



La santé publique en Europe 21

Les personnes âgées dans onze pays

Enquête médico-sociale

Rapport établi par

E. Heikkinen

*Professeur, département des sciences de la santé
Université de Jyväskylä
Finlande*

W.E. Waters

*Professeur de médecine communautaire
Hôpital général de Southampton
Royaume-Uni*

Z.J. Brzeziński

*Professeur et chef du département
d'hygiène de l'environnement
Institut national d'hygiène
Varsovie, Pologne*

ISBN 92 890 2157 8

© Organisation mondiale de la Santé 1985

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

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

Ce rapport exprime les vues des collaborateurs à l'enquête et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
<i>Avant-propos</i>	vii
Préface	ix
Liste des participants	xi
Collaborateurs	xv
Comité de rédaction	xvi
Liste des tableaux et figures	xvii
Introduction	1
Chapitre 1 Description des régions choisies, des méthodes et des population étudiées	7
Chapitre 2 Santé et capacité fonctionnelle	39
Chapitre 3 Conditions de vie	61
Chapitre 4 Modes de vie	81
Chapitre 5 Utilisation des services	115
Chapitre 6 Conclusions générales	145
Bibliographie	151
Annexe 1 Protocole de l'étude	157
Annexe 2 Questionnaire	165
Annexe 3 Directives pour l'instruction des enquêteurs	189
Annexe 4 Code	191

Avant-propos

L'augmentation marquée du nombre des personnes d'âge avancé, et surtout des femmes, surprendrait tout visiteur revenu aujourd'hui en Europe après une absence de vingt ou trente années, et, s'il devait revenir encore en l'an 2000, il en rencontrerait probablement beaucoup plus. Si la tendance actuelle se confirmait, il remarquerait, à cette époque, le même phénomène non seulement dans les pays développés, mais aussi dans les pays en développement.

Ce n'est que peu de temps après que le monde, et l'Europe en particulier, eurent commencé à se remettre de la Seconde Guerre mondiale que les réalisations dans les domaines de la santé et de la protection sociale se sont reflétées pour la première fois dans la structure démographique de la population. La chute des taux de mortalité, ainsi que celle des taux de natalité intervenue après une remontée éphémère, ont provoqué une augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées.

Prenant de plus en plus conscience de cette évolution démographique et de ses conséquences pour la santé et la société, les Etats Membres de la Région européenne de l'OMS ont demandé à cette organisation de consacrer un programme au problème de la santé des personnes âgées. Dans un premier temps, cependant, on s'est rendu compte qu'il faudrait se procurer des informations plus détaillées sur ces personnes, puisque la plupart des données statistiques englobaient tous les sujets d'un certain âge, sans tenir compte de la situation particulière de chacun. On savait que les morbidités multiples, causes d'invalidités, constituaient les principaux problèmes de santé chez les personnes âgées, mais qu'il était souvent difficile de les distinguer des problèmes de santé d'ordre général qui vont de pair avec le vieillissement. Il faut ajouter à cela des difficultés qui tiennent à l'environnement ou à la situation socio-économique et qui, ensemble, compromettent l'autonomie et les capacités fonctionnelles des personnes âgées. On savait aussi que ces personnes ne forment pas un groupe homogène, car les besoins en matière de santé et de vie sociale varient beaucoup de l'une à l'autre.

Pour mieux cerner ces problèmes, le Bureau régional de l'Europe a entrepris une étude internationale des personnes âgées dans des populations européennes, dont voici le premier rapport. Il convient de souligner que les résultats présentés ici sont préliminaires et exclusivement descriptifs; l'étude a permis de recueillir beaucoup plus d'informations qu'il n'a été possible d'en inclure ici. Le présent ouvrage met cependant peut-être sur la voie d'une compréhension meilleure des problèmes sociaux et de santé qui vont se poser aux personnes âgées durant les dernières décennies du vingtième siècle.

Je tiens à remercier tout particulièrement les gouvernements et les institutions des pays participants de leur coopération à cette étude.

*Le directeur régional
de l'OMS pour l'Europe
J.E. Asvall*

Préface

La population de la Région européenne vieillit : entre 1950 et 1970, le nombre des personnes de 60 ans ou davantage a augmenté de plus de 30%. Si cette tendance persiste, il est vraisemblable qu'entre 1980 et l'an 2000, l'effectif de ce groupe d'âges aura augmenté de 35% encore. Le taux de croissance est même plus spectaculaire parmi les personnes très âgées, c'est-à-dire celles de 80 ans ou davantage.

Le vieillissement de la population n'implique pas une demande plus grande de soins. En général, les soins dont les personnes âgées ont besoin ne diffèrent pas de ceux que demandent les sujets appartenant aux autres groupes d'âges, du moins pendant la période qui suit immédiatement la retraite. Il existe cependant des problèmes économiques et sociaux très importants qui peuvent fort bien avoir des conséquences pour la santé.

Pour pouvoir élaborer des politiques sanitaires et sociales et organiser des services, il faut disposer de bonnes informations sur ces personnes, et surtout sur leurs problèmes de santé et leurs difficultés socio-économiques; or, la plupart des informations actuelles sur la situation d'ensemble des personnes âgées portent indifféremment sur toutes celles qui ont dépassé un certain âge, en général celui de la retraite. Il semblerait aujourd'hui que l'utilisation des services de santé et des services sociaux change beaucoup avec l'âge, même parmi les personnes âgées. Le vieillissement modifie la morbidité et les invalidités. Il se peut que sa vitesse diffère selon les pays, et que l'état de santé des êtres humains varie selon leur milieu culturel et leur degré d'instruction. Il peut donc se refléter dans leur recours aux services de santé. La vitesse du vieillissement peut aussi varier dans le temps au gré des modifications de la situation économique et d'autres facteurs.

La préparation de l'enquête dont les résultats sont présentés ici a commencé par une réunion tenue à Copenhague en décembre 1976 et dont les participants ont défini les grandes orientations à suivre pour cette enquête. On a établi plus tard un protocole qui a servi à recruter des enquêteurs dans les pays qui voulaient participer à l'étude, puis on a préparé un questionnaire qui a été testé sur le terrain.

Les enquêteurs se sont réunis une première fois à Kiev en novembre 1977 afin de revoir le protocole d'étude et le questionnaire; ils ont proposé des révisions, qu'un groupe réuni à Copenhague en 1978 a effectuées. Les enquêteurs ont aussi recommandé la réalisation d'études-pilotes, qui ont eu

lieu en Finlande, Pologne, URSS et Yougoslavie. En septembre 1978, les enquêteurs concernés ont participé à Copenhague à une réunion durant laquelle ils ont proposé des modifications au protocole et au questionnaire, compte tenu de l'expérience acquise lors des études-pilotes. Les versions finales du protocole de l'enquête et du questionnaire ont été revues et adoptées en novembre 1978, lors d'une réunion tenue à Cavtat en Yougoslavie.

Tous les Etats Membres de la Région européenne de l'OMS ont été invités à participer à cette étude et onze ont accepté. Les enquêtes ont été réalisées dans quinze centres de dix pays de la Région européenne, et aussi au Koweït, membre de la Région Méditerranée orientale de l'OMS. Les données obtenues et les autres informations recueillies auprès des centres participants ont montré que certains d'entre eux ne s'étaient pas toujours, pour diverses raisons, strictement conformés au protocole de travail convenu. Cela n'a pas posé de problèmes sérieux pour l'analyse et la présentation des rapports des centres, et n'a pas non plus compromis la pertinence des résultats concernant chaque pays participant. Par contre, les différences ont rendu la comparaison des données difficile et imposé certaines restrictions au traitement et à l'analyse de la masse totale des données. Il a donc été décidé que le premier rapport ne traiterait que des méthodes utilisées et des observations générales concernant les tendances selon l'âge, les différences selon le sexe, et les disparités d'ensemble d'un centre à l'autre. Une analyse plus affinée, qui insistera sur les modes de vie, le plaisir de vivre et diverses caractéristiques des conditions de vie, sera présentée dans des rapports ultérieurs. Le comité de rédaction, en coopération avec le Bureau régional, coordonne ce travail et prend soin de choisir des données qui ne souffrent pas des différences de méthode constatées dans la collecte des informations.

Il faudrait de nombreuses pages pour exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui ont aidé à réunir et à dépouiller les données contenues dans le présent ouvrage. Le rapport de chaque centre donne la liste détaillée de tous les participants à l'enquête. Nous aimerions remercier les nombreux enquêteurs qui y ont contribué dans les divers pays, et tout particulièrement le Dr R. Glyn Thomas qui, en tant que fonctionnaire chargé à cette époque du programme régional consacré à la santé des personnes âgées, a beaucoup contribué à la réussite de l'enquête.

Enfin, nous exprimons toute notre gratitude aux personnes âgées, sans la coopération desquelles l'enquête n'aurait pas été possible.

E. Heikkinen

W.E. Waters

Z.J. Brzeziński

Liste des participants

Belgique	Bruxelles	<i>Professeur M. Asiel</i> Ecole de santé publique Université libre de Bruxelles
	Louvain	<i>Professeur F. Baro</i> <i>Dr K. Van Calster</i> Centre psychiatrique St. Kamillus Université catholique de Louvain Bierbeek
Berlin (Ouest)	Berlin (Ouest)	<i>Professeur H. Paul</i> Institut de médecine sociale Université libre de Berlin
		<i>Dr V. Garms-Homolová</i> Professeur assistant Institut de médecine sociale Université libre de Berlin
Finlande	Tampere	<i>Professeur E. Heikkinen</i> Département des sciences de la santé Université de Jyväskylä
		<i>Dr S. Koskinen</i> Département de politique sociale Université de Tampere
		<i>Mme R.-L. Arajärvi, MA</i>
		<i>Dr M. Jylhä</i>
		<i>M. P. Pohjolainen, Lic.Sc.</i> <i>M. M. Pekurinen, MA</i> Département de santé publique Université de Tampere
France	Midi-Pyrénées	<i>Professeur J. Albarède</i> Centre de médecine gériatrique Faculté de médecine Toulouse

France	Midi-Pyrénées (suite)	<i>Professeur J. Pous</i> Département de la santé publique Faculté de médecine Toulouse
	Haute Normandie	<i>Dr F. Hatton</i> Maître de recherches INSERM Unité de recherche pour l'évaluation de l'état de santé et des systèmes de protection médicale INSERM Le Vésinet
Grèce	Grèce rurale	<i>Professeur A.S. Dontas</i> Département de médecine Hôpital des urgences Apostolos Pavlos Kifissia
		<i>Dr M. Violaki-Paraskeva</i> Directeur général honoraire de la santé Ministère de la santé et des services sociaux
		<i>Mme E. Georgiades</i> Directeur de la division des personnes âgées Ministère de la santé et des services sociaux
		<i>Professeur G. Papaevangelou</i> Ecole d'hygiène Athènes
		<i>Dr C. Emmanuel</i> Centre Demokritos de l'énergie atomique Hagia Paraskevi Attique
Italie	Florence Basse-Ombone Amiata occ.	<i>Professeur F.M. Antonini</i> Chef du département de gérontologie et de gériatrie Université de Florence
		<i>Dr A. L'Abate</i> Professeur associé Centre d'épidémiologie de Toscane
		<i>Dr G. Tesi</i> Faculté de pédagogie Université de Florence

Koweït	Koweït	<i>Dr S.N. Banoub</i> Directeur de l'Office national de planification sanitaire Ministère de la santé publique
Pologne	Bialystok	<i>Professeur W. Pedich</i> Département de gérontologie Institut de médecine sociale Ecole universitaire de médecine Bialystok
Roumanie	Bucarest	<i>Professeur A. Aslan</i> Institut national de gérontologie et de gériatrie Bucarest <i>Dr V. Jucovschi</i> Chef adjoint du département de gérontologie sociale Institut national de gérontologie et de gériatrie Bucarest
URSS	Kiev	<i>Dr N.N. Sachuk</i> Chef du Laboratoire de démographie et de statistiques sanitaires Institut de gérontologie Kiev <i>Dr N.V. Veržikovskaja</i> Chef du département d'organisation scientifique Institut de gérontologie Kiev
Yougoslavie	Belgrade	<i>Professeur Dj. Kozarević</i> Directeur de l'Institut des maladies chroniques et de gérontologie Belgrade
	Zagreb	<i>Dr B. Defilipis</i> Directeur de l'Institut de santé publique Zagreb <i>M. M. Havelka, MA</i> Ecole supérieure d'infirmières Université de Zagreb

Coordonnateur

Professeur Z.J. Brzeziński
Chef du département d'hygiène
de l'environnement
Institut national d'hygiène
Varsovie
Pologne

Rapporteur

Professeur W.E. Waters
Professeur de médecine
communautaire
Hôpital général de Southampton
Royaume-Uni

Collaborateurs

Les personnes ci-après ont rédigé les projets des chapitres suivants :

Introduction		W.E. Waters E. Heikkinen
Chapitre 1	Description des régions choisies, des méthodes et des populations étudiées	W.E. Waters Z.J. Brzeziński
Chapitre 2	Santé et capacité fonctionnelle	Dj. Kozarević M.F. Antonini A.S. Dontas
Chapitre 3	Conditions de vie	W. Pedich R.-L. Arajärvi S. Koskinen
Chapitre 4	Modes de vie	E. Heikkinen N.N. Sachuk P. Pohjolainen M. Jylhä
Chapitre 5	Utilisation des services	M. Asiel F. Baro F. Hatton K. Van Calster S. Koskinen R.-L. Arajärvi
Chapitre 6	Conclusions générales	W.E. Waters E. Heikkinen

Comité de rédaction

Professeur J.L. Albarède
Professeur M.F. Antonini
Professeur M. Asiel
Dr S.N. Banoub
Professeur F. Baro
Professeur Z.J. Brzeziński
Dr B. Defilipis
Dr A.S. Dontas

Dr F. Hatton
Professeur E. Heikkinen
Dr H. Hermanova
Dr Dj. Kozarević
Professeur H. Paul
Professeur W. Pedich
Dr N.N. Sachuk
Professeur W.E. Waters

Liste des tableaux et figures

CHAPITRE 1

	<i>Page</i>
Tableau 1	Type, superficie et population de la région considérée 15
Tableau 2	Composition par âge de la population des régions étudiées (hommes et femmes) 16
Tableau 3	Effectif total des échantillons de population 17
Tableau 4	Nombre de questionnaires remplis, y compris par procuration, sans compter les sujets placés en établissements 18
Tableau 5	Nombre de sujets décédés ou ayant changé d'adresse (questionnaire non rempli) 19
Tableau 6	Nombre de sujets trop malades pour participer à l'enquête (pas d'interview par procuration) 20
Tableau 7	Nombre de questionnaires remplis par procuration, sauf pour les sujets placés en établissements 21
Tableau 8	Nombre de questionnaires remplis concernant les pensionnaires d'établissements, y compris par procuration 22
Tableau 9	Taux de réponse pour les questionnaires remplis 23
Tableau 10	Pourcentages de sujets mariés 24
Tableau 11	Pourcentages de veufs ou de veuves 25
Tableau 12	Pourcentages de célibataires 26
Tableau 13	Pourcentages de personnes ayant exercé comme activité principale un métier manuel ou de force 27
Tableau 14	Pourcentages de personnes ayant exercé leur activité principale dans l'agriculture 28
Tableau 15	Pourcentages de sujets scolarisés à plein temps moins de 4 années 29
Tableau 16	Pourcentages de sujets scolarisés à plein temps plus de 12 années 30
Tableau 17	Pourcentages de sujets ayant reçu une formation professionnelle à plein temps de 2 ans ou plus 31

CHAPITRE 2

Tableau 18.	Pourcentages de personnes ne se sentant pas en bonne santé	43
Tableau 19	Pourcentages de personnes s'estimant en mauvaise ou plutôt mauvaise santé	44
Tableau 20	Pourcentages de personnes jugeant leur santé plus mauvaise que celle d'autres sujets de leur âge	45
Tableau 21	Pourcentages de personnes déclarant avoir été victimes d'un accident, d'un traumatisme ou d'une maladie chronique compromettant leur vie quotidienne, y compris leur activité professionnelle	46
Tableau 22	Pourcentages de personnes ayant, les deux précédentes semaines, ressenti certains de 24 signes ou symptômes de façon répétée ou presque continue	47
Tableau 23	Pourcentages de personnes ayant, les deux précédentes semaines, ressenti certains de 17 signes ou symptômes psychosomatiques de façon répétée ou presque continue	48
Tableau 24	Pourcentages de personnes ayant, les deux précédentes semaines, ressenti certains de 7 signes ou symptômes physiques de façon répétée ou presque continue	49
Tableau 25	Pourcentages de personnes ayant, les deux précédentes semaines, ressenti des douleurs articulaires ou dorsales de façon répétée ou presque continue	50
Tableau 26	Pourcentages de personnes ayant, les deux précédentes semaines, ressenti de la fatigue ou une impression de faiblesse de façon répétée ou presque continue	51
Figure 1	Pourcentages de sujets s'estimant en très bonne santé	52
Figure 2	Pourcentages de sujets se déclarant hypertendus	53
Figure 3	Pourcentages de sujets signalant des difficultés d'audition	54
Figure 4	Pourcentages de sujets éprouvant des difficultés dans la vie de tous les jours	55
Figure 5	Pourcentages de sujets éprouvant des difficultés à s'acquitter de tâches ménagères légères	56

CHAPITRE 3

Tableau 27	Pourcentages de sujets vivant avec 4 personnes ou plus	63
Tableau 28	Pourcentages de sujets disposant pour leur usage personnel de 4 pièces ou plus	64
Tableau 29	Pourcentages de personnes disposant d'une salle de bain, d'une douche ou d'un sauna	65
Tableau 30	Pourcentages de personnes disposant d'une machine automatique à laver le linge	66
Tableau 31	Pourcentages de personnes disposant d'un récepteur de télévision	67
Tableau 32	Pourcentages de personnes disposant d'un téléphone	68

Tableau 33	Pourcentages de personnes résidant, sans ascenseur, à un deuxième étage ou au-dessus	69
Figure 6	Pourcentages de personnes vivant seules	70
Figure 7	Pourcentages de personnes vivant avec leur conjoint	71
Figure 8	Pourcentages de personnes vivant avec leurs enfants	72
Figure 9	Pourcentages de personnes disposant d'une seule pièce (salle de bains non comprise)	73
Figure 10	Pourcentages de personnes disposant de l'eau courante chaude et froide à domicile	74
Figure 11	Pourcentages de personnes disposant de leur propre cuisine ...	75

CHAPITRE 4

Tableau 34	Pourcentages de fumeurs consommant plus de 14 cigarettes par jour	87
Tableau 35	Pourcentages de membres actifs d'associations	88
Tableau 36	Pourcentages de sujets ayant voyagé dans leur pays au cours des 12 mois écoulés	89
Tableau 37	Pourcentages de participants à diverses activités culturelles au moins une fois l'an	90
Tableau 38	Pourcentages de sujets ayant déclaré recevoir peu de visites (un mois ou plus depuis la dernière visite)	94
Tableau 39	Pourcentages de sujets employés à plein temps ou à temps partiel au moment de l'enquête	95
Tableau 40	Pourcentages de sujets se sentant souvent seuls	96
Figure 12	Description hypothétique du mode de vie des personnes âgées et sa relation avec quelques variables de base	97
Figure 13	Caractérisation du mode de vie dans la présente étude	98
Figure 14	Pourcentages de fumeurs réguliers	90
Figure 15	Pourcentages de consommateurs de boissons alcooliques	100
Figure 16	Pourcentages de consommateurs fréquents de boissons alcooliques	101
Figure 17	Pourcentages de sujets pratiquant des exercices physiques ...	102
Figure 18	Participation à des clubs, associations ou sociétés : pourcentages de membres actifs	103
Figure 19	Nombre moyen de participations à des activités sociales dans l'année écoulée	104
Figure 20	Nombre total de participations à des activités sociales dans l'année écoulée	105
Figure 21	Nombre moyen de consultations à domicile d'un médecin ou d'une infirmière, par sujet, dans les 12 mois précédents ...	106
Figure 22	Pourcentages de sujets satisfaits de leur existence actuelle	107
Figure 23	Pourcentages de sujets satisfaits de leur existence passée	108
Figure 24	Pourcentages de sujets jugeant mauvaise leur situation économique	109

CHAPITRE 5

Tableau 41	Pourcentages de sujets examinés à leur domicile par un médecin dans les 12 mois écoulés	121
Tableau 42	Pourcentages de sujets ayant consulté un médecin à son cabinet dans les 12 mois écoulés	122
Tableau 43	Pourcentages de sujets ayant vu un dentiste dans les 12 mois écoulés	123
Tableau 44	Pourcentages de sujets examinés à domicile par une infirmière ou une visiteuse sanitaire dans les 12 mois écoulés	124
Tableau 45	Pourcentages de sujets s'étant rendus chez une infirmière dans les 12 mois écoulés	125
Tableau 46	Nombre moyen de visites d'un médecin ou d'une infirmière dans les 12 mois écoulés	126
Tableau 47	Pourcentages de sujets ayant subi des analyses de laboratoire dans les 12 mois écoulés	127
Tableau 48	Durée moyenne (en jours) de séjour en hôpital général dans les 12 mois écoulés	128
Tableau 49	Pourcentages de sujets qui jugeaient difficile d'accéder à un dentiste	129
Tableau 50	Pourcentages de sujets ayant pris des médicaments sur ordonnance dans les 7 jours précédant l'entretien, et nombre médian de médicaments consommés	130
Tableau 51	Pourcentages de sujets ayant pris, dans les 7 jours précédant l'entretien, des médicaments achetés sans ordonnance	132
Tableau 52	Pourcentages de personnes ayant, dans les 12 mois écoulés, reçu une aide à domicile, occasionnellement ou régulièrement	133
Tableau 53	Pourcentages de personnes ayant, dans les 12 mois écoulés, eu recours aux services d'un podologue, occasionnellement ou régulièrement	134
Tableau 54	Pourcentages de personnes ayant, dans les 12 mois écoulés, contacté un travailleur social, occasionnellement ou régulièrement	135
Figure 25	Pourcentages de sujets ayant séjourné en hôpital général dans les 12 mois écoulés	136
Figure 26	Pourcentages de sujets estimant difficile d'accéder à un médecin	137
Figure 27	Pourcentages de sujets estimant difficile d'accéder à un hôpital	138

Introduction

Le nombre et la proportion des personnes âgées augmentent dans la plupart des pays du monde, et comme les informations actuelles à leur sujet ne dépassent pas certaines limites, les enquêtes commentées dans le présent ouvrage ont été conçues pour réunir des données en s'adressant à un certain nombre de centres de la Région européenne. Ces enquêtes donnaient suite à une résolution adoptée à la vingt-cinquième session du Comité régional de l'Europe, qui a demandé au directeur régional de faire exécuter et de coordonner des études sur la morbidité et la mortalité des personnes âgées, en prêtant une attention particulière aux facteurs socio-économiques, culturels et d'environnement qui peuvent avoir quelque rapport avec la morbidité de ces personnes.

Les personnes âgées ont été définies de façons différentes selon les enquêtes. La vieillesse peut commencer à 60 ou 65 ans (1), bien que, selon le rapport pour 1980 du secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (2), l'assemblée générale de cette Organisation la fasse commencer à 60 ans. Le terme «vieillissement» convient mieux à certains égards que l'expression «personnes du troisième âge» ou «personnes âgées», puisqu'il donne à penser à une évolution continue et à des transformations qui marquent les derniers temps de la vie plutôt qu'à une situation statique. Il faut cependant définir plus arbitrairement certaines catégories de personnes âgées aux fins des études statistiques et démographiques. Ainsi, la plupart des classifications actuelles de ces personnes groupent indifféremment tous ceux qui ont dépassé un certain âge, en général celui de la retraite. Cependant, de quelque façon qu'on les définisse, les personnes âgées sont loin de former un groupe homogène, et les recours aux services de santé varient beaucoup, même dans les groupes les plus âgés (3, 4).

Santé et capacité fonctionnelle

La santé est l'un des principaux objectifs des politiques sociales; dans de nombreuses sociétés industrialisées, les dépenses de santé ont non seulement augmenté, mais l'ont souvent aussi fait plus vite que le produit national brut. Les transformations sociales, démographiques et épidémiologiques des dernières décennies ont conduit à une situation où, à l'heure actuelle, environ la moitié du budget total de la santé est parfois consacrée aux soins médicaux aux personnes âgées.

Il y a de nombreuses années que les soins à ces personnes posent un grand problème, qui n'a fait que s'amplifier et qui, dans la plupart des pays, s'amplifiera longtemps encore au fur et à mesure que l'effectif des personnes âgées va continuer de s'accroître. L'augmentation de cet effectif a d'importantes conséquences économiques et sociales. Certaines estimations ont montré que, dans le Royaume-Uni, les dépenses de santé des 75 ans ou plus étaient, par personne, presque six fois supérieures à celles des 16 à 64 ans (5). Bien sûr, les recours aux services de santé, et par conséquent les dépenses qu'ils occasionnent, dépendent non seulement de la morbidité des personnes âgées, mais aussi de facteurs économiques et sociaux.

Le vieillissement va de pair avec une augmentation de la prévalence de nombreuses maladies chroniques et invalidités. Puisqu'on trouve chez les 65 ans ou plus environ les deux tiers des maladies chroniques qui nécessitent un traitement, et qu'environ un tiers des sujets de 75 ans ou plus souffrent de ces maladies, il faut prendre diverses mesures d'assistance pour aider ces patients à faire face aux activités de la vie quotidienne. Le nombre des maladies observées dépend cependant beaucoup de l'exhaustivité des enquêtes.

La prévalence des handicaps physiques augmente avec l'âge. Harris (6) a découvert, par exemple, que près des deux tiers des victimes d'un handicap notable (qui ont besoin d'une certaine assistance) ou d'un handicap profond (qui ont besoin d'une assistance considérable) avaient dépassé 75 ans, de même que près des trois quarts des sujets souffrant de handicaps très graves. Il existe un rapport entre caractéristiques sociales et handicaps; Harris a aussi constaté, en effet, que, parmi les personnes de 65 ans ou plus qu'il avait classées dans les invalides, 30% vivaient seules alors que les sujets de ces âges ne formaient que 22% de la population totale. D'autres enquêtes ont montré qu'un tiers des personnes de 65 ans ou plus qui vivaient en établissement étaient célibataires, alors qu'il n'y en avait qu'un dixième vivant en ménage individuel (7).

Les patients âgés diffèrent à plusieurs égards des patients jeunes, ce qui a amené, dans de nombreux pays, à faire de la gériatrie une spécialité médicale distincte. Ce qui frappe, dans la morbidité des personnes âgées, c'est qu'elle est souvent multiple, et cela peut créer des problèmes, non seulement lorsqu'il s'agit d'établir les diagnostics proprement dits et de choisir les traitements, mais aussi parce que l'étude des patients et l'application des thérapeutiques demandent plus de temps.

La statistique démographique, et en particulier l'enregistrement des décès et les recensements de population, existent depuis plus d'un siècle dans de nombreux pays. Par contre, il a été consacré très peu de travaux à la santé, à la situation sociale, aux besoins et aux problèmes des personnes âgées, si l'on excepte l'enquête de Charles Booth au siècle dernier (8) et celle de J.H. Sheldon (9).

Ce qu'il faut, c'est une référence pour pouvoir procéder à des comparaisons avec les résultats d'enquêtes futures (afin d'établir l'existence d'un effet de cohorte, le cas échéant). Les projections démographiques réalisées dans plusieurs pays dénotent que la répartition des personnes âgées selon l'âge va changer de façon appréciable, et que le pourcentage de personnes très âgées va augmenter. Il faut obtenir de plus amples informations pour mieux connaître les répercussions de cette évolution démographique sur les services

de santé. Les études précédentes ont rarement porté sur des populations tout entières et, souvent, les échantillons étudiés n'étaient pas représentatifs. Peu d'études comparant la situation dans différents pays ont tenu compte à la fois des facteurs médicaux et sociaux.

Malgré la prévalence élevée des affections chroniques, la plupart des personnes âgées s'estiment en bonne santé (10). Souvent, les sujets très âgés jugent leur état de santé aussi bon que celui des personnes âgées plus jeunes qu'eux. La bonne santé, telle qu'elle se ressent subjectivement, est néanmoins associée à des difficultés de mouvement et à un déclin des fonctions sensorielles et de la capacité fonctionnelle en général (10). Certaines personnes surestiment leurs capacités fonctionnelles (les optimistes), d'autres la sous-estiment (les pessimistes). On considère, en gérontologie, que l'estimation subjective de l'état de santé a beaucoup d'importance, car elle influe par exemple sur le plaisir de vivre et sur la demande de prestations (11-13).

Moins de 10% des 65 ans ou plus vivent en établissements. Parmi les autres, moins de 5% sont grabataires, de 5 à 15% environ sont confinés à leur domicile, et quelque 5 à 20% ne peuvent se déplacer qu'avec difficulté (14). On a défini divers indices de l'autonomie dans les activités de tous les jours (10, 15, 16). Le degré de réduction de l'activité physique varie beaucoup, aussi bien entre sujets du même âge (différences au sein d'une cohorte) qu'entre groupes d'âges différents (différences entre cohortes). Les fonctions complexes sont les plus compromises par le vieillissement, tandis que les fonctions simples de base se maintiennent relativement bien, même jusqu'à un âge très avancé (15).

La diminution de la mobilité constitue l'un des obstacles principaux à l'autonomie des personnes âgées. Environ 15% des personnes de 65 à 74 ans accusent une nette diminution de leur mobilité, comme environ 30% des 75 ans ou plus (17). On n'a pas observé de grandes différences de mobilité entre les personnes âgées de six pays occidentaux, ce qui donne à penser que les capacités physiques des personnes âgées sont peut-être indépendantes de leur milieu culturel (14). Cette idée repose sur les résultats de quelques enquêtes transnationales, et d'autres recherches s'imposent pour la confirmer ou l'infirmier. On peut postuler que l'état de santé et la capacité fonctionnelle durant la vie dépendent à la fois de la façon de vivre et de la situation socio-économique, mais il se pourrait bien qu'une mortalité sélective et d'autres facteurs, sélectifs eux aussi, réduisent les différences entre personnes très âgées. C'est l'une des raisons qui ont fait inclure des sujets moins âgés dans cette enquête.

Les modes de vie

Les modes de vie des personnes âgées ont subi de rapides modifications dans le sillage de l'urbanisation et de l'industrialisation, qui ont transformé les conditions de vie matérielles des sociétés avancées. Cependant, les difficultés que ces personnes éprouvent à s'adapter à la vie moderne demeurent mal connues. Si leurs conditions de vie matérielles se sont beaucoup améliorées, surtout depuis trente ans, on affirme souvent que leur existence se caractérise par la solitude, l'insatisfaction, la dépendance, la perte de tout rôle social intéressant, la dépression et d'autres difficultés encore.

Un certain nombre de théories de gérontologie sociale essaient d'expliquer le processus social du vieillissement (18). Les principes essentiels à l'origine des principales théories s'opposent sur certains points, ce qui dénote l'existence de lacunes dans la connaissance actuelle du sujet. En recherche sociologique (19), le concept de mode de vie met en jeu les conditions d'existence à des époques différentes, les fonctions sociales (en particulier le tissu social et les relations avec autrui), ainsi que les priorités accordées par chacun aux diverses fonctions. Le mode de vie évolue peu à peu au gré des transformations de la société et de l'environnement.

On recourt à des concepts étroitement apparentés entre eux — comme la façon de vivre, la qualité de la vie et le niveau de vie — pour analyser les composantes spécifiques du mode de vie. La recherche médicale se limite, pour l'essentiel, aux problèmes qui touchent du plus près à la santé. Ainsi, l'usage du tabac, l'alimentation, l'exercice physique et la consommation d'alcool des personnes âgées ont fait l'objet d'enquêtes (20–23). Les spécialistes de la gérontologie sociale se sont penchés sur les problèmes de contact social, de participation sociale, de passe-temps et de plénitude de l'existence (13, 24, 25), et il semble que l'intérêt du rôle joué dans la société, l'image positive de soi, et la vision globale du monde qui les entoure, contribuent beaucoup à déterminer l'avenir des personnes âgées. En additionnant tout ce que l'on sait des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales et médicales du vieillissement, on peut mieux comprendre les problèmes de ces personnes et créer des services qui répondent exactement à leurs besoins et qui empêchent une dépendance prématurée ainsi que leur placement sans nécessité en établissement (26). Il existe très peu d'informations sur le mode de vie des personnes âgées dans les différents pays, et on n'a publié jusqu'à présent que peu d'études transnationales sur le sujet.

Services

La forme des soins aux personnes âgées dépend des systèmes et des contextes socio-culturels et économiques de chaque nation. Dans les pays industrialisés, les services officiels créés à l'intention de ces personnes remplacent de plus en plus l'assistance des proches, mais il existe encore des pays où la structure familiale est très enracinée et où les soins aux personnes âgées incombent encore à la famille (3, 27).

La proportion croissante de personnes âgées, et surtout la forte augmentation de l'effectif des très âgés, rendent indispensables la collecte d'informations et la planification sociale. Du point de vue démographique, le problème de l'âge avancé est essentiellement déterminé par le grand nombre de femmes âgées, qui constituent la majorité des clients des organisations de soins. Une bonne partie de cette clientèle se compose de veufs, de malades chroniques, de personnes confinées à leur domicile et de sujets qui ne peuvent faire face aux difficultés de la vie quotidienne. Pour garantir la meilleure qualité de vie possible aux personnes âgées, il faut leur assurer la sécurité financière et des soins de toute sorte comportant un juste équilibre entre soins en établissements ouverts et fermés et suffisamment de flexibilité pour faire face aux besoins de chacun. On reproche aux systèmes actuels

de prestations aux personnes âgées leur fragmentation et leur manque d'organisation (28, 29). Les critères de prestation des soins manquent souvent de clarté, et les besoins ou les ressources des personnes âgées pourraient permettre de les déterminer dans chaque cas (30, 31).

On a réalisé depuis dix ans un certain nombre d'études des services sociaux et des services de santé à l'intention des personnes âgées. Ces travaux n'ont cependant produit que des résultats fragmentaires et il est difficile de dresser un tableau complet de la situation. Jusqu'à présent, les comparaisons internationales sont rares. Les pays qui ont une tradition de politique sociale ont été les premiers à envisager et réaliser l'étude des prestations dont les personnes âgées ont besoin et de l'utilisation qu'elles en font. S'agissant de ces personnes, il faut combiner prestations de santé et prestations sociales. Dans certains pays, tous les services nécessaires ont été regroupés en une seule et même organisation, et plusieurs autres pays essaient de faire de même. La présente étude porte entre autres sur l'utilisation des services de santé et de certains services d'aide sociale. Associée à un inventaire des services existant dans les secteurs étudiés, inventaire qu'on se propose d'établir, elle permettra d'évaluer les divergences entre les prestations dont les personnes âgées ont besoin et celles qui leur sont offertes.

Terminologie

La terminologie, surtout dans le domaine socio-médical, change avec le temps en raison de la découverte de nouveaux concepts et des progrès de la science. L'évolution actuelle des soins aux personnes âgées se caractérise notamment par un élargissement de leur approche, qui fait intervenir de nombreuses disciplines. Le vocabulaire des années 60 différait légèrement de celui des années 70, et tous deux se distinguent tant soit peu du vocabulaire actuel. La documentation publiée depuis une vingtaine d'années a été reproduite ici sous sa forme originale en utilisant le vocabulaire de l'époque. Dès lors, le lecteur ne doit pas trop s'inquiéter des incohérences apparentes dans la terminologie du présent rapport.

But de l'enquête

L'enquête interdisciplinaire dont le rapport est présenté ici avait pour but de recueillir auprès d'échantillons représentatifs de populations des données normalisées et comparables sur l'état de santé et la capacité fonctionnelle des personnes âgées, ainsi que sur l'utilisation qu'elles font des services de santé et des services sociaux. Il est admis que cette utilisation dépend non seulement de l'état de santé de la population, mais aussi de l'aide sociale qui est assurée. Par conséquent, une étude des modes de vie et des aides sociales s'imposait.

Outre que cette étude apporte les informations nécessaires pour organiser, dans les prochaines années, des services de santé pour les personnes âgées, elle peut servir à émettre des hypothèses sur l'état sanitaire, le vieillissement et les services nécessaires dans diverses régions. Il faut espérer que

ces hypothèses permettront l'exécution de travaux sur les actions destinées à prévenir les invalidités prématurées et à améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées.

Le présent rapport donne des détails sur la méthodologie de l'étude et présente des données préliminaires concernant les personnes qui vivent à leur domicile. Considérant son caractère descriptif, on n'a pas calculé d'intervalles de confiance ni procédé à des tests statistiques. Chaque centre a publié ou prépare son propre rapport, mais il faut espérer que des études comparatives et des rapports plus détaillés, qui exploiteront toutes les données recueillies, seront publiés ultérieurement.