuis 1984.
10. Interlocuteur à l'OMS
11. Collaboration récente : oui, depuis 4 à 5 ans.
12. Corrélation avec le programme de travail de l'OMS.

Annexe 15.2

GRUPE DE COLLABORATION ONG/OMS SUR LE VIEILLISSEMENT

REPertoire DES MEMBRES

1. Nom : Conseil international des infirmières.
2. Secrétariat (et/ou membres du bureau : liaison/contact avec l'OMS le cas échéant) : C. Holleran, M. Kingma.
3. Date de fondation : 1898.
4. Objectifs :
 - 1) aider les associations nationales d'infirmières à améliorer la qualité des soins infirmiers et la compétence des infirmières;
 - 2) encourager le développement des associations nationales d'infirmières sur des bases solides;
 - 3) se faire le porte-parole international des infirmières et des soins infirmiers;
 - 4) aider les associations nationales d'infirmières à améliorer la situation professionnelle, sociale et économique des infirmières.
5. Structure et politique : Fédération d'associations nationales d'infirmières.
6. Relations avec d'autres organisations : établir et entretenir des liens et/ou une coopération avec plusieurs organisations internationales de façon à faire entendre avec autorité la voix de la profession infirmière.
7. Activités : formation, déclarations de politique générale, matériel d'appui.
8. Publications : INR, SEW News, directives.
9. Evolution de la collaboration avec l'OMS : les activités de collaboration se poursuivent depuis la création de l'Organisation.
10. Interlocuteur à l'OMS : Dr Amelia Mangay Maglacas, Soins infirmiers, OMS, Genève.
11. Collaboration récente : monographie sur le vieillissement : répercussion pour les soins infirmiers.
12. Corrélation avec le programme de travail de l'OMS : soins de santé primaires, médecine du travail, SIDA, planification des personnels, éducation pour la santé.

Annexe 15.3

GRUPE DE COLLABORATION ONG/OMS SUR LE VIEILLISSEMENT

REPertoire DES MEMBRES

1. Nom : Eglise méthodiste unie - Département des ministères de la santé et de l'assistance sociale.
2. Secrétariat (et/ou membres du bureau : liaison/contact avec l'OMS le cas échéant) : John A. Murdock, secrétaire général adjoint.
3. Date de fondation : 1920.
4. Objectifs : "... aider les méthodistes unis à participer mondialement à l'action des ministères de la santé et de l'assistance sociale, notamment dans les domaines des soins de pédiatrie, du vieillissement, des soins de santé et des handicapés ..." (extrait du Manuel de discipline de l'Eglise méthodiste unie, 1984).
5. Structure et politique : le département compte 30 membres élus par l'église mondiale, et affectés au département par l'organisme père, le Conseil général des ministères mondiaux. Le département travaille avec des congrégations, des groupes communautaires et des institutions en vue des objectifs ci-dessus.
6. Relations avec d'autres organisations : il n'existe de relations légales qu'avec d'autres organismes officiels de l'Eglise méthodiste unie, mais le département collabore avec de nombreuses organisations oecuméniques et gouvernementales.
7. Activités : le département fournit du matériel d'animation, organise des ateliers, publie les résultats de recherches, fournit quelques crédits et offre des possibilités de communication parmi les méthodistes pour toutes les activités des églises en faveur des malades.
8. Publications : *United Methodist Health Newsletter; Wings* (deux publications trimestrielles).
9. Evolution de la collaboration avec l'OMS : le département collabore avec l'OMS dans divers domaines d'intérêt mutuel, notamment l'information sur le SIDA, les soins de santé primaires, la Santé pour tous (adoptée comme thème du département) et le vieillissement.
10. Interlocuteur à l'OMS : chef de l'unité de la Santé des personnes âgées.
11. Collaboration récente : travaux avec l'OPS sur le vieillissement en Amérique latine.
12. Corrélation avec le programme de travail de l'OMS

Annexe 15.4

GRUPE DE COLLABORATION ONG/OMS SUR LE VIEILLISSEMENT

REPERTOIRE DES MEMBRES

1. Nom : Fédération mondiale des ergothérapeutes.
2. Secrétariat (et/ou membres du bureau : liaison/contact avec l'OMS le cas échéant) : Maria Schwarz, premier vice-président (chargée de la liaison avec l'OMS), Badstr. 1, CH-5412 Gebenstorf.
3. Date de fondation : 1951.
4. Objectifs : agir en qualité d'organisation internationale officielle chargée de la promotion de l'ergothérapie et de la coopération entre les organisations membres de la fédération et d'autres professions de santé.
5. Structure et politique : conseil d'administration, 7 comités de travail, réunions plénières du conseil tous les deux ans, auxquelles participent des délégués de 35 pays, et congrès internationaux sur la santé/le traitement.
6. Relations avec d'autres organisations : ONU, CONGO, BIT, *Rehabilitation International*.
7. Activités : à travers les associations nationales qui lui sont affiliées, promouvoir la santé, la prévention ainsi que les services de réadaptation/les mesures de traitement.
8. Publications : normes recommandées pour la formation des ergothérapeutes, Bulletin international, revues professionnelles nationales.
9. Evolution de la collaboration avec l'OMS : participation aux réunions de l'Assemblée de la santé et du Conseil exécutif, groupe de collaboration ONG/OMS sur le vieillissement, unité Santé mentale pour les problèmes de l'alcoolisme, unité Réadaptation pour les soins de santé primaires (manuels).
10. Interlocuteurs à l'OMS : Dr Helander, Dr Marcus, Dr Hermanova.
11. Collaboration récente : voir plus haut le point 9.
12. Corrélation avec le programme de travail de l'OMS : principes de la Déclaration d'Alma-Ata.

Annexe 15.5

GRUPE DE COLLABORATION ONG/OMS SUR LE VIEILLISSEMENT
REPERTOIRE DES MEMBRES

1. Nom : Confédération mondiale de physiothérapie.
2. Secrétariat (et/ou membres du bureau : liaison/contact avec l'OMS le cas échéant) : secrétaire général, 16/19 Eastcastle St, Londres W1N 7PA (Royaume-Uni).
3. Date de fondation : 1951.
4. Objectifs : améliorer les soins aux patients à travers le monde en relevant et maintenant les normes de physiothérapie.
5. Structure et politique : quinze organisations membres, comité exécutif composé de dix membres.
6. Relations avec d'autres organisations : OMS, Fédération mondiale des ergothérapeutes, Fédération internationale de la vieillesse, *HelpAge International*.
7. Activités : publications, congrès, projets spéciaux.
8. Publications : documentation sur les programmes de formation en physiothérapie et sur les normes d'homologation des physiothérapeutes à travers le monde.
9. Evolution de la collaboration avec l'OMS :
 - réadaptation : Dr Helander;
 - soins aux personnes âgées : chef de l'unité Soins aux personnes âgées.
10. Interlocuteur à l'OMS : Dr E. Helander.
11. Collaboration récente : "Rôle de la physiothérapie dans les soins aux personnes âgées".
12. Corrélation avec le programme de travail de l'OMS :
 - personnes âgées;
 - réadaptation à assise communautaire.

Annexe 16

GROUPE DE COLLABORATION ONG/OMS SUR LE VIEILLISSEMENT
REPERTOIRE DES MEMBRES

Extrait de

Répertoire des organisations non gouvernementales
en relations officielles avec
l'Organisation mondiale de la santé

(CWU/NGO/87.1, OMS, Genève, 1987)

(voir version anglaise de ce rapport)