

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

ENGLISH = ERS 65

LA PREVENTION DES INVALIDITES DE L'AGE AVANCE

Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS

Cologne
16-19 novembre 1981

ICP/ADR 024
2063E
ORIGINAL : ANGLAIS

1983

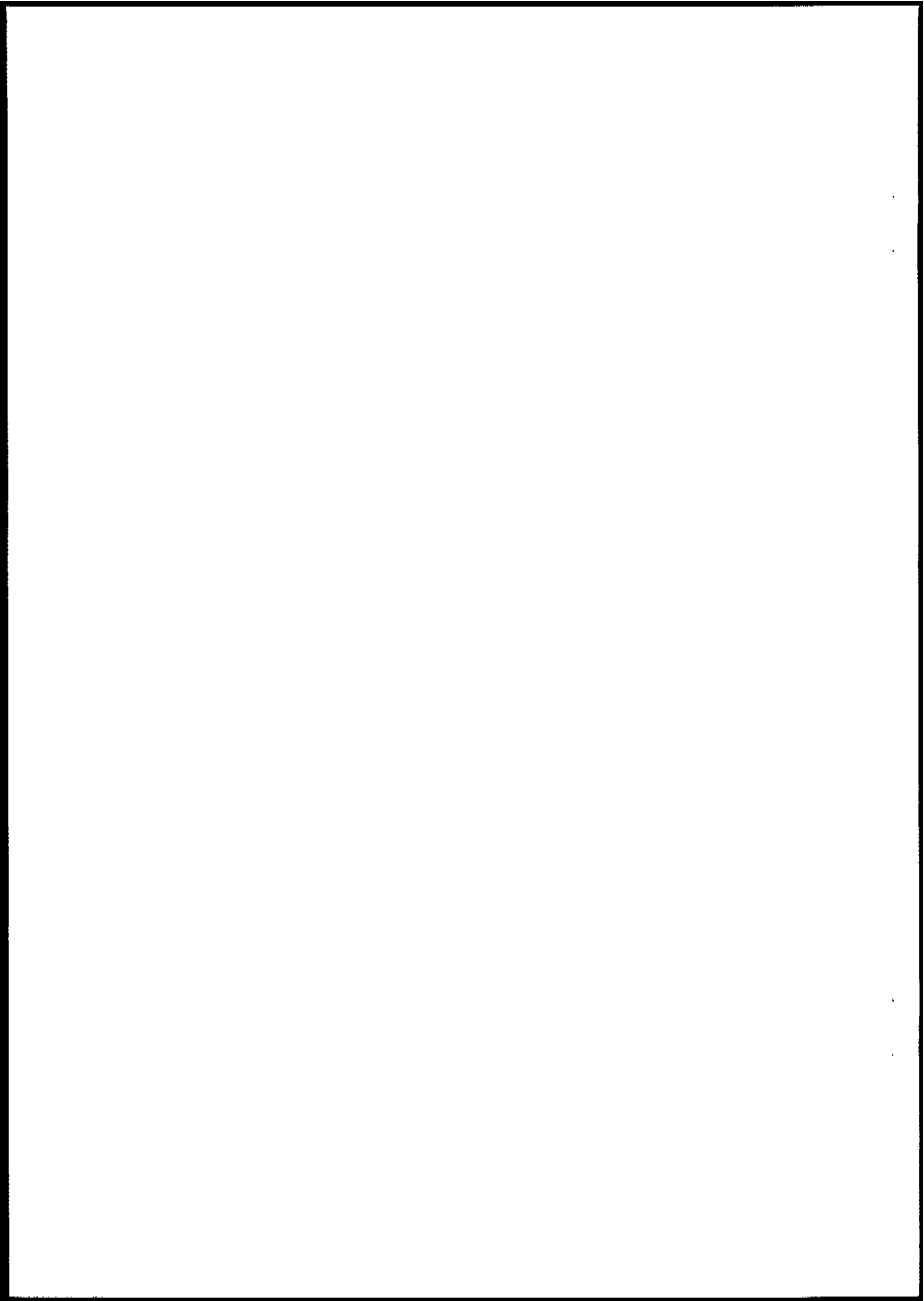
Traduction d'une publication du Bureau régional de l'Europe de l'OMS parue dans la série des Rapports et Etudes EURO sous le numéro 65 et portant le titre "Preventing disability in the elderly" (ISBN 92 890 1231 5).

Note

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation ou traduction sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Introduction	1
2. Discussion générale	1
2.1 Terminologie	2
2.2 Le mandat du groupe de travail	2
3. Les réalités de l'âge avancé	3
3.1 Les activités de la vie quotidienne	3
3.2 Les conditions de vie	5
3.3 Les troubles mentaux de l'âge avancé	6
3.4 Maladie et invalidité	8
4. Prévention et soulagement des invalidités	8
4.1 Invalidités dues aux maladies chroniques	9
4.2 Invalidités dues à des déficiences du système locomoteur	11
4.3 Invalidités dues à des infirmités mentales	15
4.4 Prévenir l'invalidité mentale par la stimulation de la mémoire	17
4.5 Invalidités d'origine sensorielle	18
5. Les formules interdisciplinaires de gestion des invalidités	20
5.1 Diagnostic des invalidités mentales	20
5.2 Détermination de l'aide à apporter aux patients	22
6. La Classification internationale des infirmités, invalidités et handicaps (ICIDH)	22
6.1 Les conséquences de la maladie	22
6.2 Application expérimentale de l'ICIDH	26
7. L'invalidité vue en tant que problème de traitement de l'information	27
8. Observations et recommandations finales	29
Bibliographie	32
Annexe 1	33
Annexe 2	35
Annexe 3	36



1. Introduction

Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS, en collaboration avec le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne, a réuni du 16 au 19 novembre 1983, à Cologne, un groupe de travail chargé de définir les moyens de prévenir les invalidités de l'âge avancé, qui se composait de dix-neuf conseillers temporaires, un fonctionnaire du Siège de l'OMS et quatre fonctionnaires du Bureau régional. La liste des participants figure à l'Annexe 3.

Le groupe avait pour buts :

- de s'informer objectivement sur les rapports entre l'état de santé et l'exercice des activités de tous les jours;
- de s'informer objectivement sur les conditions de vie des personnes âgées;
- de procéder à l'étude de l'International Classification of Impairments disabilities and Handicaps - ICIDH (Classification internationale des infirmités, invalidités et handicaps) (1) et de son application;
- d'étudier l'incidence et la prévalence des invalidités de l'âge avancé, et notamment de celles d'origine locomotrice, mentale, sensorielle et multiple;
- d'étudier des méthodes nouvelles de prévention primaire, secondaire et tertiaire de ces invalidités.

L'OMS attache une grande importance à la prévention des invalidités et la stratégie régionale européenne de la santé pour tous en l'an 2000 (2) répond clairement à la nécessité de réaliser de nouveaux progrès dans ce domaine. En 1981, Année internationale des handicapés, les discussions techniques sur les problèmes médicaux et sociaux des handicapés, qui ont eu lieu lors de la trente et unième session du Comité régional de l'Europe (3) ont également fait une place toute spéciale à la question. Deux manifestations marquantes de l'année 1982 ont également évoqué certains aspects de l'invalidité et de sa prévention : ce sont la Journée mondiale de la santé, sur le thème "Redonner vie à la vieillesse", et la réunion de l'Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement tenue à Vienne du 26 juillet au 6 août.

Comme la prévention des invalidités concerne largement les infirmières et les travailleurs médico-sociaux, des membres du groupe de travail se sont joints aux représentants de ces deux disciplines lors des sessions plénières de la Conférence sur le rôle des services infirmiers et médico-sociaux dans les soins aux personnes âgées, réunie elle aussi en même temps à Cologne (4).

2. Discussion générale

Depuis dix ans, on attache de plus en plus d'intérêt aux soins aux personnes âgées, et cela pour des raisons évidentes : le nombre de ces personnes augmente, ainsi que leur proportion dans la population, et cette tendance va persister tout au long des vingt prochaines années. Le nombre des plus de 60 ans devrait passer des 307 millions des années 70 à 580 millions vers la fin du siècle et, à cette croissance rapide et accélérée de la population âgée vient s'ajouter une profonde modification de ces caractéristiques, surtout chez les personnes d'âge très avancé. Le groupe des 75 ans et plus est fortement exposé à des maladies graves qui, souvent, persistent sous une forme chronique ou dégénèrent en invalidités. En outre, beaucoup de vieillards souffrent de la solitude. Ces problèmes, et d'autres encore, provoquent inévitablement un accroissement de la demande de traitements médicaux, de soins au sein de la famille et, souvent, d'admissions en établissements. Qu'il sollicite la famille, les amis ou l'Etat, ce besoin d'assistance médicale ou sociale ne cessera d'augmenter.

La vie est un continuum et il ne fait aucun doute que des mesures s'imposent avant même la naissance pour prévenir les invalidités de l'âge avancé. La prévention doit, en tout cas, commencer dès l'enfance et continuer durant l'adolescence et l'âge adulte. C'est là le principe de la prévention primaire qui, grâce aux diverses approches qu'il permet, pourrait largement s'appliquer dans toute l'Europe. Cependant, pour des raisons pratiques, il est d'usage de concentrer les efforts de prévention primaire sur les besoins médicaux et sociaux particuliers de tels ou tels groupes d'âges et, dans la plupart des pays, on subdivise la population en générations chronologiques.

Or, les personnes âgées ne constituent pas un groupe plus homogène qu'un autre. Bien au contraire, il présente une hétérogénéité sans égale, et le vieillissement lui-même adopte un cours très personnel chez chacun.

Selon la documentation élaborée pour l'Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, les 60 ans marquent le seuil de l'âge avancé : les personnes âgées peuvent être divisées en "jeunes vieillards" de 60 à 74 ans, et en "grands vieillards" à partir de 75 ans.

2.1 Terminologie

En 1980, l'OMS a publié pour la première fois, en anglais, une terminologie et une définition des conséquences des maladies, dans une publication intitulée International Classification of Impairments, disabilities and handicaps. Selon cette publication :

- a) l'infirmité (impairment) est une altération ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique;
- b) l'invalidité (disability) est la réduction partielle ou totale (résultant d'une infirmité) de la capacité d'exercer une activité de la façon, ou dans les limites, considérées comme normales pour un être humain;
- c) le handicap (handicap), chez un sujet donné, est une gêne, résultant d'une infirmité ou d'une invalidité, qui l'empêche en totalité ou en partie de jouer un rôle qui serait pour lui normal étant donné son âge, son sexe et son milieu social et culturel.

L'application correcte de ces trois concepts devrait permettre de déterminer l'état des patients âgés et les prestations dont ils ont besoin avec davantage de précision et en se faisant une meilleure idée des charges financières que ces prestations impliquent. Les informations ainsi obtenues à l'occasion d'études de populations représentatives devraient donc permettre de planifier à meilleur escient les prestations sanitaires et sociales, et contribuer aussi à encourager l'affectation de moyens financiers plus importants aux soins à l'intention des personnes âgées.

Ces concepts ont constitué le principal thème de discussion du groupe de travail, et ses membres ont surtout eu pour tâche d'émettre des recommandations à leur sujet.

2.2 Le mandat du groupe de travail

Le groupe a adopté, pour ses travaux, un plan d'analyse en trois parties :

- a) la prévention primaire, consistant à réduire les risques et à encourager la protection de la santé;
- b) la prévention secondaire, consistant en des diagnostics et traitements à point nommé (dits "précoces");
- c) la prévention tertiaire, c'est-à-dire la rééducation et les soins continus.

Le groupe a décidé d'entendre le terme de "prévention" au sens large et a ainsi interprété l'expression "prévention des invalidités" comme couvrant l'ensemble des "moyens de prévenir ou de combattre les conséquences négatives des maladies". La rééducation, au sens classique du terme, a également été prise en compte, lorsqu'il y avait lieu, en tant, par exemple, que moyen de prévenir une nouvelle invalidité ou une aggravation d'une invalidité existante. Par nécessité pratique, le groupe a limité le cadre de son débat et s'est concentré sur l'analyse des mesures de prévention secondaire et tertiaire, c'est-à-dire sur les remèdes aux invalidités existantes, et sur la rééducation et la continuité des soins (dans le cas, par exemple, des infirmités sensorielles et mentales, des maladies internes et de la prévention de la déchéance terminale).

Dans la mesure du possible, le groupe a également limité son débat à la question de la contribution que pouvaient apporter à la prévention la communauté, les voisins et les amis, ainsi que les invalides eux-mêmes. Il a convenu de ne pas choisir comme centre d'intérêt la maladie, et de ne pas considérer les problèmes qui se posaient dans la perspective exclusive de l'âge avancé, mais bien de prendre en compte les problèmes généraux que posent les invalidités à n'importe quel âge.

Les membres du groupe de travail sont convenus que l'identification de l'invalidité devait comporter trois paliers :

- la perception du problème;
- la définition de sa nature; et
- l'évaluation des possibilités d'intervention;

et que, dans un deuxième temps, il fallait :

- prendre la dimension du problème;
- élargir le rôle de la communauté;
- déployer les ressources nécessaires aux interventions; et
- remédier aux insuffisances constatées.

3. Les réalités de l'âge avancé

La Déclaration d'Alma-Ata, issue de la Conférence OMS/FISE de 1978 sur les soins de santé primaires (5), affirmait la nécessité de "... soins de santé fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation ...". L'un des besoins essentiels des personnes âgées, auquel cette Déclaration fait droit, est celui de l'équité dans le traitement accordé : en effet, ces personnes sont désavantagées et constituent souvent le groupe le plus pauvre et le plus négligé de la société contemporaine. Une telle inégalité sur le plan de la santé entre les membres d'une même société quel que soit le pays où ils vivent, n'est désormais plus acceptable, ni socialement, ni économiquement, ni politiquement.

3.1 Les activités de la vie quotidienne

Des études épidémiologiques et des travaux récents de gérontologie ont permis de déterminer la nature du vieillissement pathologique et des invalidités de l'âge avancé, les facteurs qui y contribuent de façon significative, ainsi que les dimensions du problème. Le nombre élevé des personnes que l'on estime victimes d'un vieillissement pathologique et qui éprouvent des difficultés à s'acquitter des tâches de la vie quotidienne constitue l'un des principaux sujets de préoccupation. Il faut agir sur un très vaste front pour satisfaire à leurs besoins les plus pressants. L'étude épidémiologique sur les soins aux personnes âgées, actuellement réalisée par l'OMS dans 11 pays de la Région, offre un exemple encourageant de coopération internationale. L'analyse et l'interprétation des informations recueillies devraient permettre de proposer de nouvelles formules que de nombreux Etats Membres pourront mettre en pratique. Il convient de noter, en particulier, que le protocole concerté de cette étude longitudinale comporte 85% de questions qui ne relèvent pas directement de la médecine et qui concernent les fonctions, les modes de vie et les attitudes face aux réalités.

La Yougoslavie, qui compte parmi ces 11 pays, a présenté au groupe de travail un bref exposé d'une partie de l'enquête qui y a été entreprise. On a constitué dans ce pays un échantillon représentatif de 1914 hommes et femmes de 60 à 90 ans, habitant Belgrade, que l'on a ensuite interrogés sur leur état de santé et leur aptitude à vaquer aux activités de la vie quotidienne. Voici un résumé des résultats obtenus.

Séquelles des maladies chroniques, traumatismes et accidents passés

Il a été constaté que la proportion, par groupe d'âge, de sujets qui déclaraient "ne pas se sentir en bonne santé" était supérieure chez les femmes, où elle passait de 45% parmi les 60 à 64 ans à 59% dans le groupe des 85 à 89 ans. Chez les hommes de ces deux groupes d'âge, les proportions correspondantes s'établissaient à 45% et 52% respectivement.

Vingt-deux pour cent des hommes de 60 à 64 ans et 42% de ceux âgés de 85 à 89 ans éprouvaient "des malaises". La proportion moyenne dans l'ensemble des femmes était de 50% plus forte, avec 19% de malaises déclarés parmi les 60 à 64 ans et 49% chez les 85 à 89 ans.

L'analyse des réponses à une question sur "l'état de santé personnel relativement à celui des autres personnes du même âge" a également révélé des proportions de réponses négatives plus élevées parmi les femmes : 19,4% dans le groupe des 60 à 64 ans et 30,5% dans celui des 80 à 84 ans. Les proportions correspondantes chez les hommes se situaient à 12,7 et 19,8% respectivement.

La proportion de sujets qui, à la suite d'un accident, d'un traumatisme ou d'une maladie, ne pouvaient plus vaquer normalement aux tâches de la vie quotidienne, s'élevait aux environs de 50% dans presque tous les groupes d'âges, sans distinction entre les "jeunes" et les "grands" vieillards. Là encore, on relevait des proportions de 10 à 20% plus fortes chez les femmes.

Voici quelques-unes des maladies qui limitent les activités de la vie quotidienne :

- a) les maladies du système ostéomusculaire, dont la prévalence était plus forte chez les femmes (17-24%) que chez les hommes (16% de 60 à 64 ans et 9% seulement de 85 à 89 ans);

- b) les maladies du système cardio-vasculaire. La prévalence de l'hypertension était plus élevée chez les hommes "relativement jeunes" (8,1% entre 60 à 64 ans contre 0,7% entre 85 à 89 ans) et chez les femmes "relativement âgées" (10,3% parmi les plus jeunes et 12,3% parmi les plus âgées de l'échantillon). Les ischémies cardiaques accusaient une répartition analogue (environ 10-15% dans l'ensemble) et la prévalence des maladies du système circulatoire variait entre 7 et 15% chez les hommes et entre 12 et 20% chez les femmes;
- c) les maladies de l'appareil digestif, dont la proportion augmentait dans l'ensemble avec l'âge (de 7 à 14%) parmi les hommes, alors qu'elle diminuait avec l'âge (de 15 à 6%) parmi les femmes;
- d) les maladies du système nerveux et des organes des sens, dont la prévalence augmentait avec l'âge (de 7 à 13%) chez les sujets des deux sexes, pour atteindre au-delà de 70 ans les taux les plus élevés (17%);
- e) les traumatismes, accidents et intoxications, dont la prévalence atteignait des taux plus élevés chez les hommes (8 à 14%) que chez les femmes (6 à 10%).

Prévalence des malaises ressentis récemment

La proportion de sujets qui se plaignaient de "malaises" ("fréquents" ou "presque permanents") atteignait des niveaux plus élevés parmi les femmes (de 70,1 à 78,1%) que parmi les hommes (51,6 à 78,7%) et augmentait avec l'âge chez les sujets des deux sexes.

Des tendances analogues se dégagèrent des réponses concernant les "troubles physiologiques" (29 à 63% dans le cas des hommes et 49 à 63% dans celui des femmes) et les "troubles psychosomatiques" (40 à 60% chez les hommes et 60 à 70% chez les femmes).

Plusieurs types de malaises fréquemment évoqués atteignaient des prévalences plus élevées chez les femmes que chez les hommes, et qui augmentaient avec l'âge.

a) Pour "les douleurs articulaires ou dorsales", les proportions passaient de 217 pour 1000 chez les hommes de 60 à 64 ans à 419 pour 1000 chez ceux de 85 à 89 ans. Chez les femmes, elle passait de 413 à 438 pour 1000.

b) Les "sensations de fatigue ou de faiblesse" augmentaient de 102 à 287 pour 1000 chez les hommes et de 219 à 391 pour 1000 chez les femmes, et "le manque d'énergie" de 64 à 191 pour 1000 chez les hommes et de 142 à 274 pour 1000 chez les femmes; quant aux "palpitations", les proportions s'élevaient de 121 à 169 pour 1000 chez les hommes et diminuaient de 200 à 195 pour 1000 chez les femmes.

c) 14,2% des hommes et 9,7% des femmes se plaignaient de "difficulté d'uriner", et 11,9% des hommes contre 19,9% des femmes de "constipation".

d) 10,6% des hommes et 14,1% des femmes souffraient de "pertes de mémoire".

Parmi ceux qui "se considéraient en mauvaise santé", on dénombrait 85% d'hommes et 86,3% de femmes se plaignant de troubles psychosomatiques; par contre, parmi ceux qui "se considéraient en bonne santé", on ne comptait que 28,9% d'hommes et 39,6% de femmes dans le même cas.

Il s'est avéré que les "difficultés à vaquer aux activités de la vie quotidienne" augmentaient avec l'âge, affectant un plus grand pourcentage de femmes (57 à 85%) que d'hommes (47 à 80%).

Parmi les sujets qui "se considéraient en mauvaise santé", 68,7% des hommes et 81,7% des femmes éprouvaient des difficultés à vaquer aux activités de la vie quotidienne, alors que parmi ceux qui "se considéraient en bonne santé", les proportions correspondantes étaient de 39,1% chez les hommes et 59% chez les femmes.

Les réponses aux questions sur les "difficultés d'audition" ont révélé, dans les deux sexes, une tendance à une augmentation de ces difficultés avec l'âge (13% chez les "jeunes" vieillards et 66% chez les "grands" vieillards).

La prévalence des "difficultés de mastication" augmentait elle aussi avec l'âge chez les sujets des deux sexes, passant de 19 à 34% chez les hommes et de 22 à 36% chez les femmes.

La capacité d'autonomie

Il importe beaucoup de mesurer la capacité d'autonomie des personnes âgées, et l'étude en question a révélé que les taux d'incapacité à cet égard allaient de 50% parmi les sexagénaires à 91-97% chez les sujets les plus âgés.

La prévalence de l'incapacité de se déplacer hors de chez soi était plus grande chez les femmes (12%) que chez les hommes (1,2%), et celle de l'incapacité de se déplacer d'une pièce à une autre de 0,6% pour les hommes et 6% pour les femmes. L'incapacité d'utiliser les WC sans aide était dans l'ensemble plus fréquente chez les hommes (6%) que chez les femmes (1,2%). Les réponses négatives concernant la capacité de se laver et de prendre un bain passaient de 1,2% parmi les 60 à 64 ans à 9,3% parmi les sujets de 85 à 89 ans, et augmentaient avec l'âge quel que soit le sexe des sujets. L'incapacité de se rendre, à pied ou en empruntant les moyens de transport en commun, à l'établissement médical le plus proche atteignait des proportions presque deux fois plus élevées chez les femmes (de 11,4 à 63%) que chez les hommes.

Ces chiffres présentent les caractéristiques de ceux qu'il est possible de réunir au moyen d'une étude en coupe, et non pas celles des résultats d'une étude prospective, et il convient d'en tenir dûment compte pour l'analyse des facteurs de risque. La forte prévalence de certaines affections ou maladies "bénignes" et la faible prévalence des maladies "plus graves" sont à l'opposé de ce que révèlent des études prospectives. Il devrait être possible de déterminer le facteur de risque "le plus puissant" qui joue dans le vieillissement, ce qui permettrait de mieux comprendre l'évolution de la maladie et de l'invalidité. L'élaboration des moyens de prévenir les invalidités de l'âge avancé dépend aussi de l'interaction entre facteurs de risque.

3.2 Les conditions de vie

Depuis 30 ans, le niveau de vie des populations européennes a connu une amélioration considérable. Toutefois, celui des personnes âgées reste souvent, même dans les pays riches de la Région, inférieur à celui de la population active, qui, en s'élevant de façon particulièrement marquée, a encore creusé davantage l'écart entre les deux groupes.

L'influence des conditions de vie sur les personnes âgées constitue un autre thème de l'étude internationale déjà mentionnée, et le groupe de travail a entendu une brève présentation de quelques résultats obtenus dans cinq grandes villes. Les chercheurs ont souligné que les niveaux de vie ne dépendaient pas exclusivement des réalités objectives et que les coutumes locales y jouaient elles aussi un rôle.

On ne peut dissocier l'étude des conditions de vie de celle des problèmes que pose l'invalidité. Des conditions de vie médiocre peuvent conduire à la solitude et, partant, à une aggravation de l'état d'invalidité. D'autre part, un lourd handicap locomoteur ou mental peut restreindre la capacité d'utiliser les équipements domestiques et diminuer ainsi de façon indirecte les besoins. Il faut donc prendre en considération, dans les moyens de prévenir l'invalidité, les conditions de vie propres à la société, ainsi que l'habitat individuel. La structure familiale, l'origine du revenu et la qualité du logement seraient, semble-t-il, les facteurs qui influent le plus sur les conditions de vie des personnes âgées.

Dans les grandes villes d'Europe de l'Ouest, les générations ont tendance à vivre séparément. Dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est, par contre, ce phénomène est moins fréquent, et il est très rare dans les pays islamiques. Les résultats publiés d'une enquête organisée par l'OMS en 1978-1979 dénote la fréquence des cas de personnes âgées vivant seules. A Berlin-Ouest, les proportions étaient de 23,7% pour les hommes et 62% pour les femmes, à Tampere (Finlande) de 21,7% et 50%, à Florence de 6,8% et 21,1%, en Pologne de 5,4% et 19,7%, alors qu'au Koweït, on a constaté que seulement 1,6% des hommes âgés et 0,42% des femmes âgées vivaient seuls.

Il est bien plus facile pour une famille réunie sous un seul toit d'aider et de soigner l'un de ses membres invalide. Les personnes âgées qui vivent seules ne bénéficient pas souvent d'une aide régulière de leur famille. Il faut donc résoudre le problème de la solitude de façon différente selon le pays et les circonstances personnelles, car les causes et les effets varient souvent beaucoup d'un cas à l'autre.

Le revenu est un deuxième facteur de poids dont dépendent les conditions de vie. Dans tous les pays de la Région, les pensions constituent la principale source de revenus des personnes âgées. Or, elles aussi varient beaucoup, tant par leur montant que par leur pouvoir d'achat. La possibilité de se procurer un revenu additionnel ou de bénéficier d'avantages financiers diffère également selon les pays, et parfois à l'intérieur d'un même pays.

On compte, dans certains pays, d'importantes proportions de retraités qui exercent encore une activité professionnelle. Beaucoup d'entre eux continuent à travailler par plaisir et parce qu'ils souhaitent rester en contact avec leurs collègues et retirer de leur activité un gain matériel. Cette activité peut aider à prévenir l'invalidité. D'autres travaillent par nécessité, pour se procurer leur subsistance ou pour obtenir un droit à pension. Il se peut qu'ils dépassent alors les limites de leurs capacités physiques, et le processus d'invalidité peut s'en trouver accéléré.

Il ressort des résultats non publiés de l'étude de 1978-1979 que 21,7% des hommes et 5,5% des femmes de plus de 60 ans exerçaient encore à Berlin-Ouest à cette même époque une activité professionnelle. A Tampere, les proportions étaient de 19% et 14,8%, en Italie de 25,3% et 4,5%, en Pologne de 36,7% et 18,2%, enfin au Koweït de 61,4% et 5,4%. Au-delà de 80 ans, 21,4% des hommes et 2,2% des femmes du Koweït étaient encore professionnellement actifs. En Europe, dans le même groupe d'âges, on recensait des proportions correspondantes de 0,3% et 0,3% à Berlin-Ouest, 0,5% et 0% en Finlande, 1,7% et 2,2% en Italie, enfin 3% et 0% en Pologne.

La qualité du logement constitue le troisième facteur important du niveau de vie. Elle peut être fonction du nombre de co-locataires, des dimensions et du nombre des pièces d'habitation (et surtout de celles mises à la disposition exclusive des personnes âgées), du lieu de l'habitation et de son emplacement par rapport, entre autres, aux magasins et aux établissements publics, enfin des éléments de confort : eau chaude courante, toilettes et salle de bains privées, télévision, radio, téléphone, etc., car l'existence ou l'absence de ces éléments peut influencer sur le bien-être mental et physique.

3.3 Les troubles mentaux de l'âge avancé

Les troubles mentaux de l'âge avancé sont encore mal connus. Leur fréquence et leur distribution constituent un domaine relativement nouveau de la recherche et il n'existe que très peu d'informations les concernant. Les statistiques des hôpitaux psychiatriques et celles établies à partir des dossiers médicaux n'ont qu'une valeur limitée car seule une partie des personnes âgées souffrant de troubles mentaux dans une population est connue des services spécialisés locaux. Les dossiers des médecins de famille seraient vraisemblablement d'un plus grand secours, et il se peut que les résultats des travaux de recherche réalisés au niveau des généralistes augmentent considérablement dans l'avenir nos connaissances en la matière; jusqu'ici toutefois, le volume de ces travaux demeure extrêmement modeste.

L'enquête de Mannheim

Le groupe de travail a pris connaissance des résultats d'une enquête récente, réalisée sur le terrain à Mannheim, en République fédérale d'Allemagne, et fondée sur un protocole normalisé d'examen psychiatrique pour le recensement des cas et leur évaluation clinique.

Mannheim est une ville industrielle d'un peu plus de 300 000 habitants dont 16% ont dépassé 65 ans. Aux fins de l'enquête, on a sélectionné sept quartiers urbains présentant des caractéristiques sociales différentes, et abritant ensemble un cinquième de la population; dans chacun d'eux, les enquêteurs ont composé, à partir des résultats de recensement les plus récents, un échantillon aléatoire de 5% de personnes âgées résidant à leur domicile. Les sept districts dans leur ensemble se sont révélés hautement représentatifs de la ville tout entière en ce qui concerne un large éventail d'indices socio-démographiques.

Tous les sujets compris dans l'échantillon et avec qui il a pu être pris contact ont été priés de répondre à deux séries de questions, dont l'une concernait leur situation familiale et sociale, l'autre leur santé mentale.

L'échantillon comptait au total 503 personnes. Il s'est révélé que 85 d'entre elles (soit 16,5%) étaient décédées ou avaient quitté le quartier où était réalisée l'enquête; ainsi, le nombre exact des sujets à risque considérés a été de 418, dont 75 (17,9%) soit ont refusé de répondre aux questions d'ordre psychiatrique, soit n'ont pu être touchées malgré des tentatives répétées. Ont donc répondu aux questions d'ordre psychiatrique 343 personnes (82,1% de l'échantillon), dont deux se sont refusées de répondre aux questions concernant la situation sociale. Le groupe interrogé s'est révélé dans l'ensemble représentatif de la population âgée des quartiers considérés (et donc de la ville de Mannheim), si ce n'est qu'on y trouvait un peu plus de personnes de plus de 75 ans que dans la population de ces quartiers en général.

La fréquence des troubles mentaux. La distribution des notations psychiatriques a présenté une courbe asymétrique et unimodale caractéristique, sans discontinuité visible entre les sous-groupes de malades mentaux et de sains d'esprit. Toutefois, grâce aux critères opérationnels

définis au préalable, il a été possible de recenser au total 80 cas psychiatriques (représentant 23,3% de l'échantillon) c'est-à-dire 80 personnes pour lesquelles une surveillance et des soins médicaux ont été jugés nécessaires.

Les résultats d'une analyse, par grappes de sujets, des notations cliniques ont confirmé cette détermination des cas. Trois des quatre grappes comprenaient 86,7% des cas psychiatriques et la quatrième 97,0% des cas non psychiatriques. Une anomalie de classification, c'est-à-dire un désaccord entre la classification selon les critères et les résultats de l'analyse par grappes, n'est apparue que pour 5,5% de l'échantillon.

Distribution socio-démographique des troubles mentaux. On a constaté que la prévalence des maladies mentales augmentait avec l'âge au-delà de 65 ans. Ce phénomène, qui s'explique en grande partie par la forte augmentation de la morbidité après 85 ans, se limitait aux troubles psycho-organiques. La fréquence des troubles psycho-fonctionnels baissait même, quant à elle, légèrement avec l'âge, mais cela tenait sans doute à la relation hiérarchique établie entre ces deux catégories aux fins de l'enquête, qui empêchait tout classement mixte. Une fois écartés les cas de troubles psycho-organiques recensés dans l'échantillon, on a pu constater que la fréquence des maladies psycho-fonctionnelles parmi les sujets restants demeurait constante, aux alentours de 14-15%, dans tous les groupes d'âge.

La fréquence des troubles du psychisme chez les femmes dépassait de beaucoup celle constatée chez les hommes, dans la proportion de 1,67 contre 1. Cette disparité ne s'expliquait pas uniquement par une moyenne d'âge plus élevée des femmes et on la constatait dans tous les groupes d'âge au-dessus de 65 ans. Les différences observées selon l'âge entre troubles psycho-organiques et psycho-fonctionnels valaient pour les sujets des deux sexes. Alors que la fréquence des psychosyndromes organiques augmentait fortement avec l'âge, celle des troubles fonctionnels demeurait constante chez les hommes indépendamment de leur âge, et baissait un peu chez les femmes.

Les enquêteurs ont également remarqué que la fréquence des maladies mentales avait tendance à varier avec la situation matrimoniale; elle était, en particulier, plus élevée parmi les veufs que parmi les sujets mariés. Toutefois, ces différences restaient non significatives même lorsque les divorcés, les veufs et les célibataires étaient réunis en un seul groupe. En tout état de cause, la fréquence plus élevée constatée chez les veufs pouvait s'expliquer entièrement par leur âge moyen plus avancé.

La répartition de l'échantillon par classe sociale a révélé des différences plus frappantes. Il est apparu clairement que la fréquence des maladies mentales et le statut social variaient en sens contraire. Ce phénomène s'expliquait presque entièrement par la distribution asymétrique des psychosyndromes organiques, fortement concentrés vers le bas de l'échelle socio-économique.

Corrélation positive entre troubles physiques et mentaux. On a relevé, dans l'ensemble de l'échantillon, des déficiences graves ou légères de la vision chez 17,2% de sujets, de l'audition chez 13,1% et de la mobilité chez 25,6%. Selon une notation de ces déficiences, 9,6% des personnes d'âge avancé ont été classées comme atteintes d'un handicap physique grave, et 25,4% d'un handicap physique moyen. Les notes conduisant à ce classement se sont révélées correspondre de très près à celles attribuées pour le déficit d'autonomie et, chez les femmes, pour l'incapacité de vaquer aux travaux du ménage.

Il s'est dégagé une forte corrélation positive entre troubles mentaux et handicaps physiques, plus accusée dans le cas des psychosyndromes organiques que dans celui des psychosyndromes fonctionnels, mais sans que les différences soient significatives. Cette corrélation a été observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes et dans tous les groupes d'âges de plus de 65 ans. La subdivision de l'échantillon par classe sociale a permis de constater dans chaque groupe cette nette corrélation entre maladie mentale et handicap physique. Par contre, à handicap physique égal, la corrélation entre maladie mentale et classe sociale disparaissait en grande partie, la distribution des handicaps physiques étant elle-même fortement biaisée selon la classe sociale. La forte concentration des cas de troubles mentaux dans les groupes de personnes âgées de situation sociale inférieure pourrait donc largement s'expliquer par le risque accru qu'elles courent de contracter une maladie ou infirmité physique chronique.

Le groupe de travail a estimé que les enquêtes en coupe de ce type pouvaient utilement servir à la recherche de corrélations entre troubles mentaux et puissance d'action des facteurs de risque biologiques ou sociaux. L'analyse de ces corrélations pourrait apporter des indications concernant les hypothèses de causalité, les mesures préventives à prendre et les types de prestations à assurer.

3.4 Maladie et invalidité^a

Il peut se révéler être difficile de distinguer entre les maladies qui affligent les personnes âgées et le processus normal du vieillissement, mais des études ont montré que les handicaps imputables à des maladies étaient rares avant l'âge de 75 ans. Dans beaucoup de pays, une forte proportion des sujets atteints d'une invalidité résident à leur domicile et non dans des établissements spéciaux. Cela donne à penser qu'il faut surtout prévoir pour eux une aide apportée par des travailleurs sanitaires et sociaux extra-hospitaliers.

Les membres du groupe de travail ont conclu que les personnes âgées n'étaient pas en soi des invalides, même si, d'après certaines statistiques et d'après l'expérience pratique, on en retrouve souvent une forte proportion parmi les invalides. Le fait qu'à l'occasion des enquêtes épidémiologiques dont les résultats ont été exposés au groupe, 40% des sujets de 60 à 74 ans et 20-25% de ceux de 75 ans ou davantage se sont considérés comme "non invalides" a été accueilli comme encourageant et positif.

Utilisation des données épidémiologiques existantes

On possède extrêmement peu d'informations épidémiologiques sur certains pays (ou certaines parties de ces pays) et celles qui existent les concernant sont souvent mal interprétées, voire totalement ignorées. Ce que l'on sait des pratiques qui ont fait leurs preuves, et les appréciations des méthodes novatrices, concernant les moyens de réduire les risques (états confusionnels, chutes, incontinence et difficultés de communication), ainsi que la prévention et le traitement des maladies et invalidités de l'âge avancé, tout cela constitue une information précieuse, mais qui circule mal. Le groupe a souligné qu'il fallait accorder une attention toute spéciale aux infirmités qui conduisent à des difficultés de communication et il a vivement recommandé que les informations sur les moyens de les prévenir et de les atténuer soient rendues plus largement publiques à tous les niveaux. Pour préserver la santé mentale des personnes âgées et leur éviter les risques physiques, il est primordial de leur faciliter autant que possible les occasions de communiquer par l'ouïe, la parole et la vue, car l'absence de ces occasions cause ou exacerbe les états confusionnels et autres troubles mentaux.

4. Prévention et soulagement des invalidités

En général, les difficultés dont se plaignent les personnes âgées ne sont guère liées à des maladies. Les familles, les amis, et même les professionnels de la santé, ont tendance à considérer tous les problèmes de l'âge avancé sous l'angle "médical", alors que les personnes âgées se disent plutôt frustrées de ne pouvoir faire telle ou telle chose comme elles le souhaiteraient. Elles disent rarement : "Je crains pour ma santé". Cela tend à confirmer que le but principal des personnes âgées est de conserver (ou d'acquérir) leur autonomie. La tâche première de tous les travailleurs des services médicaux et sociaux doit donc consister à les aider dans ce sens. Les membres du groupe de travail ont souligné qu'il était indispensable, en prévention secondaire, d'empêcher les infirmités de dégénérer en invalidités qui pourraient entraver, voire interdire avec le temps, toute activité normale de la vie quotidienne. Ils ont estimé qu'un dépistage, des soins et une surveillance assurés en temps voulu, devaient figurer en haut de l'ordre des priorités aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire de tous les systèmes de santé.

Il faudrait conserver aux programmes de dépistage le plus de simplicité et de flexibilité possibles et prêter dûment attention aux effets psychologiques des interviews et des dépistages systématiques. Il conviendrait aussi d'encourager les membres des équipes de soins primaires - qui connaissent les personnes âgées et sont connus d'elles - à s'employer activement à la recherche de méthodes appropriées de dépistage.

Au niveau tertiaire, l'objectif devrait consister à empêcher les invalidités de dégénérer en handicaps ou à tenter d'y porter remède afin qu'elles n'interdisent pas l'activité normale ni ne nuisent à la qualité de la vie. Il faut également au premier chef modifier les attitudes négatives de la famille et de la société en général. Ainsi, la rééducation passe souvent pour une action multiforme et complexe destinée à aider les invalides graves (aveugles ou infirmes locomoteurs par exemple); or, elle doit s'étendre aussi aux invalidités latentes, telles que les maladies ou douleurs chroniques. Les services devraient s'organiser dans la communauté et se doter des systèmes voulus de surveillance et d'aiguillage des patients. Il conviendrait de restructurer et, le cas échéant, d'orienter dans des directions nouvelles l'administration et l'organisation des programmes de prévention, compte tenu des formules d'action modernes.

^a Pour plus amples détails à ce sujet, voir Svanborg, A. et al. Epidemiological studies on social and medical conditions of the elderly ; Rapport d'enquête. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1982 (Rapports et Etudes EURO, N° 62).

La prévention et la rééducation offrent deux moyens importants d'offrir la santé à tous en l'an 2000. Les membres du groupe ont estimé que les administrations médicale, infirmière et sociale devaient impérativement agir en concertation.

4.1 Invalidités dues aux maladies chroniques

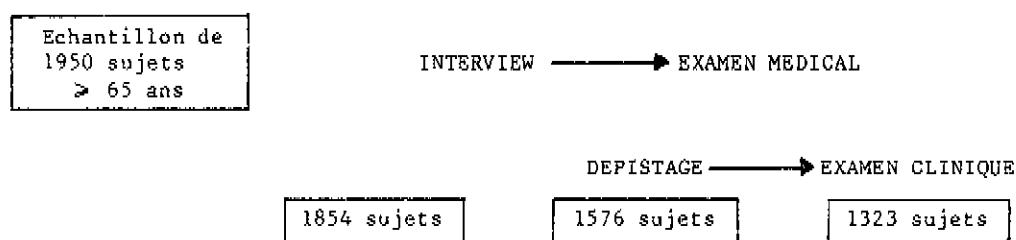
Le groupe s'est intéressé à la mini-enquête sanitaire réalisée par l'Institut finlandais des assurances sociales qui avait eu pour but de mettre au point les méthodes, et de rassembler les informations qui seraient nécessaires pour prévenir les maladies chroniques non transmissibles. L'état de santé de la population finlandaise a été évalué à partir d'informations sur les points suivants :

- a) prévalence des grands problèmes chroniques de santé publique (maladies cardiovasculaires, respiratoires, locomotrices et psychiques);
- b) besoins de santé satisfaits et non satisfaits;
- c) conséquences sociales de la maladie; et
- d) méthodes à suivre pour évaluer et améliorer l'état de santé de la population.

Un échantillon, stratifié à deux degrés, de 8000 personnes de 30 ans ou plus représentatives du pays tout entier et choisi dans 40 régions de Finlande a ainsi été analysé. Mille neuf cent cinquante sujets étudiés avaient 65 ans ou plus.

On trouvera à la figure 1 le plan de l'étude des sujets de 65 ans ou plus; la répartition de ce groupe par sexe et par âge, ainsi que le degré de sa participation à l'enquête figurent au tableau 1.

Figure 1. Plan de l'enquête



Ce sont les infirmières de santé publique qui ont effectué l'enquête auprès de l'échantillon complet, en se rendant au domicile des sujets ou dans les établissements où ils étaient traités. Les interviews ont eu lieu dans les six semaines précédant les examens physiques effectués dans un dispensaire ambulancier. Le taux de participation s'est élevé à 96,2% pour l'échantillon complet et à 95,1% pour le groupe des personnes de 65 ans ou plus.

Les interviews ont été suivies par des examens médicaux destinés à se renseigner sur l'état de chaque sujet, à dresser une liste des symptômes et à dépister d'éventuels états morbides. Ce dépistage a porté sur 90% de l'échantillon complet et 80,8% des sujets de 65 ans ou plus (soit 85,3% des hommes et 78,2% des femmes).

Les sujets chez qui le test de dépistage avait conduit à déceler une probable affection ont été invités à se prêter à un autre examen clinique deux à quatre mois plus tard.

L'examen clinique devait permettre :

- de confirmer la présence d'une affection;
- de poser un diagnostic;
- de déterminer le degré de déficience fonctionnelle; et
- de déterminer le traitement et la rééducation nécessaires.

Parmi les sujets qui s'étaient soumis au dépistage, 75% du total et 83,9% des personnes de 65 ans ou plus ont été invités à se présenter à l'examen clinique ultérieur. Les taux de participation à cette partie de l'enquête se sont élevés respectivement à 92,3% et à 88,4% des sujets convoqués.

Tableau 1. Répartition de l'échantillon par sexe et par groupe de cinq années d'âge, et participation aux interviews

Groupe d'âges (années)	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	Taux de participation (%)	Nombre	Taux de participation (%)
65-69	293	95,6	432	94,0
70-74	209	95,7	359	95,3
75-79	121	95,0	255	96,1
80-84	61	100,0	139	94,2
85-89	20	95,0	42	92,9
90-94	5	(80,0)	11	81,8
95-99	0	-	3	66,7

Les prévalences des maladies cardio-vasculaires, de l'hypertension artérielle, de l'ischémie cardiaque, de la défaillance cardiaque et des maladies cérébrovasculaires par groupes de cinq années d'âge figurent au tableau 2. Comme il fallait s'y attendre, la prévalence de la défaillance cardiaque augmentait avec l'âge.

Tableau 2. Prévalence des maladies cardio-vasculaires (N° 390-458 de la CIM) et de leurs principales sous-catégories chez les personnes âgées réparties en groupes de cinq années d'âge

Groupe d'âges	Nombre	Maladies cardio-vasculaires en général (%)	Hypertension artérielle (%)	Ischémie cardiaque (%)	Défaillance cardiaque (%)	Maladie cérébro-vasculaire (%)
65-69	686	43,7	21,7	12,5	16,3	5,0
70-74	543	48,3	22,8	12,2	23,6	4,8
75-79	360	59,4	20,8	11,9	38,6	5,6
80-84	192	54,2	18,2	8,9	37,5	7,8
85-89	58	60,3	6,9	12,1	37,9	5,2
90-99	15	66,7	6,7	13,3	60,0	6,7

Au tableau 3 figurent les prévalences de la bronchite chronique ainsi que de l'emphysème et de la tuberculose pulmonaires. Ces chiffres sont faibles et ne dénotent aucune différence significative entre les groupes d'âges.

Tableau 3. Prévalence des maladies respiratoires (N° 011-012 et 460-519 de la CIM) et de leurs principales sous-catégories chez les personnes âgées réparties en groupes de cinq années d'âge

Groupe d'âges	Nombre	Maladies respiratoires en général (%)	Bronchite chronique (%)	Emphysème pulmonaire (%)	Tuberculose pulmonaire (%)
65-69	686	9,8	1,9	3,2	0,9
70-74	543	9,4	2,8	2,0	0,6
75-79	360	6,4	1,1	1,4	0,6
80-84	192	6,8	1,0	2,6	0,5
85-89	58	1,7	0,0	0,0	0,0
90-99	15	6,7	6,7	0,0	0,0

Bien que les déficiences fonctionnelles constatées chez les personnes du troisième âge eussent souvent pour causes plusieurs maladies en même temps que le vieillissement lui-même, certaines d'entre elles ont pu être attribuées exclusivement à des maladies cardio-vasculaires ou respiratoires.

4.2 Invalidités dues à des déficiences du système locomoteur

Le groupe de travail s'est borné en gros à ce sujet à considérer les troubles rhumatismaux, mais il a également pris en compte jusqu'à un certain point les maladies cardio-respiratoires et neurologiques.

Les invalidités locomotrices se définissent en fonction de l'aptitude de l'individu à accomplir des gestes qui lui permettent de se mouvoir ou de déplacer des objets (ICIDH, p.161). Les trois principaux points à considérer sont les suivants :

- a) déambulation (D40-45) - marche, traversée d'un terrain difficile, ascension d'un escalier et d'autres types d'obstacles, course;
- b) mobilité (D46-47) - changement de position à partir de la position couchée ou assise, capacité d'accéder aux moyens de transport, par exemple monter dans un autobus ou en descendant, et à des lieux difficiles d'accès;
- c) autres capacités de locomotion (D48-49) - par exemple soulever et transporter des objets.

Les principales infirmités donnant lieu à des invalidités d'origine locomotrice ont les causes suivantes :

- a) une déficience des organes internes (I 61), liée à une insuffisance énergétique, soit au niveau d'un membre (à la suite d'une maladie vasculaire périphérique), soit dans tout l'organisme (en cas de maladie cardio-respiratoire);
- b) une déficience ostéo-musculaire (I 71-79) essentiellement d'origine soit mécanique, par exemple la limitation des mouvements (en cas de troubles rhumatismaux, etc.) ou l'absence d'une partie du corps (amputation), soit nerveuse en cas notamment de paralysie ou d'autres entraves similaires à la fonction motrice;

c) déficiences généralisées, sensorielles et autres (I 90-94, 96.3, et 98-99), y compris l'incontinence, la sensibilisation excessive aux traumatismes, les déficits métaboliques, les douleurs dorsales et la gangrène par exemple.

Au tableau 4 figurent les proportions de consultants auprès des généralistes du Royaume-Uni, classés par grands systèmes anatomiques intéressés. On y trouve également les quatre principales causes d'invalidité d'origine locomotrice. Même s'ils sont incomplets, ces chiffres révèlent toutefois que les affections invalidantes du système ostéo-musculaire constituent une proportion beaucoup plus forte du total que celle de chacun des autres systèmes. On peut en déduire que le rhumatisme constitue la cause principale d'infirmité physique : il afflige près de la moitié des sujets atteignant ou dépassant l'âge de la retraite (le tableau 5 ne donne pas la juste mesure de l'impact de ces affections).

Pour replacer dans leur contexte les données des tableaux 4 et 5, il faut rappeler que 17,3% (9,7 millions) de la population du Royaume-Uni (55,9 millions au total selon une estimation de 1979) avaient dépassé l'âge de la retraite (soit 60 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes). Ainsi, au cours d'une année, 1,9 million de personnes âgées environ consultent leur généraliste pour des troubles du système ostéo-musculaire. Les médecins, quant à eux, adoptent une attitude différenciée parce qu'une proportion relativement faible (1/5) des patients de rhumatologie est adressée à des spécialistes, contre 1/3 en moyenne dans le cas de l'ensemble des maladies ou affections. Par contre, les états inflammatoires récidivants plus graves, par exemple les arthropathies, donnent lieu à un plus grand nombre de consultations relativement à leur incidence et à une proportion (25%) de consultations à domicile plutôt qu'en cabinet qui est supérieure à la moyenne.

Tableau 4. Consultations de généralistes pour des affections des systèmes anatomiques à l'origine des principales catégories d'invalidités locomotrices

Systèmes anatomiques et affections invalidantes correspondantes (selon les rubriques de la CIM, 8ème révision)	Consultants (de 65 ans ou +)	
	sur 1000 habitants	pourcentage du total
<u>Système circulatoire</u>	230	34
Maladies vasculaires périphériques (approximation des chiffres pour l'artériosclérose, 440)	<u>15</u>	<u>8</u>
<u>Système respiratoire</u>	197	30
Bronchite et emphysèmes chroniques (491-492)	<u>46</u>	<u>25</u>
<u>Système ostéo-musculaire et tissu conjonctif</u>	157	24
Ostéo-arthrose (713.0-713.2)	<u>89</u>	<u>49</u>
<u>Système nerveux et organes des sens</u>	113	17
Attaque (maladies cérébro-vasculaires, 430-438)	<u>32</u>	<u>18</u>
<u>Toutes maladies et affections</u>	668	100
Etats invalidants répertoriés (ci-dessus)	<u>182</u>	<u>100</u>

Source : Office of Population Censuses and Surveys (6).

Tableau 5. Rapport entre l'âge et les consultations de généralistes
(nombre de consultations pour 1000 personnes)

Catégorie d'affections rhumatismales	Nombre de consultations pour 1000 personnes, par âge					
	Tous âges	0-14	15-44	45-64	65-74	75+
Arthropathies	34	2	14	62	105	114
Douleurs dorsales et rhumatisme des tissus mous	55	6	65	87	64	45
Entorses et luxations	31	19	42	32	20	15

Source : Office of Population Censuses and Surveys (6).

La charge imposée par le rhumatisme pèse relativement plus sur la population âgée. Les personnes qui ont dépassé l'âge de la retraite ne contribuent que dans la proportion de 12,3% à la totalité des consultations médicales motivées par l'ensemble des maladies et états pathologiques dans la population tout entière. Pour le groupe des affections rhumatismales, par contre, cette proportion s'élève à 17,8%, et pour les arthropathies, à l'intérieur de ce groupe, à 41,9%. Le tableau 5 donne plus de détails sur le rapport entre l'âge et le nombre des consultations motivées par diverses catégories d'affections rhumatismales. Il révèle des tendances nettement différentes, qui dénotent la contribution majeure des diverses formes d'arthrite. Il est probable d'ailleurs que ces chiffres soient inférieurs à la réalité, car, malgré leur plus grande morbidité, les personnes âgées recourent moins qu'on pourrait le penser aux services de santé.

Le tableau 6 montre quelles sont les principales catégories d'affections à l'origine d'invalidités dans la population âgée. Même si les arthropathies sont les plus invalidantes, ce ne sont pas les seules affections rhumatismales à provoquer une invalidité; parmi les arthropathies, l'arthrite rhumatoïde (AR) est généralement plus invalidante que l'ostéo-arthrose (OA), du fait surtout qu'elle touche plus d'articulations et qu'elle y provoque des altérations en général plus destructrices. Toutefois, l'OA est l'état pathologique fondamental le plus commun dans la population en général. Ainsi, près des trois quarts des victimes de l'arthrite souffrent fondamentalement d'une OA, contre un huitième seulement de cas d'AR.

Tableau 6. Causes particulières d'invalidités de l'âge avancé

Affections fondamentales	Cas d'invalidité par âge (sur 1000 personnes)				Pourcentage de femmes âgées infirmes	Pourcentage d'infirmes atteints d'invalidité grave	
	16+	65+	65-74	75+		65-74	75+
Arthropathies	22,1	90,2	75,6	116,7	80	17	25
- ostéo-arthrose	<u>18,7</u>	<u>79,5</u>	<u>64,9</u>	<u>106,0</u>	<u>80</u>	<u>12</u>	<u>25</u>
Affections circulatoires	10,9	43,1	38,6	51,3	64	10	20
Affections respiratoires	7,6	23,7	24,9	21,4	43	7	14
Traumatismes	6,3	16,3	10,5	26,6	58	2	24
Attaques	3,3	13,57	10,2	20,1	57	54	58
Toutes affections	75,6	265,6	216,4	354,3	66	15	26

Source : Harris, A.I. (7).

Les affections les plus invalidantes augmentent de fréquence avec l'âge et les personnes très âgées (75 ans ou plus) constituent un groupe particulièrement vulnérable. De plus, si l'on considère les infirmités à tous les âges, la proportion des sujets de sexe féminin dans la population infirme totale est plus marquée aux âges avancés, par suite de la mortalité généralement prématurée des hommes. La seule catégorie d'affections qui ne provoque pas plus d'infirmités dans la population âgée sont les affections respiratoires, sans doute à cause de la survie réduite de leurs victimes, encore que la fréquence des invalidités graves dues à ces affections soit plus élevée chez les personnes âgées (tableau 7).

Tableau 7. Causes particulières d'invalidité grave
chez les personnes âgées

Affections fondamentales	Cas d'invalidité grave par âge (sur 1000 personnes)	
	65-74	75+
Arthropathies	12,9	29,2
- Ostéo-arthrose	7,8	26,5
Affections circulatoires	3,9	10,3
Affections respiratoires	1,7	3,0
Traumatismes	1,3	6,4
Attaques	5,5	11,7
Toutes affections	32,5	92,1

Source : Harris, A.I. (7).

Les données concernant la prévalence des infirmités, par exemple celles du tableau 6, ont surtout l'avantage de faire ressortir quels sont les sujets exposés au risque de difficultés plus graves. S'agissant cependant de la demande de prestations tertiaires, ce sont les grands (et très grands) invalides qui y contribuent le plus. Le tableau 7 contient quelques indications à ce sujet. Plus de la moitié des attaques ont des effets graves. Les infirmités préjudiciables au bon fonctionnement de l'organisme (c'est-à-dire celles qui découlent d'affections neurologiques) sont en général la cause des invalidités les plus graves, même à des degrés de déficience à peu près équivalents à ceux constatés dans d'autres maladies. Cela ressort de la forte proportion des cas neurologiques parmi les patients qui ont besoin de soins, à domicile ou à l'hôpital. Le fait que 44% des grands invalides, quelle que soit la cause de leur invalidité, sont hospitalisés, révèle leur grande vulnérabilité, si l'on sait que le chiffre correspondant pour les sujets qui n'ont pas atteint l'âge de la retraite n'est que de 11% (8).

Les fractures du col du fémur posent un problème particulier, s'agissant du système ostéomusculaire. Le risque de cette fracture double pratiquement tous les cinq ans à partir de 65 ans chez les sujets des deux sexes et, vers 85 ans, quelque 2% des femmes et 1% des hommes se brisent le col du fémur chaque année (9). Ces lésions constituent probablement une grande part des infirmités d'origine traumatique recensées aux tableaux 6 et 7, leur prévalence étant inférieure à ce que pourrait en laisser supposer l'incidence en raison de la mortalité de 44% dans les six mois, dont s'assortit ce type d'accident (10). Même si l'incidence de ces fractures est, à n'en point douter, supérieure parmi les femmes, la structure démographique elle-même exagère la différence, puisque les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes âgés. Le quasi-parallélisme des courbes d'augmentation avec l'âge selon le sexe (11) démontre que l'hypothèse de l'action d'une hormone féminine n'apporte pas en l'occurrence d'explication suffisante; la fréquence des traumatismes chez les personnes âgées des deux sexes paraît jouer un rôle tout aussi important.

L'étendue des problèmes liés aux maladies des articulations chez les personnes âgées peut être présentée ici en raccourci par l'énumération de quelques types classiques de ces maladies :

- a) affections se rencontrant particulièrement chez les personnes âgées, par exemple le rhumatisme polymyalgique, la maladie osseuse de Paget ou l'hyperostose ankylosante de Forestier;
- b) affections courantes chez les adultes en général, mais dont la fréquence augmente avec l'âge et dont l'ostéo-arthrose constitue l'exemple le plus frappant. Ces affections ne sont pas qualifiées de dégénératives simplement parce que leur fréquence s'élève avec l'âge. Le terme "dégénératif" évoque un processus universel qui touche les tissus des individus de tous âges, alors que seul un sous-groupe de population est vulnérable à ces changements pathologiques de site variable;
- c) affections apparemment aussi fréquentes chez les personnes âgées que chez les personnes d'âge mûr, par exemple l'arthrite rhumatoïde, la goutte, les douleurs dorsales et diverses formes de rhumatisme des tissus mous (non articulaires). Cette catégorie reste vague, car les données existantes permettent rarement d'y classer des cas avec certitude;
- d) affections moins fréquentes chez les personnes âgées que chez les sujets plus jeunes. Cette catégorie comprend la spondylite ankylosante, les entorses et luxations des articulations et des muscles adjacents, et les lésions du ménisque de l'articulation du genou;

Il reste quelques autres affections (par exemple la dermatomyélite) pour lesquelles les éléments d'appréciation sont trop rares pour permettre leur inclusion dans l'une ou l'autre des catégories ci-dessus.

4.3 Invalidités dues à des infirmités mentales

Nature et étendue du problème

Le groupe a considéré que, si la conception de la santé retenue par l'OMS insiste sur le bien-être global de l'individu, le système actuel des soins aux personnes âgées axait surtout ses efforts, dans la plupart des pays, sur l'aspect médical de ces soins et négligeait les moyens de prévenir les invalidités ou d'en alléger les conséquences. En outre, les systèmes de soins, en général hautement spécialisés, souffrent d'un manque de coordination et, s'ils offrent de multiples possibilités de diagnostic et de soins, ces possibilités sont parfois ignorées de la population ou lui sont difficilement accessibles.

L'évaluation du degré d'infirmité mentale est souvent compliquée par la présence simultanée d'une maladie organique, de plusieurs formes de troubles mentaux dans le cas des personnes âgées, de difficultés familiales ou socio-économiques, et de leur tendance à considérer toutes leurs difficultés comme des conséquences inévitables du vieillissement. Les personnes âgées sont vulnérables aux mutations sociales rapides, au relâchement ou à la disparition totale des liens avec leur famille ou avec la communauté, ainsi qu'à leur inutilité sociale. Le nombre des hôpitaux et services psychiatriques publics ou privés varie d'un pays à l'autre, mais on pense qu'en moyenne, la proportion d'infirmités mentales caractérisées ou gravement atteints parmi les personnes âgées non hospitalisées s'élève aux environs de 5 à 10%; les cas d'infirmités légères ou moyennes représenteraient 10 à 40% de la population âgée, et 50 à 80% de cette population seraient exempts de toute déficience mentale.

Les chiffres souvent cités des personnes âgées qui occupent des lits de psychiatrie poussent à la conclusion erronée que les soins en établissement ont supplanté les soins traditionnels au sein de la communauté et de la famille. Or, la majorité des personnes âgées mentalement affaiblies ne sont pas des isolés et une proportion considérable d'adultes se déclarent prêts à s'occuper en permanence d'un parent plus âgé.

Les principaux problèmes dans ce domaine sont la démence et la dépression. Toutes deux présentent aujourd'hui un défi pour les systèmes de soins de santé quels qu'ils soient, mais les moyens de lutter contre la dépression dépassent de loin ceux dont disposent les psychiatres pour combattre efficacement la démence.

De la nécessité de la recherche

L'étude du rapport efficacité-coût des différentes sortes de services d'aide sociale, d'assistance économique, de santé physique et mentale et d'aide personnelle amène à distinguer quatre grandes catégories de personnes âgées :

- a) celles dont l'infirmité mentale est si grave qu'il faut, de l'avis unanime des professionnels et de l'opinion, les placer en établissement;

- b) celles dont l'infirmité mentale reste modérée et dont il est possible, de l'avis général, de s'occuper aussi bien en établissement que dans la communauté;
- c) celles dont les déficits mentaux ne nécessitent qu'une aide extérieure, mais de toute évidence sans hospitalisation; enfin
- d) celles dont l'état n'appelle aucune intervention spéciale.

La deuxième catégorie pose le problème du choix entre les deux formules de soins possibles, les première et troisième catégories celui d'un mauvais aiguillage éventuel.

Il a été proposé d'orienter la recherche vers les besoins des personnes âgées en fonction des niveaux de vie et des services existants dans leur pays de résidence. Pourtant, la recherche devrait avant tout porter sur l'effort de compensation que déploient les personnes âgées pour vivre avec leurs invalidités. En général, leurs réactions se résument à trois types qui se manifestent isolément ou simultanément : panique devant leur maladie et leur incapacité croissante; forte accentuation des traits caractéristiques de la personnalité; renonciation à toutes les tâches qui mettent à rude épreuve leurs capacités limitées.

La prévention de la démence sénile

Il est extrêmement difficile de prouver qu'il est possible de prévenir la démence, surtout chez les personnes âgées. Les rapports à ce sujet émanent principalement des praticiens de la prévention secondaire; c'est-à-dire du dépistage et du traitement précoces de la démence sénile. Il existe aussi de nombreuses descriptions de mesures de prévention tertiaire qui ont servi à atténuer ou réduire les conséquences de la démence. Par contre, les informations sur les effets de la prévention primaire sont très rares.

La plupart des travaux concernant la prévention de la démence dans les groupes d'âge avancé n'atteignent pas un niveau scientifique très élevé, et la justesse du diagnostic constitue en l'occurrence la difficulté principale.

Quels sont les moyens de prévenir la démence aux niveaux primaire et secondaire ? Les principes suivants ont été proposés au groupe de travail en tant qu'aperçu de certains éléments indispensables pour toute action préventive valable.

Adopter une attitude positive. Bien des dispensateurs de soins adoptent une attitude indifféremment négative à l'égard des sujets d'âge avancé pensant que la démence sénile est incurable, ils se contentent de ne rien faire. Or, les interventions médicales en temps voulu, l'approche multidisciplinaire, la coordination globale et la continuité des soins ont tous une valeur préventive.

Procéder avec soin au diagnostic. L'examen attentif du patient atteint de démence révélera souvent que ces troubles ont une cause potentiellement remédiable et permettra de cerner les problèmes de comportement qui compliquent la perturbation fondamentale et qui se prêtent à un traitement. Des études récentes donnent à penser que près d'un tiers des sujets atteints de démence souffrent d'une perturbation fondamentale potentiellement guérissable.

Une bonne partie de l'action de prévention primaire et secondaire doit s'appuyer sur un diagnostic bien étudié, intervenant le plus tôt possible.

Permettre aux personnes âgées de vieillir en bonne santé. Le vieillissement s'accompagne de certaines altérations physiques et psychologiques. Pour bien comprendre en quoi consiste la prévention chez les personnes âgées, le médecin doit se rendre objectivement compte de ce que vieillir signifie et de ce qui est alors normal ou anormal.

Soigner le délire sans tarder. Le diagnostic de la démence se fonde sur les comportements et postule la présence d'un certain nombre de perturbations aux causes distinctes. C'est pourquoi les diagnostics différentiels revêtent une très grande importance. Les états confusionnels aigus (appelés également délire ou syndrome psychosomatique aigu) doivent toujours figurer en tête de liste, non seulement à cause de leur fréquence et du risque accru de démence qui y est associé, mais surtout parce qu'ils s'accompagnent d'une mortalité immédiate élevée chez les malades âgés et qu'ils réagissent relativement bien à un traitement approprié.

Utiliser judicieusement les médicaments. La pharmacothérapie des personnes âgées diffère essentiellement de celle des jeunes adultes. En cas de syndrome psychosomatique aigu ou chronique, la suppression de certains médicaments peut se révéler bénéfique pour le malade âgé sous forte médication.

Dépister les démences réversibles. Un passé médical chargé, pas plus qu'un âge supérieur à 65 ans, ne permet d'affirmer qu'un cas de démence n'est pas dû à une cause curable. Depuis la récente découverte de nouvelles méthodes d'examen et de traitement, les médecins doivent persévérer dans le dépistage des causes des démences réversibles, par exemple la pression hydrocéphalique normale ou l'hypoglycémie iatrogène.

S'informer des risques génétiques. Les études de familles et de jumeaux ont prouvé le rôle des facteurs génétiques dans la démence sénile du type Alzheimer, mais la voie de transmission héréditaire reste encore inconnue. L'opinion selon laquelle les maladies influencées par des facteurs génétiques seraient prédéterminées, et donc incurables, ne se justifie pas, surtout s'il s'agit de personnes âgées. En effet, quels que soient les risques génétiques de maladie qu'elles couraient, ces personnes ont survécu de nombreuses années tout en étant exposées aux effets, non seulement bénéfiques, mais également nuisibles, de l'environnement. Il existe peut-être des moyens de découvrir et de modifier l'influence du milieu sur les sujets à risque, de façon à modifier favorablement le cours de la maladie, voire à la prévenir.

Se méfier des "remèdes miracles". A ce jour, aucune substance ne s'est révélée capable de prévenir dans tous les cas la démence sénile. Toutefois, certains médicaments font encore l'objet d'études et les recherches actuelles sur la physiologie du cerveau pourraient ouvrir des perspectives thérapeutiques nouvelles.

Aider le patient à répondre à la question "Pourquoi continuer à vivre ?". De même que la maladie est un "mal-être", la prévention et le traitement visent à promouvoir le "bien-être". Tout ce qui améliore le bien-être d'un patient réduit son potentiel pathologique et l'aide à jouir au maximum de son état de santé.

4.4 Prévenir l'invalidité mentale par la stimulation de la mémoire

Le groupe de travail a étudié un moyen particulier de prévenir l'incapacité mentale, mis au point à l'Université de Grenoble et qui consiste à stimuler la mémoire par des exercices. Cette idée s'est inspirée du schéma cybernétique d'Atkinson & Schiffrin (12). La mémoire est un résultat fonctionnel de l'enregistrement, de la synthèse et du rappel d'informations. Les exercices mnémotechniques devraient donc renforcer l'enchaînement du processus intellectuel en développant ses mécanismes. Les objectifs prioritaires sont :

- de stimuler les activités intellectuelles tombées en léthargie;
- d'apprendre à réutiliser les ressources disponibles;
- de combattre les déficiences des "sens spéciaux"; et
- de libérer les inhibitions.

La mémoire n'est pas une fonction isolée. Elle dépend de nombreux déterminants convergents qui en définissent le caractère. Elle s'appuie largement par exemple sur un bon état physique et mental, ainsi que sur un réseau de stimulations qui relie l'individu à l'environnement. D'innombrables facteurs peuvent la développer ou la renforcer, ou au contraire l'affaiblir : les motivations, les centres d'intérêt, les émotions et l'intégrité des récepteurs sensoriels ont tous une importance capitale, au même titre que les facultés intellectuelles telles que l'attention, la clarté des idées ou l'imagination.

Le principe de base consiste à faire passer du domaine de l'exercice pur dans la vie quotidienne les mécanismes (se souvenir des messages ou des listes d'achat, ranger ses affaires, etc.) qui ont été acquis grâce à l'entraînement mémoriel. Le passage d'une situation artificielle aux gestes pratiques du quotidien représente l'ultime objectif.

Chaque exercice doit être clairement expliqué au patient pour qu'il comprenne parfaitement le type d'activité visé. Contrairement à ce qui se produit dans des tests, qui n'autorisent aucune assistance extérieure, le psychologue aidera ici son patient à bien saisir le processus mental qui lui permettra de franchir les différentes étapes de la mémorisation. Ainsi, le patient prendra-t-il conscience des opérations qui lui faciliteront l'accomplissement des tâches quotidiennes.

Application pratique

Chaque patient peut pratiquer ces exercices selon un rythme hebdomadaire individuel, dépendant de ses capacités de travail. Pendant une phase expérimentale initiale, la fréquence est de deux séances par semaine. La première série d'exercices s'étend sur une période de deux mois (16 séances). Aucune séance ne dure plus de 45 minutes et, après 20 minutes de travail, elle est interrompue par une pause de 5 minutes. Elle comprend trois types d'exercices : enregistrement, synthèse et rappel. Si le patient réalise des progrès, il passe ensuite à la série de niveau plus

élevé, à raison d'une séance par semaine. Sinon, il est soumis à des exercices supplémentaires et ne passe au niveau supérieur qu'une fois maîtrisés les mécanismes du premier niveau. Le troisième niveau comporte des séances de groupe en alternance avec des exercices individuels.

La principale valeur de cette méthode tient sans doute à son effet prophylactique : c'est là, probablement, la meilleure thérapie, sinon la seule, en gériatrie.

4.5 Invalidités d'origine sensorielle

Affaiblissement de l'ouïe

Dès que l'être humain atteint sa maturité, son âge commence à influencer négativement sur sa capacité auditive et des déficits de 3 et 5 dB, respectivement aux fréquences de 4000 et 8000 Hz, se font sentir dès la trentaine. Entre 50 et 60 ans, ils atteignent 30 dB à 4000 Hz et un peu plus à 8000 Hz. Si le vieillissement s'accompagne d'altérations pathologiques dues à des inflammations fréquentes de l'oreille moyenne, à la consommation de médicaments toxiques ou à un environnement toxique ou bruyant, les pertes d'acuité auditive peuvent nuire à l'audition de la parole normale dès l'âge de 65 ans.

Il existe cinq catégories de presbycusie : sensorielle, neurale, sensori-neurale, métabolique et mécanique. Elles se limitent toutes à la périphérie de l'appareil acoustique humain, c'est-à-dire l'oreille. A un âge avancé, l'amointrissement des capacités du système nerveux central et la dégradation des voies auditives centrales restreignent la perception des sons. L'audition et la perception de la voix humaine ne dépendent pas uniquement de l'état des audiogrammes tonals ou de l'oreille.

Ecouter et entendre résultent du fonctionnement simultané de tous les sens : coenesthésique, vestibulaire, vibrotactile, visuel et, bien sûr, auditif. Ils travaillent tous dans la plus étroite des associations, sous la tutelle du cerveau et en collaboration avec ses autres capacités qui sont indispensables pour la perception : intégration du temps de perception des stimuli externes; durée de l'attention et de la concentration; sélection des informations et des stimuli les plus importants. Par conséquent, un bon état psychologique, et bien sûr mental, est une condition sine qua non pour bien écouter et comprendre les paroles. Or, les personnes âgées souffrent simultanément d'une faiblesse des organes sensoriels (oreille, oeil, etc.) et d'un ralentissement de la motricité, d'une prolongation du temps d'intégration, d'une faible concentration et d'un mauvais état d'équilibre. Tous ces symptômes sont les conséquences du vieillissement en général et, plus particulièrement, de celui du système nerveux central. C'est pourquoi la personne âgée comprendra plus aisément un mot isolé que toute une phrase, au contraire d'une personne jeune qui a des problèmes d'audition.

Il est toutefois possible d'aider les personnes âgées à mieux maîtriser le mécanisme d'écoute et à améliorer leur état psychologique et éventuellement mental; c'est avec beaucoup d'intérêt que les membres du groupe ont pris connaissance du travail de recherche entrepris dans ce domaine par le centre SUVAC de rééducation de la parole et de l'ouïe à Zagreb.

Les chercheurs de ce centre ont constitué un échantillon de 300 patients qui éprouvaient des difficultés d'audition d'origine sensori-neurale, avec des déficits compris entre 50 et 85 dB sur l'audiogramme des tons purs, mais une bonne perception de fréquences basses. Un tiers de ces sujets percevait la parole humaine avec l'intensité nécessaire aux seuils tonals purs de 500 Hz, 750 Hz, 1000 Hz et 2000 Hz. Parmi ces 300 patients figuraient 100 personnes âgées atteintes de presbycusie. Un tiers d'entre elles percevaient convenablement la parole dans les mêmes conditions que les 200 autres sujets, plus jeunes, qui souffraient de déficits auditifs dus à d'autres causes que la presbycusie. Cela signifie que les personnes âgées tirent un aussi bon parti que les plus jeunes des basses fréquences - qui transmettent au mieux rythmes et intonations. La rééducation des personnes âgées s'appuie, au centre, sur l'utilisation des basses fréquences ou sur une combinaison de basses et hautes fréquences au niveau du seuil d'audibilité, ce qui leur permet une écoute aisée et détendue. Comme une bonne audition dépend surtout de la perception correcte du rythme et de l'intonation, cette méthode, qui améliore la compréhension de la parole, accroît simultanément le pouvoir d'attention, la concentration et le bien-être psychologique.

L'expression verbale des personnes âgées dépend de la qualité de leur perception auditive, ce qui explique chez elles les déficits de prononciation, la monotonie du débit et l'oubli de certains mots dans les phrases longues. Cette situation peut être améliorée systématiquement grâce aux prothèses auditives électroacoustiques qui accentuent les basses fréquences et régulent l'intensité des fréquences plus élevées.

Les soins des neurologues, neuropsychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et autres, conjugués à la rééducation de la parole et de l'oreille, peuvent prévenir ou atténuer les difficultés des personnes âgées en général.

Les invalidités d'origine visuelle

Même si les problèmes associés aux déficits visuels peuvent être résolus de façon relativement simple, la rigidité des attitudes, les stéréotypes qui ont cours dans l'opinion publique, et la présence d'autres infirmités, nuisent invariablement à la solution de ces problèmes. Par ailleurs, celle-ci doit faire intervenir de nouvelles stratégies du comportement auxquelles les personnes âgées se montrent très réfractaires.

Les infirmes visuels peuvent être classés en trois grandes catégories selon l'âge où le problème est apparu :

- a) les sujets qui ont connu des difficultés de vision dès la naissance et qui, par conséquent, n'ont pas la notion d'une vision normale;
- b) ceux chez qui le problème s'est posé pendant la croissance et qui ont eu une expérience limitée de la vision normale mais ne l'ont pas conservée jusqu'à la maturité;
- c) ceux qui ont contracté leur invalidité à un certain âge, après avoir organisé leur mode de vie en fonction d'une vision normale.

On peut également les classer en trois catégories selon la nature de leur problème :

- a) les sujets dont la vision n'a plus aucune utilité pratique et qui doivent recourir à des mécanismes compensatoires pour pouvoir mener une vie autonome et active dans la société;
- b) ceux qui souffrent d'une déficience visuelle, mais dont la vision peut encore faire fonction de sens principal grâce aux techniques de renforcement de l'acuité visuelle; et
- c) ceux dont la perception visuelle suffit à certaines fins, mais non pour d'autres et qui doivent combiner compensation et moyens de renforcement de l'acuité visuelle.

La personne âgée qui souffre d'une invalidité d'origine visuelle l'aura, le plus souvent, contracté à un âge avancé, après avoir organisé toute sa vie en fonction d'une vision normale, et pourra utiliser la vue comme sens principal qu'elle ne perdra sans doute jamais complètement. Par conséquent, le problème qui se pose dans son cas est de savoir comment renforcer son acuité visuelle. Malheureusement, les institutions de soins ont toujours orienté leurs prestations vers la solution des problèmes des personnes qui ont besoin de compenser leur perte de vision; c'est pourquoi les prestations aux personnes d'âge avancé sont souvent inappropriées et peuvent les pousser au pessimisme.

Les nouvelles stratégies du comportement qui se révèlent nécessaires pour remédier à une invalidité ne sont pas à la portée de chacun. Il faut donc distinguer ici entre assistance et rééducation. L'assistance a pour but de rendre la vie aussi tolérable que possible à qui souffre d'une invalidité irréversible par la rééducation. La rééducation, quant à elle, consiste à développer des aptitudes latentes pour susciter de nouveaux comportements qui mettront le sujet à même de s'accommoder de son invalidité et de mener une vie autonome et active dans un environnement social normal. C'est un processus qui doit s'engager dès l'instant où l'invalidité a été constatée. Faisant intervenir des professionnels d'un grand nombre de disciplines, il est à la fois intérêt multidisciplinaire. Il consiste en une séquence continue de soins et s'appuie sur des objectifs et des sous-objectifs bien précis et atteignables, fixés en fonction des capacités reconnues du patient et de sa faculté d'adapter son comportement. La rééducation des personnes âgées est plus efficace lorsqu'elle s'effectue au sein de la communauté qu'en établissement.

Pour garder leur place dans la société, les infirmes visuels âgés doivent, le cas échéant, être aidés pour manipuler trois variables du milieu : la lumière, la dimension et le contraste.

Il importe que tout objet soit éclairé par une quantité de lumière suffisante. Il doit, autant que possible, se détacher nettement sur son arrière-plan, et avoir une dimension optimale pour chaque individu - il se peut que les infirmes visuels préfèrent un équipement "manuel" à un équipement "transistorisé".

L'éclairage le moins coûteux provient de la lumière naturelle. Les personnes âgées ont tendance à opposer un obstacle à la lumière extérieure en mettant des voilages à leurs fenêtres et

elles aggravent encore leurs difficultés en utilisant des ampoules de faible puissance. Or, la lumière coûte relativement peu par comparaison avec le chauffage ou les autres usages de l'électricité. Il faut donc encourager les personnes âgées à utiliser au maximum la lumière naturelle et artificielle.

Il existe de nombreux moyens de modifier la dimension visuelle des objets. On peut agrandir l'objet lui-même - livres imprimés en gros caractères ou jeux de cartes de grand format par exemple. La taille apparente de l'objet peut être amplifiée par une loupe et l'image télévisée peut être quintuplée si le téléspectateur se rapproche d'une distance de trois mètres à soixante centimètres.

Les membres du groupe de travail se sont déclarés très préoccupés par ces infirmités sensorielles qui frappent les personnes âgées et qui aggravent souvent les invalidités et handicaps. Ils ont estimé qu'il importait de multiplier le plus possible les occasions de communiquer par la parole et la vision. A cet égard, ils ont jugé indispensable d'établir une collaboration étroite entre services sociaux, services de santé et organismes non gouvernementaux concernés. Il faut veiller à ne pas "professionnaliser" cette action à l'excès. Il doit être possible d'aider les personnes âgées qui souffrent de troubles auditifs et visuels à mener une existence autonome dans leur propre environnement, avec un minimum d'aide extérieure.

5. Les formules interdisciplinaires de gestion des invalidités

Le groupe a considéré ensuite les invalidités en les remplaçant dans le contexte d'un environnement en mutation. Il a jugé qu'il était indispensable de faire ressortir les phénomènes pathologiques qui influent sur les comportements et qui limitent les activités sur une toile de fond constituée par la personnalité des sujets, le processus du vieillissement en général, l'environnement matériel de la personne, ainsi que le soutien familial et social dont elle bénéficie. Enfin, il convient de chercher à déterminer dans quelle mesure telles ou telles modifications apportées à ce soutien pourraient influencer sur l'état de santé et les besoins futurs des patients. L'importance de ces facteurs exogènes varie selon la société, la culture et le contexte économique, et le groupe a concentré son attention sur le bilan socio-médical des individus et sur les facteurs essentiels de leur environnement.

5.1 Diagnostic des invalidités mentales

Le passé médical

La connaissance approfondie du passé médical des sujets constitue la pierre angulaire du diagnostic, mais il ne faut pas se contenter d'accepter simplement les déclarations des patients, surtout lorsqu'ils présentent un état confusionnel. Il convient donc de recueillir des informations auprès de tiers qui ont pu les observer, et en particulier auprès de leur famille et de leurs amis qui sont en mesure de comparer les récents changements avec l'état normal antérieur de ces patients. Il faut d'autre part accorder une grande importance au volume de la consommation d'alcool et de médicaments.

L'examen médical

Même si la connaissance du passé médical peut contribuer pour 75% au diagnostic, il est capital aussi de procéder à un examen approfondi de l'état mental et physique des sujets. La détermination initiale de la présence, de l'absence ou du degré d'infirmité psychosomatique a une importance vitale. Le principal danger ici est de surdiagnostiquer la démence, en particulier quand une maladie dépressive, maniaque ou paranoïde diminue la motivation ou la concentration du patient, quand la surdité ou la dysphasie limite la communication, quand le patient traverse une période d'agitation, ou encore lorsqu'il se trouve désorienté soit par un choc affectif, soit par un changement d'environnement.

Les tests de mémoire sur des faits récents et les tests d'orientation sont les meilleurs moyens de constater les infirmités physiques. Leur but doit être d'offrir au sujet l'occasion de montrer si sa mémoire est bonne, plutôt que mauvaise, et certains gériopsychiatres accordent plus d'importance à des réponses ponctuelles correctes qu'au résultat global. La fourchette étendue des résultats détenus avec des personnes âgées non démentes à l'occasion de tests d'acquisition de connaissances laissent planer un doute sur leur efficacité.

Les psychiatres ne devraient pas négliger l'examen physique de leurs patients âgés, et ne jamais perdre de vue la possibilité d'affections telles que le myxoedème, la thyrotoxicose, la carence en vitamine B12, l'hématome sous-dural, la tumeur cérébrale ou la neuro-syphilis, qui pourraient passer pour des cas de démence ou déclencher d'autres syndromes psychologiques de la

vieillesse. Cependant, il importe encore plus d'identifier les troubles organiques souvent mineurs et latents qui peuvent provoquer des psychoses organiques aiguës ou aggraver la confusion du dément sénile.

Le domicile

De nombreux gérontopsychiatres préfèrent examiner le patient à son domicile. Ils peuvent ainsi le voir mieux à son aise, ainsi que juger l'environnement où il vit et la mesure dans laquelle il s'en accomode. Il leur est possible aussi d'observer in situ ses habitudes alimentaires (et sa consommation d'alcool, élément souvent d'importance), le degré d'adéquation du chauffage du logement, ainsi que d'autres facteurs qui peuvent accentuer son invalidité. Une visite à domicile offre aussi l'occasion de parler avec les voisins ou les proches parents, ou d'obtenir les adresses ou les numéros de téléphone où il est possible d'atteindre ces derniers.

Comme beaucoup de consultations sont demandées à l'occasion d'une crise, il faut que la visite à domicile s'effectue dans les meilleurs délais. Bien que cela puisse être plus difficile dans les zones rurales, il est quand même préférable de n'emmener à l'hôpital que les patients pour qui un traitement s'impose, plutôt que de les convoquer pour un simple diagnostic.

Evaluation du soutien

Le soutien que la famille ou les voisins apportent aux invalides âgés varie considérablement d'un pays à l'autre, comme d'ailleurs à l'intérieur d'un même pays. Dans les communautés rurales ou dans les quartiers urbains de résidence relativement stable, il existe parfois un réseau officieux d'assistance aux personnes âgées vivant seules.

L'action d'organisations bénévoles et la prestation, prévue par la loi, d'une aide domestique, de soins infirmiers et de repas à domicile, ou encore de soins de jour, peuvent venir s'ajouter à cette assistance de voisinage ou s'y substituer partiellement, de façon à permettre à de relativement grands invalides de demeurer à leur foyer. Toutefois, dans les cas de démence, cette assistance discontinuée peut vite devenir insuffisante lorsque l'état d'agitation et la tendance à divaguer ou à manipuler inconsidérément les appareils ménagers rendent indispensable une surveillance de 24 heures sur 24. Par manque de lucidité ou par méfiance, les personnes âgées peuvent se montrer hostiles à toute aide extérieure, et leur humeur difficile comme leur manque d'hygiène peuvent décourager les bonnes volontés. Il faut tenir compte de ces facteurs au moment d'évaluer s'il est viable de laisser un patient dément vivre seul, de faire la balance entre les risques relatifs du traitement à domicile et à l'hôpital en cas de maladie aiguë, et de déterminer à partir de quel point un placement en établissement s'impose.

Comme, en général, l'augmentation de la population âgée distend les budgets publics de santé et d'aide sociale, il importe toujours davantage d'aider les familles qui prennent soin d'un parent invalide. Il faut alors inclure dans l'évaluation de la situation le niveau de tolérance et la résistance générale du ménage, pour choisir les moyens de l'aider.

Souvent, la famille se montrera critique ou hostile à l'égard du patient, ou semblera exagérer son degré d'invalidité. Cette attitude peut résulter d'un désaccord chronique auquel le patient peut avoir contribué en tout état de cause en se montrant, par exemple, mauvais conjoint ou mauvais père. L'exaspération de celui ou celle qui lui donne des soins peut s'expliquer par une compréhension insuffisante de la nature et du pronostic de la maladie, par un sentiment de culpabilité, ou encore par la nécessité d'avoir à relayer le patient dans son rôle de dominant. Les filles peuvent répugner à devoir supporter seules le fardeau, ou encore éprouver des conflits de loyauté entre leur père ou mère, leur mari et leurs enfants.

Inversement, le patient peut devenir le bouc émissaire d'autres problèmes qui appelleraient une solution de leur côté, et il arrive aussi que celui qui donne les soins tombe lui-même malade. Dans certains pays, les dépressions sont courantes chez le conjoint ou les autres proches qui soignent un patient dément. Un traitement approprié peut améliorer radicalement la situation et permettre à celui qui soigne le malade d'envisager l'avenir avec plus de réalisme. Il faut chercher à déterminer s'il existe un cas de dépression dans la famille, lorsque le parent atteint de démence semble provoquer une détresse plus profonde que ne le justifierait normalement son degré d'invalidité.

Après s'être assuré de la présence ou de l'absence de ces facteurs qui se prêtent manifestement davantage à remède, il convient de se demander quel est l'aspect de l'invalidité ou du comportement du patient qui cause le plus de difficultés, et s'il est possible d'y apporter une amélioration. Il importe aussi de définir la nature des besoins de la famille. Peut-être a-t-elle besoin d'être mieux informée au sujet de la maladie, de recevoir une aide financière, ou d'être relayée

temporairement dans la garde du malade. Il est primordial de s'informer sur ces points lors de l'évaluation initiale de la situation et ensuite également. Le traitement de la démence au sein de la famille impose d'accorder autant d'attention aux proches qui soignent le patient qu'au patient lui-même.

5.2 Détermination de l'aide à apporter aux patients

Il importe de procéder également dans le cadre de vie normal ou dans une situation aussi semblable que possible à la détermination de l'aide à apporter au patient. De même, il est indispensable de prévoir un certain temps d'apprentissage de l'utilisation de cette aide. S'il a fallu en pratiquer la détermination hors du domicile du patient, il conviendra de s'assurer, par des visites de contrôle, que l'aide est effectivement utilisée et qu'elle produit les effets escomptés dans l'environnement quotidien. La détermination de l'aide nécessaire n'est que le premier pas d'une longue démarche qui a pour but d'offrir aux invalides le meilleur programme de rééducation possible. Viennent ensuite la prescription des mesures de rééducation, l'apprentissage de ces mesures et le suivi du patient.

Le groupe de travail a appris qu'en Suède ces trois actes relevaient de disciplines distinctes, alors que la détermination de l'aide était le fait d'une équipe multidisciplinaire. S'agissant par exemple de la victime d'une attaque ou d'un affaiblissement de l'acuité visuelle, c'est normalement un médecin qui se charge de prescrire les dispositions à prendre, puis un kinésithérapeute ou un éducateur pour mal-voyants qui se charge de diriger les exercices et d'assurer le suivi. Par contre, il arrive que l'évaluation soit pratiquée par un groupe de représentants de plusieurs disciplines : médecin, physiothérapeute et technicien dans le cas d'un amputé; médecin, opticien et éducateur pour mal-voyants dans un dispensaire de rééducation visuelle. A ces professionnels viendront se joindre, parfois, des experts en psychologie ou en sociologie. Les membres de ces équipes doivent informer le médecin des moyens et des méthodes qu'ils entendent utiliser pour la rééducation. Le médecin sait, quant à lui, comment déterminer au mieux l'acuité et le champ visuels, ainsi que la position et la dimension des scotomes, et faciliter le choix optimal des prothèses optiques et des exercices d'apprentissage de leur emploi. L'opticien doit ensuite discuter des méthodes d'exercice avec l'éducateur pour mal-voyants afin de sélectionner les meilleures prothèses optiques; l'éducateur, enfin, doit rester en contact avec le médecin (pour discuter avec lui du pronostic) et avec l'opticien (pour s'entretenir des avantages ou inconvénients des différentes prothèses) dans le dessein d'obtenir de bons résultats grâce aux exercices.

Il convient de faciliter l'accès des patients aux centres de diagnostic en assurant leur transport ou en leur accordant une aide financière. Comme les personnes âgées souffrent, en général, de plusieurs invalidités, il est souvent bon d'avoir un centre d'évaluations multiples où seront déterminés simultanément les besoins visuels, auditifs et locomoteurs du patient.

Certains pays de la Région ont créé un service mobile de diagnostic des aides à apporter aux invalides, mais on n'a pas encore établi la valeur pratique de ces services.

6. La classification internationale des infirmités, invalidités et handicaps

6.1 Les conséquences de la maladie

Afin de pouvoir évaluer les conséquences d'une maladie, il convient d'en apprécier l'étendue. Le modèle théorique des invalidités, exposé dans la partie descriptive de l'International Classification of impairments disabilities and handicaps (ICIDH), permet de le faire. Il se résume par la séquence :

maladie ou anomalie ➡ infirmité ➡ invalidité ➡ handicap

La mesure des difficultés d'un patient est essentiellement du ressort d'un professionnel, et la décision qu'il prend en dépend. Elle doit tenir compte de nombreux éléments, dont les principaux se regroupent de la façon suivante :

a) Caractéristiques médicales : la nature de l'anomalie ou de la maladie; sa phase : exacerbation aiguë, rémission, fin de la phase active, etc.; les particularités de sa localisation, ou en d'autres termes, les problèmes liés à la nature et à l'emplacement de l'organe atteint; les complications, y compris celles qui s'étendent à d'autres parties du corps ou systèmes organiques; le choix du traitement approprié et la comparaison des risques associés à diverses thérapeutiques ainsi que de leurs complications; enfin, la morbidité parallèle, c'est-à-dire la présence d'autres affections. Il s'agit ici des éléments déterminants de l'infirmité.

b) Caractéristiques fonctionnelles, c'est-à-dire touchant à l'activité; il s'agit notamment des particularités liées à la localisation de la maladie, ainsi que des réactions psychologiques ou autres du patient à son incapacité potentielle. Ces éléments interviennent pour la détermination du degré d'invalidité.

c) Caractéristiques de relation, à savoir les actes dont le patient doit s'acquitter, selon son style de vie; son environnement au foyer et au travail; le rôle de sa famille immédiate et du milieu social en général; les réactions de sa communauté; enfin, les autres influences sociales qu'il peut avoir à subir. Tout cela détermine le handicap.

L'évaluation de tous ces éléments fait intervenir à la fois les actifs et les passifs du patient à secourir. Il y est tenu compte des exigences de la situation et des limitations, tant psychologiques que de comportement, dans les moyens de faire face à ces exigences. Il y est tenu compte aussi des ressources du patient : état de santé général, potentialités ou aptitudes sous-employées, et soutien social. Les recommandations concernant les dispositions à prendre, y compris la prescription d'un "traitement", s'appuient généralement sur le bilan net des actifs et des passifs mis en évidence par l'évaluation.

Les efforts déployés en vue d'une harmonisation internationale des démarches suivies ont pour but d'améliorer la qualité et la comparabilité des données, afin, par exemple, de pouvoir prévoir les services et élaborer des politiques sociales. L'ICIDH n'est pas une méthode d'évaluation, mais bien un système de répertoriage d'une information qui aura pu être réunie de diverses façons (et sa fonction est donc exactement semblable à celle de la Classification internationale des maladies (CIM) qui répertorie systématiquement les diagnostics médicaux). La présentation de certaines données dans le tableau 8 constitue un exemple de cette fonction. Ces données avaient été réunies à des fins particulières avant l'élaboration de l'ICIDH, mais on a pu leur donner une nouvelle présentation systématique en s'appuyant sur la classification des invalidités et handicaps. Il ne s'agit là que d'un profil particulier, mais il montre quand même comment ce type de présentation permet d'affiner l'information en vue de l'élaboration de politiques et de l'organisation de services.

L'idéal serait de normaliser les techniques de rassemblement des données par catégories de l'ICIDH. Or, à l'époque où cette classification a été adoptée à l'essai, c'eût été une entreprise gigantesque, dépassant largement ce que l'on attendait de l'OMS à l'époque et les moyens mis à la disposition des équipes de recherche. Il appartient donc à ceux qui expérimentent l'application de l'ICIDH d'essayer de mettre au point les techniques normalisées d'évaluation des problèmes.

Cela dit, l'ICIDH propose trois démarches de nature à améliorer la comparabilité des évaluations; deux d'entre elles au moins ont pour but d'encourager une approche plus systématique de ces évaluations. Voici les caractéristiques principales de ces trois démarches :

a) La plus simple consiste à utiliser comme points de référence les grandes rubriques (à un chiffre) des catégories infirmités (impairment - I), invalidités (disability - D) et handicaps (H) de la classification. Le professionnel devrait alors, dans la pratique, se poser, au cours de ses entretiens avec les patients, une série de questions, par exemple :

- "Cette personne souffre-t-elle d'une déficience intellectuelle ou autre déficience psychologique, d'une déficience de l'expression verbale ?" etc. (niveau infirmité);
- "Cette personne présente-t-elle des troubles du comportement, éprouve-t-elle des difficultés de communication ?" etc. (niveau invalidité);
- "Cette personne a-t-elle de la peine à s'orienter par rapport à son environnement ? Est-elle, en général, physiquement autonome ?" etc. (niveau handicap).

b) L'approche qui fait intervenir toutes les subdivisions de ces grandes rubriques est plus explicite; en effet, elle constitue un mécanisme de sécurité qui permet de ne pas laisser de côté certaines catégories particulières de problèmes. Sous prétexte que cela déborde le cadre strict de leur spécialité, trop de professionnels négligent malheureusement souvent de s'informer de certains aspects importants des capacités ou incapacités de leurs patients. Or, ils devraient tous s'intéresser à tous les problèmes de ces patients, sans se sentir entravés par des frontières disciplinaires arbitraires. Cette vision plus large s'impose particulièrement dans le cas des soins dans la communauté, où les personnes âgées invalides ont souvent de contacts qu'avec un professionnel d'une seule discipline.

Tableau 8. Désavantages résultant d'infirmités dues à des affections
rhumatismales chez les personnes d'âge mûr et les personnes âgées

Nature du handicap et catégorie correspondante d'invalidité ^a (Classification OMS, 1980)	Activité ou état (exemples choisis seulement)	Pourcentage ^b de personnes infirmes par suite d'affec- tions rhumatismales de tout type par groupe d'âges			
		45-64	65-74	75+	
<u>Autonomie physique</u>					
Incapacité d'excrétion	se rendre aux toilettes et les utiliser - difficile	19	25	24	
	- impossible seul	3	3	6	
Incapacité de veiller à son hygiène personnelle	se laver entièrement - difficile	17	20	29	
	- impossible seul	10	13	24	
Incapacité de s'habiller ^c	enfiler ses chaussettes et ses chaussures - difficile	43	45	46	
	- impossible seul	9	8	9	
Incapacité de vaquer aux travaux du ménage ^d	cuisine - ne peut la faire à cause de son invalidité	4	6	16	
	lessive - la fait faire à l'extérieur à cause de son invalidité	13	15	34	
<u>Mobilité</u>					
Incapacité de se mouvoir	confiné au domicile - grabataire ou contraint au fauteuil roulant	1	2	5	
		- contraint à rester à son domicile pour d'autres raisons	4	8	22
Incapacité de se déplacer hors du domicile	peut sortir - seulement si accompagné	4	8	13	
		- seul, mais difficilement	23	31	33
		- sans grande difficulté, mais plus lent	68	50	28
<u>Intégration sociale</u>					
Vie solitaire	célibataires ou veufs vivant seuls (5% dans la population d'ensemble)	24	49	77	
	- parmi celles vivant seules	12	31	41	
	- ne possèdent pas la radio	7	5	9	
	- ne possèdent pas la télévision (contre 6% de ceux qui vivent avec des tiers)	21	18	32	

Tableau 8. Suite

Nature du handicap et catégorie correspondante d'invalidité ^a (Classification OMS, 1980)	Activité ou état (exemples choisis seulement)	Pourcentage ^b de personnes infirmes par suite d'affections rhumatismales de tout type par groupe d'âges		
		45-64	65-74	75+
Incapacité de se divertir	- incapacité de se rendre au club	65	54	50
	- incapacité de se rendre à des réunions (église, réceptions...)	17	24	41
	- a abandonné des activités appréciées (par exemple "hobbies")	61	60	60
	- n'a pas pris de vacances depuis trois ans	26	30	44
<u>Autonomie économique</u>				
- Dépenses	- dépenses supplémentaires - pour le chauffage	24	30	19
	- pour l'aide ménagère	7	12	13
	- pour la lessive	9	11	12
	- pour les régimes alimentaires	8	10	8
	- pour les déplacements	3	4	0
- Revenu	- revenu hebdomadaire moyen (18 £ pour la population en général chiffre de 1969)	£12,50	£7,63	£5,47

^a Les handicaps d'orientation et professionnels ne sont pas considérés

^b Les pourcentages inférieurs à 1 sont chiffrés 0

^c Sauf très grands invalides

^d Sauf personnes qui n'auraient normalement pas à vaquer aux tâches ménagères

Source : Wood et Bradley (16)

c) Enfin, l'ICIDH offre un système qui permet de chiffrer la gravité des invalidités selon une échelle uniforme (ICIDH, p. 175), de façon à faire apparaître plus clairement les objectifs et les possibilités d'intervention : prévention des invalidités, amélioration de la fonction, emploi d'appareils correcteurs, ou substitution. Par inadvertance, un degré de gravité s'est trouvé omis dans l'échelle ICIDH. Il arrive en effet qu'une personne puisse exercer une activité ou adopter un comportement donné sans aucune difficulté, mais seulement de manière anormale ou inhabituelle. Ce genre d'invalidité relève à juste titre des mesures d'amélioration de la fonction et devrait donc figurer entre les degrés 0 et 1 de l'échelle; toutefois, afin de préserver la comparabilité des observations avec celles d'usagers de l'ICIDH qui appliqueraient l'échelle telle quelle, il est proposé de lui affecter, pour le moment, le chiffre 7, inutilisé en l'état actuel des choses.

Il conviendrait de procéder aussi de façon systématique et sélective à l'évaluation de l'environnement matériel du patient et des ressources dont il dispose. Ces deux éléments peuvent influencer sur le choix de l'intervention. L'importance des exigences et des contraintes qu'impose cet environnement se reflète dans la structure de la classification des invalidités (ICIDH, p. 37). L'intervention peut aller de la remise d'une aide à la locomotion jusqu'à la modification des projets d'urbanisme. Les ressources à évaluer peuvent être sociales ou personnelles : si les moyens économiques du patient ne lui suffisent pas, par exemple, une pension d'invalidité peut s'avérer nécessaire.

Il reste encore à envisager trois points importants. Tout d'abord, on trouve implicitement à la base de toute évaluation d'une invalidité l'idée que la fonction atteinte doit plus ou moins être rétablie. Cela n'est pas nécessairement vrai. En effet, de nombreuses aides fournies aux patients ne sont jamais utilisées, car ce qu'un professionnel peut considérer comme une invalidité qui appelle un traitement, ne représente souvent pour le patient qu'un inconvénient mineur qu'il préfère accepter plutôt que de tenter de s'en débarrasser. L'appréciation de la situation se doit donc d'être plus subtile et plus sélective, afin de découvrir les invalidités qui compromettent les espérances et le mode de vie du patient et de prêter moins attention aux autres difficultés concomitantes, mais mineures.

En second lieu, il est évident que diverses caractéristiques personnelles, comme le sexe, l'âge, le degré d'instruction, la situation familiale (matrimoniale entre autres), le logement et l'activité professionnelle influent sur le degré de handicap. On a tenté systématiquement de s'informer sur ces points, mais il arrive que ces efforts d'exhaustivité se heurtent à des obstacles inhérents à leur nature même. S'il est vrai que les éléments intéressants ne sont pas à négliger, ceux qui comptent véritablement par contre, ce sont ceux qui influent sur le degré d'invalidité et dont il faut tenir compte dans l'évaluation des ressources et de l'environnement matériel. On peut les considérer comme des éléments de base pour l'évaluation, mais c'est leur interaction avec l'invalidité qui présente un intérêt majeur. Voilà une raison de plus d'adopter des démarches sélectives pour la résolution des problèmes, alors que la définition de ces problèmes appelle de préférence, quant à elle, une approche exhaustive.

En troisième lieu, il faut reconnaître la valeur des diverses visions possibles des choses. La notion des "intervalles", proposée par Isaacs et Neville, a été retenue pour l'appréciation du paramètre "autonomie physique" du handicap. Elle s'apparente à la fois à la fréquence et à l'urgence du besoin. Comparons ainsi, par exemple, le besoin d'aller aux toilettes (intervalle critique) avec le besoin d'une aide pour s'alimenter ou s'habiller (intervalle court). Cette distinction est bien plus valable que d'autres, plus arbitraires, qui s'appuient sur la durée du besoin d'aide ou sur les difficultés à s'acquitter de telle ou telle activité.

6.2 Application expérimentale de l'ICIDH

À la fin de 1978, le Ministre néerlandais de la Santé et de la Protection de l'Environnement a constaté que l'absence d'un système généralement accepté de définition et de classification des invalidités nuisait considérablement à l'indispensable recensement des invalides et à la réalisation d'études comparatives. Plus tôt dans l'année, un groupe de travail pour la classification et le codage avait été constitué afin d'élaborer un répertoire des nomenclatures et systèmes de codage existants dans le domaine des soins de santé, et il avait été décidé de créer de petits sous-groupes pour l'étude de sujets particuliers. L'un de ces sous-groupes a été chargé de la question des invalidités. En 1980, il s'est concentré sur trois points principaux :

- l'établissement de contacts internationaux;
- la traduction de l'ICIDH en néerlandais; et
- l'organisation d'une réunion de travail à l'intention des personnes intéressées et des usagers éventuels de la Classification.

Afin de faciliter la traduction, le groupe s'est mis en rapport avec l'OMS et avec le principal auteur de l'ICIDH. Une première traduction, proposée à l'occasion de la réunion de travail, a fait apparaître un certain nombre de difficultés pratiques et de problèmes posés par la Classification elle-même, qu'il faudrait résoudre avant de pouvoir l'utiliser sur le terrain. Parmi les usagers éventuels figurent le Service médical commun qui souhaiterait l'employer pour le recensement des invalides en relation avec la loi générale sur les allocations-invalidités (concernant l'assurance de la population contre les incapacités de travail), la Direction centrale de la statistique, qui envisage d'inclure dans son enquête sur la santé un indicateur de l'état de santé; enfin, divers organismes de rééducation qui se proposent de créer un registre concernant cette activité. Il est apparu qu'aux fins de recensement, il fallait adapter non seulement l'ICIDH, mais aussi la CIM et la Classification internationale des actes médicaux (CIAM) (13). Entre temps, le groupe de travail néerlandais a mis au point une formule de demande de rééducation ambulatoire, qui reprend la plus grande partie de la liste des invalidités contenue dans l'ICIDH (groupes à deux chiffres). Les catégories sont les suivantes :

- incapacités organiques;
- incapacités à s'acquitter des tâches de la vie quotidienne;
- incapacités d'ordre social;
- incapacités de communication.

Le quatrième groupe servira pour dépister au plus tôt les handicaps éventuels chez les jeunes enfants.

Pourtant, des problèmes subsistent sur quatre points importants :

- a) Les problèmes inhérents à la Classification :
 - critiques au sujet du classement par catégories, de la méthode de distribution des infirmités et invalidités dans les listes respectives (I et D) et du manque de détail de la liste H.
 - critiques de l'ICIDH formulées par les chercheurs qui utilisent le Psychological Impairment Rating Schedule (Barème de classement des infirmités psychologiques par degré) et le Disability Assessment Schedule (Barème de classement des invalidités par degré) dans le domaine des psychoses fonctionnelles;
 - absence de descriptions exactes et de critères précis de codage; enfin
 - défaut d'affinement de la nature des réactions entre infirmités, invalidités et handicaps.
- b) Les problèmes relatifs à l'emploi proprement dit de l'ICIDH. Il faudrait à cet effet :
 - produire un manuel et un mode d'emploi du système de codage;
 - organiser une formation centralisée à l'utilisation de l'ICIDH;
 - mettre au point un modèle normalisé de dossier médical;
 - élaborer un ensemble de critères pour l'enquête sur l'environnement au foyer;
 - nommer un responsable de la Classification.
- c) L'élaboration de classifications apparentées, soit :
 - une classification normalisée des aides techniques et non techniques, adaptée à l'ICIDH;
 - une classification des infirmes, invalides et handicapés, fondée sur l'ICIDH.
- d) Une évaluation de l'application de l'ICIDH s'impose :
 - afin de permettre les rectifications et l'élaboration de nouveaux manuels, états, critères pour les enquêtes, etc., à l'intention des Pays-Bas;
 - afin de pouvoir contribuer à la révision de l'ICIDH que l'OMS entreprendra en temps voulu.

Les membres du groupe de travail ont reconnu que l'ICIDH, proposée à l'essai par l'OMS, était un outil de travail expérimental mais néanmoins précieux. Ils ont estimé qu'elle constituait une excellente référence pour l'exposé et l'évaluation de l'action de prévention des invalidités. Elle peut toutefois n'être acceptée qu'avec certaines réticences par les professionnels de la santé et d'autres disciplines du fait surtout qu'elle bouleverse les idées reçues. Les membres du groupe ont considéré qu'une coordination internationale aussi bien que nationale des activités dans ce domaine s'imposent si l'on voulait faire de l'ICIDH une classification-type agréée.

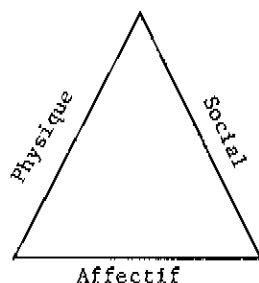
7. L'invalidité vue en tant que problème de traitement de l'information

Poursuivant leur débat sur l'importance de l'environnement pour la prévention ou la réduction des invalidités, les membres du groupe ont reconnu qu'il fallait envisager le problème de tout handicapé dans son contexte social et culturel. Le vécu de chacun et l'avenir qu'il envisage influencent inévitablement son adaptation.

L'être humain est en état de constante négociation avec son environnement matériel et social. Il reçoit, analyse et exprime des informations en un cycle continu.

En général, il recherche l'état d'homéostasie, symbolisé ci-dessous par le triangle équilatéral de survie (figure 2). Si l'un des côtés de ce triangle se déforme, l'homme s'emploie de toute urgence à rétablir l'équilibre.

Figure 2. Le triangle équilatéral de survie



Si le côté physique du triangle se déforme, l'être humain tend à ressentir des perturbations affectives qui se répercutent sur le côté social du triangle. Toute perturbation d'un côté provoque, en général, un déséquilibre dans l'un ou les deux autres côtés. Des transactions réciproques avec l'environnement matériel et social aident l'individu à retrouver son équilibre et à supprimer les distorsions.

Les questions suivantes apportent des exemples de cette négociation quotidienne :

- Comment s'appelle la vedette de cinéma représentée sur cette affiche ?
- Que dit l'animateur de la radio ?
- Dois-je me proposer pour ce travail de ravaleur de façades ?
- Puis-je me rappeler la théorie de la relativité d'Einstein ?

Beaucoup d'entre nous seraient incapables de répondre à ces questions. Le non-voyant ne pourrait pas voir l'affiche de cinéma, ni le non-entendant percevoir la voix qui sort de la radio. Le paraplégique n'aurait aucune chance d'obtenir le travail de ravaleur de façades. Il semble peu probable, enfin, que le dérangé mental puisse énoncer la formule d'Einstein. Chacun d'eux serait incapable de répondre à une question en raison de sa difficulté à traiter une information d'un certain type.

La figure 3 présente un modèle de communication normale. Une dysfonction produira une rupture de la négociation à un certain point de ce modèle. Il s'ensuivra des distorsions de la communication et le sujet devra alors modifier son répertoire de communication. L'aveugle devra peut-être apprendre à lire avec ses doigts, le sourd à écouter avec ses yeux et le paraplégique à "marcher" avec les bras.

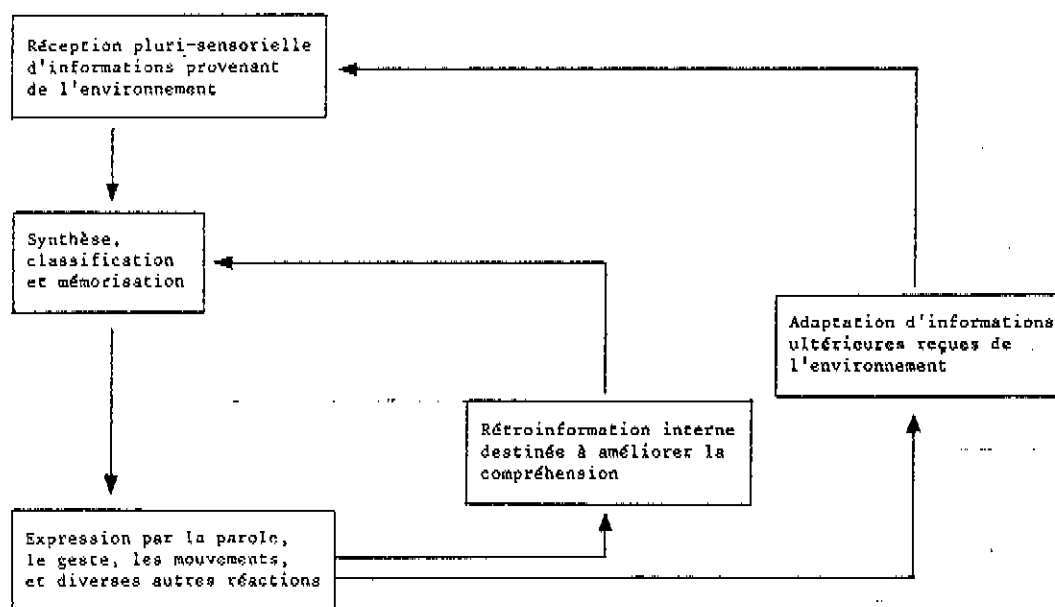
La disparition de telles ou telles parties du modèle peut poser des problèmes intellectuels et pratiques s'agissant de trouver les moyens de reconstruire le système de communication.

L'homme ne vit pas dans une tour d'ivoire : une interaction permanente existe entre lui et son environnement matériel et social. Par conséquent, toute altération de l'individualité entraînera des modifications dans l'attitude de la société à son égard. La société attache des stéréotypes bien définis à chaque forme d'invalidité. Par exemple, l'aveugle sera pour elle quelqu'un qui lit le braille, qui est doté de talents musicaux et d'un "sixième sens" pour se diriger, enfin qui a un don particulier pour fabriquer de merveilleux objets en vannerie.

Ces clichés incitent bien des gens à attendre certaines choses bien définies des invalides. En général, ils n'en attendent guère, et il n'est pas difficile aux invalides de les satisfaire. Cet ensemble d'attentes, caractéristique et connu sous le nom de "phénomène de généralisation", signifie tout simplement que l'on échafaudé un certain nombre d'hypothèses générales au sujet d'un individu à partir d'une seule caractéristique qu'on lui connaît.

Ces postulats de la société, ainsi que le peu de choses qu'elle attend des invalides, aboutissent à limiter leur autonomie à deux égards : à la limitation que l'invalidité elle-même impose viennent en effet s'ajouter celles, artificielles, imposées par la société. Pour en revenir au triangle de survie de la figure 2, il convient de noter que ces limitations sociales, et les distorsions des espérances pour l'avenir qui en résultent, déforment, en général, les côtés social et affectif du triangle. De son côté, l'invalidité en déforme le côté physique. L'individu se hâte dès lors de retrouver son état d'homéostasie, mais il n'y parviendra qu'au prix de complexes négociations avec son environnement social et affectif, qui risquent d'exiger des compromis considérables de toutes parts. En cas d'échec de ces négociations, l'adaptation de l'individu à son invalidité peut s'en trouver retardée ou totalement compromise.

Figure 3. Modèle de communication normale



8. Observations et recommandations finales

Le groupe de travail a formulé des recommandations générales et particulières. Les premières concernent les stratégies à appliquer pour combattre les invalidités (Annexe 1); les secondes se répartissent en trois catégories : "Action pour l'immédiat" (à court terme), "Action en attente" (à moyen terme), et "Etudes en collaboration" (à long terme).

Le groupe a considéré comme éléments les plus importants dans les cas d'infirmité et d'invalidité la dépression, la confusion, l'incontinence, les chutes, les douleurs chroniques et l'incapacité de communiquer.

Le plan d'action suivant a été proposé :

L'"action pour l'immédiat"

Les Etats Membres peuvent déjà mettre en application immédiate les recommandations générales de l'OMS. Les stratégies de traitement pourraient être appliquées aux problèmes de dépression, de confusion et d'incontinence. Les Etats Membres devraient demander conseil à l'OMS.

L'"action en attente"

Il existe des programmes d'élaboration de stratégies de traitement pour les infirmités de la vision et de l'ouïe, ainsi que de fourniture de moyens correctifs techniques. Il y aurait lieu de coordonner les activités au niveau international.

Les "études en collaboration"

Elles comprennent le dépistage systématique des groupes à haut risque, par exemple, des personnes souffrant d'hypotension chronique ou de fausse "démence sénile". Il faut encourager la recherche à cet égard dans les Etats Membres.

Les chutes et les douleurs chroniques ont été considérées comme des problèmes graves pour lesquels il n'existe pas encore de solution.

Voici les recommandations du groupe de travail :

1. Il conviendrait d'établir des contacts et de mettre en place des dispositifs de collaboration entre l'OMS, d'autres institutions des Nations Unies et les organisations non gouvernementales qui s'intéressent à la prévention des invalidités et à la rééducation des invalides.
2. Il conviendrait de recenser et d'inviter à coopérer les centres scientifiques de recherche et de documentation sur les invalidités.

3. Il conviendrait, en 1982-1983, de développer et de diffuser dans les Etats Membres les connaissances concernant la prévention des invalidités et la rééducation des invalides.
4. Il conviendrait d'encourager les Etats Membres à prendre eux aussi des initiatives dans les domaines de la prévention des invalidités et de la rééducation des invalides.
5. Il conviendrait de s'employer à la réalisation des possibilités d'intervention énumérées à l'Annexe 1.
6. Il conviendrait d'étudier l'interface entre l'individu et son environnement afin de déterminer comment adapter cet environnement en vue d'améliorer la qualité de la vie des invalides (Annexe 2).
7. Il conviendrait d'encourager la recherche sur l'éducation des professionnels et du grand public en matière de prévention et de gestion des invalidités (Annexe 2).
8. Si les informations voulues font défaut, il conviendrait d'encourager énergiquement la réalisation d'études épidémiologiques des infirmités et des invalidités des populations âgées, et plus particulièrement des études de génération et des études en coupe. Si la situation est déjà connue, il conviendrait d'élaborer des systèmes d'observation de son évolution avec le temps, ou de les renforcer s'il en existe. Les données épidémiologiques dont on dispose devraient être analysées sur la base de l'ICIDH, en mettant tout particulièrement l'accent sur les handicaps.
9. Les Etats Membres devraient chercher à déterminer quel intérêt présentent les programmes réalisés à certains âges pour le dépistage en temps voulu des états morbides et invalidités dans la population en général.
10. Les Etats Membres devraient définir et élargir le rôle des équipes de soins primaires et des professionnels indépendants de ces soins dans la prévention des infirmités et invalidités.
11. Les Etats Membres devraient prendre conscience de la valeur de l'entraide, qu'il y a lieu d'encourager en tant que forme de thérapie. Il est toutefois indispensable de ne pas la considérer comme totalement substituable à l'intervention des professionnels.
12. Il conviendrait de tenir compte de la nature multidisciplinaire et interdisciplinaire des problèmes, considérant que les invalidités multiples sont plus souvent la règle que l'exception chez les personnes âgées.
13. Il conviendrait, dans la mesure du possible, de procéder à l'évaluation des besoins et des ressources des personnes âgées dans leur milieu normal et non dans un environnement clinique, car il est abondamment prouvé que le meilleur moyen d'arriver à une évaluation exacte consiste à la réaliser dans un environnement familial.
14. Il conviendrait, pour évaluer, de bien saisir et comparer les effets d'interventions diverses, et pour faire en sorte que ces effets puissent être mesurés, d'employer un modèle qui en décrive exactement les composants génériques. Cela vaut aussi bien pour les mesures de prévention appliquées dans le cas des sujets non invalides que pour les stratégies d'intervention sous la forme de traitements et de soins aux invalides.
15. Considérant le rôle que jouent les médias lorsqu'il s'agit d'informer les personnes âgées de ce qui les concerne, dans le cadre surtout de l'action menée pour apporter la santé à tous en l'an 2000, les gouvernements et l'OMS devraient, autant que possible, faire participer les médias comme associés à part entière, et non comme simples spectateurs, aux activités conçues pour atteindre les objectifs recherchés.

Concernant l'ICIDH, le groupe de travail a émis les recommandations suivantes :

16. Les Etats Membres devraient encourager, dans des forums appropriés, un débat approfondi sur les concepts fondamentaux de cette classification et en élaborer la terminologie à utiliser dans chaque pays.
17. Les Etats Membres devraient encourager l'analyse des applications pratiques de l'ICIDH dans le dessein d'en mettre en évidence les points forts et les faiblesses.
18. Les Etats Membres devraient inviter les organisations de leur pays qui utilisent l'ICIDH à communiquer à l'OMS des données aux fins d'évaluation.

19. Il conviendrait d'assurer le suivi des études réalisées dans les Etats Membres, y compris celles des organisations intergouvernementales concernant l'application et la simplification de l'ICIDH.

20. Il conviendrait d'élaborer un système de classement des types d'interventions en tenant compte de l'actuelle CIAM, de la classification ISO des formes d'assistance (sous presse, à paraître) et de l'ICIDH.

21. Il conviendrait de rechercher comment grouper par catégories les difficultés éprouvées par les patients (plutôt que de mettre l'accent sur leurs infirmités, invalidités, etc.) en partant de l'ICIDH.

BIBLIOGRAPHIE

1. International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) : guide pour la classification des conséquences des maladies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1980.
2. Stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1980 (document inédit EUR/RC30/8).
3. Rapport de la trente et unième session du Comité régional de l'Europe. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1981 (document inédit EUR/RC31/14 Rev.1.).
4. Nursing and medicosocial work in the care of the elderly : rapport d'une conférence. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1982 (Rapports et Etudes EURO, N° 72). F en préparation.
5. Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978. (Série "Santé pour tous", N° 1).
6. Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice, second national study 1970-71. Londres, H.M. Stationery Office, 1974 (Studies on Medical and Population Subjects, N° 26).
7. Harris, A.I. Handicapped and impaired in Great Britain, Part 1. Londres, H.M. Stationery Office, 1971.
8. Wood, P.H.N. & Badley, E.M. An epidemiological appraisal of disablement. In : Bennett, A.E., ed. Recent advances in community medicine. Londres, Churchill Livingstone, 1978.
9. Knowelden, J. et al. Incidence of fractures in persons over 35 years of age : report to the MRC Working Party on fractures in the elderly. British Journal of preventive and social medicine, 18 : 130-141 (1964).
10. Baker, B.R. et al. Mental state and other prognostic factors in femoral fractures of the elderly. Journal of the Royal College of General Practitioners, 28 : 557-559 (1978).
11. Wood, P.H.N. & Badley, E.M. An epidemiological appraisal of bone and joint diseases in the elderly. In : Wright, V., ed. Medicine in old age : bone and joint disease. Londres, Churchill Livingstone, 1982.
12. Atkinson, R.C. & Schiffrin, R.M. Human memory, a proposed system and its control processes. In : Spence, K.W. & Spence, P., ed. The psychology of learning and motivation. New York, Academic Press, 1968.
13. Classification internationale des actes médicaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978.

Annexe 1

POSSIBILITES D'INTERVENTION AUX NIVEAUX PRIMAIRE,
SECONDAIRE ET TERTIAIRE POUR REDUIRE
LES INVALIDITES

Sur le plan général

Réduction des risques

Elle dépend en grande partie de la politique sociale et comporte les options suivantes :

- réduire le degré de risque (par la limitation de la vitesse sur les routes, par exemple);
- empêcher la concrétisation du risque (au moyen de dispositifs de sécurité adjoints aux sources d'énergie telles que les cuisinières de ménage ou d'autres adaptations des produits, par exemple);
- éloigner (isoler) le risque (grâce aux zones piétonnières, par exemple);
- modifier les caractéristiques comportant un risque (entretien des locaux en vue d'aplanir les planchers ou autres surfaces, par exemple);
- augmenter la perception du risque (au moyen d'un éclairage, par exemple);
- résister directement au risque (au moyen de tissus ignifugés, par exemple).

Au niveau primaire

Promotion de la santé

Cette action dépend elle aussi de la politique sociale, avec création accessoire des services appropriés. On peut ainsi :

a) Prévenir infirmités et invalidités grâce :

- au dépistage des déficits sensoriels (destiné à accroître la capacité d'agir et à réduire la prédisposition aux traumatismes résultant d'un affaiblissement de l'acuité et de la perception sensorielles);
- à l'évaluation des capacités fonctionnelles des personnes âgées dans le cadre de leur foyer;
- à des soins réguliers des pieds (coupe des ongles des orteils et soins destinés à éviter les douleurs des pieds);
- à un régime alimentaire adéquat (possibilité d'acheter par petites portions, politique de prix, service de repas à domicile et cantines, etc.; le rôle de certaines composantes de l'alimentation, par exemple la vitamine D, demeure incertain car on ne connaît pas suffisamment ce qui constitue des "valeurs normales" chez les personnes âgées et l'on ne peut les calculer par extrapolation à partir de celles qui ont cours pour les adultes plus jeunes en raison des altérations complexes du métabolisme associées au vieillissement; la réduction de la densité et de la résilience des os demeure mal expliquée);
- à des soins dentaires réguliers (pour faciliter l'assimilation des aliments);
- à des mesures pour améliorer la communication.

b) Prévention des handicaps et des infirmités et invalidités secondaires dont ils sont la cause (stratégie de la socialisation), moyennant :

- une réduction des causes matérielles de l'isolement (politique du logement et urbanisme, y compris les logements protégés);
- des activités récréatives (stimulation de l'intellect et préservation des capacités physiques, y compris la capacité de coordination);

- des activités sociales (clubs, centres d'accueil de jour, etc.);
- des attitudes sociales (cf. la disparition du rôle traditionnel de la personne âgée en tant que source de sagesse et d'expérience, due à la rapidité de l'évolution technologique);
- une politique des transports, d'aide financière pour les déplacements, de fourniture d'énergie (influence de la température ambiante sur la tolérance à la douleur et l'envie de faire la cuisine), de l'architecture, etc.
- des politiques d'assistance à ceux qui aident les personnes âgées (aides en espèces et en nature, par exemple, blanchissage ou remplacement pour congés);
- la réduction au minimum du déracinement (formules d'hospitalisation conçues pour réduire la durée des séjours et de la dépendance, grâce par exemple à des centres de diagnostic pré-hospitalier).

Au niveau secondaire

Dépistage "précoce" moyennant :

- une surveillance constante de l'état de santé, destinée à réduire au minimum les causes accessoires d'invalidité (par exemple, l'influence de l'infirmité physique et de l'ischémie du tronc cervical sur la prédisposition aux chutes) et à réduire les interactions ou effets synergiques de plusieurs faits préjudiciables à la santé sur l'activité fonctionnelle en général; et
- des systèmes d'alerte rapides (Caritas, surveillants de quartier, contribution des livreurs à domicile, etc.).

Traitements (stabilisateurs ou correctifs), dont :

- le traitement optimal des difficultés de santé observables (consistant à porter remède à ces difficultés en évitant toute polymédication toxique ou intervention chirurgicale démesurée, par exemple certaines amputations et certains traitements chirurgicaux des fractures);
- une amélioration des liaisons destinée à faciliter la coordination entre services et la formation mutuelle continue entre personnels de santé primaire et établissements de soins spécialisés, servant à promouvoir la décentralisation des soins et des compétences, et une approche interdisciplinaire des soins secondaires et tertiaires.

Au niveau tertiaire

Rééducation

On emploie désormais dans le cas des personnes âgées la plupart des moyens de rééducation, mais leur efficacité et leur rendement restent parfois insuffisants. Il faut bien faire comprendre que les principaux critères d'appréciation des besoins des personnes âgées sont leurs aptitudes et leur savoir-faire (cette conception va toutefois nécessiter l'adoption de nouvelles démarches pour la formation des professionnels appelés à soigner les personnes âgées).

L'exploitation du potentiel de rééducation au niveau des soins primaires n'est pas toujours suffisante (des contacts personnels avec des départements universitaires de médecine générale ont donné à penser que la rééducation est une discipline trop rarement enseignée).

Soins continus

Il convient d'étudier :

- le problème de la dichotomie administrative arbitraire entre services de santé et services sociaux; et
- les dispositions à prendre dans le cas des moribonds.

Annexe 2

LES STRATEGIES DE LA PREVENTION DES RISQUES

Bon nombre de personnes âgées connaissent des difficultés de communication dues à l'affaiblissement de leurs fonctions sensorielles comme l'ouïe ou la vision. Associées à la diminution des facultés mentales et locomotrices, les difficultés de communication peuvent être causes de handicap et de solitude. L'affaiblissement de l'ouïe et de la vision contribue largement aux chutes et à la confusion mentale chez les personnes âgées. Il faut s'attaquer à ce fléau sans plus tarder, moyennant la diffusion efficace d'informations et de programmes de formation modulaires et en encourageant activement les pays à prendre des mesures de prévention active.

Les personnes âgées mettent souvent du temps à réagir aux modifications de leur environnement matériel et social et c'est pourquoi des stratégies de nature à les aider à y adapter leur comportement s'avèrent indispensables. De même, il importe de concevoir l'environnement matériel de manière à faciliter la vie de tous les jours à l'ensemble de la population. Or, les stratégies au service des personnes âgées aident presque inévitablement la communauté tout entière. Il conviendrait d'étudier l'interface entre l'individu et son environnement, dans la perspective de l'éclairage, des contrastes et de la dimension des objets notamment.

Il est recommandé à l'OMS de donner une suite à la réunion sur la vision résiduelle des malvoyants, tenue à Bruxelles en janvier 1981, en chargeant un groupe de travail de formuler des recommandations précises sur les moyens à employer par les infirmes eux-mêmes, les professionnels et les Etats Membres pour limiter les conséquences invalidantes des déficits de la vision et, du même coup, améliorer la qualité de la vie d'un nombre non négligeable de personnes âgées.

Annexe 3

LISTE DES PARTICIPANTS

CONSEILLERS TEMPORAIRES

- Professeur F. Baro
Directeur de l'Institut psychiatrique "Sint Kamillus", Université catholique de Louvain, Bierbeek, Belgique (Président)
- Dr V. Bezrukov
Institut de Gérontologie, Académie des Sciences médicales de l'URSS, Kiev, URSS
- Professeur B. Cooper
Institut central de Santé mentale, Mannheim, République fédérale d'Allemagne
- Dr G. Fillenbaum
Centre d'Etudes du Vieillissement et de l'Evolution de l'Organisme humain, Centre médical de l'Université de Duke, Durham, N.C., Etats-Unis d'Amérique
- Mlle O. Gareau^a
Directeur par intérim, Services de santé communautaires, Santé et service social Canada, Ottawa, Ontario, Canada
- Dr V. Garms-Homolova^a
Professeur assistant, Institut de Médecine sociale, Université libre de Berlin (Ouest)
- Dr C. Godber
Gérontopsychiatre consultant, Moorgreen Hospital, Southampton, Royaume-Uni
- M. R. Greenhalgh
Président national, The Partially Sighted Society, Torquay, Royaume-Uni
- Dr P. Guberina
Directeur scientifique et technique, Centre SUVAG de rééducation de la parole et de l'ouïe, Zagreb, Yougoslavie
- Dr N. Hun
Directeur, Hôpital d'Etat de Viszegrad, Hongrie
- Dr L. Israel^a
Pavillon Chisse (Gériatrie), Centre hospitalier régional et universitaire de Grenoble, France
- Professeur K. Jochheim^a
Centre de rééducation de l'Université de Cologne, République fédérale d'Allemagne
- Professeur V. Kallio
Directeur du Centre de recherches sur la rééducation de l'Institut des Assurances sociales, Turku, Finlande
- Dr M.W. de Kleijn-de-Vankrijker
Ministère de la Santé et de la Protection de l'Environnement, Leidschendam, Pays-Bas
- Dr Dj. Kozarevic
Directeur de l'Institut des Maladies chroniques et de Gérontologie, Belgrade, Yougoslavie
- Dr J.I. Lindström
Fédération suédoise des Handicapés visuels, Enskede, Suède (Rapporteur)

^a Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

Professeur P. Macuch
Directeur de l'Institut d'Etudes avancées de Médecine et Pharmacie, Prague, Tchécoslovaquie

Dr W. Pedich
Institut de Médecine sociale, Département de Gériatrie, Ecole universitaire de Médecine,
Bialystok, Pologne

Professeur P. Wood
Directeur de l'Unité ARC de recherche épidémiologique, Manchester, Royaume-Uni

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'Europe

Dr J. Henderson
Fonctionnaire régional pour la santé mentale

Dr H. Hermanova
Fonctionnaire régional pour les Personnes âgées, incapacité et réadaptation (Secrétaire)

Dr B. Nizetic
Chef de la Promotion et du développement de la recherche

M. J.M. van Gindertael
Administrateur à l'Information du public

Siège

Dr J. Krol
Division de Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation