

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 N° 71

ETUDES DE COMPORTEMENT EN RAPPORT
AVEC LES SOINS AUX PERSONNES AGEES

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

Lübeck
10-12 juillet 1981

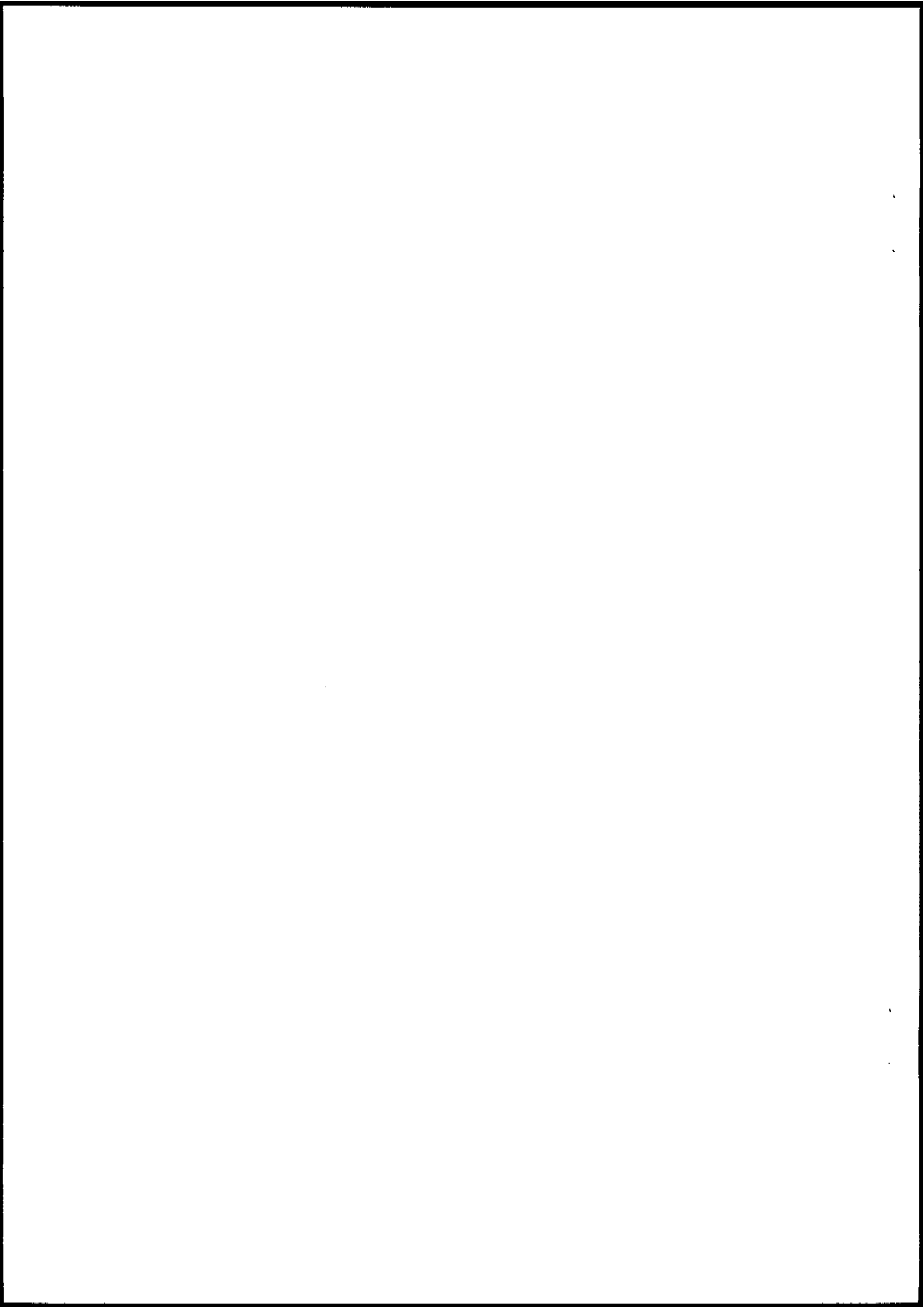
Traduction d'une publication du Bureau régional de l'Europe de l'OMS parue dans la série des Rapports et Etudes EURO sous le numéro 71 et portant le titre "Behavioural studies related to care of the aged " (ISBN 92 890 1237 4).

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.

TABLES DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Introduction	1
2. Attitudes à l'égard des personnes âgées dans le public en général	1
3. Attitudes de certains donneurs de soins	2
3.1 Personnel infirmier : l'expérience du Royaume-Uni	2
3.2 Médecins et médecine gériatrique	5
3.3 Personnel auxiliaire : l'expérience suédoise	6
4. Attitudes des personnes âgées elles-mêmes	7
4.1 Personnes âgées vivant en institution : interaction et langage du corps	7
4.2 Attitudes des personnes âgées à l'égard des établissements de soins, en fonction de leur état de santé et de leur capacité fonctionnelle ; l'enquête de Belgrade	8
4.3 Quelques questions et conclusions	10
4.4 Les personnes âgées en tant que consommateurs d'assistance publique	11
4.5 Attitudes des personnes âgées à l'égard des buts de l'existence	12
5. Attitudes des familles à l'égard des personnes âgées	12
5.1 Les attitudes à l'égard des personnes âgées et le sentiment de responsabilité vis-à-vis des vieux parents : l'enquête de la Caroline du Nord et de Tokyo	12
5.2 Grands-parents et petits-enfants : l'enquête de Bruxelles	15
6. Aspects psycho-sociaux de la mort dans la vieillesse	17
7. Conclusions et recommandations	19
7.1 Recherche	19
7.2 Mesures à prendre	20
7.3 Recommandations	21
Références	22
Annexe 1 Bibliographie	23
Annexe 2 Liste des participants	25



1. Introduction

Le groupe de travail sur les études de comportement en rapport avec les soins aux personnes âgées, constitué par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en collaboration avec le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne, s'est réuni à Lübeck du 10 au 12 juillet 1981. Il a rassemblé des experts venus de 12 pays de trois régions de l'OMS et comprenait des représentants de services gouvernementaux et non gouvernementaux ainsi que des spécialistes de la recherche pure et appliquée en psychologie, en psychiatrie, en sociologie, en gérontologie, en médecine gériatrique et en soins infirmiers. Deux consultants du Bureau régional de l'Europe ont aussi participé à la réunion.

Le Professeur R. Schmitz-Scherzer a été élu président, et le Professeur P. Macuch et Mlle M. Skeet ont été désignés comme rapporteurs.

La réunion a été ouverte au nom du Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne par le Dr H. Bialonski, Ministre fédéral de la Jeunesse, des Affaires familiales et de la Santé, Bonn, et au nom du Bürgermeister de Lübeck par le Sénateur V. Kaske, Sénateur pour les Affaires sociales, Lübeck. Le Dr H. Hermanova, Consultant pour le Programme de l'OMS pour les Soins de santé aux personnes âgées, a transmis aux participants les souhaits de bienvenue du Directeur régional de l'OMS en leur rappelant également, en sa qualité de secrétaire du groupe de travail, la portée et l'objet de la réunion.

Le manque de connaissances sur les attitudes à l'égard des personnes âgées est à l'origine d'une bonne partie des difficultés rencontrées en rapport avec les soins aux personnes âgées. On a besoin d'être beaucoup mieux renseigné sur :

- a) les attitudes du public en général (y compris les personnes âgées elles-mêmes) à l'égard des personnes âgées;
- b) les attitudes des divers donneurs de soins;
- c) le comportement des autres groupes à l'égard des personnes âgées; et
- d) les différentes approches et méthodes visant à changer les attitudes à l'égard des personnes âgées, tant parmi le public en général que parmi les professionnels.

Les études de comportement en rapport avec les soins aux personnes âgées revêtent donc une grande importance pour le programme de l'OMS sur les soins de santé aux personnes âgées, et c'est pourquoi le groupe de travail a été principalement chargé de formuler des recommandations concernant :

- les recherches à entreprendre pendant la prochaine décennie; et
- l'action éducative à mener aux niveaux national et international non seulement auprès des professionnels, mais aussi du public en général et des personnes âgées elles-mêmes.

2. Attitudes à l'égard des personnes âgées dans le public en général

Même s'il est généralement admis que les problèmes liés aux populations vieillissantes ont une portée mondiale, il n'en subsiste pas moins de nombreuses lacunes dans les tentatives qui ont été faites pour coordonner les recherches internationales sur le vieillissement et sur les besoins des personnes âgées. Aussi s'est-il produit une distribution très inégale des données, des pays différents ayant concentré leur attention sur des aspects différents de la gérontologie sociale.

En Amérique du Nord, l'étude scientifique des attitudes à l'égard des personnes âgées, qui forme un élément important de la gérontologie, est maintenant entrée dans sa quatrième décennie. Un examen de la littérature correspondante (Annexe 1) montre que les chercheurs se sont surtout penchés, au cours des années récentes, sur cinq grands thèmes qui sont :

- a) l'hypothèse suivant laquelle les attitudes à l'égard des personnes âgées seraient en général stéréotypées;
- b) les faits qui démontrent l'existence, parmi le public, de croyances spécifiques à l'égard des personnes âgées;
- c) l'étude de la façon dont les individus réagissent à l'égard de certains sous-groupes de personnes âgées;
- d) les processus actifs qui engendrent les attitudes; et
- e) l'étude des politiques et pratiques institutionnelles en rapport avec les soins aux personnes âgées.

Les observations réunies sur chacun de ces thèmes ne s'appliquent pas nécessairement à tous les contextes puisque l'étude n'a porté que sur la littérature publiée en Amérique du Nord. C'est ainsi, par exemple, que l'hypothèse suivant laquelle les réactions du public en général vis-à-vis des personnes âgées seraient stéréotypées et négatives n'est pas confirmée par la totalité des

enquêtes nationales : pas plus que les personnes âgées ne forment un groupe homogène, pas plus les attitudes à leur égard ne sont monolithiques. L'individu, qu'il soit jeune ou âgé, est habituellement accepté comme tel. Dans une étude réalisée aux Etats-Unis (1) on a constaté qu'à l'université les étudiants ne sous-estiment pas les personnes âgées uniquement en raison de leur âge; souvent au contraire, si ces personnes sont en bonne santé, elles sont très appréciées. La santé paraît d'ailleurs être aussi un déterminant important de la façon dont une personne âgée ressent subjectivement sa propre identité et son bien-être. D'autres études ont montré que la plupart des personnes se croient plus jeunes et s'imaginent d'apparence plus jeune que leur âge chronologique. Même s'il est démontré que les attitudes à l'égard des personnes âgées ne sont pas stéréotypées, on utilise souvent l'argument du stéréotype pour expliquer la position inférieure et les mauvaises conditions de milieu qui sont faites aux personnes âgées dans notre société contemporaine. Bien souvent, le grand public est mal informé sur la situation des personnes âgées. Aux Etats-Unis, par exemple, l'homme de la rue a tendance à surestimer énormément le pourcentage des personnes âgées qui vivent : a) isolées, b) dans des institutions et c) dans l'indigence. Le groupe de travail a jugé qu'il était essentiel de pouvoir déterminer à quel point le grand public est renseigné sur le vieillissement et sur la situation des personnes âgées; d'identifier des sous-groupes spécifiques parmi les personnes âgées, et de préciser ce que le public attend d'eux; et d'obtenir des informations sur la manière dont les personnes âgées perçoivent les attitudes des autres personnes à leur égard et sont influencées par elles. Il faudra également pousser l'étude des processus de vieillissement eux-mêmes, des méthodes d'intervention appropriées, des techniques de communication et des méthodes pédagogiques. Les membres du groupe de travail ont reconnu que l'Europe n'est pas homogène et qu'il faut tenir compte des multiples spécificités nationales. Cependant, alors même que les différences culturelles, religieuses, politiques et socio-économiques appellent des approches différentes, on ne saurait trop souligner l'importance et l'utilité des échanges qui doivent s'instaurer entre les Etats Membres de la Région en matière de recherche et d'expérience. Le groupe a, par exemple, constaté que l'écart qui se creuse entre les résultats de la recherche et la mise en oeuvre des recommandations pertinentes pose un problème commun. Une collaboration entre pays aurait toutes les chances de favoriser une action prompte et appropriée.

3. Attitudes de certains donneurs de soins

3.1 Personnel infirmier : l'expérience du Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, l'opinion tant professionnelle que non professionnelle est devenue de plus en plus sévère ces dernières années vis-à-vis des soins donnés aux personnes âgées. La contribution qui a eu le plus d'influence a été une série de rapports confidentiels réalisés à l'intention du Secrétaire d'Etat par le service consultatif en matière de santé (Health Advisory Service), créé au début des années 70 pour surveiller la qualité des soins dispensés aux patients malades mentaux et âgés. Ces rapports ont fréquemment révélé des situations dans les salles de gériatrie où les soins se situaient à un niveau inacceptablement bas. Préoccupé par ces rapports, le Secrétaire d'Etat en poste à l'époque a organisé des discussions entre le Département de la Santé et de la Sécurité sociale (DHSS), la British Geriatrics Society (BGS) et le Royal College of Nursing (RCN). Il a été créé un groupe de travail mixte comprenant des membres des deux corps professionnels afin d'identifier les facteurs qui affectent directement la qualité de la vie des personnes âgées, compte tenu tout particulièrement de la sauvegarde de la dignité humaine, et afin également de préparer un code de bonne pratique.

Le rapport de ce groupe de travail intitulé Improving geriatric care in hospital ("L'amélioration des soins gériatriques à l'hôpital"), a été publié en 1975 (2) de même qu'un guide du bon praticien extrait du même rapport (3). Parmi les déficiences dont il est fait état dans ces documents, on relève le manque d'égards envers les sentiments des patients, le peu de considération pour leur dignité, pour leur vie privée et pour leur identité personnelle, ainsi que l'absence de stimulation sociale et de motivation curative et récréative. Par ailleurs, l'accent est mis systématiquement sur les besoins psychologiques et sociaux des patients.

Attitudes et comportement

Les sentiments et les pensées qui sont à l'origine de notre comportement sont façonnés par la culture et les traditions de la société dans laquelle nous vivons, de même que par notre expérience, notre éducation et notre formation. Si l'on applique cet axiome aux soins infirmiers tels qu'ils sont donnés aux personnes âgées au Royaume-Uni, on ne peut qu'être frappé de leur insuffisance. Pour citer Rudd, "la cause profonde du problème gériatrique national ... n'est pas à chercher dans la pénurie de moyens financiers, d'équipement ou de personnel, mais dans une mauvaise attitude nationale à l'égard des personnes âgées, à laquelle n'échappent ni les médecins ni les infirmières" (4). Ainsi, le conditionnement culturel décourage l'afflux des ressources et favorise la médiocrité des conditions de travail lesquelles, à leur tour, influent sur l'expérience quotidienne des infirmières et des étudiants et renforcent les attitudes d'indifférence, voire même de désespoir.

On peut raisonnablement supposer qu'une formation appropriée, surtout si elle apportait aux étudiants une meilleure compréhension des besoins psychologiques et sociaux des personnes âgées, permettrait de remédier à ces attitudes négatives. A cet égard, le rapport du BGS/RCN affirme que si le personnel est capable de considérer les personnes âgées comme des individus qui ont les mêmes sentiments et les mêmes besoins que leurs semblables, il acquiert, par là même, une aptitude à soigner, à guérir et à réhabiliter qui s'enrichit d'imagination, de sympathie respectueuse et d'une courtoisie sans défaillance (2). Malheureusement, l'expérience montre que la formation donnée jusqu'à une époque récente n'atteignait pas cet objectif.

Recherche

Des considérations générales sur les attitudes du personnel infirmier, même si elles apportent un certain éclairage, ne sauraient fournir une base suffisante pour opérer un redressement. On devra disposer de renseignements plus précis sur la fréquence et l'importance de certaines attitudes particulières ainsi que sur la façon dont elles peuvent être modifiées et dont il est possible d'en évaluer et d'en contrôler l'évolution. Bien que ce type de recherche soit pratiquement inexistant au Royaume-Uni, une étude remarquable a été effectuée par Wells en 1980 (5). On y relève notamment les observations suivantes :

- a) l'opinion selon laquelle les soins infirmiers de gériatrie ne sont "pas autre chose que de bons soins infirmiers" est profondément enracinée;
- b) les infirmières ne se livrent à aucune critique de leur propre travail;
- c) le travail est conditionné davantage par la nature des tâches à exécuter que par les besoins individuels des patients, les infirmières se souciant surtout d'administrer les soins courants aux malades; et
- d) le contact entre infirmières et patients n'est ni satisfaisant ni approprié : le souci du bien-être des patients - qui est l'essence des soins - ne semble pas être la préoccupation dominante.

Il semble aussi que l'on ait négligé de faire des recherches sur les soins infirmiers dispensés aux personnes âgées à domicile. Cette lacune est peut-être révélatrice de l'absence de toute critique sérieuse concernant l'importance qui est accordée aux soins infirmiers au sein de la collectivité. On voudrait croire que l'infirmière communautaire et son patient se considèrent comme des membres à part égale de la même collectivité, ayant souvent des affinités sociales et entretenant une relation professionnelle plus étroite et habituellement de plus longue durée que celle qui se crée dans le cadre hospitalier. Dans ces circonstances, l'infirmière devrait pouvoir mieux apprécier les besoins individuels des patients et savoir y répondre de façon appropriée.

Education et formation

On a beaucoup fait ces dernières années au Royaume-Uni pour remédier aux lacunes du passé. L'enseignement des soins aux personnes âgées n'est plus une matière à option mais un élément obligatoire du programme de base des écoles d'infirmières. Le programme d'études établi par le General Nursing Council (6), couvre actuellement tous les aspects des soins aux personnes âgées, à la fois dans le cadre hospitalier et dans celui de la collectivité. Il est conçu pour inspirer aux élèves une sollicitude attentive pour le bien-être des personnes âgées, et il insiste particulièrement sur le respect maximum qu'il convient d'accorder à la dignité et à l'indépendance des individus. Des objectifs similaires sont énoncés dans les programmes du Joint Board of Clinical Nursing Studies pour les cours moyens de soins aux personnes âgées et de soins infirmiers gériatriques (7,8). A tous les niveaux de la formation, on s'intéresse de plus en plus à ce qu'il est convenu d'appeler "le processus des soins infirmiers", c'est-à-dire un système logique de soins individualisés partant de l'analyse d'une situation et s'étendant à la planification des soins, à leur mise en oeuvre et à l'évaluation des résultats. C'est là un progrès considérable par rapport à l'ancien régime fondé sur l'exécution de tâches de routine.

Initiatives nationales

Services pour les personnes âgées. Au cours de la dernière décennie, les gouvernements britanniques successifs ont recommandé d'accorder une haute priorité aux services destinés aux personnes âgées, et cette politique a été récemment réaffirmée dans Care in Action, un manuel publié par le Département de la Santé et de la Sécurité sociale (DHSS) sur les principes directeurs et les priorités applicables aux services sanitaires et sociaux en Angleterre (9). Ce document reconnaît qu'il a souvent existé "des services d'un niveau inadmissiblement bas, surtout dans certains aspects des soins à long terme". Le manuel souligne également la nécessité d'"encourager une

approche active au traitement et à la réadaptation afin de permettre aux personnes âgées, chaque fois que possible, de quitter l'hôpital et de se réintégrer dans la communauté. La création d'unités de soins de gériatrie intenses dans les hôpitaux généraux de district permet aux personnes âgées présentant des atteintes aiguës de se faire soigner par des spécialistes en gérontologie. Il existe des moyens d'orientation et de formation qui devraient permettre au personnel d'améliorer le niveau des soins et la qualité de vie des patients qui sont hospitalisés dans les départements de gériatrie. Ces départements doivent servir de centre d'expertise pour tous ceux qui dispensent des soins aux personnes âgées soit dans le cadre de l'hôpital, soit au sein de la collectivité".

En 1981, un document publié à l'initiative du Gouvernement et intitulé Growing older (10) a passé en revue l'ensemble des problèmes qui peuvent influencer le bien-être des personnes âgées. Il commence par souligner combien il est important de connaître avec précision les besoins de ce groupe et de les aborder avec sympathie. Dans le contexte des soins donnés dans des résidences spéciales, il est relevé que "même très âgées et cachectiques, les personnes qui vivent dans ces résidences n'en sont pas moins des individus nantis des mêmes droits que tout autre à la dignité personnelle, à une vie privée et au libre exercice du pouvoir de décision"; en outre, est-il dit : "un niveau de soins satisfaisant dépend également des qualités individuelles, de l'expérience et de la formation du personnel. Chaque membre du personnel devrait avoir une connaissance de base du processus de vieillissement et la capacité de répondre avec compassion et efficacité aux besoins des résidents, quelle que soit leur infirmité".

Dans le contexte hospitalier, le même document reconnaît que "le fait d'avoir à répondre aux besoins des patients âgés impose une lourde responsabilité aux services infirmiers", qui doivent souvent opérer dans des locaux mal équipés et inconfortables. Il fait aussi observer : "l'hospitalisation peut avoir un effet traumatique et déprimant sur les personnes âgées; aussi, en particulier si leur séjour doit se prolonger, la qualité de leur environnement est de la plus haute importance". A la fin du chapitre consacré aux personnes âgées hospitalisées, on trouve des considérations sur les soins et le soutien apportés aux personnes mourantes. Il est dit notamment que "ceux qui soignent les patients âgés à l'hôpital savent combien il est important de s'occuper des malades mourants et de les soutenir, et combien les besoins individuels et la façon d'aborder la mort peuvent varier. Par leurs connaissances et leur expérience, ces soignants peuvent apporter une grande force et un grand réconfort tant aux patients eux-mêmes qu'à leurs parents et amis, mais il faut bien reconnaître que les besoins individuels des malades, même s'ils sont connus, restent souvent insatisfaits sur le plan pratique. C'est ainsi que la plupart des malades souhaiteraient bénéficier d'un certain isolement, lequel leur est refusé alors même qu'il pourrait être assuré sans grande difficulté par l'utilisation temporaire de petites salles latérales et par d'autres moyens. On devrait aider les proches parents et amis des mourants à faire face à la situation avec réalisme et leur faciliter autant que possible l'accès aux malades".

Après la publication du rapport du EGS/RCN, le DHSS a institué un groupe de travail mixte comprenant des représentants du National Health Service (NHS) et chargé de mettre au point du matériel pédagogique pour aider le personnel à identifier les domaines qui appellent des améliorations, à fixer les objectifs et à contrôler les progrès réalisés. En faisant collaborer du personnel appartenant aux services administratifs, aux services de soins et aux services de soutien, le groupe de travail est devenu un foyer pour l'échange d'idées et pour le lancement de mesures concrètes. Dans le programme pilote, il était prévu de mener une enquête sur les attitudes qui ferait partie intégrante de l'évaluation, ce qui traduisait bien le désir des organisateurs de voir le programme exercer une influence favorable sur les attitudes du personnel envers les soins aux patients.

Foyers pour les personnes âgées dépendantes. Le DHSS a mis en route, à titre expérimental, un programme de soins infirmiers dispensés dans des foyers résidentiels au petit nombre de patients âgés et très sérieusement dépendants dont l'état ne peut pas être amélioré par un traitement médical actif à l'hôpital et qui risquent d'avoir besoin jusqu'à la fin de leurs jours de soins infirmiers continus, non psychiatriques, dépassant la capacité des services infirmiers de la collectivité. Chaque foyer de ce type sera dirigé par une infirmière et sera considéré comme faisant partie de l'équipement gériatrique du district. Le principal objectif est d'assurer des soins infirmiers dans un milieu intime et réconfortant. L'infirmière-chef est chargée d'assurer la bonne marche quotidienne du foyer et c'est elle qui, selon les besoins ou à la demande du malade, peut faire appel à un médecin. Il lui incombe également d'encourager et de préserver l'individualité et, dans la mesure du possible, l'indépendance de chaque pensionnaire.

Il est prévu de mettre en place des systèmes expérimentaux répondant à ces principes dans trois districts sanitaires (comprenant, si possible, un district urbain central et un district rural) pour vérifier les conséquences pratiques de ces dispositions.

Répercussions à l'échelle de l'Europe

Le groupe de travail a noté que des changements souhaitables s'étaient également produits dans d'autres pays de la Région. C'est ainsi que l'on se rend de mieux en mieux compte qu'il est nécessaire d'entretenir chez les jeunes étudiants les motivations et l'enthousiasme de la première heure. Le bas niveau des connaissances gérontologiques constaté chez les infirmières-monitrices de plusieurs Etats Membres pose un important problème, qui place la formation des enseignants au premier rang des priorités.

Le groupe de travail a également reconnu que l'on doit viser à la longue à réorienter tous les programmes de formation en matière de protection sanitaire et sociale afin de mettre suffisamment en relief le développement humain, la prévention de la maladie et de l'incapacité, la santé communautaire et familiale, ainsi que les bases théoriques et pratiques des soins globaux et intégrés aux personnes âgées. Les processus du vieillissement - morphologique, physiologique, psychologique et sociologique - sont étroitement liés entre eux. La philosophie cartésienne de la séparation de l'esprit et du corps ne peut plus avoir cours dans les soins aux personnes âgées.

En matière de soins infirmiers, il a été reconnu que les infirmières cliniques ne sauraient à elles seules fixer et atteindre leurs propres normes professionnelles : elles doivent s'en remettre à des infirmières administratrices pour ce qui touche à la dotation en personnel et en crédits, ainsi qu'à des infirmières enseignantes pour ce qui est des connaissances professionnelles et techniques exigibles, lesquelles ont besoin d'être constamment mises à jour. Ainsi, le niveau des soins relève d'une responsabilité tripartite, la gestion et l'enseignement étant les éléments concomitants d'une bonne pratique clinique.

3.2 Médecins et médecine gériatrique

Le groupe de travail a consacré un certain temps à examiner les facteurs qui influencent les médecins et les autres professionnels lorsqu'ils choisissent de faire carrière dans l'une ou l'autre des diverses spécialités cliniques, et il a identifié plusieurs causes expliquant le peu de prestige dont jouissent les soins aux personnes âgées. Il y a notamment le peu d'importance que les universités, les gouvernements et les hommes politiques accordent à ce sujet; la pénurie de maîtres et de moyens d'enseignement; le manque-à-gagner subi par ceux qui suivent un enseignement de spécialisation dans ce domaine; la médiocrité des perspectives de carrière; la faible priorité donnée au financement des services de soins gériatriques et des programmes éducatifs; la rareté des postes et des crédits de recherche; et la fluctuation des politiques gouvernementales.

Pour les étudiants, c'est la médecine curative, avec sa technologie impressionnante, sa chirurgie spectaculaire et ses "médicaments miracles" qui est la plus satisfaisante, tant sur le plan intellectuel que matériel. Il en est de même de la part des universités, des hommes politiques, des organismes de financement et du public en général, ce qui confère à ses praticiens un prestige inégalé.

Le groupe a estimé que l'on ne parviendrait à briser cet enchaînement qu'en créant des prototypes d'enseignement attrayants. Des professeurs dynamiques, animés d'un esprit d'innovation et de recherche, enseignant la gérontologie et les soins de santé aux personnes âgées au niveau universitaire et post-universitaire, pourraient relever le niveau des études, des services et de la recherche dans ce domaine, ce qui le rendrait partout plus populaire. L'essentiel au départ est d'établir une base solide pour le recrutement et le choix des enseignants.

Au niveau clinique, il apparaît nécessaire et urgent de développer et d'améliorer la formation en gériatrie pour mieux familiariser les étudiants avec la symptomatologie et l'évolution particulières de la maladie chez les vieillards, ainsi qu'avec les aspects spéciaux du traitement et de la réadaptation de ces patients. Il faut également que les étudiants connaissent l'importance du travail d'équipe en gériatrie et en soins prolongés et qu'ils soient au courant des divers niveaux auxquels sont donnés les soins gériatriques.

Etant donné que la gérontologie et la médecine gériatrique forment des matières très abondantes, il faut prévoir de leur attribuer des cours distincts et de leur réserver une part suffisante dans le programme d'études. Le travail d'équipe très spécialisé que demandent la médecine gériatrique et les soins prolongés ne peut être accompli que si un nombre suffisant de médecins et d'autres professionnels des soins de santé lui consacrent la totalité ou la plus grande partie de leur vie professionnelle. C'est surtout grâce à ces professionnels travaillant dans des systèmes de soins globaux que les enseignants et les chercheurs parviendront à réaliser concrètement leurs plans d'éducation.

Pour atteindre ces objectifs, il faudra nécessairement procéder à des changements d'orientation dans le programme d'études de médecine, mais le problème en cause, celui des populations vieillissantes, est désormais si urgent que si on ne lui trouve pas de solution toute la structure des services sanitaires et sociaux en Europe risque d'en être ébranlée.

3.3 Personnel auxiliaire : l'expérience suédoise

Une grande part des soins infirmiers qui sont dispensés aux personnes âgées atteintes de maladie ou d'incapacité chronique, ainsi qu'aux personnes âgées vivant dans les foyers d'accueil prolongé, sont confiés à du personnel infirmier auxiliaire. Dans de nombreux pays, il s'agit de personnes dont la formation en soins infirmiers est minime ou inexistante. Il se peut qu'on leur donne officiellement une certaine formation en cours d'emploi, mais elles n'apprennent souvent que ce que la pratique leur enseigne.

Cercles d'études à Lund

Le Centre gérontologique de Lund, en Suède, a reconnu qu'il était important de former des moniteurs pour cette catégorie de personnel. Depuis 1978, 200 moniteurs ont reçu une formation pendant des périodes de 3 à 4 semaines étalées sur une année, et ces moniteurs organisent maintenant à leur tour des cercles d'études destinés aux auxiliaires qui dispensent des soins à long terme. Une question importante et souvent discutée lors de ces sessions est la suivante : toutes les tâches dites "nécessaires" le sont-elles vraiment ? On a constaté que si l'on donne aux membres du personnel l'occasion de parler pendant les heures de travail soit de leurs patients, soit de leurs propres difficultés ou problèmes, ils émettent souvent des idées qui peuvent servir à réaliser des changements positifs dans les tâches de routine, voire à apporter des améliorations au bien-être des patients.

Le groupe de travail a pu examiner deux éléments du matériel pédagogique utilisé dans ce projet : un film intitulé Team development in long-term care ("Le travail en équipe dans les soins à long terme") et un livre : The human being in long-term care ("L'être humain dans les soins à long terme") (11). Ces matériels illustraient certaines des difficultés et des incompréhensions souvent rencontrées dans ce contexte, en exposaient les raisons et proposaient des solutions.

L'étude H70 de Göteborg

L'étude épidémiologique de grande envergure menée à Göteborg et portant le nom de code H70 a établi que les capacités psychomotrices et de perception des personnes âgées peuvent être améliorées (12). Les données montrent qu'un entraînement permet de diminuer le temps de réaction, chez certains patients, même si leur état physique se détériore. On peut aussi améliorer considérablement le comportement verbal et émotionnel. Le groupe témoin qui n'avait reçu aucun entraînement a donné des résultats nettement différents. Une des conclusions de l'étude a été que de nombreux patients pour lesquels on avait formulé un diagnostic de démence sénile étaient en réalité soit insuffisamment stimulés, soit affectés par des privations sensorielles. Du fait qu'ils présentaient des réactions de retrait ou d'agressivité, ils étaient déclarés déments et traités comme tels, ce qui les enfermait dans un cercle vicieux. L'étude H70 a également montré que l'on a souvent tendance à poser des diagnostics excessifs dans le cas des patients âgés de 70 à 75 ans. Il en résulte que de nombreux médecins prescrivent trop de médicaments à beaucoup de personnes âgées, sans doute parce que l'on a tendance à penser qu'un individu âgé doit forcément être malade.

Tous ces facteurs influencent les donneurs de soins. Si les jeunes acceptent certaines de ces idées toutes faites concernant les personnes âgées, ils auront tendance à considérer ces dernières comme des sujets désespérément malades, nécessitant une attention considérable. Le comportement des donneurs de soins deviendra donc excessivement protecteur et renforcera le sentiment déjà répandu parmi les personnes âgées que leur temps est fini et qu'elles ont véritablement besoin d'être prises en charge. Il est facile d'adopter une attitude de régression pour répondre à des suggestions négatives et nombre de vieillards tombent ainsi dans un état de prostration. Il est donc nécessaire de les renseigner, aussi bien que les donneurs de soins, sur les facteurs qui conditionnent leurs relations interpersonnelles et de leur montrer la fausseté des idées reçues concernant la vieillesse.

Conclusions

Un programme de formation faisant appel à l'imagination doit être élaboré d'urgence à l'intention des membres du personnel auxiliaire afin de soutenir leur intérêt et leur motivation. Cette formation devra toujours porter sur l'expérience acquise en cours de service et être placée sous la surveillance et le soutien du personnel professionnel. Une instruction portant sur la réadaptation devrait être donnée à toutes les personnes âgées pour les aider à atteindre et à conserver un

niveau optimal de capacité physique, sociale et mentale. Il faudrait également inculquer à tous l'idée qu'il est important de protéger la liberté individuelle pour que chaque personne âgée reste capable de choisir et de diriger sa propre existence le mieux possible et aussi longtemps que possible.

4. Attitudes des personnes âgées elles-mêmes

4.1 Personnes âgées vivant en institution : interaction et langage du corps

Une institution est un lieu où l'on peut travailler, vivre ou recevoir des soins. Les objectifs des établissements gériatriques exercent une influence sur le rôle du personnel et sur celui des pensionnaires. Il est facile pour le personnel de s'adapter au rôle de donneur de soins et de considérer les patients comme des êtres pratiquement impotents, de même que les patients peuvent fort bien assumer le rôle de malades et se laisser soigner et dorloter en compagnie d'autres personnes adaptées au même rôle. Aujourd'hui, les employés des établissements de soins ont souvent trop à faire et les patients pas assez ce qui, dans les deux cas, se traduit par du stress. Le cadre optimal est celui où chacun a juste assez à faire.

Espace personnel

Un milieu se compose d'éléments physiques, sociaux et psychologiques. Un groupe de personnes occupant le même milieu physique forme un milieu social. Leur interaction dépend de leur état de santé et de leur capacité de communiquer les uns avec les autres. Ensemble, ces éléments forment le milieu psychologique, lequel ne peut être ni observé ni mesuré au moyen des procédés classiques, mais peut néanmoins être perçu. Ce milieu est parfois psychologiquement plus important que le milieu physique; on entend souvent dire à des patients que s'il fallait choisir, ils préféreraient un bon milieu psychologique, quitte à supporter un mauvais milieu physique.

La territorialité est un aspect important de l'interaction entre individus. Le territoire, c'est la partie de l'espace qui est réservée à notre occupation et placée sous notre contrôle personnel. Territoire est synonyme d'identité : "Ma maison est mon château". Lorsqu'un étranger tente de faire intrusion dans le foyer d'un autre, l'occupant peut choisir entre plusieurs types de comportement. L'un de ces types est l'agression, le combat, un autre type est la retraite, la fuite. Ces deux types de comportement paraissent également répandus parmi les personnes âgées.

On pourrait également dire : "Mon corps est mon château" car, pour chacun, l'espace personnel est très important. Habituellement, si une personne se rapproche trop d'une autre, l'intrus est traité comme une non-personne. C'est ce qui arrive par exemple dans un ascenseur où les personnes sont obligées de se tenir très près les unes des autres et où elles regardent habituellement le sol ou le plafond plutôt que le visage de leurs voisins. Lorsque quelqu'un regarde un autre dans les yeux, il peut se créer un sentiment de trouble et d'insécurité.

La dimension de l'espace personnel peut différer selon les individus et selon les contextes culturels, mais pour chaque individu on peut distinguer trois zones :

- a) plus de 2 mètres : c'est la distance normale qui ne comporte pas de menace;
- b) 1,0 à 1,5 mètre : l'étranger qui franchit cette limite peut engendrer un sentiment de menace;
- c) 0,4 à 0,5 mètre : c'est une zone très intime où peu de sujets sont admis à pénétrer.

Chacun sent la nécessité de défendre cet espace personnel. S'il est diminué d'une façon quelconque et devient trop exigü, il s'ensuit une situation de combat ou de fuite, c'est-à-dire que la personne visée devient agressive ou se replie sur elle-même.

Langage du corps

Pendant la dernière décennie, il est apparu une nouvelle science du langage du corps qui a reçu le nom de kinésie.

Le langage du corps et la kinésie sont basés sur les schémas de comportement de la communication non verbale, et des études cliniques ont révélé la mesure dans laquelle le langage du corps peut effectivement contredire la communication verbale. Nos paroles communiquent aux autres ce que nous pensons, mais notre corps communique ce que nous sentons. Le langage du corps diffère d'une culture à l'autre, mais il existe dans tous les pays de nombreux individus dont le langage du corps est réduit, parfois en raison de la maladie. Cette situation est fréquente chez les personnes âgées du fait que leur mobilité est restreinte. Souvent, leur espace personnel se trouve également réduit, alors même que pour recevoir l'aide dont elles ont besoin il leur faut encore admettre

d'autres personnes dans leur zone d'intimité. Ces divers facteurs peuvent provoquer une réaction de retrait, laquelle est parfois à l'origine d'un diagnostic de démence. Il arrive alors que les personnes qui entourent le patient se comportent d'une manière qui lui montre qu'on le considère comme dément et qu'on ne cherche plus à communiquer avec lui. Le cas paraît se produire plus fréquemment chez les patients atteints d'une déficience motrice ou dont le répertoire d'expressions faciales se trouve diminué, par exemple chez les parkinsoniens. Les patients sont souvent très habiles à interpréter les messages que le personnel leur transmet par le langage du corps.

Les membres du groupe de travail ont reconnu que le langage du corps constitue un domaine de recherche nouveau dont les implications peuvent être importantes pour les personnes âgées et pour ceux qui ont affaire avec elles. D'où la nécessité de poursuivre les travaux sur ce sujet, d'en diffuser les résultats auprès des donneurs de soins et de leurs patients.

4.2 Attitudes des personnes âgées à l'égard des établissements de soins, en fonction de leur état de santé et de leur capacité fonctionnelle : l'enquête de Belgrade

Les chercheurs et les planificateurs des soins de santé se sont longtemps préoccupés d'identifier les facteurs qui conditionnent la fréquence des divers types de maladie et d'incapacité parmi la population. S'agissant des personnes âgées, on s'est surtout penché sur le niveau de santé ou de capacité fonctionnelle au-dessous duquel l'accomplissement des activités quotidiennes de l'existence devient difficile.

Dans une enquête réalisée à l'Institut des Maladies chroniques et de Gériatrie de Belgrade (dans le cadre d'une étude conjointe sur les soins de santé aux personnes âgées organisée par l'OMS dans 11 pays de la Région), divers aspects de l'état de santé et de la capacité fonctionnelle des personnes âgées ont été analysés sur la base d'entrevues et au moyen d'un questionnaire normalisé. Celui-ci comprenait quatre groupes de questions portant sur :

- a) l'état de santé actuel des sujets et leur capacité d'accomplir les tâches quotidiennes;
- b) les ennuis de santé ressentis pendant les deux semaines précédentes;
- c) les incapacités effectives;
- d) les difficultés éprouvées par les sujets pour communiquer et pour leurs soins personnels.

On a également rassemblé des données sur l'utilisation des services et des établissements médicaux, ainsi que sur les attitudes des personnes âgées à l'égard de ces services.

Les résultats de l'enquête de Belgrade ont été soumis au groupe de travail. L'échantillon était composé de 914 personnes âgées de 60 à 89 ans, qui ont été interrogées par une équipe d'infirmières spécialement entraînées.

Etat actuel de santé et d'incapacité fonctionnelle

Les données recueillies sont résumées au tableau 1. On a constaté en général que les taux spécifiques de l'âge pour les sujets "qui ne se sentaient pas en bonne santé actuellement" étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Même si ce taux augmentait avec l'âge, la différence venait en partie du fait que la mortalité est plus élevée chez les sujets de sexe masculin aux âges moins avancés. On a demandé aux sujets d'évaluer leur santé actuelle en la comparant à celle d'autres personnes de leur âge. Dans cet exercice d'auto-évaluation, les femmes arrivaient à des estimations plus avantageuses.

Les maladies affectant l'activité quotidienne sont survenues dans l'ordre de fréquence suivant : maladies du système ostéo-musculaire, maladies cardio-vasculaires et maladies des systèmes digestif, respiratoire et autres. Les taux étaient légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sans changement en fonction de l'âge.

La fréquence des signes et des symptômes ressentis pendant les deux semaines qui avaient précédé l'entrevue était plus élevée chez les femmes, de même que la fréquence des "troubles psychosomatiques".

Les réponses aux questions concernant les incapacités physiques, et l'aptitude à prendre en charge sa propre santé sont d'une grande importance pour la planification des soins aux personnes âgées. En général, les taux d'incapacité physique étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, et cette différence augmentait avec l'âge; les problèmes comprenaient la diminution de l'acuité auditive ou visuelle et les difficultés de mastication (y compris les ennuis liés à des prothèses dentaires). Pour apprécier dans quelle mesure les sujets étaient capables de prendre en charge leur propre santé, on les a interrogés sur leur aptitude à accomplir un certain nombre d'activités courantes telles que franchir des portes, passer d'une chambre à l'autre, utiliser les

Tableau 1. Pourcentage, en fonction de l'âge, des constatations
recueillies au sujet de l'état de santé actuel
et de la capacité fonctionnelle des personnes âgées^a

Constatation	Sexe	Age (en années)					
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Ne se sent pas en bonne santé actuellement	M	35,0	41,8	42,4	52,3	45,0	52,2
	F	45,2	50,3	57,2	57,4	62,4	58,6
Perception de la santé négative	M	21,7	28,0	30,0	40,3	35,7	45,0
	F	34,4	40,5	44,9	46,3	54,0	49,0
Activités de l'existence quotidienne affectée ^a	M	52,2	51,6	61,2	59,3	57,2	50,0
	F	59,0	61,6	60,9	64,6	61,4	58,2
Plaintes diverses - douleurs, fatigue, etc.	M	51,6	65,8	62,7	68,4	68,6	78,7
	F	70,1	78,3	70,2	78,7	84,4	78,1
Troubles psychosomatiques divers	M	44,6	54,4	54,4	54,2	56,9	59,6
	F	61,3	67,1	58,7	68,4	74,5	68,0
Présence d'incapacités physiques	M	47,2	53,8	53,8	71,0	73,4	80,5
	F	57,1	58,3	69,2	76,2	78,8	85,0
Inaptitude quelconque à prendre en charge sa propre santé	M	52,8	57,9	70,6	80,2	84,8	91,3
	F	44,2	56,7	73,7	78,9	89,5	96,8
Sujets incapables de fournir une réponse	M	0,7	0,7	1,3	4,0	3,3	8,7
	F	0,0	2,0	3,3	3,3	7,3	15,3

^a Enquête de Belgrade.

escaliers et les toilettes, se laver et se baigner, s'habiller et se déshabiller, faire la cuisine et le ménage, emprunter des moyens de transport publics, etc. Les taux d'incapacité étaient plus élevés en moyenne chez les hommes que chez les femmes, et ils augmentaient avec l'âge pour les deux sexes.

Attitudes et comportements en ce qui concerne l'utilisation des services et des établissements médicaux

L'utilisation des services médicaux et les attitudes des sujets à l'égard des établissements de santé peuvent se résumer comme suit (voir également tableau 2) :

a) le pourcentage des sujets qui, de l'avis de l'infirmière enquêtrice, devraient consulter un médecin correspondait aux pourcentages portés sur le tableau 1 et reflétait bien les problèmes de santé ressentis par les sujets ainsi que leur inaptitude à prendre en charge leur propre santé. Une légère augmentation des taux ne s'observait qu'au-delà de l'âge de 70 ans;

b) au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue, un tiers des sujets composant l'échantillon total n'avaient pas consulté de médecin (31,1% des hommes et 33,4% des femmes); 23,5% avaient consulté un médecin de 1 à 3 fois; 18,7% avaient consulté de 4 à 9 fois et 25,5% 10 fois ou plus;

c) au cours de la même période, 66,2% de l'échantillon (71,4% des hommes et 61,1% des femmes) n'avaient jamais reçu la visite d'un médecin. Les médecins avaient visité 20% des sujets de 1 à 3 fois; 7,2% de 4 à 9 fois (5,2% d'hommes et 9,3% de femmes); et 5,9% 10 fois ou davantage (5,1% d'hommes et 6,6% de femmes);

Tableau 2. Pourcentage, en fonction de l'âge, des personnes âgées nécessitant des soins médicaux ou des soins dans un établissement^a

Besoin	Sexe	Age (en années)					
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Consulter un médecin	M	44,6	45,3	55,7	60,5	58,7	63,3
	F	47,3	62,2	55,0	60,0	65,8	61,7
Recevoir des soins à domicile	M	9,5	16,0	18,9	29,9	31,3	44,6
	F	14,7	27,1	29,6	35,3	48,9	56,3
Traitement à l'hôpital	M	2,0	6,7	7,4	10,1	7,3	14,8
	F	4,7	10,8	6,0	10,6	9,4	13,4
Devrait être placé(e) dans une institution d'accueil pour personnes âgées	M	2,7	3,4	6,0	12,3	12,7	18,1
	F	1,4	7,4	12,0	18,0	20,2	27,5

^a Enquête de Belgrade.

d) entre 9,5% des sujets (pour le groupe d'âge 60-64 ans) et 44,6% (pour le groupe d'âge 85-89 ans) avaient besoin d'un traitement à domicile. Les taux étaient plus élevés pour les femmes et augmentaient avec l'âge. Parmi ceux qui, de l'avis des enquêteurs, avaient besoin d'un traitement à domicile, 44,5% le recevaient déjà; parmi les 55,5% qui n'en recevaient pas, 9,1% ne souhaitaient pas être soignés tandis que 6,5% n'étaient pas suffisamment équipés chez eux pour pouvoir être traités à domicile;

e) entre 2% des sujets (pour le groupe d'âge 60-64 ans) et 14,8% (pour le groupe d'âge 85-89 ans) avaient besoin d'un traitement à l'hôpital. Pour les femmes, les taux augmentaient avec l'âge, passant de 4,7% parmi les "plus jeunes" (groupe d'âge 60-64 ans) à 13,4% pour le groupe d'âge 85-89 ans. Parmi les sujets ayant besoin d'un traitement hospitalier (8,7% du total de l'échantillon), 61,1% ne le désiraient pas tandis que 27,9% souhaitaient l'obtenir;

f) en moyenne, 11,8% des sujets avaient besoin d'être hébergés dans un foyer pour personnes âgées (9,2% des hommes et 14,3% des femmes). Les taux étaient plus élevés pour les femmes que pour les hommes à partir de l'âge de 70 ans et augmentaient avec l'âge. Sur le total de ceux qui avaient besoin d'hébergement, 88,2% (90,3% des hommes et 83% des femmes) ne le désiraient pas tandis que 1,4% (7,3% des hommes et 14,7% des femmes) le souhaitaient et que 2,4% le souhaitaient mais ne répondaient pas aux conditions exigées.

L'utilisation du système de santé était indépendante de l'âge, les services étant fréquentés par 29% des sujets du groupe d'âge de 60-79 ans et par 28% de ceux du groupe d'âge de 80-89 ans.

Le groupe de travail a estimé que les comparaisons entre les divers groupes de personnes âgées ainsi que les autres données réunies à l'occasion de l'étude de Belgrade pouvaient servir à identifier certaines catégories de personnes âgées qui n'utilisent pas les services de santé et les services sociaux, soit parce que les services dont elles auraient besoin n'existent pas, soit parce qu'elles n'en connaissent pas l'existence. L'analyse des données devrait porter à la fois sur la planification à long terme et sur la détermination des secteurs qui posent le plus de problèmes au sein des systèmes actuels d'assistance socio-sanitaire. Il a été admis que l'on devait entreprendre sans délai une étude plus poussée pour obtenir des renseignements sur les services dont les personnes âgées ont besoin. Actuellement, les pays les plus riches disposent souvent de moyens technologiques coûteux mais inappropriés, alors que des services plus simples et particulièrement nécessaires, comme les soins et massages pratiqués sur les pieds ou les soins dentaires, sont inexistantes.

4.3 Quelques questions et conclusions

Les personnes vieillissantes sont souvent négligées dans les programmes de prévention des maladies et des incapacités, alors même que l'expérience montre que les capacités fonctionnelles peuvent être préservées dans la vieillesse. Le dépistage est toutefois une question controversée.

Des examens médicaux réguliers devraient-ils être effectués par le médecin de famille ? Faudrait-il procéder à un dépistage à phases multiples ? Dans l'affirmative, qui en serait chargé, et avec quelle fréquence ? Si l'on renonce au dépistage, comment les atteintes et les difficultés précoces peuvent-elles être portées à l'attention des travailleurs de la santé ? Ces derniers s'occupent-ils suffisamment d'enseigner aux gens à reconnaître une menace d'incapacité ? Les personnes âgées savent-elles où et à qui s'adresser pour obtenir aide et conseils afin d'empêcher une déficience d'évoluer en incapacité ?

Malgré tout ce que l'on pourrait gagner en intervenant assez tôt pour prévenir la maladie chez les personnes âgées, celles-ci sont généralement très mal représentées dans les systèmes de soins des divers pays. Cette situation peut résulter du manque d'intérêt de la part du donneur de soins ou d'une répugnance de la part des personnes âgées à demander de l'aide ou, enfin, de l'ignorance de la porte à laquelle il faut frapper pour obtenir une aide. Pour repérer les personnes âgées qui ont des problèmes de santé ou qui sont exposées à des risques, il faudra souvent que le travailleur de la santé se livre à une recherche active. Il apparaît d'autre part que le contact entre générations reste très solide et que dans tous les pays développés une faible proportion seulement (entre 5 et 7%) des personnes âgées ont été placées dans des établissements. Devrait-on plutôt, dans ces conditions, s'employer à soutenir la famille ?

On a suggéré qu'il fallait, pour aider les personnes âgées et leurs familles à réagir contre l'anxiété, le déséquilibre émotionnel et les troubles psychosomatiques, instituer des programmes éducatifs qui s'adresseraient aussi bien aux personnes âgées elles-mêmes qu'aux aides bénévoles qui s'occupent d'elles. Lorsque des programmes sont entrepris à l'échelon local, il est plus facile de les faire répondre aux problèmes de la collectivité, mais qui doit avoir la responsabilité de les mettre en oeuvre, et qui assurera la préparation des enseignants ?

Enfin, le groupe de travail a admis que les personnes âgées ont le droit d'assumer des risques et de prendre des décisions sur les questions qui les concernent personnellement, même si d'autres estiment que la solution choisie n'est pas dans leur meilleur intérêt.

4.4 Les personnes âgées en tant que consommateurs d'assistance publique

Le groupe de travail a examiné un aspect d'une enquête sur les attitudes et le comportement des personnes âgées en matière de communication et de consommation. Effectuée en République fédérale d'Allemagne en 1976-1977 au moyen d'un questionnaire (13), l'enquête a porté sur un échantillon comparé de 2000 personnes âgées de 55 ans et plus. Plus de la moitié des répondants (54%) ont exprimé des attitudes positives à l'égard de la vie et se sentaient socialement intégrés; presque un quart d'entre eux (23%) se sentaient socialement intégrés même si leurs attitudes à l'égard de la vie étaient en majeure partie négatives; 5% ont exprimé des sentiments positifs, tout en se considérant comme assez privés de contacts sociaux; et 18% souffraient d'isolement social et avaient sur leur existence une opinion négative. C'est ainsi qu'en face d'une moitié de la population plus âgée se jugeant socialement et mentalement intégrée, on a estimé que plus d'un quart de l'échantillon serait potentiellement instable s'il devait faire face à de nouvelles expériences traumatisantes ou négatives, comme la perte d'un conjoint ou de parents proches, ou encore de sérieuses privations matérielles ou financières; 20% des personnes âgées ont été considérées comme handicapées parce que leur situation physique, mentale, sociale ou économique ne leur permettait pas d'acquiescer des méthodes pour adapter et organiser leur existence. Il s'agit là, sans conteste, du groupe de personnes âgées qui a le plus besoin d'assistance sociale.

La majeure partie des répondants (64%) étaient plus ou moins satisfaits des services publics fournis, mais certains pensent que cette attitude pourrait venir du fait que les personnes âgées attendent souvent moins de ces services que les sujets plus jeunes. Beaucoup d'entre elles ne sont guère au courant des facilités existantes non plus que de leurs droits à assistance. Les 21% de répondants qui ont exprimé de sérieuses réserves quant au niveau de l'assistance disponible appartenaient au groupe le plus démuné.

Même si l'appréciation globale portée sur l'aide publique était positive, les répondants ont émis des propositions réalistes et pratiques pour améliorer ou élargir les prestations offertes. Plus de la moitié des membres de l'échantillon se sont plaints des déficiences portant sur des aspects fondamentaux de la qualité de leur vie, comme les conditions de promiscuité et de logement, les soins de santé et la protection de la santé, la fourniture des services d'aide et d'orientation sociale et les transports publics. Les chercheurs sont parvenus à la conclusion que les personnes âgées voient surtout dans l'aide sociale une occasion d'améliorer leur indépendance financière, sociale et mentale et un moyen de s'aider elles-mêmes. En conséquence, ils demandent que les autorités publiques prennent des mesures pour améliorer les moyens de communication entre les générations, pour améliorer l'accès aux activités culturelles et éducatives, et pour améliorer leur mobilité physique et mentale. Il en est ainsi, a-t-il été précisé, même lorsqu'il existe de profondes différences d'attitude - résultant d'antécédents individuels, de facteurs sociaux ou physiques ou de l'âge - à l'égard du degré de participation et d'intégration aux structures d'assistance.

Les répondants plus âgés ne se considèrent ni comme une minorité ni comme un sous-groupe social. Ils s'attendent, en tant que consommateurs d'aide publique, à ce qu'il soit convenablement tenu compte de leur situation spécifique, de leurs besoins, de leurs intérêts et de leurs problèmes. Ce qu'ils craignent le plus, c'est que l'aide qu'il leur est accordée par l'administration publique ne tende à devenir une source de dépendance et de contrôle social.

4.5 Attitudes des personnes âgées à l'égard des buts de l'existence

Le groupe de travail a discuté quelques aspects plus généraux des attitudes des personnes âgées, en particulier vis-à-vis des buts de l'existence. On lui a présenté les résultats préliminaires d'entrevues conduites auprès d'un petit groupe de 41 personnes vivant à Dortmund et âgées de 55 à 90 ans.^a Une constatation intéressante a été que même si les réponses concernant la place des personnes âgées dans la société tournaient autour de la notion qu'elles n'avaient "aucun rôle" à jouer ou qu'elles étaient "inutiles et superflues", environ 80% des enquêtés avaient une opinion plus positive au sujet de leur utilité au sein de la famille. On a relevé que peu d'entre eux répugnaient à se considérer comme des "vieux". Ces premiers résultats ont permis de tirer la conclusion importante que "les politiques ne devraient plus désormais considérer les personnes âgées comme une entité, mais plutôt comme un groupe social artificiel n'ayant aucune unité interne et présentant des tendances et des intérêts très divers". La discussion qui a suivi a été marquée par un pressant appel des membres du groupe de travail à trouver les moyens de changer le stéréotype de la personne âgée.

Le groupe a admis que tout le monde n'envisage pas le vieillissement de façon négative, et que dans de nombreuses sociétés les personnes âgées jouissent d'un prestige social sûr et d'une bonne qualité de vie. Toutefois, le changement social, les tendances actuelles à l'inflation et au chômage, la pénurie d'énergie, le manque de ressources et les changements dans la structure familiale constituent des menaces pour chacun de nous. On a constaté dans de nombreux pays développés qu'il existe une "vieille" génération âgée : de nombreux sexagénaires (les "jeunes vieux") ont encore un ascendant vivant (le "vieux de la vieille"). Un tel phénomène risque parfois d'accentuer les difficultés de contact social et les responsabilités des générations plus jeunes au sein des familles. Il arrive ainsi qu'une famille ait besoin de soutien (matériel et/ou psychologique) pour s'occuper de deux générations, ce qui, s'ajoutant à d'autres modifications de la structure familiale, alourdira beaucoup à l'avenir la participation attendue des services de santé et des services sociaux.

5. Attitudes des familles à l'égard des personnes âgées

5.1 Les attitudes à l'égard des personnes âgées et le sentiment de responsabilité vis-à-vis des vieux parents : l'enquête de la Caroline du Nord et de Tokyo

En 1978, une étude a été effectuée à Tokyo, dans le cadre du projet de recherche transculturelle Japon-Etats-Unis d'Amérique sur l'attitude des gens vis-à-vis du soutien qu'ils seraient censés apporter, et apportent effectivement, à leurs parents et amis âgés. Il s'agissait d'une activité conjointe du Département de Sociologie de l'Institut métropolitain de Gérontologie de Tokyo et du Département de Sciences sociales médicales et de Santé matrimoniale de la Bowman Gray School of Medicine de l'Université de Wake Forest, Winston-Salem, Caroline du Nord.

L'échantillon étudié au Japon se composait d'environ 700 hommes et femmes mariés âgés de 20 à 49 ans et vivant à Nerima Ward, Tokyo. On a utilisé une méthode d'échantillonnage aléatoire à deux échelons (blocs de ménages et individus). Des questionnaires ont été distribués aux foyers des répondants et collectés plus tard. Le nombre des réponses valables s'est élevé à 591, soit 84,4%.

Avant l'étude japonaise, l'équipe de la Caroline du Nord avait préparé un programme détaillé et un questionnaire dont les rubriques, jugées utiles pour une étude comparative, ont été sélectionnées. On s'est efforcé au maximum d'éviter des divergences entre l'original anglais et la traduction japonaise mais, comme il arrive souvent dans les études transculturelles, cet effort n'a pas toujours été entièrement couronné de succès.

L'étude avait pour but essentiel de vérifier jusqu'à quel point les membres des jeunes générations étaient disposés à accueillir dans leur foyer une personne âgée - qu'il s'agisse de leurs propres parents ou de ceux de leur conjoint, d'un oncle ou une tante, ou un d'ami proche - lorsque cette dernière éprouvait des difficultés à mener une existence indépendante et souhaitait vivre avec eux; elle se proposait aussi d'identifier les facteurs sociaux et psychologiques affectant ce consentement. Les résultats de l'enquête de Tokyo ont été comparés avec ceux d'une étude similaire réalisée aux Etats-Unis.

^a Étude dirigée par le Professeur K. Schmitz-Moormann, Fachhochschule, Dortmund.

Principaux résultats

Acceptation d'héberger une personne âgée. Jusqu'à 90% des répondants étaient disposés à héberger leur propre mère, et l'on n'a relevé aucune différence d'attitude entre les deux sexes. De même, on n'a pas observé de différence importante entre ceux dont les mères vivaient déjà avec eux et ceux dont les mères vivaient indépendamment. Quatre vingt-deux pour cent des répondants étaient disposés à accueillir dans leur foyer la mère de leur conjoint. Dix-neuf pour cent seulement des répondants étaient disposés à héberger une tante proche. La proportion était encore plus faible (8%) dans le cas d'une vieille amie.

Quatre vingt-sept pour cent des répondants japonais ont déclaré qu'ils hébergeraient leur propre père dans leur foyer. Aucune différence marquée n'a été relevée entre les sexes, ni entre ceux qui vivaient actuellement, ou qui ne vivaient pas, avec leur propre père. En ce qui concerne le père du conjoint, 77% des répondants ont dit qu'ils l'accueilleraient. Ce chiffre, même s'il est plus faible que celui qui concerne le propre père des répondants, reste néanmoins très appréciable. Toutefois, comme dans le cas de la tante, la proportion des répondants disposés à accueillir un oncle proche était très faible (12%). Le chiffre était encore plus bas (6% seulement) dans le cas d'un vieil ami proche.

Dans l'enquête américaine de Caroline du Nord, 84% des répondants ont déclaré qu'ils accueilleraient leur propre mère, chiffre qui, tout en étant encore élevé, est un peu plus faible que le chiffre japonais. (La mère du conjoint n'a pas été incluse dans le questionnaire.) En revanche, le pourcentage des répondants de Caroline du Nord prêts à accueillir une vieille tante (69%) ou une vieille amie (52%) a été beaucoup plus élevé qu'à Tokyo, où les chiffres correspondants s'établissent à 19% et 8%, respectivement.

Quatre vingt-dix pour cent des répondants se sont déclarés disposés à accueillir leur propre père (le questionnaire américain ne comprenait pas non plus de question relative au père du conjoint), soit une proportion légèrement plus élevée qu'au Japon (87%). De même que pour les tantes et les amies âgées, les répondants de Caroline du Nord se sont montrés beaucoup plus ouverts que les japonais à l'idée d'héberger un vieil oncle ou vieil ami : 66% (contre 12% au Japon) accueilleraient volontiers un oncle et 43% (contre 6% au Japon) accueilleraient volontiers un ami proche.

Facteurs qui influencent la disposition à accueillir une personne âgée. A Tokyo, les répondants qui avaient montré, au moyen d'un questionnaire, qu'ils connaissaient bien les problèmes des personnes âgées, se sont déclarés plus disposés à héberger une personne âgée. Ceux qui, en revanche, avaient manifesté des préjugés à l'encontre des personnes âgées étaient moins disposés à en accueillir une chez eux.

L'âge, l'éducation, la profession et d'autres caractéristiques dites fondamentales des répondants n'ont pas exercé d'influence statistiquement significative sur leur disposition à recevoir une personne âgée.

Individus ayant déjà vécu avec des personnes âgées. On a supposé que des variables telles que les rapports qu'un individu a eus avec ses père et mère pendant l'enfance et l'adolescence, et toute autre expérience de vie commune avec une personne âgée, pourraient exercer une influence sur la disposition à héberger des parents ou d'autres personnes âgées. Ce thème a été analysé sous l'aspect du type de personne âgée à recevoir. Les rapports avec la mère pendant la croissance n'ont eu un effet statistiquement significatif que sur la disposition des répondants à accepter leur propre mère. De même, les rapports avec le père pendant la croissance ont exercé une influence significative sur la disposition des répondants à accepter leur propre père. Toutefois, alors que la disposition des répondants masculins à accepter leur propre père était fortement influencée par la nature des rapports qu'ils avaient eus avec lui pendant la croissance, la même corrélation n'existait pas dans le cas des répondantes.

On a observé qu'indépendamment des rapports entretenus avec la personne âgée et du sexe du répondant, ceux qui avaient eu une certaine expérience de vie commune avec une personne âgée après le mariage avaient tendance à se montrer moins disposés à en recevoir dans leur foyer. Par ailleurs, le fait d'avoir vécu avec une personne âgée pendant la croissance n'avait pas d'effet significatif sur la disposition à héberger une personne âgée.

Choix des modalités d'hébergement par ceux qui prennent en charge leurs propres parents. La question posée était la suivante : "Si vos propres parents ou ceux de votre conjoint devaient constater qu'il ne leur est plus possible de mener une existence indépendante et s'ils avaient donc besoin de votre aide, choisiriez-vous de les installer dans la même maison que vous ou dans une autre maison située au voisinage ?". Cette question a été posée à tous les répondants, qu'ils vivent présentement ou non avec leurs parents.

Pour 55% des répondants japonais, il est préférable que les parents vivent sous leur toit (cette réponse a été donnée par 64% de ceux dont les parents vivent actuellement avec eux et par 53% de ceux dont les parents vivent indépendamment). Il y a donc une proportion légèrement plus élevée de répondants qui préfèrent que leurs parents vivent avec eux plutôt que séparément. Par sexe, il y a eu 58% d'hommes et 52% des femmes qui ont déclaré vouloir recevoir leurs parents chez eux.

Disposition à recevoir ses propres parents. La question posée était : "Si vos parents ou ceux de votre conjoint, qui vivent actuellement séparément, voulaient vivre avec votre famille, y consentiriez-vous ?".

Quatre vingt-cinq pour cent des répondants et 74% des répondantes ont déclaré qu'ils accepteraient les parents. Si la proportion est tellement plus faible dans le cas des femmes, c'est peut-être pensent les chercheurs, parce qu'un grand nombre de japonaises hésitent à recevoir leurs parents par égard pour leur mari. On a constaté que les relations qu'elles avaient avec leur mère pendant la croissance influencent nettement sur leur attitude à cet égard, aucun autre facteur ne paraissant influencer sur leur décision.

S'agissant des parents d'un conjoint, la proportion des répondantes qui étaient disposées à recevoir les parents (77%) était légèrement supérieure à celle des répondants masculins (73%). La plupart des japonaises estiment que recevoir les parents de leur mari est un devoir tandis que les hommes sont moins disposés à accepter les parents de leur épouse, même si la différence entre les deux sexes n'est pas très marquée. On n'a découvert aucun facteur statistiquement important susceptible d'affecter la disposition des répondants à accepter les parents de leur conjoint.

Choix de programmes de soutien financier. Sur ce point, on a posé la question suivante : "Lorsque votre conjoint ou les parents de votre conjoint vivent avec vous, de quel type de programme de soutien financier souhaiteriez-vous bénéficier ?"

Quarante-sept pour cent des répondants japonais souhaitaient recevoir des allocations pour les aider à prendre soin de leurs parents; 33% souhaitaient obtenir une réduction de leur loyer ou de l'impôt foncier, ou une aide pour payer leur loyer; et 14% souhaitaient une diminution de leur impôt sur le revenu. Deux pour cent seulement ont déclaré qu'ils ne désiraient pas bénéficier d'une telle forme de soutien financier.

Une certaine proportion des répondants situés à tous les échelons du revenu familial (47% du total) souhaitaient qu'il soit institué des allocations pour la prise en charge de personnes âgées. Les répondants appartenant aux classes de revenu inférieures, et ceux qui étaient locataires de leur logement optaient plutôt pour une réduction du loyer ou de l'impôt foncier ou pour une allocation-loyer, alors que 22% seulement de ceux qui habitaient leur propre maison ont exprimé leur préférence pour une aide de ce type. Les répondants occupant une classe de revenu plus élevée préféreraient une réduction de l'impôt sur le revenu.

Dans l'enquête américaine, les répondants ont choisi les allocations plus souvent (dans 45% des cas) que les autres formes d'aide financière aux personnes âgées. (Etant donné la différence considérable qui existe entre les programmes d'aide économique aux Etats-Unis et au Japon, il est impossible d'établir sur ce point une comparaison directe entre les deux pays.) D'autres mesures ont été préconisées dans l'ordre de préférence suivant : réduction d'impôts (21%), prêts à intérêt réduit pour l'amélioration du logement (15%), timbres ou bons d'achat d'alimentation (14%), réduction du loyer ou de l'impôt foncier (5%). Si le premier choix était identique à celui des répondants japonais, il existait des différences très marquées entre les réponses américaines et japonaises pour toutes les autres options.

Choix de programmes de services de soutien. On a posé aux répondants japonais la question suivante : "Si vous devez vous occuper d'une personne âgée qui est très faible et a besoin d'aide, quelles sortes de services de soutien souhaiteriez-vous obtenir ?".

Quarante-deux pour cent des répondants voudraient que soit assuré un service d'infirmières visiteuses, 19% un service de soins de jour, 16% un service d'aide ménagère et 8% un service de consultation et de conseils. Onze pour cent des répondants ne souhaitaient aucun de ces programmes. On a constaté que le pourcentage de ceux qui ne souhaitaient aucun programme de services de soutien variait selon qu'ils partageaient, ou non, actuellement leur maison avec leurs propres parents ou ceux de leur conjoint : parmi les répondants vivant actuellement séparés de leurs parents, il n'y en a eu que 9% pour déclarer qu'ils n'étaient pas intéressés par la possibilité d'organiser des services de soutien en faveur des personnes âgées, tandis que 19% de ceux qui vivent avec leurs parents se sont prononcés dans le même sens. Les répondants ont été plus nombreux (11% du total) à rejeter le recours aux programmes de services de soutien qu'aux mesures d'assistance économique (2%).

Ces résultats ne se prêtent pas à une comparaison avec ceux de l'enquête américaine, car les services de soutien qui sont assurés aux Etats-Unis diffèrent considérablement de ceux du Japon. Il vaut la peine de noter néanmoins qu'aux Etats-Unis comme au Japon, c'est le service de visites sanitaires à domicile qui a été le programme le plus souvent choisi.

Sentiment général de responsabilité à l'égard des parents. La note moyenne obtenue à partir d'un questionnaire visant à évaluer le niveau général de responsabilité à l'égard des parents a été de 4,4 au Japon et de 4,2 aux Etats-Unis. Contrairement à l'opinion généralement répandue, il n'a été observé aucune différence importante entre les notes moyennes obtenues par les répondants japonais et américains. Des différences considérables sont cependant apparues dans les réponses à chacune des questions. Il en ressort que les américains sont plus nombreux que les japonais à s'élever contre l'idée que la responsabilité de s'occuper des parents âgés incombe inconditionnellement à leurs enfants. Par contre, les répondants américains ont été plus nombreux à désapprouver les gens qui refusent une simple assistance à leurs parents et à rejeter l'idée que toute famille a le droit de se dégager de l'obligation de soigner les parents âgés.

On n'a pas relevé de différences importantes entre les notes moyennes obtenues par les répondants japonais des deux sexes. D'après les données japonaises, les paramètres qui ont une valeur d'explication statistiquement significative sont les suivants : pour les hommes, l'âge et la note obtenue lors d'un test portant sur la responsabilité spécifique à l'égard des parents; pour les femmes, le fait de travailler ou non (celles qui avaient un emploi ont obtenu une note plus élevée), la satisfaction que leur procure la vie familiale (les plus satisfaites ont obtenu des notes supérieures), et leur familiarité avec des personnes âgées (celles qui connaissaient le mieux le processus du vieillissement et les personnes âgées ont obtenu des notes moins élevées au test de responsabilité générale à l'égard des parents).

Influence des facteurs sociaux et psychologiques. L'âge et, dans le cas des hommes, le rang de naissance ont exercé une influence sensible sur la connaissance et l'attitude des répondants envers les personnes âgées, ainsi que sur leur sentiment de responsabilité vis-à-vis de leurs parents. D'autres facteurs liés à la courbe de vie des répondants ont joué un rôle marquant, notamment la satisfaction qu'ils retirent de leurs rapports familiaux actuels et la relation qu'ils ont eue avec leur mère pendant la croissance.

Conclusions. En examinant ces résultats, le groupe de travail a fait observer qu'il était essentiel de découvrir si le pourcentage élevé des répondants qui se déclarent disposés à héberger chez eux une personne âgée se rendent tout à fait compte de ce qui sera attendu d'eux et s'ils ont une notion précise des services d'appui qui pourraient leur être nécessaires. Il a été reconnu que si les familles ont souvent un comportement imprévisible, leur grande force réside dans le soutien affectif et psychologique qu'elles peuvent fournir grâce aux contacts personnels qu'elles entretiennent avec la personne âgée et à la connaissance approfondie de son existence.

Le groupe a estimé que l'on devrait identifier les types de besoins que les familles éprouvent de la réticence à satisfaire.

En examinant l'utilité de cette recherche pour l'élaboration des politiques, le groupe a insisté pour que les données soient soumises à une interprétation attentive avant que l'on soumette des recommandations aux autorités compétentes. Dans ce contexte, les méthodes normalisées que l'OMS a mises au point à l'intention de ses Etats Membres pourraient beaucoup faciliter l'organisation d'études comparatives à la fois nationales et internationales.

5.2 Grands-parents et petits-enfants : l'enquête de Bruxelles

Dans une étude réalisée à Bruxelles en 1975 (14), on a constaté que les enfants ayant un ou plusieurs grands-parents connaissaient moins de problèmes scolaires que ceux qui n'en avaient qu'un ou même aucun aïeul. L'occasion de réunir davantage de renseignements sur ce point s'est présentée lorsque l'OMS a patronné l'étude réalisée dans 11 pays sur les soins de santé aux personnes âgées. On a alors conçu une étude subsidiaire destinée à comparer les personnes âgées qui ont des petits-enfants et celles qui n'en ont pas et à déterminer si le mode de vie et le moral des personnes âgées étaient influencés par leurs rapports avec leurs petits-enfants.

On avait espéré pouvoir constituer un échantillon représentatif, mais la chose n'a pas pu être réalisée car pour diverses raisons, dont leur mauvais état de santé, près de 50% des membres de l'échantillon original ont refusé d'être interviewés. Ceux qui ont finalement participé à l'enquête étaient 464 individus âgés en assez bonne santé qui vivaient chez eux à Bruxelles. On les a groupés par tranches d'âge de cinq ans, de 55 à 94 ans. On aurait voulu que chaque groupe

comprene 20 hommes et 30 femmes, mais il a fallu se contenter de chiffres inférieurs pour les groupes d'âge supérieurs. Les données recueillies au moyen d'un sondage aléatoire ultérieur, qui s'est poursuivi plus longuement à Bruxelles et dans une de ses banlieues, doivent encore être analysées.

Pour cette étude limitée, un personnel spécialement instruit a interviewé les personnes âgées au moyen d'un questionnaire portant sur la personnalité, l'état de santé et les soins de santé, le logement et le mode de vie des personnes âgées. Au total, 207 sujets (45% de l'échantillon) avaient des petits-enfants et certains même des arrière petits-enfants. La plupart (52%) étaient toujours mariés, avec un pourcentage plus élevé (71%) pour les hommes et un taux de veuvage supérieur (58%) chez les femmes, la proportion des divorces et des séparations s'établissant à 7% des cas. La proportion de grands-parents au sein des divers groupes variait très peu.

Soixante-deux pour cent des membres de l'échantillon n'avaient reçu aucune instruction formelle ou qu'une instruction ne dépassant pas le niveau primaire. (En Belgique, l'enseignement n'est devenu obligatoire pour tous qu'en 1914.)

Les résultats préliminaires de cette enquête laissent apparaître certaines tendances. Une analyse descriptive montre que les grands-parents n'ont pas tous le même genre de contact avec leurs petits-enfants. Certains participent à diverses activités et maintiennent de "bons rapports sociaux"; d'autres rencontrent leurs petits-enfants de temps à autre, mais sans partager avec eux une activité quelconque. C'est la comparaison entre ces deux groupes qui a constitué la première phase de l'étude.

Pour élucider les raisons qui déterminent telles attitudes, on a décidé de considérer la personnalité, l'état de santé, la distance géographique séparant les enfants de leurs grands-parents ainsi que l'existence de contraintes psychologiques et culturelles. La définition de la santé a été purement subjective, chaque individu étant prié d'évaluer son propre état de santé et de le comparer à celui d'autres personnes de sa connaissance et de son âge. Quarante-sept pour cent des enquêtés ont considéré que leur état de santé était "très bon" ou "assez bon" et 20% ont estimé que leur santé était "mauvaise" ou "assez mauvaise". Il n'a été observé aucune différence en fonction du sexe, mais à un niveau d'instruction plus élevé correspondait une optique plus optimiste de l'état de santé.

Trente-trois pour cent des grands-parents vivaient près de leurs petits-enfants ou avec eux, 17% avaient leur domicile dans la même région et 50% vivaient à une certaine distance de la troisième génération. Un certain éloignement était plus courant chez les hommes tandis que les femmes, surtout les plus âgées, avaient tendance à vivre très près de leurs enfants et petits-enfants.

Activités communes

Soixante-sept pour cent des grands-parents se livraient à des activités communes avec leurs petits-enfants. Ces activités appartenaient à trois catégories : intérieures, extérieures et mixtes. Les plus fréquentes étaient les activités domestiques, consistant à exécuter de petits travaux à la maison, à lire, à jouer à des jeux d'intérieur, à raconter des histoires, à écouter de la musique ou à regarder la télévision. Les activités extérieures telles que les achats, la marche, le jardinage, etc., se pratiquaient plus rarement. En général, c'était les grands-parents, mais quelquefois aussi les parents des enfants, qui choisissaient les activités. On a constaté que les grands-mères laissaient le choix aux enfants plus souvent que les grands-pères et que les enfants qui habitaient à proximité de leurs grands-parents avaient plus souvent le choix que les autres.

Facteurs déterminants des activités

On a rarement cité l'état de santé pour dire qu'il influençait le choix des activités, même si les grands-parents inactifs se montraient en général un peu plus pessimistes à propos de leur santé.

Il a semblé que le niveau d'activité présentait une corrélation positive avec le niveau d'instruction, mais les résultats préliminaires n'ont pas apporté la confirmation statistique de cette observation. Comme il est normal, la distance géographique influait sur le degré de contact entre les enfants et leurs grands-parents. Les visites s'espaçaient lorsque les grands-parents jugeaient leur santé "médiocre" ou "mauvaise".

Même lorsqu'ils avaient des enfants et des petits-enfants qui vivaient avec eux ou leur rendaient assez fréquemment visite, 28% des sujets se sentaient oubliés. Ce sentiment était plus marqué chez les femmes, et surtout chez celles qui étaient moins instruites et chez celles qui se

disaient en mauvaise santé. Il n'a pas été possible de conclure si le mauvais moral était la cause ou l'effet du mauvais état de santé, mais un mauvais moral se rencontrait plus fréquemment chez les personnes âgées inactives.

Personnes âgées n'ayant pas de petits-enfants. Parmi les sujets faisant partie de l'échantillon qui n'étaient pas grands-parents, 35% seulement étaient mariés, contre 52% chez les grands-parents; les célibataires étaient plus nombreux (13%), dans le premier de ces groupes, avec 10% de divorcés ou de séparés parmi eux. Compte tenu de l'âge, le niveau d'instruction des deux groupes était très sensiblement le même. Il y avait également une auto-appréciation similaire de l'état de santé et du moral, ce dernier étant mesuré par le sentiment d'être oublié (présent chez 27% de ceux qui n'étaient pas grands-parents et chez 28% des grands-parents).

L'état de santé jouait un rôle déterminant sur l'importance donnée aux activités extérieures (telles que marcher, aller au théâtre ou au cinéma et se livrer à d'autres activités sociales extérieures) par les personnes âgées sans petits-enfants, mais la santé ne paraissait pas avoir d'influence sur la fréquence des relations sociales. Même si l'âge réduisait le niveau des activités sociales, surtout chez les femmes, il était sans effet sur la fréquence des visites faites ou reçues. Avec la diminution des contacts sociaux, le sentiment d'être oublié augmentait. Ce sentiment était beaucoup plus marqué chez les personnes âgées qui n'effectuaient pas de visites que chez celles qui n'en recevaient pas.

En résumé, les personnes âgées sans petits-enfants peuvent mener des vies actives et jouir d'un excellent moral, mais on trouve dans tous les groupes un pourcentage plus ou moins identique de personnes qui se sentent oubliées, sentiment qui est peut-être moins dû à leur âge ou à leur santé qu'à leur incapacité de nouer des contacts sociaux avec le monde extérieur.

Conclusions

Bien que ces résultats préliminaires soient insuffisamment étendus pour permettre de tirer des conclusions fiables sur le plan statistique, ils donnent toutefois à penser que les relations qui s'établissent entre une personne âgée et ses petits-enfants sont davantage une question de tournure d'esprit, d'adaptabilité et d'activité qu'une question de santé, d'âge ou d'éloignement géographique.

Le groupe de travail a proposé que l'on fasse une étude sur les rapports entre les personnes âgées et les jeunes en général. Avec l'évolution démographique actuelle, le moment pourrait arriver où il y aurait moins de petits-enfants répartis entre un plus grand nombre de personnes âgées. On s'est très peu préoccupé jusqu'à ce jour des répercussions que ces nouvelles tendances démographiques et d'autres modifications de la structure familiale pourraient entraîner pour les enfants, et c'est pourquoi une étude approfondie de la question pourrait apporter des renseignements intéressants et importants pour la santé et le mode de vie des générations futures.

6. Aspects psycho-sociaux de la mort dans la vieillesse

On entend dire communément que la mort est un sujet tabou et qu'il faudrait beaucoup pousser les recherches dans ce domaine. En réalité, d'après un renseignement fourni par le Dr E. Metzger (dans un document présenté au groupe) il existe près de 900 livres qui traitent de ce sujet. Ce qu'il faut, c'est constituer et tester des modèles réalistes basés sur les connaissances déjà acquises. On craint certes, en essayant ainsi de donner au sujet un cadre formel, de créer un domaine nouveau et hautement spécialisé, celui de la "thanatologie". Cependant, si les agents de santé ne font aucun effort pour éduquer le grand public sur la façon d'aborder la mort, le processus qui y conduit et la détresse qui s'ensuit, il ne sera jamais possible d'intégrer à la vie quotidienne les faits qui touchent à la mort et aux soins à donner aux mourants. Nos sociétés actuelles ont une tendance commune à "médicaliser" la mort, c'est-à-dire à y voir un événement purement biologique et à en négliger les aspects philosophiques, psychologiques, religieux et sociaux.

Dans la littérature, les aspects psycho-sociaux du processus de la mort à un âge avancé n'ont jamais été traités aussi abondamment que la mort chez les enfants, les adolescents et les adultes. On a tendance à considérer la mort à un âge avancé comme un événement plus naturel, auquel le patient lui-même et les membres de sa famille peuvent plus facilement faire face. C'est là une grande erreur. Il existe, bien entendu, des personnes âgées qui sont prêtes à mourir, qui sentent que le but de leur existence a déjà été atteint. On rencontre aussi des sujets plus jeunes qui, peut-être après une longue maladie, sont tout aussi préparés à mourir et qui éprouvent le même sentiment d'accomplissement. Dans la plupart des cas, toutefois, il est tout aussi difficile de mourir à un âge avancé que de mourir jeune ou dans la force de l'âge. Les personnes âgées éprouvent, elles aussi, le besoin de passer en revue leur vie, de regarder en arrière pour voir ce qu'elles

ont ou n'ont pas accompli. Beaucoup d'entre elles éprouvent la même anxiété et la même crainte à l'égard du processus qui conduit à la mort, et de la mort elle-même. Pourtant, on a souvent tendance à négliger ces sentiments chez les vieillards qui vont mourir. Cette attitude s'explique sans doute en partie par la "mort sociale" qui frappe de nombreuses personnes âgées bien avant leur mort physique en raison de l'isolement social et du désintéressement progressif des membres de leur famille et d'autres aides bénévoles.

Au Danemark, 75% de tous les décès surviennent dans une institution, un hôpital ou une maison de soins; 74% de ceux qui meurent ont plus de 65 ans (15). La tendance croissante à placer les personnes âgées dans des établissements aggrave sans aucun doute le problème de la "mort sociale". Elle s'explique, entre autres, par le fait que la mort est considérée comme un problème médical, qui relève des professionnels de la santé. C'est ce qui se passe, en particulier, lorsque les familles cherchent à transférer à autrui la responsabilité de leurs vieux parents dès qu'elles s'aperçoivent que la maladie est terminale.

Mourir dans une institution signifie souvent que le mourant est dans l'impossibilité de communiquer sa souffrance parce qu'il n'a aucun langage commun avec ceux qui l'entourent. Ses souffrances deviennent muettes, elles prennent un caractère névrotique et intraverti. Du fait qu'il ne peut communiquer ni ses sentiments, ni ses espoirs, il lui est encore plus difficile de s'adapter à sa situation. Une telle souffrance n'est pas nécessaire et elle rend le processus de la mort improductif et absurde. Ni le mourant ni ses proches ou le personnel n'en tirent aucun enseignement. En conséquence, ceux qui appartiennent à la génération suivante se trouveront tout aussi effrayés et désespérés devant la mort que leurs parents l'étaient jadis. La sécularisation croissante de la mort, et l'absence de rituels capables de faire mieux supporter la mort et le chagrin rendent le problème encore plus aigu dans de nombreuses cultures. Dans le passé, les rituels nécessaires étaient assurés par la religion, mais la mort est considérée aujourd'hui presque comme un "non événement", ou du moins comme un événement dépourvu d'utilité sociale. Cette attitude de négation de la mort est certainement un des traits caractéristiques de notre société et elle contribue à renforcer chez beaucoup de gens la crainte d'être un jour vieux et abandonné.

La multiplication des admissions dans les établissements a pour conséquence, entre autres, de faire "prendre en charge" par le personnel professionnel de l'hôpital ou de l'établissement de soins des tâches qui incombent normalement aux familles. Au cours des dernières années, les infirmières et les médecins ont heureusement pris davantage conscience de l'importance des soins qu'il faut apporter aux personnes mourantes. Ils doivent toutefois maintenir un équilibre délicat entre deux alternatives puisque, d'une part, il leur faut jouer le rôle de conseiller auprès des familles et que, d'autre part, ils doivent éviter de se substituer entièrement aux parents et amis. Aujourd'hui, la plupart des gens ne sont confrontés pour la première fois avec la mort que lorsqu'ils atteignent l'âge de trente ou quarante ans, et c'est alors qu'il leur faudrait savoir tirer de cette expérience peu fréquente les leçons qui s'imposent.

Une autre question importante qui touche à la mort et au processus qui la précède concerne la période de chagrin et de deuil. Même si la famille n'a pas été très en contact avec le patient mourant, elle traversera une période de tristesse, qui, souvent, sera d'autant plus intense que le degré de parenté avec la personne décédée était plus étroit. Il peut s'agir d'une phase extrêmement pénible, psychologiquement et même somatiquement traumatisante. Aider les proches à se préparer à la mort d'une personne déjà condamnée peut être considéré comme une intervention préventive. Permettre au mourant lui-même de partager avec les autres son expérience du cheminement vers la mort, et ses réflexions sur la vie et la mort donne souvent plus de sens à cet événement; en même temps, un tel enseignement aide ceux qui le reçoivent à se sentir mieux préparés pour le jour où la mort les confrontera.

Systèmes de soins aux personnes mourantes

Il existe dans les Etats Membres deux grands systèmes qui servent à dispenser des soins aux personnes âgées mourantes : l'hospice, qui est un établissement spécialement équipé pour soigner les personnes mourantes; et les soins prolongés à domicile, qui peuvent être administrés pendant une longue durée à une personne que l'on sait condamnée tout en lui permettant de rester chez elle pour y terminer ses jours, sa famille recevant aussi une aide et un soutien. Certains pays ont essayé une combinaison de ces deux systèmes.

L'hospice présente plusieurs avantages. Le personnel est spécialement préparé à s'occuper tant des aspects physiques que psycho-sociaux du cheminement vers la mort et il peut, avec le temps, acquérir des compétences spécialisées et une grande expérience. En revanche, il est difficile au personnel de l'hospice d'intégrer le processus de la mort dans le cadre familial, même si ce personnel peut faire beaucoup pour éduquer la famille et l'aider dans le cadre même de l'établissement. Ce système présente aussi l'inconvénient de décharger le personnel des autres

établissements de la responsabilité d'assurer de bons soins aux personnes mourantes, celles-ci pouvant être dirigées vers l'hospice, ce qui prive ce personnel de la possibilité de se familiariser avec la mort et le processus qui y conduit.

Les soins à domicile, qu'ils soient dispensés, ou non, en association avec un hospice, ont l'avantage de permettre au patient de mourir chez lui ou chez les siens. Ces derniers auront ainsi l'occasion de se familiariser avec les tâches qu'exigent les soins physiques et d'y participer. Toutefois, ce système exige un sérieux engagement et une attention assidue de la part des proches parents, ainsi qu'un soutien énergique de la part des services de santé et des services sociaux.

Le groupe de travail a reconnu qu'il n'y a pas de réponse unique à la question du lieu où les personnes âgées devraient mourir. Pour certaines d'entre elles, il vaut mieux mourir à l'hôpital, d'autres préféreraient mourir à l'hospice et beaucoup voudraient mourir chez elles. L'important est que l'on n'épargne aucun effort pour réintégrer une personne mourante dans sa famille, pour ne pas laisser la mort prendre la tournure d'un événement purement médical et pour donner à chacun l'occasion de se familiariser dès l'enfance avec la mort et avec le processus qui y conduit. Un tel enseignement, auquel les personnes âgées mourantes peuvent participer si on les y encourage et si on leur en donne l'occasion, ne manquera pas d'enrichir nos existences et, le moment venu, d'apprendre à chacun à mourir dignement.

7. Conclusions et recommandations

7.1 Recherche

En matière de recherche, le groupe de travail a formulé les conclusions ci-après.

1. On est très mal documenté sur la question et il faudrait identifier les domaines où des études transversales et longitudinales doivent être entreprises.
2. Les méthodes et les résultats de la recherche ne sont pas toujours soumis à une évaluation critique avant d'être interprétés, puis appliqués. En mettant au point des méthodes de recherche standardisées, l'OMS donnerait plus de valeur aux études internationales entreprises dans la Région.
3. Il faut élaborer des stratégies pour mettre en oeuvre les recommandations qui se fondent sur les résultats de recherches sérieuses.
4. Des études doivent être entreprises sur :
 - le comportement de certains groupes professionnels et non professionnels à l'égard des personnes âgées, par exemple sur la façon dont des classes particulières d'individus réagissent vis-à-vis des personnes âgées, et réciproquement;
 - les attributs qui caractérisent certains sous-groupes de personnes âgées, par exemple les veufs, etc.;
 - les besoins particuliers de certains sous-groupes, par exemple les grands-parents; sur ce que l'on pense d'eux et ce que l'on attend d'eux; et sur la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes;
 - la façon dont les personnes âgées perçoivent les attitudes des autres personnes à leur égard et en subissent l'influence;
 - la corrélation éventuelle entre les égards accordés aux personnes âgées et d'autres valeurs culturelles;
 - ce que les professionnels et les non-professionnels savent du vieillissement et de la vieillesse et sur ce que le public en général devrait savoir sur ces mêmes sujets;
 - ce qu'il faut entendre par des "soins de qualité satisfaisante", et sur les critères permettant d'évaluer cette qualité;
 - la qualité des soins donnés aux personnes âgées dans les établissements, à domicile et lorsqu'elles sont mourantes;
 - la qualité et la quantité des soins dispensés par les familles et par les collectivités aux personnes âgées qui sont faibles, malades ou mourantes;
 - le coût social, économique, physique, psychologique et mental de ces soins pour les familles et les collectivités;

- l'assistance et les services socio-sanitaires dont ont besoin les familles et les amis qui fournissent ces soins;
- les formes de soins que les familles et les amis hésitent à assumer;
- la façon dont l'assistance et les services peuvent être dispensés pour correspondre le mieux aux besoins individuels (y compris les besoins sociaux et psychologiques) des donneurs et des bénéficiaires de soins;
- l'utilisation qui est faite des services existants et sur la personnalité des usagers; et
- les circonstances dans lesquelles et les raisons pour lesquelles les services disponibles ne sont pas utilisés.

7.2 Mesures à prendre

Le groupe de travail a conclu que des mesures s'imposaient dans les domaines suivants.

1. Les renseignements détenus tant par le public en général que par les professionnels des soins de santé sur a) le processus de vieillissement et b) les perspectives d'une vie épanouie dans la vieillesse sont souvent dispersés ou inexacts. Une éducation intégrée en gérontologie doit être donnée :

- aux enfants d'âge scolaire;
- aux personnes âgées elles-mêmes ainsi qu'à leurs parents et amis;
- aux membres des organisations bénévoles; et
- aux autres membres du grand public.

2. Nombreuses sont les personnes âgées ainsi que leurs parents et amis qui ne connaissent pas toute la gamme des services sanitaires et sociaux mis à leur disposition. Il est donc urgent d'organiser des campagnes nationales d'éducation utilisant tous les médias modernes.

3. Beaucoup de programmes de formation aux soins de santé appliqués dans la Région européenne ne font aucune place, ou qu'une place minime, à la gérontologie. Au niveau élémentaire aussi bien que supérieur, les programmes doivent être révisés ou réorientés afin d'inclure les principes du développement humain et la prévention du vieillissement et de l'incapacité prématurés.

4. Dans la plupart des pays, les soins de santé aux personnes âgées ne bénéficient que d'une attention limitée et d'une faible priorité, et les départements universitaires, les corps professionnels et les organismes de financement ne leur accordent souvent qu'un maigre soutien. Aussi les élèves qui suivent une formation en soins de santé, même s'ils ont au départ une bonne motivation, apprennent-ils rapidement que les services curatifs dispensés aux groupes d'âge plus jeunes ont davantage de prestige et offrent de meilleures perspectives financières. Sans la participation active des écoles de médecine et des institutions de recherche, les efforts pour créer des services de soins aux personnes âgées resteront voués à l'échec faute d'un personnel suffisamment qualifié pour s'acquitter des tâches difficiles. Des mesures doivent être prises sans délai pour que les soins de santé aux personnes âgées jouissent à tous les niveaux d'une meilleure considération.

5. On se préoccupe rarement de savoir si les méthodes et les techniques pédagogiques utilisées dans les programmes sur la vieillesse et le vieillissement organisés pour le grand public ou à l'intention du personnel professionnel et auxiliaire sont bonnes et bien adaptées à leur but. Du matériel didactique et des services consultatifs sont nécessaires à tous les échelons pour aider le personnel enseignant à identifier les domaines susceptibles d'être améliorés, à fixer les objectifs et à surveiller les progrès accomplis.

6. Le personnel qui enseigne dans les écoles de médecine, de soins infirmiers ou de protection sociale est souvent lui-même insuffisamment instruit en gérontologie et en soins de santé aux personnes âgées. Il faudrait se pencher d'urgence sur la question de savoir qui formera les enseignants.

7. Bien que l'Europe ne soit pas une région monolithique et qu'il existe entre les pays des différences culturelles, religieuses et socio-économiques, il a été reconnu que les Etats Membres se trouvent tous confrontés à des problèmes identiques en rapport avec le vieillissement et les personnes âgées, y compris la maladie et l'incapacité, la détresse sociale et la mauvaise situation socio-économique. Ces problèmes ne sont pas traités en priorité et les ressources budgétaires destinées aux services pour personnes âgées sont souvent les premières victimes de la récession économique mondiale. Une amélioration de la qualité de la vie des personnes âgées pourrait

retentir sur leur état de santé et diminuer la charge qu'elles représentent pour les services de santé et les services sociaux. Il faut tirer davantage parti de la contribution qu'elles peuvent apporter à la société. Au lieu de mettre l'accent sur leurs lacunes et leurs faiblesses, on devrait prendre en compte leurs capacités, leurs connaissances et leurs expériences.

7.3 Recommandations

Le groupe de travail a formulé les recommandations ci-après.

Au niveau national

1. Il faudrait élaborer un système intégré d'éducation pour les personnes âgées, leurs familles et le public non professionnel afin de tirer le meilleur parti des connaissances déjà acquises sur la santé, les soins et le bien-être des personnes âgées et, plus particulièrement, pour faire bénéficier ces personnes des programmes de santé primaires et des programmes de prévention. Les médias devraient participer davantage aux activités éducatives destinées au grand public.
2. Les programmes d'enseignement pour les professionnels de la santé devraient être revus pour qu'une place suffisante soit faite à la gérontologie au niveau universitaire et post-universitaire.
3. Il faudrait entreprendre des programmes de recherche et d'action visant a) à maintenir aussi longtemps que possible l'intégration des personnes âgées dans leur environnement familial et b) à promouvoir la planification des soins de santé et des services sociaux en faveur des personnes âgées, en s'efforçant de déboucher autant que possible sur des mesures concrètes.
4. Des études de comportement devraient être effectuées sur la capacité fonctionnelle des personnes âgées à travailler et à apprendre.
5. Des études transculturelles devraient être entreprises pour élucider les aspects négatifs et positifs du processus du vieillissement.
6. Il faudrait élaborer des programmes visant à identifier les besoins des parents et autres personnes qui prennent en charge des personnes âgées faibles, malades ou mourantes, ainsi qu'à répondre à ces besoins.
7. Les soins aux personnes âgées devraient bénéficier d'une haute priorité dans la planification des programmes nationaux pour l'amélioration de la qualité de la vie.

Au niveau international

1. L'amélioration des soins de santé en faveur des personnes âgées au niveau national demande que les organisations gouvernementales et non gouvernementales élaborent en commun des programmes internationaux et qu'elles échangent des renseignements sur les solutions qui se sont montrées efficaces, sur les activités de recherche et sur les efforts de mise en oeuvre des programmes.
2. Il faudrait pousser davantage l'élaboration d'un programme à long terme axé sur le bien-être physique, mental et social des personnes âgées.
3. Il faudrait insister davantage sur la nécessité d'améliorer la méthodologie de la recherche sur le vieillissement, en se préoccupant spécialement des mesures capables d'assurer la comparabilité entre les programmes de recherche nationaux. Des groupes ou sous-groupes techniques consultatifs devraient être constitués dans les domaines ci-après :
 - les aspects de l'environnement physique des personnes âgées;
 - les facteurs psycho-sociaux de la vieillesse (y compris les aspects psycho-sociaux de la retraite, et la façon de se préparer à la retraite); et
 - la détermination des besoins affectifs des personnes âgées.
4. L'échange des connaissances relatives aux problèmes biologiques et psycho-sociaux de la vieillesse devrait être facilité au moyen de cours et de séminaires internationaux spécialement conçus.

REFERENCES

1. Kogan, N. A study of age categorization. Journal of gerontology, 34:358-367 (1979).
2. Improving geriatric care in hospital: rapport d'un groupe de travail de la British Geriatrics Society et du Royal College of Nursing du Royaume-Uni, Londres, Royal College of Nursing, 1975.
3. Improving geriatric care in hospital: a handbook of guidelines. Londres, Royal College of Nursing, 19875.
4. Rudd, T. Human relations in old age. Londres, Faber & Faber, 1967.
5. Wells, T.J. Problems in geriatric nursing care. Londres, Churchill Livingstone, 1980.
6. Training syllabus register of nurses' general nursing. Londres, The General Nursing Council for England and Wales, 1977, pp. 10-11.
7. Outline curriculum in the care of the elderly and geriatric nursing for registered and enrolled nurses. Course Number 297. Londres, Joint Board of Clinical Nursing Studies.
8. Outline curriculum in the care of the elderly and geriatric nursing for registered and enrolled nurses. Course Number 940. Londres, Joint Board of Clinical Nursing Studies.
9. Department of Health and Social Security. Care in action: a handbook of policies and priorities for the health and personal social services in England. Londres, H.M. Stationery Office, 1981.
10. Department of Health and Social Security. Growing older. Londres, H.M. Stationery Office, 1981.
11. Melin, E. et al. Människa i langvard (L'être humain et les soins prolongés). Liber Utbildningskonsult, 1978.
12. Svanborg, A. Seventy-year-old people in Gothenburg: a population study in an industrialized city. II: General presentation of social and medical conditions. Acta medica Scandinavica, Suppl. 611: 5-37 (1977).
13. Fülgraff, B. Das Leben im Alter. Kommunikations- und Konsumverhalten. Hambourg, Gruner & Jahr, 1977.
14. Vereecken, M. et al. Les problèmes scolaires des enfants et leurs grands-parents. Revue de pédiatrie, 16: 421-427 (1980).
15. Dødsårsagerne i Danmark i 1976 (Les causes de décès au Danemark en 1976). Copenhague, Conseil national de la Santé, 1978.

Annexe 1

BIBLIOGRAPHIE

- Ahammer, I.M. & Bennett, K. Viewing older people: a comparative method - comparative sample approach. Australian journal of psychology, 29: 97-110 (1977).
- Bader, J.E. Attitudes toward aging, old age, and old people. Aged care & services review, 2: 2-14 (1980).
- Brewer, M.B. et al. Perceptions of the elderly: stereotypes as prototypes. Journal of personality and social psychology (sous presse).
- Brigham, J.C. Ethnic stereotypes. Psychological bulletin, 76: 15-38 (1971).
- Brubaker, T.H. & Powers, E.A. The stereotype of "old": a review and alternative approach. Journal of gerontology, 31: 441-447 (1976).
- Butler, R.N. Why survive? Being old in America. New York, Harper, 1975.
- Collette-Pratt, C. Attitudinal predictors of devaluation of old age in a multi-generational sample. Journal of gerontology, 13: 193-197 (1976).
- Connor, C.L. et al. Evaluation of job applicants: the effects of age versus success. Journal of gerontology, 33: 246-252 (1978).
- Crockett, W.H. et al. The effect of deviations from stereotyped expectations upon attitudes toward elderly persons. Journal of gerontology, 34: 368-374 (1979).
- Festinger, L. A theory of social comparison processes. Human relations, 7: 117-140 (1954).
- Fiske, S.T. & Linville, P.W. What does the schema concept buy us? Personality and social psychology bulletin, 6: 543-557 (1980).
- Gordon, S.K. & Hallauer, D.S. Impact of a friendly visiting program on attitudes of college students toward the aged: a pedagogical note. Gerontologist, 16: 371-376 (1976).
- Hamilton, D.L. A cognitive attributional analysis of stereotyping. In: Berkowitz, L., ed. Advances in experimental social psychology. New York, Academic Press, 1979, Vol. 12.
- Hamilton, D.L. Stereotyping and intergroup behavior: some thoughts on the cognitive approach. In: Hamilton, D.L., ed. Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1981.
- Hamilton, D.L. Illusory correlation as a basis for stereotyping. In: Hamilton D.L., ed. Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1981.
- Harris, L. et al. The myth and reality of aging in America. Washington, DC, National Council on Aging, 1975.
- Hicks, D.A. et al. "Attitudes" toward the elderly: a comparison of measures. Experimental aging research, 2: 119-124 (1976).
- Kilty, K.M. & Feld, A. Attitudes toward aging and toward the needs of older people. Journal of gerontology, 31: 586-594 (1976).
- Kogan, N. Beliefs, attitudes, and stereotypes about old people: a new look at some old issues. Research on aging, 1: 11-36 (1979).
- Kogan, N. A study of age categorization. Journal of gerontology, 34: 358-367 (1979).
- Locke-Connor, C. & Walsh, R.P. Attitudes toward the older job applicant: just as competent but more likely to fail. Journal of gerontology, 35: 920-927 (1980).

- Locksley, A. et al. Sex stereotypes and social judgment. Journal of personality and social psychology, 39: 821-831 (1980).
- Longino, C.F. et al. The aged subculture hypothesis: social integration, gerontophilia and self-conception. Journal of gerontology, 35: 758-767 (1980).
- Lutsky, N.S. Attitudes toward old age and elderly persons. In: Eisdorfer, C., ed. Annual review of gerontology and geriatrics. New York, Springer, 1980. Vol. 1.
- McArthur, L.Z. & Friedman, S.A. Illusory correlation in impression formation: variations in the shared distinctiveness effect as a function of the distinctive person's age, race and sex. Journal of personality and social psychology, 39: 615-624 (1980).
- McCauley, C. & Stitt, C.L. An individual and quantitative measure of stereotypes. Journal of personality and social psychology, 36: 929-940 (1978).
- McCauley, C. et al. Stereotyping: from prejudice to prediction. Psychological bulletin, 87: 195-208 (1980).
- McTavish, D.G. Perceptions of old people: a review of research methodologies and findings. Gerontologist, 11: 90-101 (1971).
- Miller, R.B. & Dodder, R.A. A revision of Palmore's Facts on Aging quiz. Gerontologist, 20: 673-679 (1980).
- Nisbett, R. & Ross, L. Human inference: strategies and shortcomings of social judgment. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1980.
- O'Connell, A.N. & Rotter, N.G. The influence of stimulus, age, and sex on person perception. Journal of gerontology, 34: 220-228 (1979).
- Palmore, E. Facts on Aging: a short quiz. Gerontologist, 17: 315-320 (1977).
- Palmore, E. The Facts on Aging quiz: a review of findings. Gerontologist, 20: 669-672 (1980).
- Reno, R. Attribution for success and failure as a function of perceived age. Journal of gerontology, 34: 709-715 (1979).
- Rodin, J. & Langer, E. Aging labels: the decline of control and the fall of self-esteem. Journal of social issues, 36: 12-29 (1980).
- Rosencranz, M.A. & McNevin, T.E. A factor analysis of attitudes toward the aged. Gerontologist, 9: 55-59 (1969).
- Scheier, M.F. et al. Sympathy, self-consciousness, and reactions to the stigmatized. Journal of applied psychology, 8: 270-282 (1978).
- Snyder, M. On the self-perpetuating nature of social stereotypes. In: Hamilton, D.L., ed. Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1981.
- Snyder, M. Seek, and ye shall find: testing hypotheses about other people. In: Higgins, E.T. et al., ed. Social cognition: the Ontario symposium on personality and social psychology. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1981.
- Taylor, S.E. & Fiske, S.T. Salience, attention, and attribution: top of the head phenomena. In: Berkowitz, L., ed. Advances in experimental social psychology. New York, Academic Press, 1978, Vol. 11.
- Taylor, S.E. et al. Categorical and contextual bases of person memory and stereotyping. Journal of personality and social psychology, 36: 778-793 (1978).
- Toulmin, S. Foresight and understanding: an enquiry into the aims of science. New York, Harper, 1961.
- Wingard, J.A. Measures of attitudes toward the elderly: a statistical reevaluation of comparability. Experimental aging research, 6: 299 (1980).

Annexe 2

LISTE DES PARTICIPANTS

CONSEILLERS TEMPORAIRES

- Mme I. Andersons
Fédération européenne pour les Personnes âgées, Graz, Autriche
- Professeur M. Asiel
Ecole de Santé publique, Université libre de Bruxelles, Belgique
- M. J. Barker^a
Joint Head, Age Concern Research Unit, Mitcham, Royaume-Uni
- Dr H. Bialonski^a
Ministère fédéral de la Jeunesse, des Affaires familiales et de la Santé, Bonn, République fédérale d'Allemagne
- Dr A. Busch
Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Hambourg, République fédérale d'Allemagne
- Mme E. Fischer
Institut Ludwig Boltzmann de Gérontologie sociale et de Recherche sur la Longévité, Vienne, Autriche
- Professeur B. Fülgraff
Département de Sociologie et d'Education des Adultes, Université d'Oldenbourg, République fédérale d'Allemagne
- Dr C. Gaitz
Directeur adjoint, Texas Research Institute of Mental Sciences, Houston, Etats-Unis d'Amérique
- Dr H. Heinze^a
Ministère des Affaires sociales de la Basse Saxe, Hanovre, République fédérale d'Allemagne
- Dr R. Herzog
Institute of Gerontology, University of Michigan, Ann Arbor, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur N. Kipshidze
Directeur de l'Institut de Thérapeutique expérimentale et clinique, Tiflis, URSS
- Dr G. Kozarević
Directeur, Institut des Maladies chroniques et de Gérontologie, Belgrade, Yougoslavie
- Dr N. Lustsky
Professeur assistant de Psychologie, Carleton College, Northfield, MN, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur P. Macuch
Directeur de l'Institut de hautes Etudes médicales, Prague, Tchécoslovaquie (Co-Rapporteur)
- M. D. Maeda
Directeur du Département de Sociologie, Institut métropolitain de Gérontologie, Tokyo, Japon
- Dr E. Melin
Centre gérontologique, Lund, Suède
- Dr E. Metze
Ege, Danemark

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

Dr E. Mütschler
Institut de Gérontologie, University of Michigan, Ann Arbor, Etats-Unis d'Amérique

Professeur K. Schmitz-Moormann
Ecole d'Education sociale, Dortmund, République fédérale d'Allemagne

Professeur R. Schmitz-Scherzer
Institut de Psychologie, Université de Bonn, République fédérale d'Allemagne (Président)

Mlle A-M Seelig
Fonctionnaire chargée des soins infirmiers, Department of Health and Social Security, Londres,
Royaume-Uni

Professeur M. Susulowska
Université Jagellon, Cracovie, Pologne

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Dr H. Hermanova
Consultant en soins aux personnes âgées (Secrétaire)

Mlle M. Skeet
Consultant à court terme en soins infirmiers (Co-Rapporteur)