

LES PERSONNES ÂGÉES ET LES URGENCES DANS LA PERSPECTIVE D'UN VIEILLISSEMENT ACTIF



Organisation
mondiale de la Santé

Les personnes âgées et les urgences dans la perspective d'un vieillissement actif

Le présent rapport constitue une réponse concrète au Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (PAIMV) 2002 dont une des recommandations est que l'on reconnaisse davantage et que l'on améliore l'apport positif des aînés durant les situations d'urgence et les efforts de reconstruction.

En collaboration avec l'agence de la santé publique du Canada et Help the Aged (Royaume-Uni), l'OMS a commandé en 2006-2007 des études de cas pour savoir comment les personnes âgées agissaient lors d'urgences liées à des conflits et d'origine naturelle qui ont éclaté tant dans des pays développés qu'en développement, en l'occurrence : une guerre, une sécheresse, une vague de chaleur, des inondations, des ouragans, des tremblements de terre, un tsunami, une tempête de verglas, des feux de végétation et une explosion dans une centrale nucléaire. Ce rapport ajoute une mine d'expériences dans le but d'éclairer les décideurs politiques sur le comment les aînés s'en sont tirés lors d'urgences liées à des conflits et catastrophes d'origine naturelle.



**Organisation
mondiale de la Santé**

Vieillessement et qualité de la vie
Santé familiale et communautaire
Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27, Suisse
Courrier électronique: activeageing@who.int
www.who.int/ageing/en
Fax: + 41 (0) 22 791 4839

ISBN 978 92 4 256364 1



LES PERSONNES ÂGÉES ET LES URGENCES DANS LA PERSPECTIVE D'UN VIEILLISSEMENT ACTIF

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Les personnes âgées et les urgences dans la perspective d'un vieillissement actif.

1.Service santé personnes âgées. 2.Service médical urgence. 3.Populations vulnérables. 4.Sujet âgé. 5.Politique sanitaire. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256364 1

(Classification NLM: WT 31)

© Organisation mondiale de la Santé 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France

Table des matières

Introduction: Au sujet du présent rapport	1
I. Les urgences d'origine naturelle et liées à des conflits dans un monde vieillissant	4
II. Urgences et personnes âgées : qu'avons-nous appris ?	7
1. Phases de gestion des urgences	7
2. Les études de cas	8
3. Planification et interventions d'urgence : forces et faiblesses	19
4. Rétablissement : forces et faiblesses	25
5. Contributions des personnes âgées	29
III. Intégrer les besoins et les contributions des personnes âgées aux situations d'urgence : un cadre pour le vieillissement actif	33
1. Environnement physique	34
2. Environnement social	36
3. Déterminants économiques	36
4. Systèmes de services sanitaires et sociaux	37
5. Déterminants comportementaux	38
6. Facteurs personnels	38
7. Genre	39
8. Culture	39
IV. La réponse stratégique	41
1. Domaines d'intervention	41
2. Acteurs et rôles principaux	42
3. Principales propositions stratégiques	43
Conclusion	50
Sources des données des études de cas	51

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Louise Plouffe, conseillère technique senior pour le programme Vieillesse et qualité de vie (ALC) avec l'aide de Irene Kang, stagiaire d'été à ALC. Le rapport a bénéficié de la direction générale d'Alexandre Kalache, directeur ALC.

La contribution indispensable des auteurs des études de cas suivants est reconnue et remerciée: Tomoe Watanabe (Japon), Abla Mehio Sibai et Nabil Kronful (Liban), Michael Weston et George Tokesky (Etats-Unis d'Amérique), John Lindsay et Madelyn Hall (Canada), Terezhina da Silva (Mozambique), Danielle Maltais (Canada), Robin Cox (Canada), Josh Rolnick (stagier d'été à ALC), HelpAge International (Royaume-Uni), Dewald van Niekerk et Vera Roos (Afrique du Sud), Yuselis Malagon Cruz, Gabriel Montalvo Diaz et Enrique Vega Garcia (Cuba) et Denise Eldemire-Shearer, Chloe Morris et Kenneth James (Jamaïque).

Ce rapport a bénéficié aussi du soutien technique et financier de :

- La Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de la santé publique du Canada,
- Help the Aged, Royaume-Uni,
- Le centre Kobe de l'OMS,
- Le cluster Interventions sanitaires en cas de crise (HAC), WHO

Design, édition, révision de textes et mise en page ont été contrôlés par Carla Salas-Rojas (ALC).

Photo de la couverture : The Jamaica Gleaner

Introduction: Au sujet du présent rapport

Actuellement, il existe une croissance fulgurante de la population mondiale des personnes de 60 ans et plus, surtout dans les régions les plus vulnérables aux urgences d'origine naturelle ou liées à des conflits. Les grands titres sur le triste sort qu'ont subi les personnes âgées durant la vague de chaleur qui a frappé l'Europe en 2003 et dans le sillage de l'ouragan Katrina aux États-Unis en 2005 ont consterné le monde. Dans les pays en développement, leur situation est en général bien moins connue et leurs besoins et contributions passent essentiellement inaperçus. Mais cela change. Le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement¹ (PAIMV) 2002 demandait à ce qu'on garantisse un accès égal à la nourriture, aux refuges, aux soins médicaux et à d'autres services pendant et après une catastrophe naturelle et tout autre type d'urgence humanitaire et recommandait que l'on reconnaisse davantage et que l'on améliore l'apport positif des aînés durant les situations d'urgence et les efforts de reconstruction. En 2008-2009, des organismes intergouvernementaux et

des organisations non gouvernementales mobilisés dans le cadre d'une action humanitaire internationale sous l'égide des Nations Unies commenceront à formuler des directives concrètes pour l'élaboration de politiques et de pratiques plus respectueuses de l'âge.

Ces initiatives s'appuient sur une preuve grandissante. Depuis plusieurs années, HelpAge International diffuse de l'information abondante sur la situation des personnes âgées lors des catastrophes. La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge fait état de politiques et de pratiques discriminatoires à l'endroit des personnes âgées dans le Rapport sur les catastrophes dans le monde 2007² et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment passé en revue les recherches scientifiques, les rapports d'activité sur le terrain et les opinions d'experts pour permettre d'intervenir en meilleure connaissance de cause sur le plan sanitaire dans les situations de crise³.

1 Nations Unies. Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril 2002. New York : Nations Unies, 2002. (En ligne : www.un.org/esa/socdev/ageing/madrid_intlplanaction.html, consulté le 1 février 2008).

2 World disaster report 2007. Genève : International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2007. (En ligne : www.ifrc.org/publicat/wdr2007/index.asp?gclid=CMj_l7HlopECFSQ4Zwod9wk_WQ, consulté le 1 février 2008).

3 Hutton, D. Older people in emergencies: Considerations for action and policy development. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008. (En ligne : www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html, à l'impression).

À ces ressources et initiatives, le présent rapport ajoute une mine d'expériences concrètes dans le but d'éclairer les politiques et pratiques en la matière. En collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada et Help the Aged (Royaume-Uni), l'OMS a commandé en 2006-2007 des études de cas pour savoir comment les aînés s'en sont tirés lors d'urgences liées à des conflits et d'origine naturelle qui ont éclaté tant dans des pays développés qu'en développement, en l'occurrence : une guerre, une sécheresse, une vague de chaleur, des inondations, des ouragans, des tremblements de terre, un tsunami, une tempête de verglas, des feux de végétation et une explosion dans une centrale nucléaire. Les études de cas ont été examinées par un groupe d'experts international en février 2007 afin d'en dégager des priorités d'intervention. Le présent rapport résume les constats et conclusions des études de cas et de l'examen réalisé par les experts.

Afin d'éclairer les décideurs, le rapport que voici présente une stratégie intégrée de planification et d'intervention d'urgence fondée sur le cadre d'orientation Vieillir en restant actif de l'OMS⁴. Cette stratégie s'appuie sur une perspective globale de la vie qui tient compte de la diversité des

besoins et des capacités des gens au fur et à mesure de leur vieillissement. Axée sur les déterminants multisectoriels du vieillissement actif qui entrent en jeu en temps de crise, elle montre comment promouvoir la santé, la participation et la sécurité des aînés avant, durant et après une urgence. Cette approche peut servir à distinguer et à intégrer les personnes âgées dans le cadre d'une planification des mesures d'urgence globale de même qu'à incorporer la gestion des urgences à des politiques sanitaires et sociales plus générales sur le vieillissement individuel et collectif.

Le rapport rassemble les preuves et explique le pourquoi des choses de la façon suivante :

- **La partie 1** décrit la convergence des tendances qu'ont la population de plus de 60 ans et les urgences sanitaires à s'accroître rapidement et décrit les défis qui en découlent.
- **La partie 2** décrit les éléments de base de la planification des mesures d'urgence et résume les constats de chacune des études de cas, dégageant les impacts des situations d'urgence sur les personnes âgées de même que les forces et faiblesses des mesures et des interventions d'urgence et du rétablissement qui s'ensuit.

4 Organisation mondiale de la Santé. Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. (En ligne : www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html, consulté le 1er février 2008).

- **La partie 3** intègre les preuves au cadre d'orientation Vieillir en restant actif de l'OMS afin de montrer en quoi l'application complète et systématique de ce cadre peut renforcer la gestion des urgences.
- **La partie 4** présente la réponse stratégique en plus de propositions concrètes pour renforcer, dans le domaine de la gestion des urgences, les domaines d'intervention du vieillissement actif que sont la santé, la participation et la sécurité.

I. Les urgences d'origine naturelle et liées à des conflits dans un monde vieillissant

Le monde vieillit rapidement : de 2006 à 2050, les personnes âgées de 60 ans et plus verront leur nombre doubler, passant de 650 millions, ce qui correspondait à 11 % de la population mondiale, à 2 milliards, ce qui représentera 22 % de l'humanité⁵. Les aînés seront alors plus nombreux que les enfants de 14 ans et moins, ce qui marquera un point tournant dans l'histoire humaine. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus augmente à toute vapeur : en l'an 2050, ces personnes représenteront 20 % de la population âgée de la planète. Les pays en développement vieillissent beaucoup plus rapidement que ne le font les pays développés. De 2005 à 2050, en effet, la proportion de la population âgée de la terre qui vit dans ces pays passera de 60 % à 80 % et des poussières⁶.

Bien que les catastrophes causées par des phénomènes naturels existent depuis la nuit des temps, leur fréquence et leur

gravité se sont accrues à cause de facteurs tels que les changements climatiques, la migration des plus pauvres vers des zones à risque élevé ainsi que la méconnaissance des urgences et la préparation inadéquate à celles-ci⁷. D'après des données rapportées dans le World Refugee Survey 2007, une moyenne de 12 millions de personnes dans le monde entier étaient des réfugiés ou des chercheurs d'asile tous les ans de 1998 à 2006⁸. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) a estimé qu'au moins 10 % des réfugiés ont 60 ans ou plus⁹.

7 Guha-Sapir, D., Hargitt, D. and Hoyois, P. Thirty years of natural disasters 1974-2003: The numbers. Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 2004. (En ligne : www.em-dat.net/publications.htm, consulté le 1 février 2008).

8 World Refugee Survey 2007. Refugees and asylum seekers worldwide 1998-2006. US Committee for Refugees and Immigrants.

9 The situation of older refugees. Refugee Survey Quarterly, 1998, 17(4).

5 Population Aging 2006. New York : United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division, 2006. (En ligne : <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>, consulté le 1 février 2008).

6 Population issues: meeting development goals. Fast Facts 2005. New York : United Nations Population Fund, 2007. (En ligne : <http://www.unfpa.org/pds/ageing.htm>, consulté le 1 février 2008).

En Indonésie, 16,5 millions de personnes (7,8 % de la population) ont plus de 60 ans, ce qui en fait le dixième pays le plus peuplé de personnes âgées au monde. On estime que 18,7 % d'entre elles vivent sous le seuil de la pauvreté... L'Indonésie, qui comptera 28,8 millions de personnes âgées (11,23 % de sa population) en 2020, est sujette à des catastrophes naturelles.¹⁰

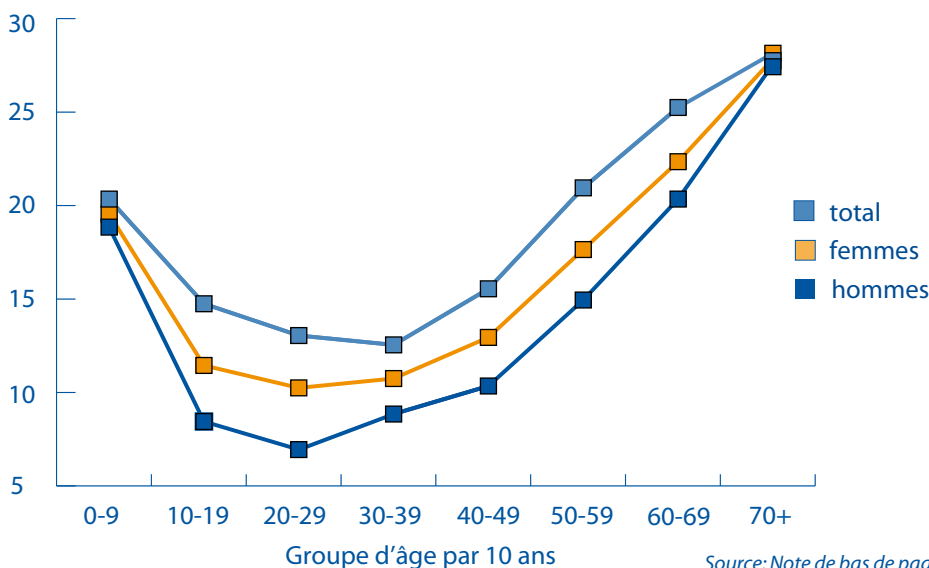
Tant les urgences d'origine naturelle que celles liées à des conflits font planer de graves menaces sur la sécurité, la santé et le bien-être humains, car en plus des décès directs qu'elles provoquent, les crises augmentent les risques de contracter des

maladies, nuisent à la santé et aux services sociaux, arrachent les gens à leurs maisons et familles et perturbent les moyens d'existence. Bien que peu nombreuses, les données statistiques sur les urgences récentes et les crises de fraîche date montrent que les personnes âgées y sont plus vulnérables. On constate ainsi que les taux de mortalité par âge les plus élevés résultant du tsunami survenu en 2004 en Aceh, en Indonésie, sont ceux des adultes de 60 à 69 ans (22,6 %) et de 70 ans et plus (28,1 %)¹¹ (figure 1). La multiplication des urgences et des catastrophes dans ce monde vieillissant qui est le nôtre signifie que des dangers guetteront un nombre grandissant de personnes âgées. (Figure 1).

10 HelpAge International. Older persons in emergencies. Case study : Indonesia, Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

11 Doocy, S. et al. Tsunami mortality in Aceh province, Indonesia. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2007, 85:273-278 2007, 85:273-278.

Figure 1. Taux de mortalité par âge causée par le tsunami, selon la région touchée, province d'Aceh, Indonésie



Source: Note de bas de page N° 11

Quoi qu'il en soit, le fait que les personnes âgées représentent une proportion croissante de la population plus vulnérable dans les situations d'urgence ne signifie pas pour autant que les personnes âgées en général sont plus vulnérables : beaucoup continuent à bien fonctionner et à participer pleinement à la vie en société. Les personnes âgées sont des ressources pour leurs familles et leurs communautés, surtout en temps de crise. Leurs années d'expérience peuvent en faire des modèles de résilience personnelle et des sources d'inspiration et de savoir pratique. Elles aident bénévolement, s'occupent de leurs petits enfants ou de voisins et participent à des initiatives de soutien ou de rétablissement. La communauté toute entière gagne donc à ce que les aînés participent à la planification des mesures et des interventions d'urgence.

Il s'agit d'améliorer le soutien aux aînés lors des situations d'urgence de façon à ce qu'il leur arrive le moins de mal possible et à les aider à conserver la meilleure santé ou capacité fonctionnelle possible, sinon à la récupérer dans les plus brefs délais. Cela

exige des gouvernements, des planificateurs des mesures d'urgence et des intervenants en cas d'urgence de même que de la collectivité en général, y compris les personnes âgées, de déterminer et d'intégrer des mesures « respectueuses de l'âge » à la planification et aux interventions d'urgence de même qu'aux efforts de rétablissement consécutifs aux urgences.

Les communautés comptaient sur les adultes plus âgés, bon nombre d'entre eux des résidents de longue date, pour les conseiller et les aider durant ce processus [reconstruction] – par exemple, un inspecteur en bâtiment à la retraite les a aidées à évaluer les dommages aux immeubles détruits par le feu et à conseiller ceux qui reconstruisaient; on a fait appel à d'autres personnes âgées pour repérer, de mémoire, l'emplacement des puits, des clôtures et des limites de propriété¹².

12 Cox, R. A case study of the British Columbia firestorm 2003. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006

II. Urgences et personnes âgées : qu'avons-nous appris?

1. Phases de gestion des urgences

Tout surprenants soient-ils, les événements urgents sont tout de même prévisibles. Il y a beaucoup de choses que l'on puisse faire pour en prévenir et en réduire au minimum les effets avant, pendant et après. La gestion des urgences comporte trois phases : la préparation, l'intervention et le rétablissement¹³.

La préparation s'entend des politiques, des stratégies et des programmes qui sont élaborés et mis en oeuvre pour prévenir ou pour réduire au minimum les effets adverses d'un sinistre. Cela comprend les mesures suivantes :

- identifier les populations les plus vulnérables et déterminer les endroits les plus à risques dans la communauté;
- adopter et mettre en oeuvre des stratégies et des plans de réduction des risques, par exemple installer les établissements humains loin des zones à risque élevé;
- construire des structures plus résistantes, y compris les bâtiments et les ponts;
- élaborer et partager des plans d'avertissement et d'intervention faisant appel à la participation des services gouvernementaux et non gouvernementaux, de la communauté et d'autres secteurs concernés;

- stocker des fournitures d'aide et en maintenir suffisamment;
- trouver, construire et équiper des refuges sûrs;
- former des pourvoyeurs de soins de santé, des intervenants d'urgence et des bénévoles locaux pour évaluer et prioriser les besoins et prendre les mesures appropriées en cas de catastrophe;
- rassembler les leçons et les pratiques exemplaires tirées d'urgences antérieures et s'en servir pour formuler et mettre à jour les plans de préparation aux situations d'urgence.

La phase d'intervention comprend les activités et les procédures conçues pour réduire au minimum les impacts d'une urgence, d'une catastrophe ou d'une crise humanitaire. Cela devrait inclure la mise en oeuvre des procédures élaborées durant la phase de la planification des mesures d'urgence. D'ordinaire, on s'affaire immédiatement à ce qui suit après une crise :

¹³ Hutton, 2008.

- évacuer,
- traiter les blessures,
- fournir un refuge, de la nourriture et de l'eau,
- réduire au minimum les effets de l'événement sur la santé de la population affectée et, en particulier, prévenir l'apparition de flambées de maladies infectieuses.

Le rétablissement met l'accent sur l'élaboration de plans, de structures et de politiques postérieures à l'urgence à moyen et à long termes, en l'occurrence :

- répondre à des besoins continuels de soins de santé,
- restaurer les habitations,
- réinstaller les personnes déplacées,
- assurer la relance des rôles et des activités d'ordre économique et social.

Chaque phase de la gestion des urgences contribue à la suivante : bien se préparer permet d'intervenir et de rétablir efficacement, et bien rétablir en tenant compte des mesures de préparation permet aux personnes et aux sociétés de mieux se préparer aux événements futurs. Les enseignements tirés des faiblesses relevées dans la gestion des urgences servent également à renforcer les plans de préparation aux situations d'urgence.

2. Les études de cas

Des études de cas ont été commandées sur des urgences, des catastrophes et d'autres crises d'origine naturelle ou liées à des conflits qui ont frappé des pays de toutes les régions du monde. Les urgences comprenaient des événements distincts et ponctuels tels que l'explosion de la centrale nucléaire de Tchernobyl en 1986. D'autres études se sont intéressées à des situations d'urgence récurrentes telles que les ouragans qui balaient la Jamaïque et Cuba et les tremblements de terre qui ont secoué la Turquie durant les années 1990. Étant l'un des grands partenaires de cette initiative, le Canada a fait l'étude de quatre situations d'urgence qui se sont produites chez lui. La majorité des rapports d'études de cas ont été préparées par des experts qui ont fait des recherches auprès d'ainés qui ont été affectés par les crises ou qui ont participé directement aux opérations d'urgence. Les auteurs de chaque étude de cas ont examiné l'impact des sinistres sur les adultes âgés à partir des données disponibles, puis évalué les forces, les lacunes et les bonnes pratiques en matière de planification des mesures d'urgence et d'interventions d'urgence, y compris la façon dont les contributions des personnes âgées ont été intégrées aux efforts communautaires.

Pour mettre l'accent sur les résultats spécifiques aux aînés, le présent rapport fait abstraction de l'information sur les problèmes de planification des mesures

d'urgence, de coordination ou de déploiement des ressources et des fournitures qui ont affecté la population toute entière d'une région sinistrée, bien que les personnes âgées seraient manifestement touchées par ces difficultés d'ordre général. Certaines des études de cas renfermaient des données désagrégées selon l'âge, mais la plupart documentaient les résultats observés pour les personnes âgées sans les comparer à ceux obtenus pour d'autres groupes d'âge. Les sources des données utilisées pour les études figurent dans la page 51.

Que s'est-il passé?

Voici, en ordre alphabétique, les faits saillants des situations urgentes et des répercussions qu'elles ont eues sur la population générale et sur les personnes âgées.

1. Tsunami d'Aceh (Indonésie) (2004)¹⁴

Le 26 décembre 2004, un tremblement de terre d'une magnitude de 9,0 à l'échelle de Richter s'est produit dans l'océan Indien, déclenchant une série de tsunamis massivement destructeurs qui ont rasé des communautés côtières de l'Indonésie, du Sri Lanka, de l'Inde, de la Thaïlande et d'autres pays d'Asie du Sud et du Sud-Est. La province d'Aceh, en Indonésie, a été l'endroit le plus durement touché par les tsunamis, qui ont semé la destruction et la mort partout sur ses 1 000 kilomètres de littoral. Selon les estimations du gouvernement indonésien,

¹⁴ HelpAge International. Older persons in emergencies. Case study: Indonesia, Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

environ 130 000 personnes sont décédées, quelque 40 000 ont été portées disparues et 504 000 ont été déplacées en Aceh. Des recherches subséquentes¹⁴¹⁵ ont révélé que la mortalité avait culminé chez les jeunes enfants et les adultes plus âgés. Dans une région où la famille est la source principale des soins prodigués aux personnes âgées, la mort de tant de gens a réduit la capacité des familles de prendre soin des leurs.

2. Sécheresse dans le Bophirima (Afrique du Sud) (2002-2005)¹⁶

Le district de Bophirima, en Afrique du Sud, est une zone fortement agricole qui abrite une importante population de fermiers âgés. De 2002 à 2005, le district a connu de graves épisodes de sécheresse suivis d'effets économiques persistants. Les impacts environnementaux et économiques de la pénurie prolongée de pluie ayant mis du temps à se manifester, les secours ont été lents à venir; bien qu'aucun décès humain n'ait été attribué directement à la sécheresse, l'arrivée tardive et le caractère parfois inadéquat des secours n'ont en rien amoindri les difficultés économiques de bien des gens. Bien que le Cadre de gestion des catastrophes naturelles d'Afrique du

¹⁵ Doocy et al, 2007.

¹⁶ van Niekerk D and Roos V. Impact of drought in the Bophirima District Municipality (South Africa) on older people. London, Help the Aged UK, 2007.

Sud renferme des dispositions pour les personnes âgées, les plans d'urgence locaux en cas de catastrophe ne prévoyaient pas de secours particuliers aux aînés.

3. « Tempête de feu » en Colombie-Britannique (Canada) (2003)¹⁷

À l'été 2003, un nombre record de feux de végétation a balayé la province de la Colombie-Britannique, au Canada. Quelque 2 500 feux de végétation et 15 feux d'interface (à la limite des zones sauvages et des établissements humains) ont provoqué des perturbations massives comprenant des pertes matérielles, des pertes économiques, la perte de bétail et la destruction de vastes étendues de parcours naturels et de terres sauvages. Certaines villes ont été pratiquement rayées de la carte. Il a fallu, à cause de la rapidité et de la violence des feux, procéder à des évacuations subites et répétées à grande échelle, les plus vastes de l'histoire de la province. La zone affectée comprenait des villes qui attirent des retraités et qui affichent des concentrations supérieures à la moyenne de personnes âgées. Dans ces villes, le déménagement des aînés vivant dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes a été un problème important.

¹⁷ Cox R, A case study of the British Columbia firestorm, 2003. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007.

4. Accident à la centrale nucléaire de Tchernobyl (Ukraine) (1986)¹⁸

L'explosion inattendue d'une centrale nucléaire a contaminé un vaste territoire de la Russie, du Bélarus et de l'Ukraine. On a réagi en évacuant massivement la population et en réinstallant en permanence quelque 350 400 personnes¹⁹, dont, selon les estimations, 10 % de 60 ans et plus. L'exposition des gens, surtout des travailleurs des opérations de nettoyage, aux rayonnements leur a causé des problèmes de santé à long terme, mais les estimations du nombre de personnes atteintes varient grandement.

L'évacuation et la réinstallation forcées, dont l'objectif premier était de protéger la santé sans égard aux conséquences sociales ou culturelles d'une telle mesure, ont entraîné des difficultés psychosociales d'adaptation, surtout chez les personnes âgées. Un nombre significatif de personnes ont fini par retourner dans la région de Tchernobyl malgré les risques permanents d'empoisonnement radioactif qu'elles allaient y courir.

¹⁸ Rolnick J. Impacts and contributions of older persons in emergency situations - A case study of the explosion at the Chernobyl nuclear power plant. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

¹⁹ The human consequences of the Chernobyl nuclear accident. A Strategy for recovery. UNDP and UNICEF, 2002.

5. Ouragans à Cuba (155 ans)²⁰

Cuba est la proie d'ouragans depuis longtemps et l'est de plus en plus souvent depuis les années 1990. On y trouve également l'un des pourcentages les plus élevés de personnes âgées (15,8 %) de tous les pays des Amériques. Après la dévastation causée par l'ouragan de 1963, l'île s'est dotée d'une stratégie globale et distincte de gestion des urgences qui identifie les personnes âgées et les inclut dans les groupes vulnérables, selon les profils sanitaires et sociaux, et qui en fait des participants à part entière des efforts communautaires. De 1985 à 2001, 17 personnes sont mortes durant les ouragans, dont 4 personnes âgées. Depuis 2002, 25 personnes sont décédées à cause des ouragans, dont 2 aînés. Dans tous les cas, les personnes âgées qui sont mortes s'étaient entêtées à rester chez elles malgré les occasions qu'elles avaient eues d'évacuer. En plus de mesures d'atténuation des dommages, la stratégie cubaine accorde beaucoup d'importance à l'information publique, à l'évacuation, à la fourniture de refuges et d'un soutien appropriés de même qu'à la continuité des services de santé offerts aux personnes vulnérables.

20 Malagon Cruz Y et al. Contribution and management of Cuban elderly in hurricane situation. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007.

6. Vague de chaleur en France (2003)²¹

En août 2003, des chaleurs torrides sans précédent et inattendues ont enveloppé l'Europe pendant dix jours et provoqué 34 000 décès excédentaires exclusivement chez les personnes de plus de 45 ans et surtout chez celles de plus de 70 ans. Le plus grand nombre de décès – 14 800 – s'est produit en France²², un pays qui possède l'un des systèmes de santé et sociaux les mieux financés de la planète. Étaient particulièrement vulnérables les personnes qui étaient socialement isolées, qui souffraient de problèmes cardiovasculaires ou qui ne pouvaient pas aussi bien prévenir la déshydratation. Bon nombre des personnes qui sont mortes vivaient seules dans la communauté, quoique beaucoup soient aussi décédées dans des foyers de soins infirmiers et des hôpitaux. Le manque général de matériel de climatisation de l'air, l'absence de famille et de soignants professionnels durant la période de pointe des vacances et la piètre coordination des services d'urgence, de santé et sociaux, voilà tout autant de facteurs qui ont contribué à cette tragédie humaine.

21 Rolnick, J. Impacts and contributions of older persons in emergency situations - A case study of the 2003 heat wave in Europe. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

22 Kosastsky T. The 2003 heat waves. Euro Surveillances, 2003, 10 (07), 148-149.

7. Ouragans en Jamaïque (2004-2005)²³

Les ouragans étant un phénomène récurrent très prévisible en Jamaïque, le pays s'est doté en 1988 d'un plan national de mesures d'urgence en cas de catastrophe pour en atténuer l'impact. Mais l'île a connu une saison des ouragans très mouvementée en 2004-2005. Les ouragans violents s'y sont succédé durant cette période, ce qui en a accentué l'impact et causé des dommages cumulatifs. Environ 1 000 familles ont été évacuées vers des refuges, et les dommages aux habitations, aux chemins et aux moyens de subsistance rurale ont affecté 370 000 personnes. Les ouragans ont été particulièrement dommageables pour les ménages dirigés par des femmes, notamment des femmes âgées, puisque les logements de ces foyers étaient en moins bon état. Des régions rurales, habitées en majorité par des personnes âgées, ont manqué d'électricité et d'eau propre pendant des mois. Beaucoup de centres de soins de santé primaires ont été endommagés, ce qui a perturbé l'accès à la seule source de soins de santé accessibles à la plupart des aînés de la Jamaïque.

8. Tremblement de terre au Cachemire (Pakistan et Inde) (2005)²⁴

Un tremblement de terre d'une magnitude de 7,6 à l'échelle de Richter a ébranlé le Pakistan en 2005, surtout dans les régions

23 Eldemire-Shearer D et al. Disaster management and older persons. A case study - Jamaica. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

24 HelpAge International. Older persons in emergencies. Case study: Kashmir. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

éloignées, montagneuses et rurales pauvres. Au total, 3,5 millions de personnes ont été affectées par le tremblement de terre, qui a coûté la vie à 74 000 d'entre elles et en a blessé 80 000 autres. Quelque 2,8 millions de personnes ont été jetées à la rue puisque 84 % du parc de logements a été détruit ou endommagé. De plus, le tremblement de terre a paralysé la prestation des services sociaux, les structures de gouvernance, le commerce et les réseaux de communication. Les systèmes de soins de santé de base ont été complètement perturbés. Certes, de nombreuses personnes âgées n'ont pas eu besoin d'aide de l'extérieur, mais une proportion élevée des personnes dans les camps de déplacés étaient des aînés. Beaucoup de femmes et de personnes âgées confinées chez elles n'ont pas pu avoir accès aux soins dispensés dans les cliniques de santé d'urgence. Les habitants des communautés éloignées avaient difficilement accès aux soins médicaux et aux vivres.

9. Tremblement de terre à Kobe (Japon) (1995)²⁵

Un tremblement de terre majeur et subit s'est produit dans la région fortement urbanisée de Kobe en 1995. Une vaste zone a été affectée, ce qui a provoqué des dommages à grande échelle aux maisons, à l'alimentation en électricité, aux transports, aux communications et aux services essentiels. Des feux secondaires, surtout dans les secteurs plus pauvres de la ville, ont multiplié les dommages et le nombre de victimes.

25 Watanabe T. Older persons in emergency situations. A case study of the Great Hanshin-Awaji Earthquake. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

On estime que 43 792 personnes ont été blessés et que 6 434 sont mortes. Les aînés représentaient tout juste un peu plus de 50 % des victimes immédiates, mais 90 % des personnes qui sont mortes par la suite. Il a fallu procéder à des évacuations massives, et les survivants ont vécu pendant plusieurs mois dans des logements temporaires avant d'être réinstallés dans de nouvelles habitations permanentes, loin des communautés qui leur étaient familières. Les nouveaux logements étaient mésadaptés aux personnes âgées et de nombreux services de soutien ont été mis sur pied afin de contrer les répercussions sanitaires et psychosociales adverses de cet état de fait.

10. Conflit au Liban (2006)²⁶

Le Liban est ravagé par les guerres et les invasions depuis 1975. Le conflit le plus récent s'y est produit en juin 2006, le Sud du pays ayant été soumis à 33 jours de raids aériens et d'incursions terrestres qui, au total, se sont soldés par 1 183 morts, surtout des civils, et près de 5 000 blessés. Environ 1,1 million de personnes ont été forcées de quitter leur domicile. On estime que 84 % des personnes âgées ont dû trouver refuge chez des proches ou dans des camps de déplacés et que certaines ont subi plusieurs déplacements. Les personnes qui sont demeurées chez elles ont déclaré ne pas avoir eu de moyen de transport pour quitter, n'avoir nulle part où aller ou avoir

26 Sibai AM and Kronful N. Needs assessment of older adults: The July 2006 war on Lebanon. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007.

été carrément abandonnées. Les pénuries d'eau, les dommages aux installations de soins de santé primaires et la perturbation des soins dans 60 % des hôpitaux ont été des conséquences importantes pour le segment des personnes âgées connaissant une prévalence élevée de maladies chroniques.

11. Ouragan en Louisiane (États-Unis) (2005)²⁷

Bien que les ouragans soient monnaie courante et un phénomène prévisible aux États-Unis, l'ouragan Katrina a été le plus dévastateur de l'histoire du pays. La tempête a frappé la Louisiane, le Mississippi et l'Alabama, mais elle a causé ses pires dommages à la Nouvelle-Orléans, les eaux ayant inondé la ville après la rupture de ses digues. Environ 1,36 million de personnes ont été déplacées. Parmi les personnes qui sont mortes en Louisiane, 71 % avaient plus de 60 ans²⁸. Beaucoup de personnes vulnérables n'avaient ni tenu compte des avis d'ouragan en se préparant à celui-ci, ni évacué. Il a été impossible de déployer les secours à temps en raison d'une mauvaise planification des mesures d'urgence en cas de catastrophe et du manque de fiabilité des moyens de communication. Les refuges n'étaient pas équipés pour accueillir une telle marée humaine et la multitude de personnes handicapées et de malades chroniques qui l'accompagnait.

27 Weston MM and Tokesky GM. Impacts and contributions of older persons in emergency situations. A case study of Hurricane Katrina in the United States of America. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

28 AARP. We Can Do Better: Lessons learned for protecting Older Persons in Disasters. Research Report. AARP Public Policy Institute, Washington, 2006.

12. Inondation au Manitoba (Canada) (1997)²⁹

En avril et en mai 1997, la rivière Rouge a inondé une vaste superficie de la province du Manitoba, principalement au sud de la grande ville de Winnipeg. L'expérience d'inondations antérieures avait permis de prévoir le coup et de se préparer longtemps à l'avance. Des canaux de dérivation, un système de digues riveraines et de multiples remparts temporaires constitués de sacs de sable ont protégé efficacement Winnipeg des eaux de crue. On estime à 28 000 le nombre de personnes qui ont été installées ailleurs, y compris les pensionnaires d'un foyer pour personnes âgées fragiles et des patients d'hôpitaux de petites communautés. Bien que des lacunes aient été relevées dans la gestion des urgences en ce qui a trait à l'information publique à l'intention des personnes âgées et à la réinstallation des personnes fragiles et handicapées, l'impact global de l'inondation sur les personnes âgées a été minimal et de courte durée.

13. Inondations au Mozambique (2000)³⁰

La pire inondation à frapper le Mozambique en 50 ans s'y est produite en l'an 2000 et y a coûté la vie à quelque 700 personnes. Cela dit, l'élaboration préalable d'un plan d'urgence en cas d'inondation a permis d'éviter un plus grand désastre car, grâce à des

préparatifs efficaces et à la coordination des secours, 500 000 évacués ont trouvé refuge et aucune flambée importante de maladie ou malnutrition ne s'est produite dans les refuges. L'efficacité du système d'alerte rapide n'a toutefois pas été à toute épreuve et les messages n'ont pas été transmis dans les langues locales. Certaines communautés ont été renvoyées prématurément dans des zones à haut risque. Des rapports d'activité sur le terrain ont documenté la participation des personnes âgées aux initiatives, au demeurant couronnées de succès, de rétablissement et de développement post-inondation.

14. Inondation au Saguenay (Canada) (1996)³¹

Une inondation a fait des ravages matériels et endommagé les infrastructures dans la région du Saguenay en juillet 1996 après deux journées de pluies torrentielles succédant à des semaines de chutes de pluie supérieures à la moyenne et de pluies estivales abondantes dans la région du Saguenay de la province de Québec. Selon les estimations, 426 maisons ont été détruites et 2 015, endommagées. Des routes et des ponts ont été submergés ou rendus impraticables par des coulées de boue, isolant plusieurs villes et villages. Les dommages causés aux lignes de transport d'énergie, aux réseaux d'aqueduc et aux égouts ont aussi rendu les conditions dangereuses. Les plans d'intervention

29 Lindsay, J and Hall MA. A Case study of the 1997 Manitoba flood. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

30 Da Silva T. Older persons in emergency and disaster situations: A case study from the Great Flood of 2000 in Mozambique. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007.

31 Maltais D. Impact of the July 1996 floods on older persons in Quebec's Saguenay region. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

en cas d'urgence des municipalités ont tout de même permis d'atténuer l'impact de l'inondation : environ 16 000 personnes ont été évacuées, dont au moins 2 000 personnes âgées. Plusieurs centres de services ont été ouverts pour les victimes du sinistre et des visites à domicile ont été rendues aux personnes à risque.

15. Tempête de verglas au Québec (Canada) (1998)³²

Des tempêtes de pluie verglaçante se sont abattues sur le Québec durant une période d'une semaine en janvier 1998, y occasionnant aux lignes de transport d'énergie, aux toits et aux arbres de grands pans de la province des dommages à grande échelle qui ont duré de quelques jours dans certaines régions à presque un mois dans d'autres, affectant 4,8 millions d'habitants ou près des deux-tiers de la population de la province de Québec.

Environ 11 % de la population était âgée de 65 ans ou plus. Bien que certaines (140 000) soient allées se réfugier dans les centres de secours, d'autres sont demeurées chez elles, utilisant des appareils de chauffage dangereux. Les dossiers servant à localiser les personnes vulnérables étant inadéquats, il a été difficile de joindre les personnes qui avaient besoin de soutien à domicile.

32 Maltais, D. Impact of the 2003 Quebec ice storm on older persons. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

Au Québec, la tempête de verglas a coûté directement la vie à 30 personnes, la moitié desquelles étaient âgées. Prises au dépourvu, les municipalités ne pouvaient pas fournir la nourriture, l'eau, l'électricité et le chauffage de base à leurs citoyens.

16. Tremblements de terre en Turquie 1992, (1999)³³

La terre tremble souvent en Turquie, mais les puissants séismes qui l'ont secouée en 1992 et en 1999 y ont causé beaucoup de mortalité, d'incapacités, de problèmes psychosociaux et de sans-abrisme. Les dommages aux structures ont été aggravés en raison du mépris généralisé des règles de sécurité, qui prévaut dans la construction des bâtiments. Le tremblement de terre a fait environ 600 000 sans-abri, à qui il a été très difficile de trouver un refuge. Les vastes réseaux d'entraide informelle créés par les puissants liens familiaux et les relations communautaires informelles ont aidé à contrebalancer la lenteur du gouvernement à mobiliser l'aide requise. Même si le gouvernement s'était notamment donné comme objectif de trouver du logement pour les enfants et les personnes âgées durant la période de rétablissement, les villages de tentes de fortune et le caractère inadéquat des logements permanents n'ont pas permis de répondre aux besoins des aînés.

33 Rolnick, J. Impacts and contributions of older persons in emergency situations - A case study of the 1992 and 1999 earthquakes in Turkey. Rapport non publié, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

Comment les personnes âgées ont-elles été affectées?

Les urgences ont eu sur les aînés des effets d'une gravité et d'une durée variant au gré des caractéristiques particulières à la population ou à la situation même.

Somme toute, le stress émotionnel était décrit comme la conséquence principale du sinistre sur la santé. Ce stress n'avait du reste que des effets perçus à court terme. En outre, de nombreuses personnes disent que leur famille et leurs amis ont fait preuve d'une grande solidarité à leur endroit durant l'inondation³⁴.

Les données désagrégées selon l'âge de certaines études font état d'une plus grande vulnérabilité des personnes âgées. Bien que le nombre de victimes varie considérablement d'une catastrophe à l'autre, on a signalé un taux de mortalité disproportionné chez les personnes âgées dans cinq situations d'urgence : le tsunami en Aceh, les ouragans à Cuba (1985-2001), la vague de chaleur en France, l'ouragan en Louisiane, le tremblement de terre à Kobe et la tempête de verglas au Québec.

L'aggravation des maladies et des déficiences physiques préexistantes, surtout liées à la mobilité, ou l'émergence de nouveaux problèmes de santé ont été les impacts sur la santé les plus souvent observés. Ces pro-

blèmes étaient attribuables aux dangers et aux obstacles environnementaux, à la perte de soutien social et d'appareils et accessoires fonctionnels de même qu'à l'accès réduit aux services de santé. Dans le cas du tremblement de terre de Kobe et des ouragans de la Jamaïque, les mauvaises conditions d'hébergement ont contribué à la détérioration de l'état de santé des personnes âgées. Dans d'autres circonstances, comme après le tremblement de terre en Aceh, les personnes qui avaient gagné les refuges ont connu moins de problèmes de santé parce qu'elles y avaient un meilleur accès à des services que celles qui étaient demeurées dans la communauté.

Au nombre des effets sur la santé mentale communément signalés figuraient les symptômes psychosomatiques, dont la perturbation du sommeil et des habitudes alimentaires et la fatigue, ainsi que la dépression, le découragement, l'anxiété, la solitude et le retrait social. Parfois de courte durée, comme au Manitoba, la détresse émotionnelle peut toutefois durer longtemps, comme cela s'est vu après l'inondation au Saguenay et l'accident à la centrale nucléaire de Tchernobyl. Bien que la plupart des études de cas n'aient pas précisément comparé les aînés aux personnes plus jeunes, les rapports sur les tremblements de terre survenus en Turquie donnent à penser qu'il y avait un lien entre le syndrome de stress post-traumatique et la dépression, d'une part, et l'âge, d'autre part.

³⁴ Lindsay et Hall, 2006.

Durant le conflit au Liban, de nombreuses personnes âgées ont éprouvé le choc de s'être senties prises au piège, à la maison ou durant leur déplacement. Le sentiment de découragement provoqué par l'impression qu'il sera impossible de se remettre de ses pertes a été signalé dans le Bosphore, en Jamaïque et au Cachemire, tandis que, à Cuba et au Liban, certaines personnes âgées ont insisté pour rester chez elles malgré l'ampleur des risques. Durant la tempête de verglas qui a sévi sur le Québec et l'ouragan qui a déferlé sur la Louisiane, certaines personnes n'ont pas évacué par souci de sécurité pour leurs animaux de compagnie. On a constaté dans le Bosphore et à Tchernobyl que les personnes âgées étaient profondément attachées à leur milieu de vie; l'évacuation permanente forcée des habitants de Tchernobyl a provoqué, surtout chez les personnes âgées, des difficultés d'adaptation durant la réinstallation et a débouché au bout de quelques années sur des initiatives de retour à la maison malgré les risques permanents pour la santé causés par la contamination radioactive.

Ces catastrophes ont eu d'autres impacts évidents : la perte de logements, de possessions matérielles et de moyens de subsistance. Les décès, les blessures et les déplacements, tant à court qu'à long terme, ont perturbé les relations des gens avec les membres de leur famille, leurs amis et leurs voisins. Il y a eu le problème de l'isolement social à Kobe et en Turquie, où les personnes âgées ont été regroupées dans des logements neufs et, du coup, séparées de réseaux de soutien familial intergénérationnel. Il leur est arrivé d'être encore plus marginalisées sur le plan social : au Cachemire, les personnes âgées étaient surreprésentées dans les camps de déplacés ou parfois négligées par des familles trop occupées à subvenir à leurs propres besoins; en Jamaïque, des aînés ont parfois été abandonnés dans des refuges ou des hôpitaux; au Liban, enfin, certaines personnes âgées qui vivaient dans les zones de conflit actif et qui n'étaient pas allées se réfugier en lieu sûr ont dit ne pas l'avoir fait parce qu'elles avaient été abandonnées après la fuite des leurs.

Les autorités ont passé outre à des facteurs culturels qui avaient une signification particulière pour les aînés. Certains, par exemple, ont dit vouloir être inhumés dans leur ville d'origine. La moitié des personnes qui se sont installées ailleurs ou qui ont été évacuées souhaitent maintenant retourner chez elles. Ce nombre semble disproportionné chez les personnes âgées³⁵.

Ma famille luttait pour sa propre survie à la suite du tremblement de terre et ne pouvait pas s'occuper de moi. Je suis resté isolé pendant quatre jours et je ne pouvais venir en aide ni à ma famille ni à ma communauté. Mes fils m'ont à peine adressé la parole durant ce temps et j'étais traité comme un fardeau³⁶.

35 Rolnick. Chernobyl case study, 2006.

36 HelpAge International. Case study: Kashmir, 2006.

Les catastrophes ou les lacunes dans la satisfaction des besoins suite aux catastrophes ont porté directement et davantage atteinte à certains segments de la population âgée qu'à d'autres. À Kobe, en Jamaïque et dans le Bophirima, les personnes âgées à faible revenu vivaient dans des zones et des habitations plus sujettes à subir des dommages ou avaient moins de ressources pour se débrouiller durant les urgences. En Colombie-Britannique, les personnes économiquement défavorisées avaient peu de moyens de transport à leur disposition pour évacuer les lieux et aucune assurance-maison pour se rebâtir.

Le genre était un autre déterminant important de l'impact des sinistres et expliquait la plus grande dépendance envers autrui pour obtenir de l'information et du soutien au Liban et le moins bon accès aux soins de santé en Aceh et à d'autres services nécessaires en Colombie-Britannique. Les femmes pauvres vivant seules ou s'occupant d'autrui étaient particulièrement vulnérables en Jamaïque. En Aceh, à l'inverse, les ménages formés d'hommes seulement ont eu de la difficulté à s'occuper des tâches ménagères et à prendre soin des enfants à cause de la rigidité des rôles assignés à chacun des sexes.

De nombreuses organisations faisaient participer les jeunes femmes à leur planification. Mais rarement participaient-elles aux efforts d'intervention et de rétablissement. Les femmes âgées n'étaient quant à elles incluses à aucune étape du processus³⁷.

37 HelpAge International: Case study: Indonesia, 2006.

Les différences culturelles accentuaient les difficultés. Par exemple, compte tenu des différences de modes de communication et de priorités en matière de services entre les personnes affectées des régions rurales et les décideurs des services des régions urbaines de la Colombie-Britannique et des valeurs de l'autosuffisance prônés par les aînés de la Jamaïque et du Cachemire, certaines personnes âgées hésitaient à demander l'aide financière à laquelle elles avaient droit.

Bon nombre des personnes interviewées ont décrit le rétablissement comme un processus mené par un petit groupe formé surtout de non-résidents... ce qui s'est traduit par l'absence de certains services requis et par la prestation de certains services insensibles... aux besoins particuliers des adultes âgés vivant en milieu rural. Par exemple, durant le rétablissement, des maisons sans garde-manger ni cave à légumes ont été construites pour des gens qui, jusqu'à l'incendie, avaient compté financièrement sur leur capacité de mettre en conserve et de stocker des aliments³⁸.

38 Cox, 2006.

3. Planification et interventions d'urgence : forces et faiblesses

En général, la planification et les interventions d'urgence en cas de catastrophe étaient fonction des ressources tant matérielles qu'humaines et de la qualité de l'infrastructure et des services. Mais l'efficacité de la gestion des urgences ne tenait pas entièrement qu'à la richesse communautaire. Des catastrophes survenues en pays riche – comme l'ouragan en Louisiane, le tremblement de terre à Kobe et la vague de chaleur en France – ont mis au jour de graves lacunes dans la planification des mesures de secours et les interventions, surtout auprès des personnes âgées. À l'inverse, le cas de Cuba, un pays en développement, montre qu'il est possible d'inclure les personnes âgées dans un plan d'urgence distinct et exhaustif sans devoir mobiliser beaucoup de ressources.

Préparatifs

Quelques études de cas décrivent les préparatifs destinés aux personnes âgées. En Louisiane, l'existence préalable d'un accord d'aide d'urgence entre États a facilité le déploiement du personnel spécialisé d'autres États de façon à pouvoir évaluer rapidement les besoins des personnes âgées vulnérables. Dans le cas de l'inondation au Saguenay, les foyers de groupe où vivaient des pensionnaires vulnérables (plus âgés ou handicapés) avaient été recensés par les organismes communautaires de santé et de services sociaux. En Jamaïque, des comités

locaux de préparation en cas de catastrophe ont fait montre d'une attention semblable aux besoins des personnes âgées des établissements de soins locaux en communiquant des messages à leur intention expresse. Toujours en Jamaïque, une station de radio a diffusé de l'information publique sur la façon de mettre les médicaments, les dossiers médicaux et les documents importants à l'abri et donné aux aînés des conseils sur ce qu'ils devaient apporter avec eux en cas d'évacuation.

Toutes les personnes interviewées convenaient que les médias, surtout la radio, avaient un rôle important à jouer pour informer les gens de la progression des feux et leur permettre ainsi de faire des préparatifs d'évacuation³⁹.

C'est à Cuba, et de loin, où la planification des mesures d'urgence a le plus évolué dans le sens des besoins des personnes âgées. Ici, les préparatifs sont communiqués chaque année à tous les intervenants d'urgence et à la population en général tout juste avant la saison des ouragans. L'examen et la mise à jour des plans et des ressources d'évacuation et de prestation de services à l'échelle locale comprennent l'identification des personnes âgées vulnérables et l'examen des procédures de protection de soi et d'autrui. Les cliniques et les fournisseurs locaux de soins de santé participent étroitement

39 Cox, 2006.

au choix et à la planification des services destinés aux aînés vulnérables de la communauté. Les personnes âgées participent activement aux comités d'urgence locaux, sensibilisant la communauté à ce dont elles pourraient avoir besoin ou ce qu'il leur serait possible de contribuer, et jouent un rôle d'information et d'éducation du public.

Les citoyens âgés participent activement à toutes les phases de la prévention des catastrophes et contribuent à l'élaboration des plans de prévention des catastrophes tout en étant informés et préparés pour faire face aux situations de catastrophe⁴⁰.

Plusieurs études de cas font état d'un manque évident de préparation, faisant mention de l'absence d'un plan global ou de politiques générales d'urgence pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées en ce qui a trait aux catastrophes d'Aceh, de la Jamaïque, du Cachemire et du Mozambique. Dans le cas de la sécheresse du Bophirima, les plans d'urgence du district ne respectaient pas les directives d'urgence nationales, qui comprenaient, elles, des mesures destinées aux personnes âgées. Il y avait un manque patent de coordination entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux chargés de gérer les urgences en France et en Louisiane de même qu'au Québec durant la tempête de verglas. Les stratégies de communication

40 Malagon Cruz et al, 2007.

n'ayant pas été ciblées pour joindre les personnes ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture, à facultés sensorielles réduites ou parlant une langue minoritaire, la population âgée n'a été ni bien informée de l'imminence de l'urgence ni adéquatement initiée aux mesures d'autoprotection. Autre lacune, l'information ne s'est pas bien rendue aux personnes âgées en Colombie-Britannique, en France, en Jamaïque, à Kobe, en Louisiane, au Mozambique et au Manitoba.

Beaucoup de victimes âgées avait fait fi des multiples avertissements largement télédiffusés au sujet de l'ouragan Katrina durant sa traversée du golfe du Mexique. D'autres résidents âgés avaient bien compris les avertissements, mais n'avaient pas les moyens financiers ou n'étaient pas au courant des ressources d'urgence pour assurer leur survie⁴¹.

Les autorités n'avaient ni les renseignements démographiques ni les dossiers communautaires de base requis pour localiser les personnes à risque dans le cas de la tempête de feu en Colombie-Britannique, de la tempête de verglas au Québec, des tremblements de terre en Turquie et, là où les conséquences ont été les plus désastreuses, de la vague de chaleur qui a frappé la France. Dans ce dernier cas également, les autorités ignoraient tout du sort des personnes affectées puisqu'on ne faisait pas de

41 Weston et Tokesky, 2007.

suivi adéquat des décès causés par la chaleur. Dans la province d'Aceh, aucun outil ni directive qui aurait permis d'évaluer rapidement les besoins, les ressources et les défis individuels n'était en place.

Intervention

S'il faut en conclure au vu de la preuve qu'on n'a répondu qu'en partie aux besoins des personnes âgées dans les situations d'urgence, certaines pratiques méritent tout de même d'être soulignées.

Quand l'urgence a éclaté, des efforts ont été faits pour identifier les personnes âgées vulnérables et possiblement leur venir en aide. En Colombie-Britannique et en France, des bénévoles sont allés de porte en porte. Durant la tempête de feu en Colombie-Britannique et celle de verglas au Québec, le personnel des soins à domicile identifiait les clients ayant besoin d'aide ciblée et les préparait à une réinstallation, le besoin échéant. Au Cachemire, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) les incluait systématiquement dans son évaluation de la sécurité dans les refuges. Les personnes âgées qui sont restées à domicile ont reçu des vivres au Cachemire et des services de soutien à domicile durant l'inondation au Québec.

Les études de cas montrent que, en Colombie-Britannique, à Cuba, en Jamaïque, à Kobe, au Liban et lors de la tempête de verglas au Québec, l'objectif premier était d'envoyer les personnes âgées à risque en lieu sûr. Les logements des familles et d'autres

membres de la communauté ainsi que des églises, des écoles, des lieux de travail, des hôpitaux et des maisons de soins infirmiers ont servi de refuge temporaire, tout comme les camps de déplacés. L'évacuation sécuritaire des personnes âgées fragiles a fait l'objet d'une attention particulière, notamment à Cuba, en Colombie-Britannique et à Kobe. Des logements spéciaux pour les personnes vulnérables sans abri, des personnes âgées étant du nombre, ont été construits en Turquie après les tremblements de terre. À Kobe, des logements collectifs offrant des services sur place ont été aménagés pour les personnes âgées trop handicapées pour être accueillies dans les refuges.

Cuba s'assure d'offrir du soutien psychosocial aux évacués en privilégiant leur placement dans des foyers qui leur sont familiers dans la communauté tandis que, en Colombie-Britannique et à Kobe, on a créé un lieu de rencontre communautaire pour permettre aux évacués de s'entraider et de socialiser. Au Cachemire, les intervenants d'urgence locaux ont reçu de la formation en soutien psychosocial. Pour retrouver un sentiment de normalité en des circonstances stressantes, un journal local était distribué aux évacués de la Colombie-Britannique pour les informer régulièrement des progrès dans la gestion de la crise. Dans le Bophirima, le partage et l'utilisation du savoir traditionnel pour gérer la sécheresse ont permis aux fermiers âgés de recommencer à se sentir maîtres d'eux-mêmes.

Les personnes âgées se disaient heureuses des astuces et des conseils sur le chauffage et l'éclairage sécuritaires à la maison qui leur étaient fournis à la radio, ajoutant les avoir mis en pratique. Elles appréciaient également le fait que la police patrouillait régulièrement leur quartier et étaient heureuses de la présence du personnel militaire, qui leur donnait non seulement un plus grand sentiment de sécurité mais qui participait également aux efforts de secours (par exemple en aidant les personnes âgées à transporter du bois de chauffage dans leurs maisons)⁴².

D'autres mesures importantes consistaient à procurer les services de soins de santé et les fournitures médicales nécessaires. En Colombie-Britannique, les lits, les médicaments et des employés familiaux ont suivi les pensionnaires des maisons de soins infirmiers pour assurer la continuité de leurs soins. Durant l'inondation au Saguenay, des visites leur ont été rendues et des soins leur ont été donnés à domicile. À Cuba et au Liban, les personnes âgées jouissaient d'un accès assuré à des évaluations médicales, à des soins, à des médicaments et à des appareils et accessoires fonctionnels (lunettes, aides à la mobilité). Au Cachemire, des unités médicales mobiles assuraient une intervention efficace en faisant une évaluation immédiate des besoins, en donnant des soins de santé primaires et en fournissant des services d'ajustement et de clinique médicale, surtout dans les communautés éloignées.

42 Maltais, The ice storm, 2006.

Au Cachemire, le Programme alimentaire mondial (PAM) avait mis sur pied un système sans file d'attente pour distribuer les aliments aux personnes âgées tandis qu'à Cuba, on assure à celles-ci l'évaluation de leurs besoins nutritionnels et une alimentation appropriée. Durant le conflit au Liban, la majorité des personnes âgées au sein de la communauté et des camps de déplacés recevaient de l'aide matérielle et financière. Enfin, selon le rapport sur le tremblement de terre au Cachemire, la coordination et les communications interorganisationnelles ont stimulé la coopération entre ces organisations et permis aux personnes âgées de jouer un rôle efficace dans la gestion des urgences.

Les personnes âgées ont la garantie qu'elles recevront de la nourriture. Les centres d'évacuation font une évaluation nutritionnelle et clinique préalable. Les aînés qui restent à domicile reçoivent des aliments simples. Dans les endroits éloignés et les zones d'évacuation, les personnes âgées ont l'assurance de recevoir de l'assistance médicale pour faire face à toute situation d'urgence. Elles reçoivent également les médicaments qu'elles prennent⁴³.

43 Malagon Cruz et al, 2007

Les interventions inadéquates signalées dans toutes ces régions avaient tendance à l'emporter sur les bonnes pratiques. La cause profonde en était souvent que les personnes âgées passaient tout simplement inaperçues aux yeux des prestataires de services d'urgence. On ne trouvait aucune mention expresse à leur sujet dans les programmes ou les politiques relatives aux situations d'urgence en Aceh, au Cachemire, en Jamaïque, au Manitoba ou au Mozambique. En Aceh, les évaluations des besoins des ménages ne s'arrêtaient pas à ceux des personnes âgées parce qu'on tenait pour acquis que les familles s'occuperaient d'elles. En outre, aucun mécanisme n'existait pour s'assurer que les personnes âgées recevraient l'allocation ponctuelle aux victimes. Au Cachemire, on interdisait aux personnes âgées de participer aux comités des camps et d'y exprimer leurs besoins et préoccupations, croyant qu'elles n'en avaient ni la volonté ni la capacité.

L'évacuation des personnes âgées a été retardée à Kobe et en Louisiane, tandis que, en Jamaïque, celle des pensionnaires des foyers locaux de soins infirmiers s'est heurtée à des difficultés. Au Manitoba, aucune directive n'avait été donnée aux intervenants d'urgences. sur l'évacuation des personnes âgées fragiles ou handicapées vivant dans les établissements de santé.

La majorité des pensionnaires (des établissements résidentiels) sont alités, ce qui entraîne des problèmes d'évacuation compte tenu du petit nombre d'employés pouvant les aider et du type de transport disponible. Les employés ont leurs propres familles à préparer et ne peuvent pas venir travailler ou, dans certains cas, se rendre au travail puisque les routes sont bloquées. Leurs budgets étant serrés, les établissements n'ont ni génératrices d'urgence ni réservoirs d'eau de secours pour faire face à de telles situation⁴⁴.

Beaucoup d'études soulignaient le caractère inadéquat des refuges pour les personnes âgées, dont les problèmes allaient d'obstacles tels que des escaliers à l'absence de rampes et de barres de soutien en passant par le mauvais accès aux installations sanitaires, le manque d'eau ou d'électricité ainsi que les excès de chaleur ou de froid, de la literie de mauvaise qualité, le surpeuplement et le manque d'intimité, le bruit excessif, l'exiguïté des lieux, le manque d'activités et la séparation d'avec ses proches.

44 Eldermire-Shearer et al, 2006.

Les toilettes du centre d'évacuation étaient mal-commodes, surtout la nuit lorsqu'on risquait de tomber, et les personnes âgées sont vite devenues très faibles, souffrant de déshydratation causée par les restrictions sur la consommation d'eau, la diarrhée due au froid et les repas d'aliments séchés. Même les personnes âgées en santé vivant dans les centres d'évacuation allaient probablement devenir incapables de se mouvoir et devoir rester au lit. L'état de santé des personnes âgées ayant besoin de réhabilitation s'est détérioré parce que leur entraînement fonctionnel avait été suspendu ou qu'elles avaient perdu leurs aides fonctionnelles. Les personnes âgées qui recevaient des traitements à domicile ont découvert que les soignants qui les accompagnaient normalement durant leurs visites à l'hôpital ne pouvaient pas se rendre chez elles, et le fait de n'être souvent pas capables de se rendre à leur hôpital habituel pour des raisons telles que l'interruption des transports ou les changements apportés au système de transport a précipité le déclin de leur état de santé⁴⁵.

Le problème de l'accès à des soins de santé appropriés était souvent signalé. Beaucoup de personnes âgées ayant des troubles de la mobilité n'ont pas pu avoir accès à des services de santé en Aceh, en Jamaïque ou au Cachemire. Si les routes et les installations endommagées étaient en partie à blâmer, d'autres facteurs y étaient aussi pour quelque chose. En France, en Jamaïque, à Kobe et au Québec (tempête de verglas), a-t-on

45 Watanabe, 2006.

noté, les établissements de santé étaient à court de personnel soignant ou de moyens pour répondre à l'augmentation de la demande dans les urgences.

Débordés, les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (qui accueillaient les personnes fragiles et handicapées) ont dû composer avec les problèmes de l'épuisement professionnel, de la pénurie de personnel, du manque de ressources matérielles et de la pénurie d'espaces dans les refuges⁴⁶.

Le personnel des services de santé ne prêtait pas attention aux personnes âgées et n'avait pas la formation nécessaire pour diagnostiquer et traiter leurs états chroniques en Aceh ou pour reconnaître les symptômes d'une exposition excessive à la chaleur en France. La pénurie de médicaments et de matériel médical pour traiter les états chroniques et le manque d'appareils et d'accessoires fonctionnels tels que des lunettes et des aides à la mobilité étaient souvent mentionnés. Les services de santé étaient généralement moins accessibles dans les communautés touchées situées hors des centres d'évacuation ou des camps, et les personnes à mobilité réduite avaient plus de difficulté que quiconque à obtenir des soins. Des lacunes ont également observées dans la prestation des soins psychosociaux.

46 Maltais, The ice storm, 2006.

Le besoin le plus criant était celui de médicaments, 65,9 % de tous les adultes âgés disant manquer d'au moins un médicament... Jusqu'à 10 % des adultes âgés avaient également besoin d'appareils pour vaquer aux activités de base de la vie quotidienne, notamment d'aides à la mobilité, et 44 % manquaient de dentiers... De plus, 15 % des adultes âgés avaient besoin de lunettes et 9,7 %, d'appareils auditifs⁴⁷.

La distribution de nourriture et de vivres aux personnes âgées a connu des lacunes à cause de longues et chaotiques files d'attente en Jamaïque et de l'inaccessibilité de points de distribution au Cachemire. En outre, la nourriture que l'on distribuait à Kobe et au Cachemire n'était facile ni à préparer ni à manger ou ne l'était pas

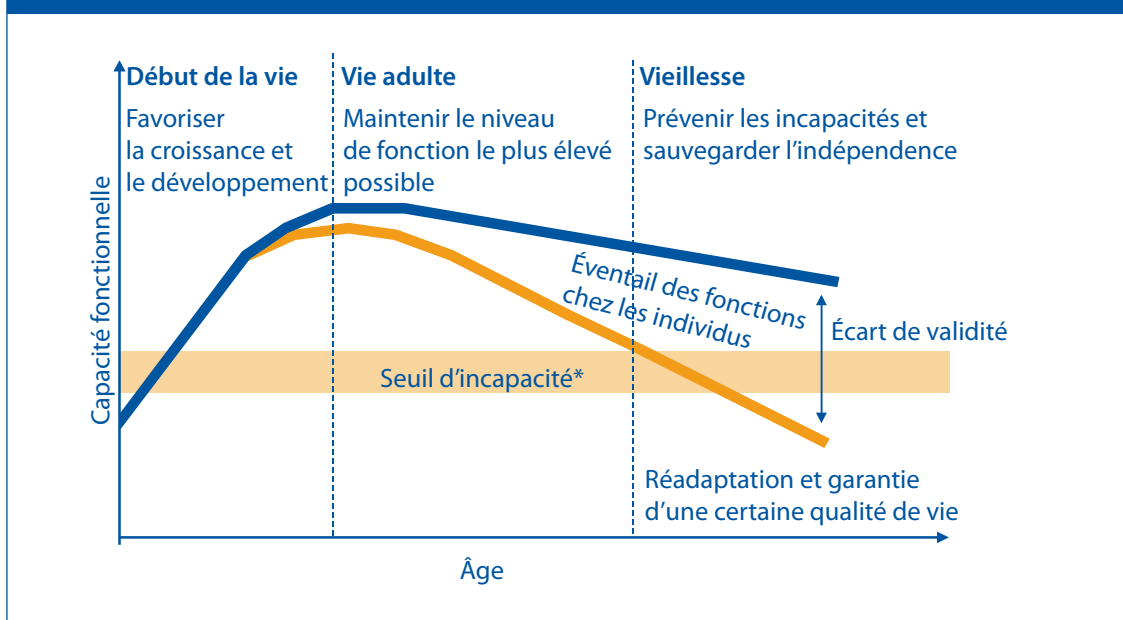
en quantité suffisante pour permettre de nourrir les personnes âgées et les enfants à leur charge.

4. Rétablissement : forces et faiblesses

Plusieurs rapports décrivent la façon dont les personnes âgées ont participé avec succès aux efforts de rétablissements communautaires post-urgence. La restauration des logements des personnes âgées faisait partie des priorités en Turquie, en Jamaïque, en Aceh et à Kobe. En Jamaïque, la First Caribbean International Bank et la Caribbean Disaster Emergency Response Agency (CDERA) ont contribué financièrement à l'achat de matériaux de construction et des bénévoles ont fourni la main-d'œuvre. En Aceh, les personnes âgées ont participé activement aux efforts déployés

47 Sibai et Kronful, 2007.

Figure 2. Maintenir une bonne capacité fonctionnelle tout au long de la vie



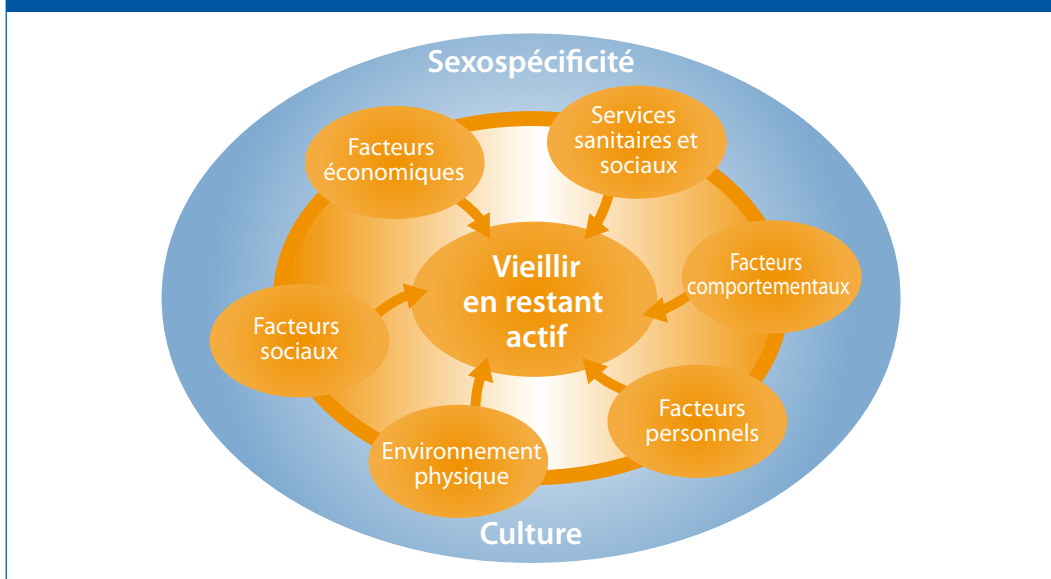
par les communautés pour repérer les maisons de personnes âgées à rebâtir en plus de prendre part au processus de reconstruction. En Colombie-Britannique, un fonds de secours a été créé dans le but de réunir des fonds pour remettre en état les maisons non assurées de personnes à faible revenu. À Kobe, des efforts tout particuliers ont été consacrés pour venir en aide à la vaste population de personnes âgées concentrée dans les grands ensembles d'habitation neufs en offrant sur place des services de santé, du soutien psychosocial, un accès à des centres communautaires et de l'aide à la mise sur pied d'initiatives par les résidents. En Turquie aussi, un centre de réhabilitation offrait des activités de loisirs à l'intention expresse des personnes âgées. HelpAge International a lancé des initiatives en Aceh, au Cachemire et au Mozambique afin de répondre aux besoins matériels, économiques, sanitaires et psychosociaux

des personnes âgées en puisant à leurs compétences et à leurs connaissances dans le cadre de projets de rétablissement des moyens de subsistance bénéficiant à l'ensemble de la communauté.

Après les inondations, un autre programme qui a donné de bons résultats est celui des visites au domicile des vieilles personnes par des agents du programme qui étaient eux-mêmes des personnes âgées. Lors de leurs visites à domicile, ils aident à identifier les personnes âgées en situation de vulnérabilité dans leur village et, dans la mesure du possible, encouragent d'autres membres de leur famille ou de leur communauté à leur venir en aide ou appliquent d'autres ressources du programme⁴⁸.

48 Da Silva, 2007.

Figure 3. Les déterminants d'un vieillissement actif



L'une des grandes faiblesses relevées dans plusieurs cas était l'insensibilité des processus et des mécanismes de rétablissement aux besoins et préoccupations des personnes âgées.

Les personnes âgées qui prenaient soin d'enfants et qui ont été victimes du tsunami en Aceh n'ont pas été adéquatement indemnisées. En Colombie-Britannique, il était difficile pour les résidents âgés des régions rurales touchées par la tempête de feu d'obtenir de l'information et des formulaires de demande, dont la plupart était de source électronique, ou de se déplacer pour se rendre dans les localités où se trouvaient les services gouvernementaux. Au Saguenay, les procédures de demande d'indemnisation des victimes de l'inondation étaient compliquées, alors que, en Jamaïque, il fallait attendre longtemps en ligne pour s'inscrire aux services, remplir de longs et fastidieux formulaires de demande, régler ensuite d'autres problèmes à cause de pièces d'identité manquantes, puis subir de longs délais avant d'obtenir de l'assistance. Au Liban, très tôt après la fin des hostilités en 2006, l'aide du gouvernement et des ONG a fortement diminué, ce qui a provoqué des pénuries générales et obligé les familles à assumer la quasi-totalité de la responsabilité de subvenir aux besoins des personnes âgées et de prendre soin d'elles.

Il a été difficile de réinstaller et de loger les personnes âgées. À Kobe et au Saguenay, les aînés ont été déménagés souvent avant d'être réinstallés ou d'être renvoyés chez

eux pour de bon. Au Cachemire, les personnes âgées restaient plus longtemps dans les camps de déplacés avant de retourner dans leur communauté de résidence; en Jamaïque, mis à part les délais de relogement, des cas d'abandon de personnes âgées dans les refuges ou les hôpitaux ont été signalés. Les personnes âgées du district de Bophirima ont dû faire face à des problèmes particuliers, soit la destruction de leur logement déjà à peine adéquat par la sécheresse et le manque de fonds pour la restauration des logements dans l'aide aux sinistrés. Des difficultés liées à la perturbation des réseaux familiaux et communautaires dans les domaines de la réinstallation et des logements neufs ont été notées, surtout dans le sillage des catastrophes qui ont frappé la Turquie et Kobe. De plus, les nouvelles unités de logement qu'on y a construites ne convenaient structurellement pas à nombreuses personnes âgées, exacerbant du coup leur isolement social.

Dans bien des cas, les personnes âgées ont été exclues des initiatives de relance économique. En Aceh, on ne les a pas renseignées au sujet des programmes de rétablissement des moyens de subsistance ou ces programmes ne convenaient pas à leurs besoins ou à leurs capacités. En Jamaïque, l'admissibilité aux programmes gouvernementaux de réadaptation professionnelle était assujettie à des limites d'âge et aucune assistance n'était offerte pour retrouver un moyen de subsistance informel tel qu'une ferme artisanale.

L'aide est généralement difficile d'accès, que ce soit dans l'immédiat ou à long terme. À long terme, se relever signifie faire la queue pour s'inscrire, recevoir la visite d'évaluateurs, puis attendre que le ministère décide du montant à verser. Cela peut prendre des années... En temps normal, seules les personnes de 45 ans ou moins sont admissibles à l'allocation de relèvement du Ministère⁴⁹.

Les personnes âgées étaient exclues des processus décisionnels qui auraient permis de mieux adapter les efforts de rétablissement à leurs besoins. C'était le cas au Cachemire, où elles n'étaient pas été invitées à siéger aux comités de camp responsables de gérer les services et de ramener la vie à la normale.

Les leçons tirées des lacunes observées dans les interventions d'urgence ont, durant la phase de rétablissement, servi à renforcer la préparation des mesures d'urgence en prévision de l'avenir. Après la vague de chaleur qui s'est abattue sur elle, la France a lancé en 2004 le Plan national canicule, qui prévoit un train de mesures particulières pour aider les personnes, les communautés et les services de santé et d'autres services à se préparer et à intervenir plus efficacement en cas d'épisode de chaleur extrême.

49 Eldermire-Shearer et al, 2006.

Depuis le tsunami en Aceh, HelpAge International a préparé et donné de la formation à d'autres organismes de secours pour sensibiliser leurs employés au sort des personnes âgées durant les situations d'urgence et voir à ce qu'ils soit mieux à même d'évaluer les préoccupations et besoins des aînés et d'y répondre.

Depuis la vague de chaleur en France, la Grande-Bretagne et de nombreux autres pays ont mis en place des mesures de secours pour éviter une répétition des événements de 2003. En 2004, le ministère français de la Santé a dévoilé le Plan national canicule, qui prévoit un nouveau service d'alerte météo, un registre des personnes à risque et des consignes à l'intention des hôpitaux et des bénévoles des services d'aide. Le ministère a également exhorté les conseils des communes à recenser les personnes âgées pour dresser une liste des personnes vulnérables. Le nouveau plan français encourage les ministères à se concerter⁵⁰.

50 Rolnick, Europe heat wave, 2006.

5. Contributions des personnes âgées

Les sections précédentes ont mis en relief les impacts et les besoins, souvent non satisfaits, des personnes âgées dans les situations d'urgence afin d'attirer l'attention sur les politiques et les pratiques à améliorer. Mais la grande diversité des personnes âgées n'a d'égale que l'éventail de leurs capacités, compétences et ressources. Presque toutes les études de cas des situations d'urgence décrivent les nombreux moyens pratiques et concrets qu'ont employés les personnes âgées pour contribuer aux efforts de leur famille, de leur communauté et des organismes afin de faire face aux épreuves et de les surmonter.

Ils sont présentés au tableau 1.

Certaines personnes âgées ont dit qu'elles allaient souvent se coucher le soir sans avoir mangé pour que leurs enfants et leurs petits-enfants puissent le faire⁵¹.

Leur travail était souvent pleinement intégré aux efforts collectifs, comme en fait foi la participation de forts contingents de travailleurs à la retraite qui ont mis leurs

compétences et leurs connaissances professionnelles à contribution et de bénévoles locaux qui se sont empressés d'aller au-devant des besoins et de fournir de l'information, de l'aide matérielle et pratique et du réconfort au gré des besoins. Au sein des familles, les aînés s'occupaient du soin des enfants et partageaient leurs ressources. Plusieurs exemples de contributions distinctes faites par les personnes âgées ont été relevés, comme le savoir-faire et le courage face à l'adversité et l'utilisation de positions de respect pour que la communauté reste intacte et demeure fonctionnelle. Dans la plupart des cas, les intervenants d'urgence voyaient dans les personnes âgées davantage un groupe de clients que des collaborateurs. Or, certains cas, comme celui de Cuba et les urgences dans les cadres desquelles l'organisme HelpAge International est intervenu, il fait peu de doute que les personnes âgées peuvent jouer un rôle de premier plan dans les projets de relèvement communautaires bénéficiant aux personnes de tous les âges.

51 van Niekerk et Roos, 2007.

Tableau 1: Contributions des personnes âgées dans les situations d'urgence

Urgence	Contributions
Tsunami en Aceh	<ul style="list-style-type: none"> • Ont aidé les familles durant l'évacuation et pris soin des enfants durant la période de rétablissement • Ont raconté des histoires aux enfants et se sont occupé d'eux dans les camps • Sont allés au-devant des autres (femmes et enfants) pour leur offrir aide et soutien
«Tempête de feu» en Colombie-Britannique (Canada)	<ul style="list-style-type: none"> • Ont été le « pilier » des interventions d'urgence dans la communauté • Ont aidé leur famille immédiate • Ont fourni de l'information et des conseils et mis leurs connaissances pratiques à contribution durant la phase de rétablissement (p. ex. le repérage des puits et des clôtures, la création d'emplois et le développement économique, l'évaluation des dommages aux bâtiments, des conseils de reconstruction)
Sécheresse dans le district de Bophirima	<ul style="list-style-type: none"> • Ont financièrement aidé les familles avec leur pension du gouvernement • Se sont privées de nourriture pour nourrir leurs enfants et petits-enfants • Ont pris soin de leurs petits-enfants pendant que leurs enfants adultes allaient travailler en ville • Ont partagé leur savoir traditionnel et leurs talents d'agriculteurs pour lutter contre la sécheresse
Accident à la centrale de Chernobyl	<ul style="list-style-type: none"> • Ont été les témoins historiques de l'événement et des modèles de prise en main de sa destinée personnelle (en retournant dans leur région d'origine) • Ont facilité la revitalisation économique et sociale des zones précédemment évacuées • Ont partagé ce qu'elles savaient de la façon de réduire au minimum l'exposition à la radioactivité dans le sol
Ouragans à Cuba	<ul style="list-style-type: none"> • Participent à tous les aspects de la planification des mesures d'urgence, des interventions d'urgence et du relèvement après urgence dans la communauté, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> – information et éducation sur les mesures d'évacuation et de sécurité à la maison – veilles météo et diffusion de consignes d'urgence à l'échelle locale – détermination des risques locaux et repérage de lieux sécuritaires – nettoyage, reconstruction, soutien moral d'autrui

	<ul style="list-style-type: none"> • Ont été des modèles de débrouillardise et de résilience • Sont devenus des témoins historiques pour raconter l'événement du désastre et pour enseigner des leçons d'avenir • Ont mis sur pied des projets d'entraide et de soutien mutuel dans des logements temporaires • Ont continuellement approché d'autres personnes âgées encore affectées par le tremblement de terre et offert à celles-ci du soutien par leurs pairs
Ouragans en Jamaïque	<ul style="list-style-type: none"> • Ont été des modèles de débrouillardise et de résilience • Ont pris soin des plus jeunes et des membres malades de la famille tandis que les adultes s'occupaient des problèmes immédiats • Ont hébergé des personnes déplacées • Se sont offertes bénévolement pour faire des travaux pratiques (de vieux hommes de métier allant offrir bénévolement leur aide)
Tremblement de terre au Cachemire	<ul style="list-style-type: none"> • Ont prodigué de sages conseils et mis à contribution les habiletés d'adaptation apprises lors d'épreuves précédentes. • Ont pris soin d'enfants, de malades et de personnes à charge devenues orphelines • Ont capitalisé sur leur position d'honneur et de respect pour garder les familles et les communautés intactes et fonctionnelles (p. ex. en se chargeant de l'admission des enfants du camp à l'école publique située à l'extérieur du camp) • Des imams âgés ont fait du counseling et de l'enseignement. • Ont établi une mosquée sous tente pour offrir un lieu de culte à la communauté
Conflit au Liban	<ul style="list-style-type: none"> • Ont prodigué des soins à autrui, y compris à d'autres personnes âgées, aux enfants et aux petits-enfants, durant et après le conflit
Ouragan en Louisiane	<ul style="list-style-type: none"> • Ont oeuvré bénévolement et contribué en mettant leurs compétences professionnelles à profit (personnel d'intervention d'urgence à la retraite) lors des efforts d'urgence
Inondation au Manitoba	<ul style="list-style-type: none"> • Ont oeuvré bénévolement (cuisinant, distribuant de l'argent et des vêtements, recueillant des fonds, transportant des sacs de sable, aidant dans les refuges, socialisant avec les évacués)
Inondation au Mozambique	<ul style="list-style-type: none"> • Ont puisé à leur savoir traditionnel en prévoyant le temps • Ont joué un rôle actif dans les projets de relèvement communautaire, p. ex. en visitant chez elles des personnes vulnérables, en organisant les efforts de reconstruction, en planifiant et en gérant la distribution des semences dans la communauté

Inondation au Saguenay	<ul style="list-style-type: none"> • Ont travaillé bénévolement dans un centre de jour établi par le centre de santé communautaire et de services sociaux • Ont créé et dirigé un comité qui dispensait de l'aide technique et du soutien moral aux victimes de l'inondation et qui défendait leurs intérêts dans leurs démarches auprès des autorités gouvernementales • Ont hébergé des membres de leur famille • Ont oeuvré bénévolement pour des organismes communautaires
Tempête de verglas au Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Ont oeuvré bénévolement dans des refuges • Ont donné asile à des membres de leur famille

III. Intégrer les besoins et les contributions des personnes âgées aux situations d'urgence : un cadre pour le vieillissement actif

Étant donné que les urgences ont un effet sur tous les domaines de l'activité humaine et du bien-être humain, il ne sera possible d'intégrer les personnes âgées à la gestion des urgences que par l'entremise d'une stratégie d'orientation exhaustive réunissant plusieurs domaines stratégiques et mobilisant tous les secteurs de la société. L'approche Vieillir en restant actif de l'OMS est un moyen efficace d'orienter cette réponse stratégique.

Le vieillissement actif est le processus d'optimisation des occasions de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes⁵².

Le cadre Vieillir en restant actif se fonde sur une approche du parcours de vie qui reconnaît l'hétérogénéité des personnes âgées et l'augmentation de la diversité individuelle avec l'âge. Promouvoir le vieillissement actif, cela passe par la création d'environnements solidaires et habilitants à toutes les étapes de la vie et pour le vaste éventail des capacités fonctionnelles.

52 WHO, 2002.

La capacité fonctionnelle (comme la force musculaire et la puissance cardiovasculaire) augmente durant la jeunesse, culmine au début de l'âge adulte et finit par décliner. Le taux de déclin individuel est largement fonction des risques et des possibilités auxquels la personne a fait face sur le chemin de la vie. La probabilité de devenir ou de rester invalide dépend de facteurs sociaux, environnementaux et économiques, qui ont pour effet d'élever ou d'abaisser le seuil d'incapacité. Lors d'urgences, les dommages structurels et la perturbation de la vie économique et sociale rendent la vie beaucoup plus difficile et les personnes handicapées âgées dépendent alors encore plus de la prestation de soins prompts et appropriés.

Les symptômes de mésadaptation aux changements environnants se manifestent de plus en plus tôt avec l'âge⁵³.

53 Watanabe, 2006.

De plus, les personnes âgées qui réussissent normalement à se débrouiller par leurs propres moyens en dépit de déficiences légères ou moyennes risquent aussi de devenir invalides et de ne pas pouvoir contribuer aux efforts collectifs qui mobilise la collectivité pour surmonter la crise; par exemple, le fait de perdre des médicaments servant à soigner des maladies chroniques ou d'avoir de la difficulté à marcher ou à rester debout longtemps pour aller chercher de la nourriture ou de l'eau ou pour se rendre aux toilettes peut avoir un effet fortement incapacitant sur de nombreuses personnes âgées autrement indépendantes.

Le vieillissement actif est le fruit d'un éventail de déterminants sociaux, structurels et matériels qui agissent sur les individus, les familles et les communautés. Tous ces facteurs et leur interaction influent sur le degré de résilience ou de vulnérabilité des gens au fur et à mesure de leur vieillissement.

Les situations de crise mettent ces déterminants à rude épreuve; les 16 études de cas examinées dans le présent rapport font clairement état des conséquences des forces et faiblesses à l'égard de tous ces déterminants. Pour réduire au minimum les effets adverses et accroître la capacité d'adaptation, la gestion des urgences respectueuse de l'âge doit examiner chacun de ces facteurs et s'y attaquer.

Les conclusions de cette étude de cas [tempête de feu en Colombie-Britannique] militent en faveur d'un recadrage de la résilience en cas de catastrophe comme un processus plutôt que comme une caractéristique personnelle, façonnée par l'intersection des caractéristiques personnelles d'un individu (p. ex. estime de soi, aptitudes d'adaptation), sexe, conditions de vie (p. ex. emploi, logement), les ressources économiques et sociales qui croisent un complexe parallèle de ressources aux niveaux social et de la collectivité...⁵⁴.

1. Environnement physique

En temps normal, l'indépendance et la qualité de la vie des personnes âgées sont fortement influencées par des facteurs tels que l'emplacement géographique et la topographie, la présence de risques environnementaux, le transport, le logement et l'accès à de l'eau propre et à des aliments sains. Les urgences exercent à tout coup ou presque des pressions énormes sur les établissements humains, créant des obstacles dans l'environnement naturel et l'environnement bâti et exacerbant ceux qui s'y trouvent, ce qui a pour effet d'accroître les risques de blessures et de maladies. Les personnes âgées qui vivent dans des environnements précaires ou qui sont handicapées sont particulièrement à risque.

54 Cox, 2006.

Les personnes âgées qui habitent des régions rurales ou éloignées se butent à de nombreux défis. Il se peut qu'elles soient mal renseignées par les médias sur l'imminence d'une urgence ou sur la façon de se protéger. L'aide est plus rare dans ces communautés, surtout si bon nombre de leurs jeunes adultes ont migré en ville pour aller y trouver du travail. La rareté des services locaux et le grand éloignement des centres urbains réduisent l'accès aux approvisionnements de secours essentiels, aux refuges d'urgence et aux services de santé, surtout lorsque les routes sont endommagées ou quand les conditions rendent les déplacements dangereux. En situation d'urgence, il est crucial que d'avoir des services de transport accessibles et abordables. Les personnes âgées sans moyens de transport risquent d'être évacuées tardivement et dans des conditions dangereuses et même d'être abandonnées. En arrivant tard dans les refuges, elles risquent d'avoir un logement qui leur convient moins. Durant la phase de rétablissement, elles peuvent être privées d'approvisionnements de secours, de services de santé et d'indemnités qui les aideraient à se remettre. De plus, les personnes âgées fragiles ou gravement handicapées peuvent avoir besoin de véhicules adaptés.

Vivre en lieu sûr, dans un logement sécuritaire et adéquat, cela n'en est pas moins important. Les maisons des personnes âgées peuvent être plus vieilles, avoir da-

vantage besoin de réparations et être moins bien équipées ou offrir moins de résistance structurelle aux dangers de la nature. Les urgences obligent souvent les gens à vivre ensemble dans des conditions stressantes susceptibles de ne particulièrement pas convenir aux adultes plus âgés. Dans les refuges, le surpeuplement, le bruit, de la literie de mauvaise qualité, des installations sanitaires inadéquates et des températures inconfortables accentuent la détresse et multiplient les risques de contracter des maladies. Les obstacles physiques dans les refuges et le caractère temporaire du logement nuisent à la mobilité et contribuent à l'isolement social des aînés. Les fréquents déplacements sont perturbants et les personnes âgées dont les besoins peuvent être difficiles à combler risquent d'être démenagées plus souvent que les autres. Ces mêmes raisons peuvent aussi contraindre les personnes âgées à rester plus longtemps dans un logement temporaire.

Lors d'urgences, l'accès à de l'eau propre en quantité suffisante et à des aliments salubres et appropriés fait partie des priorités. Rester debout à faire la queue dans de longues files de distribution des approvisionnements peut se révéler une épreuve insurmontable pour les personnes plus faibles ou à mobilité réduite. On ne tient souvent pas compte dans les approvisionnements de secours de la nécessité pour certaines personnes âgées d'avoir des aliments faciles à préparer, à mastiquer et à digérer.

2. Environnement social

Les gens voient souvent leur entourage de proches et d'amis s'effriter en vieillissant. L'incapacité accentue d'autant plus l'érosion des réseaux sociaux qu'elle réduit les possibilités d'avoir des contacts sociaux. C'est pourquoi les personnes âgées isolées sont particulièrement vulnérables lors d'urgences puisqu'elles peuvent tout ignorer des dangers qui les guettent et des ressources qui sont mises à leur disposition et parce qu'elles peuvent passer inaperçues aux yeux des services d'urgence. La mort, les blessures, les déplacements, les obstacles physiques et l'avalanche d'obligations personnelles qui sont le lot des crises réduisent le tissu des relations sociales en lambeaux. Les personnes âgées qui ont de plus petits réseaux sociaux et qui dépendent davantage d'autrui sont plus vulnérables à ces pertes et à ces pressions sociales. Bien que les réinstallations dans le cadre desquelles la priorité est accordée aux personnes âgées vulnérables aient pour but de mieux protéger celles-ci, le fait de les héberger séparément des membres de leur famille et de visages familiers réduit à vrai dire leur accès à de l'aide concrète et à du soutien psychosocial. Lorsque leurs enfants adultes meurent ou ne sont autrement plus disponibles, les grands-parents prennent leurs petits-enfants en charge, ce qui peut avoir pour effet d'hypothéquer encore plus leurs maigres ressources.

Les situations de crise augmentent le risque pour les aînés d'être victimes de négligence, d'exploitation et de violence. Il arrivera parfois que des personnes âgées soient abandonnées dans des zones dangereuses, des camps de déplacés ou des refuges, ou qu'on néglige de satisfaire à leurs besoins quand les membres de leur famille ont eux-mêmes du mal à survivre ou quand elles sont vues comme un inconvénient ou un boulet. Les personnes âgées peuvent aussi être victimes d'exploitation de leurs ressources financières ou matérielles, de vol ou de violence physique.

Dans tous les pays, les personnes âgées, surtout les plus pauvres, sont plus susceptibles d'être analphabètes et moins instruites. Quand une urgence éclate, il se peut qu'elles soient incapables de lire des documents ou qu'elles ne comprennent pas entièrement les messages transmis par les médias. Durant la phase de rétablissement, remplir des formulaires de demande d'indemnisation peut leur être une montagne infranchissable.

3. Déterminants économiques

À tout âge, la pauvreté est un facteur de risque majeur durant une urgence, mais les personnes âgées sont particulièrement vulnérables, surtout dans les pays en développement, parce que la majorité d'entre elles sont pauvres. Elles sont plus susceptibles de vivre dans des zones à risque élevé et dans des logements peu sûrs. Elles ont moins de

ressources pour se préparer aux urgences, protéger leurs biens (comme de l'assurance-habitation) ou pour déménager en lieu sûr. Comme si le fait d'être vulnérables ne suffisait pas, les personnes âgées qui sont pauvres depuis longtemps sont habituellement plus malades et handicapées que ne le sont celles à revenu élevé. Les personnes à faible revenu dépendent davantage de l'aide et des services des pouvoirs publics et des oeuvres de bienfaisance qui ne répondent parfois pas suffisamment bien à leurs besoins immédiats ou qui ne leur permettent pas de se remettre adéquatement d'une catastrophe. En bout de ligne, ces personnes finissent par être plus pauvres qu'avant l'urgence. Dans bien des pays, la famille subvient à la majeure partie des besoins matériels de ses membres, jeunes et vieux. Les personnes âgées dépendent financièrement et matériellement de cette sécurité sociale que leur procure leur famille en plus d'y contribuer. Les urgences font subir des tensions considérables aux habitudes d'entraide familiale. Comme les organismes de secours d'urgence sont susceptibles de ne pas tenir compte de la réciprocité de l'aide dans les familles, présumant d'office que les personnes âgées vivent entièrement au crochet des leurs, les aînés peuvent ne pas avoir droit de recevoir de prestations en espèces en leur propre nom. Il arrive aussi parfois que les personnes âgées ne soient pas admissibles à des prestations de secours d'urgence dont elles auraient grandement besoin parce qu'elles reçoivent déjà une pension gouvernementale.

Dans les pays en développement, les personnes âgées doivent, par nécessité, continuer à travailler tant et aussi longtemps qu'elles le peuvent, ce qu'elles font souvent au sein de l'économie parallèle. Les catastrophes et les conflits font des ravages dans la plupart des emplois et des moyens de subsistance, mais les personnes âgées sont souvent exclues des programmes de création d'emploi et de relance économique qui sont mis sur pied dans le cadre de la phase de rétablissement communautaire.

4. Systèmes de services sanitaires et sociaux

Dans les situations d'urgence, les services de santé s'affairent surtout à traiter les blessures et les problèmes de santé causés par la crise et à prévenir la propagation des maladies. Mais comme les maladies chroniques pèsent de plus en plus lourd dans le fardeau global de la maladie, l'action sanitaire en temps de crise consiste à répondre aux besoins des personnes de tous les âges qui ont davantage besoin d'être soignées que d'être guéries. Étant donné que les taux de maladies chroniques et d'incapacité augmentent avec l'âge, les personnes âgées sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé chroniques et souvent multiples qui les rendent plus vulnérables à des conditions dangereuses et périlleuses lors de situations extrêmes et qui requièrent de faire continuellement de la prévention, du contrôle et de la réhabilitation. Il est

difficile, si l'on ne connaît pas le profil des besoins sanitaires et sociaux de la communauté et si l'on n'a pas les moyens d'identifier les personnes vulnérables, de prévoir les besoins en fournitures médicales, y compris de médicaments, de matériel et d'appareils et accessoires fonctionnels, ou en personnel sanitaire ayant la formation nécessaire pour évaluer l'état de santé des personnes âgées et les soigner. Il est particulièrement difficile de joindre les personnes socialement isolées pour faire de la prévention, fournir des services et distribuer des soins.

Il est d'importance primordiale que d'assurer la continuité des soins aux personnes fragiles, et ce, chez elles, avant leur départ et après leur retour, de même que dans les logements temporaires, à l'hôpital et dans les établissements de soins santé. La santé des personnes en situation d'immobilité prolongée se détériore en l'absence de services de réadaptation dans les refuges et les logements temporaires. La prestation continue de soins psychosociaux et de santé mentale est un service de santé nécessaire pour toutes les personnes affectées par une urgence, et particulièrement pour les aînés qui souffrent d'incapacités physiques plus sévères et plus durables tout en subissant également des pertes matérielles et sociales.

5. Déterminants comportementaux

Vivre sainement et participer à ses propres soins, voilà qui est vital à tout âge pour rester en bonne santé. Lors d'urgences, ces

déterminants comportementaux n'en sont pas moins importants. Durant la phase de planification des mesures d'urgence, l'information et l'éducation publiques peuvent aider les aînés à se doter de plans d'urgence personnels et à préparer leurs médicaments et d'autres fournitures. Des logements bien conçus dotés d'installations récréatives peuvent encourager la pratique d'activités physiques favorisant le bien-être physique et mental et les rapports sociaux. Offrir aux gens des aliments sains et nutritifs qu'ils peuvent facilement préparer les aide à bien manger et à rester autonomes.

6. Facteurs personnels

Les facteurs psychosociaux, comme les capacités cognitives – l'intelligence, les connaissances et la sagesse – ainsi que les facultés d'adaptation et les traits attitudeux (l'optimisme, l'auto-efficacité et l'estime de soi), aident beaucoup les gens à s'adapter et à se sentir bien dans leur peau en vieillissant. Ces facteurs sont cruciaux pour traverser les crises avec succès et venir en aide aux autres. Les gens deviennent plus vulnérables au fur et à mesure que diminue leur capacité de traiter de l'information et qu'ils perdent la mémoire. La croyance négative, susceptible d'être renforcée par autrui, voulant que les personnes âgées soient moins utiles en amène certaines à renoncer aux prestations et à l'aide auxquelles elles ont légitimement droit. L'omission, l'exclusion et la négligence dont

font preuve les familles, les communautés et les pourvoyeurs de services à l'endroit des personnes âgées lors de situations d'urgence accentuent la mauvaise estime qu'elles ont d'elles-mêmes. En revanche, la connaissance des techniques de survie en cas d'urgence que les personnes âgées ont acquises les aide à se débrouiller en plus d'en inspirer et d'en guider d'autres. Le fait d'être valorisé, d'être écouté et d'être inclus dans les décisions que prend et les activités qu'organise la communauté pour surmonter la crise renforce les sentiments d'estime et de maîtrise de soi.

7. Genre

Le fait d'être un homme ou une femme influe sur tous les aspects de la vie, depuis la naissance jusqu'à la mort. Dans la plupart des sociétés, les femmes sont socialement et économiquement défavorisées à des degrés divers. Ces désavantages se voient très bien lors des urgences. Les femmes âgées sont plus susceptibles d'habiter un logement qui ne leur convient guère, d'avoir des ressources matérielles inadéquates et de vivre seules ou avec des enfants sans recevoir suffisamment d'aide. Parce qu'elles vivent habituellement plus longtemps et avec davantage de maladies invalidantes, les femmes sont surreprésentées parmi les personnes âgées fragiles, handicapées et socialement isolées courant les plus grandes risques. Elles peuvent se buter à des portes closes

et ne pas recevoir de services de santé s'il n'y a pas suffisamment de soignants de sexe féminin ou, encore, de fournisseurs et de praticiens qualifiés pour répondre à leurs besoins. Durant la phase de rétablissement, les fournisseurs de services, qui s'emploient surtout à créer de l'emploi à l'intention première des hommes, peuvent négliger les besoins des femmes qui oeuvrent au sein de l'économie parallèle ou qui distribuent des soins sans être rémunérées.

Inversement, il est possible que l'on omette également de répondre aux besoins des hommes âgés quand ceux-ci assument des fonctions de soignants en dehors des attentes quant-au-rôle.

8. Culture

La culture est un autre déterminant qui, en conjugaison avec tous les autres, façonne les perspectives du vieillissement actif. Les éléments culturels qui entrent en jeu, en particulier lors d'urgences, sont les croyances populaires dominantes au sujet du vieillissement et des personnes âgées de même que les attitudes à leur égard.

Dans un camp, une personne âgée a dit : « Nous ne sommes une priorité ni pour le gouvernement, ni pour les familles, ni pour les organismes humanitaires parce que nous sommes vieux. »⁵⁵ .

55 HelpAge International, Case study of Kashmir, 2006.

Il se peut que l'on fasse fi des besoins et des capacités des personnes âgées si celles-ci sont considérées comme un groupe à la fois passif et entièrement dépendant. Elles risquent d'être exclues à dessein si elles sont jugées moins dignes d'être soignées et soutenues que les plus jeunes. En revanche, dans une culture qui reconnaît la continuité de la vie des gens et leur diversité inhérente, les efforts des personnes âgées se fondent en douceur dans ceux de la collectivité tout entière. Dans une société où l'on accorde une valeur culturelle au rôle des aînés, les personnes âgées peuvent occuper des fonctions uniques et respectées, comme celles de conseillers communautaires, d'enseignants de pratiques traditionnelles en situation d'urgence et de témoins historiques d'événements urgents significatifs au sein de la communauté.

IV. La réponse stratégique

Le cadre Vieillir en restant actif de l'OMS se fonde sur la reconnaissance des droits de la personne des aînés tels qu'ils sont exprimés dans les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées (indépendance, participation, soins, épanouissement personnel et dignité). En faisant passer les initiatives d'orientation d'une approche axée sur les besoins à une approche fondée sur les droits, le cadre Vieillir en restant actif reconnaît les droits des personnes à l'égalité de chances et de traitement dans tous les aspects de la vie au fur et à mesure qu'elles vieillissent. La transition vers une approche fondée sur les droits pour la gestion des urgences n'équivaut pas à créer une gamme de services distincts pour les personnes âgées. Non, comme le conseille HelpAge International, les personnes âgées devraient plutôt recevoir les mêmes services que l'ensemble de la population et l'assurance qu'elles seront traitées en toute équité dans la prestation des services, et ce, dans tous les domaines⁵⁶ notamment ceux de la satisfaction des besoins fondamentaux, de la prestation de soins de santé et de soins psychosociaux, de la protection et du redressement économique.

56 HelpAge International. Older people in disasters and humanitarian crises: Guidelines for best practice. London, HelpAge International, 2000.

1. Domaines d'intervention

Pour intégrer les personnes âgées à la gestion grand public des urgences dans l'optique d'un vieillissement actif, il faut intervenir dans trois domaines fondamentaux en s'assurant pour ce faire de comprendre l'influence qu'exercent les déterminants du vieillissement actif sur l'expérience des personnes âgées en temps de crise.

Santé

Dans la perspective des objectifs de la prévention et du traitement des traumatismes physiques et psychiques et des maladies infectieuses découlant de la crise, les politiques en cas d'urgence respectueuses de l'âge devraient inclure la gestion des maladies chroniques afin de maintenir et de restaurer la capacité fonctionnelle des personnes âgées. Les services de santé devraient élargir leur champ d'intervention pour assurer la continuité des soins d'un milieu à l'autre et au fil du temps.

Participation

En ce qui a trait aux droits fondamentaux de la personne, il y aurait tout lieu de supprimer les limites d'âge arbitraires et

les mesures facilitantes pour encourager les personnes âgées à participer à toutes les activités de planification, d'intervention et de rétablissement communautaire dans l'éventualité d'une urgence.

Sécurité

La notion de sécurité s'entend de la protection et des soins physiques, sociaux et financiers dont il faut assurer la prestation à toutes les personnes âgées avant, pendant et après les urgences dans le respect de leurs droits fondamentaux en tant qu'êtres humains et de leurs besoins individuels. Les familles et les communautés devraient être soutenues dans les efforts qu'elles déploient pour prendre soin de leurs membres âgés, tout comme il y aurait lieu d'appuyer les personnes dans les efforts qu'elles font pour prendre soin d'autrui.

2. Acteurs et rôles principaux

Pour atténuer l'impact des situations d'urgence et assurer le rétablissement consécutif, il faut orchestrer (c.-à-d. différencier et intégrer) les efforts collectifs et individuels de la communauté tout entière. Moyennant l'ampleur de la crise, la « communauté » peut inclure des acteurs d'autres ressorts territoriaux, voire la communauté internationale. Les acteurs comprennent les divers ordres de gouvernement, les médias, les professionnels de la santé et autres pourvoyeurs de services, les organisations de la

société civile, les groupes confessionnels, les familles et les personnes âgées. Les mesures clés auxquelles participent les acteurs, à des degrés divers, peuvent se résumer comme suit⁵⁷ :

Communiquer : Fournir des renseignements actuels, précis et pratiques par des moyens qui permettront d'informer tout le monde des risques d'une urgence imminente ou courante et des ressources disponibles pour se protéger, s'adapter et contribuer.

Coordonner : Veiller à mobiliser, suivant les besoins, tous les organismes compétents, locaux et d'ailleurs, dans le respect des rôles et procédures établis et avec les outils et les ressources prévus. Les centres de coordination sont clairement définis et sont chargés d'assurer la cohérence et la complémentarité des mesures.

Éduquer : Fournir de la formation et des ressources claires et ciblées pour permettre aux gens de s'autoprotéger et d'autogérer leur santé et pour qu'il soit possible d'assurer, sur une base informelle et professionnelle, la protection et le soin de la communauté.

Accommoder : Voir à ce que les besoins distincts et les capacités particulières des personnes de tous les âges soient reconnus et intégrés dans les outils et mécanismes d'évaluation, les fournitures, les interventions, les services et les indemnités de secours.

⁵⁷ Weston M. Intervention non publiée pendant la réunion technique de l'OMS sur les personnes âgées et les urgences, Winnipeg, Canada, février 2007

3. Principales propositions stratégiques

Santé

Services de santé et de soutien

- Coordonner les activités des organismes responsables des soins de santé et des services à l'intention des personnes âgées avec celles des organismes chargés de la planification des mesures d'urgence.
- Recueillir des renseignements sur la situation démographique, sociale et sanitaire régionale afin de dresser des profils des besoins sanitaires.
- S'assurer que les fournitures médicales d'urgence comprennent des médicaments, de l'équipement médical et des fournitures médicales de même que des appareils et accessoires fonctionnels pour répondre aux besoins des personnes ayant des maladies chroniques ou des handicaps.
- Tenir à jour un registre local des établissements de soins de longue durée, des logements collectifs et des ménages privés comptant des personnes susceptibles d'être vulnérables lors d'une d'urgence.
- Constituer une base de données de fournisseurs de services professionnels et de bénévoles locaux, y compris de personnes âgées, qu'il serait possible de recruter pour aider les intervenants d'urgence à répondre aux besoins des personnes âgées vulnérables.
- Élaborer et utiliser des protocoles, des directives et des listes de vérification d'urgence qui tiennent compte des besoins, notamment psychosociaux, et des priorités propres aux personnes âgées qui sont touchées par la crise.
- Former des travailleurs des services d'urgence, de santé et sociaux à déterminer et à évaluer les besoins et les priorités des personnes âgées de même qu'à y répondre.
- Assurer la coordination des soins aux personnes qui, pour des raisons de santé, doivent être déménagées d'un milieu communautaire de soins primaires à un milieu hospitalier ou de soins de longue durée.
- Recueillir sur le terrain des données désagrégées selon l'âge et le sexe pour évaluer l'efficacité avec laquelle les services de santé et de soutien répondent aux différents besoins de la population.

Déterminants comportementaux

- Faire de l'éducation publique sur les moyens et les ressources à utiliser pour protéger sa propre santé ou celle des membres vulnérables de sa famille durant une situation d'urgence.
- En milieu de soins de santé primaires, fournir aux personnes âgées et à leurs familles du *counseling* individuel sur les moyens de répondre à des besoins sanitaires et fonctionnels précis dans l'éventualité d'une urgence.

- Fournir des vivres d'urgence nutritifs et faciles à préparer, à manger et à digérer.
- Fournir des aires protégées et la possibilité de faire des activités physiques de loisir dans les sites d'hébergement temporaires.

Déterminants personnels

- Fournir de l'information sur les risques que pourrait comporter les urgences et les ressources disponibles en cas d'urgence au moyen de canaux de communication accessibles aux personnes âgées et sous formes qui leur sont faciles à utiliser, pour que celles-ci puissent prendre des décisions personnelles éclairées.
- S'assurer que les outils d'évaluation des besoins et les directives de prestation des services tiennent compte des besoins individuels et des priorités exprimées des personnes âgées.

Environnement physique

- Prépositionner l'aide et les fournitures médicales pour pouvoir prêter rapidement assistance aux personnes vulnérables.
- Concevoir des plans d'évacuation, des modes de transport et des refuges sans obstacles pour faciliter les choses aux personnes âgées ayant des besoins médicaux ou fonctionnels spéciaux et s'assurer d'équiper les refuges et de les pourvoir en personnel en conséquence.

- Voir à ce que les personnes âgées aient un accès proche dans leur communauté à des services de soins de santé primaires et de soutien, et faire des visites à domicile et dépêcher des unités sanitaires mobiles pour se rendre auprès des personnes à mobilité réduite et géographiquement isolées.

- Faciliter l'accès aux fournitures essentielles pour les personnes âgées (p. ex. sans file d'attente).

Environnement social

- Informer les familles des ressources qui sont mises à leur disposition pour venir en aide aux personnes âgées lors d'urgences.
- En situation d'urgence, héberger le plus possible les personnes âgées dans la famille ou à d'autres endroits familiaux.
- Réduire au minimum le nombre de déplacements requis d'un refuge à l'autre, afin de soulager la détresse psychosociale.
- Réunir les personnes âgées avec leurs familles et d'autres personnes qui leur sont familières dans les hébergements d'urgence et les secteurs de réinstallation.
- Offrir des lieux de rencontre et des possibilités d'entraide et de soutien mutuel dans les hébergements d'urgence.

- Réinstaller les gens le plus près possible des communautés où elles se considéraient chez elles, et ce, dans les plus courts délais.
- Inclure toutes les personnes affectées par une urgence, tant les hommes que les femmes, dans les évaluations des besoins et les processus décisionnels afin de cerner avec exactitude leurs besoins et leurs priorités en matière de santé.

Facteurs économiques

- Fournir l'accès gratuit à des services de santé, à des médicaments, à des appareils et accessoires fonctionnels, à de l'eau propre et à des aliments nutritifs et salubres à toute personne affectée par une urgence.
- Assurer la prestation équitable des services sanitaires et sociaux dans les zones riches et pauvres, y compris dans les localités rurales moins fortunées.
- Informer et éduquer le public par des moyens accessibles aux personnes moins instruites et peu alphabétisées pour se préparer à répondre aux besoins de la population en temps d'urgence.

Genre

- Fournir des services attentifs aux différences de traitement entre les sexes, y compris du personnel adéquat, des installations bien équipées et conçues et de l'aide sur place aux personnes confinées chez elles.

Culture

- Réfuter et corriger les hypothèses négatives au sujet des besoins et des capacités des personnes âgées qui conduisent à l'exclusion de celles-ci et à leur tenue à l'écart du pouvoir durant les situations d'urgence.
- Faire place aux pratiques culturelles valorisées quant au fait d'habiter seul ou en famille et aux habitudes de soutien social, et ce, dans le but de maximiser la sécurité et le bien-être des personnes âgées.

Participation

Services de santé et sociaux

- Recruter et former des praticiens professionnels à la retraite ainsi que des bénévoles et s'adjoindre leurs services dans tous les domaines des opérations de soins de santé et de soutien social d'urgence où leurs compétences seraient utiles.

Déterminants comportementaux

- Impliquer les personnes âgées dans les groupes d'entraide et de secours mutuel pour maintenir des modes de vie sains en temps de crise, et encourager la famille et les pairs à faire de même.

Déterminants personnels

- Assurer la participation des personnes âgées à la planification et aux décisions communautaires, familiales et personnelles touchant tous les aspects de la gestion des urgences.
- Promouvoir le partage par les personnes âgées des habiletés d'adaptation qui les ont bien servies lors de crises précédentes.
- Reconnaître et satisfaire les besoins et les priorités des personnes âgées dans le cadre des évaluations des besoins des ménages.
- Offrir aux personnes âgées des occasions d'entreprendre et de diriger des activités visant à promouvoir leur propre rétablissement et celui des autres.

Environnement physique

- Consulter les personnes âgées pour repérer les risques et les ressources au sein de l'environnement naturel et de l'environnement bâti.

- Inviter les personnes âgées à pratiquer et à transmettre des techniques traditionnelles efficaces d'adaptation aux risques environnementaux.
- S'assurer de la participation des personnes âgées aux programmes de conception et de reconstruction domiciliaire, de redressement communautaire et de relance économique.

Déterminants sociaux

- Évaluer et satisfaire les besoins des personnes âgées qui subviennent aux besoins d'autres membres de la famille en sus des leurs durant et après les crises.
- Impliquer les personnes âgées dans les efforts qui se font localement pour signaler l'identité des personnes vulnérables aux services d'urgence et pour communiquer directement avec d'autres personnes pour leur transmettre de l'information importante.
- Encourager les personnes âgées à participer à des activités récréatives, spirituelles, sociales, éducatives et autres et à en être des chefs de file.

Déterminants économiques

- Assurer la pleine participation des personnes âgées aux activités de reprise économique pour qu'elles-mêmes et la communauté bénéficient de l'expérience.

Genre

- Aider les hommes et les femmes âgés à s'acquitter de responsabilités particulières et à combler des besoins individuels, par exemple en aidant les femmes âgées à réparer leurs maisons lorsqu'elles sont endommagées ou en offrant de l'aide aux hommes âgés qui font office de soignants.

Culture

- Amener les personnes âgées en position de respect et d'autorité à jouer dans la famille et la communauté des rôles visant à encourager la solidarité, à stimuler le moral et à assurer la continuité des choses au quotidien.
- Faire des personnes âgées des participants à part entière aux efforts que déploie la communauté pour affirmer aux organismes externes la différence culturelle de ses besoins, de ses modes d'intervention et des moyens qu'elle prend pour gérer l'urgence et s'en remettre.

Sécurité

Services de santé, sociaux et d'urgence

- Assurer une coordination entre les organismes responsables de la sécurité publique, de la gestion des urgences et des services sociaux pour s'assurer d'inclure les personnes âgées dans les mesures de sécurité publique et d'évacuation.

- Diffuser de l'information sur les dangers imminents et sur les mesures appropriées de sécurité à prendre et les ressources à utiliser de manière à bien renseigner les personnes âgées, en particulier celles qui ont des troubles sensoriels, cognitifs ou de mobilité.
- Élaborer et mettre en oeuvre des plans de protection des personnes fragiles et des personnes gravement handicapées, par exemple en recrutant des pourvoyeurs de soins supplémentaires et en constituant des stocks de fournitures essentielles.
- Recueillir sur le terrain des données désagrégées selon l'âge et le sexe pour évaluer l'efficacité avec laquelle les services répondent aux différents besoins de la population.

Déterminants comportementaux

- Faire de l'éducation publique et offrir des ressources pour aider les personnes âgées à prendre les mesures appropriées pour se protéger durant une urgence.

Déterminants personnels

- Dans les communications publiques au sujet de l'urgence, réfuter explicitement les notions qu'entretiennent certaines personnes âgées et qui leur font imprudemment minimiser les risques.

Environnement physique

- Offrir rapidement un refuge sûr et adéquat à l'abri des éléments de même que la nourriture, l'eau et les vêtements nécessaires.
- Évacuer les personnes âgées d'endroits qui entravent fortement leurs capacités fonctionnelles.
- Multiplier amplement les avertissements quant aux moyens à prendre pour se protéger des dangers physiques, p. ex. en cas de chute de lignes de transport d'électricité ou de contamination de l'eau.
- Fournir l'aide financière, les matériaux et la main-d'œuvre nécessaires pour améliorer le logement avant la catastrophe et pour le reconstruire après coup.

Déterminants sociaux

- S'assurer d'identifier les personnes âgées socialement isolées, de les informer pleinement des risques qu'elles courent et des ressources qui sont mises à leur disposition et de leur fournir l'aide nécessaire pour se protéger elles-mêmes.
- S'assurer d'aider les personnes âgées qui prennent soin d'autrui à protéger les êtres dont elles ont la charge, y compris leurs précieux animaux de compagnie.

- Protéger les personnes âgées contre la négligence, l'abandon, la violence et l'exploitation et assurer la sécurité de leurs possessions.

Déterminants économiques

- Veiller à ce que les personnes âgées qui vivent dans une région défavorisée dotée d'infrastructures et de logements inadéquats et à ce que celles qui sont peu instruites et alphabétisées soient bien informées des risques que pourraient comporter les urgences et des ressources à leur disposition en cas d'urgence et qu'elles reçoivent de l'aide ciblée correspondant aux risques additionnels qui les guettent.
- Rendre les personnes âgées admissibles à de l'aide financière et matérielle durant une urgence de même qu'à des indemnités ultérieures, et ce, sans discrimination fondée sur l'âge ou le sexe.
- Informer les personnes âgées sur les indemnités et le soutien au rétablissement des moyens de subsistance et les aider à s'en prévaloir.
- Offrir aux personnes âgées des possibilités de travail rémunéré et de formation correspondant à leurs capacités.

Genre

- Offrir aux femmes âgées qui ne reçoivent pas d'aide financière de leurs familles des occasions, de la formation et des ressources appropriées pour les aider à devenir autonomes.
- Offrir de l'hébergement et des installations et s'assurer de la présence de travailleurs des services qui respectent les besoins d'intimité des hommes et des femmes.

Culture

- S'attaquer chez les personnes âgées aux obstacles culturels à l'acceptation de l'assistance publique (« cadeaux » ou « bien-être ») qui les empêchent de se prévaloir des ressources auxquelles elles ont droit.

Conclusion

L'une des conséquences oubliée du vieillissement global est que les personnes âgées occuperont une place de plus en plus grande dans les populations les plus vulnérables aux urgences d'origine naturelle ou liées à des conflits. Elles joueront toutefois un rôle important auprès de leurs familles et communautés pour les aider à gérer et à surmonter les urgences. Afin que la balance continue à pencher en faveur de l'autoprotection des personnes âgées et de leur contribution aux efforts collectifs en situation de crise, il faudra mettre en oeuvre un train de mesures dans de nombreux secteurs. Le cadre Vieillir en restant actif servira de guide à l'élaboration de

politiques multisectorielles qui donneront aux personnes âgées l'assurance de pouvoir jouir d'une sécurité adéquate, de services de santé appropriés et de possibilités légitimes de participation en cas d'urgence.

Par-dessus tout, l'adoption d'une approche de vieillissement actif fondée sur les droits, laquelle prend appui sur une perspective globale de la vie qui rassemble les gens de tous les âges et qui tient compte de déterminants dans tous les secteurs d'intervention, renforcera le tissu social dans son ensemble, y compris sa résilience en temps de crise.

Sources des données des études de cas

Sources des données des études de cas		
Endroit	Événement	Sources des données
Aceh, Indonésie	Tsunami, 2004	Examens de la situation humanitaire sur le terrain et recherche
Bophirima, Afrique du Sud	Sécheresse, 2002-2005	Recherche auprès des personnes âgées et des autorités locales dans la zone touchée
Colombie-Britannique, Canada	"Tempête de feu", 2003	Recherche auprès des personnes âgées affectées et des fournisseurs de services dans trois communautés
Tchernobyl, Ukraine	Accident dans une centrale nucléaire, 1986	Rapports d'organismes internationaux, articles scientifiques et presse populaire (anglais seulement)
Cuba	Ouragans, 155 dernières années	Données officielles et rapports nationaux et de l'OPS
France	Vague de chaleur, 2003	Rapports d'étude sur la santé publique, presse populaire (anglais seulement)
Jamaïque	Ouragans, 2004-05	Rapports officiels, articles de la presse populaire et expérience directe des fournisseurs de services
Cashemire (Pakistan et Inde)	Tremblement de terre, 2005	Examens de la situation humanitaire sur le terrain et recherche
Kobe, Japon	Tremblement de terre, 1995	Rapports officiels, recherche et rapports d'intervention

Liban	Conflit, 2006	Recherche auprès d'un échantillon représentatif de 500 personnes âgées des zones affectées
Louisiane, États-Unis	Ouragan, 2005	Rapports officiels, articles de la presse populaire et expérience directe des fournisseurs de services
Manitoba, Canada	Inondation, 1997	Rapports officiels; recherche antérieure et postérieure à l'inondation sur les personnes âgées de la zone touchée
Mozambique	Inondations, 2000	Rapports nationaux des ONG humanitaires
Saguenay (Québec), Canada	Inondation, 1996	Recherche auprès des personnes affectées et des professionnels des services de la zone atteinte
Québec, Canada	Tempête de verglas, 1998	Rapports officiels; recherche auprès des personnes affectées et des fournisseurs de services
Turquie	Tremblements de terre, 1992, 1999	Rapports d'organismes, articles scientifiques, presse populaire (anglais seulement).

