



© IRIN



Source: Défense nationale Canada

Création d'un cadre mondial visant à tenir compte des besoins et des apports des aînés dans les situations d'urgence

**Création d'un cadre mondial
visant à tenir compte
des besoins et des apports
des aînés dans les situations d'urgence**



**Rapport faisant suite au Colloque international de Winnipeg
sur les mesures d'urgence et les aînés 2007,
organisé à Winnipeg (Manitoba), du 6 au 9 février 2007**

Présenté à la Commission des Nations Unies pour le développement social.

*Notre mission est de promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership,
aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.*
Agence de la santé publique du Canada

Division du vieillissement et des aînés
Agence de la santé publique du Canada
Immeuble Jeanne-Mance
Indice de l'adresse : 1908 A1
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. : 613-952-7606
Télec. : 613-957-9938
Courriel : seniors@phac-aspc.gc.ca
Internet : www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines

Ce rapport présente les points de vue collectifs des participants du Colloque international de Winnipeg sur les mesures d'urgence et les aînés 2007. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement la position de l'Agence de la santé publique du Canada ou celle du gouvernement du Canada.

Ce rapport peut être consulté ou téléchargé sur le site Internet suivant :
www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines.
Il est également disponible, sur demande, en formats substitués.

N° de cat. HP25-5/2008F-PDF
ISBN 978-0-662-07804-3

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2008

Also available in English under the title: *Building a Global Framework to Address the Needs and Contributions of Older People in Emergencies.*

Table des matières

■ ■ ■

Introduction	5
Historique du Colloque de Winnipeg	8
Priorités quant aux mesures à prendre	10
THÈME 1 : Éducation publique, sensibilisation et communication	10
THÈME 2 : Stratégies pour l'intégration de l'apport des aînés dans les urgences	14
THÈME 3 : Garantir l'accès aux services essentiels et aux mesures de protection	17
THÈME 4 : Maintien des services de santé	20
THÈME 5 : Évacuation	24
THÈME 6 : Refuges pour personnes ayant des besoins spéciaux et hébergement de longue durée	27
THÈME 7 : Adaptabilité, recouvrement et rétablissement des moyens de subsistance à la suite d'une catastrophe	30
Développement d'une capacité nationale pour tenir compte des besoins et des apports des aînés dans les situations d'urgence	33
Formation	33
Outils, ressources et pratiques exemplaires	34
Renforcement des réseaux	34
Développement de données d'appui et de recherches	35
Mesures éventuelles	37
Conclusion	38
ANNEXE 1 — Contexte stratégique du vieillissement actif et en santé et de la gestion des urgences	39
Suivi du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement	42
ANNEXE 2 — Leçons tirées d'urgences et de catastrophes antérieures	43
ANNEXE 3 — Participants au Colloque international de Winnipeg sur les mesures d'urgence et les aînés 2007	46
Références bibliographiques	49

Introduction

■ ■ ■

1. Le vieillissement de la population mondiale se révèle un enjeu stratégique grandissant pour les gouvernements, les professionnels, les universitaires, les chercheurs et la société civile : tous éprouvent de la difficulté à évaluer et à gérer les effets que cette tendance produit. Parallèlement, les gouvernements doivent renforcer les moyens de préparation aux urgences afin de répondre efficacement à la multiplication et à l'ampleur des phénomènes météorologiques extrêmes, des pandémies, des conflits et autres sinistres et crises humanitaires. L'évolution démographique à l'échelle mondiale comporte de véritables conséquences pour les nombreux aînés de la planète qui seraient exposés aux catastrophes.
2. Les catastrophes ont des effets négatifs sur toutes les populations affectées, mais les aînés sont affectés de façon constante et disproportionnée par les conséquences tant immédiates qu'à long terme des sinistres (Ngo, 2001; Bolin et Klenow, 1983; Tanida, 1996; Fernandez *et al.*, 2002). En effet, les personnes âgées de 60 ans et plus connaissent les taux de décès les plus élevés parmi tous les groupes d'âge (Center for Disease Control–American Red Cross, 1997). Selon HelpAge International, « à l'heure actuelle, on fait très peu pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées ou pour reconnaître leurs capacités et leurs apports uniques ». Par ailleurs, « dans le cadre des interventions humanitaires, on ignore souvent les besoins spéciaux des aînés, en faisant appel à des systèmes qui sont discriminatoires à leur égard et qui, parfois, minent leur capacité à se prendre en charge » (HelpAge International [HAI] et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés [UNHCR], 2003).
3. La situation et les besoins des personnes âgées sont tout particuliers et nettement différents de ceux des jeunes et des adultes; ils exigent une attention spéciale. Parallèlement, les aînés possèdent de nombreux atouts qui non seulement contribuent à assurer leur propre autonomie mais jouent également une grande part dans l'entretien des familles et le maintien de collectivités saines et stimulantes. Dans les catastrophes et les urgences, les aînés vulnérables et fragiles sont exposés à des risques plus élevés : des déficiences de nature mineure dans des circonstances normales pourraient s'avérer des handicaps importants en temps de crise.
4. Partout dans le monde, on admet davantage la nécessité de faire plus de place aux aînés dans les urgences, c'est-à-dire donner plus de visibilité aux personnes âgées, les écouter et les apprécier (Wells, 2005). Il est crucial de comprendre les facteurs qui accroissent la vulnérabilité des aînés, de tenir compte des apports importants que ces

derniers font aux efforts d'atténuation, d'intervention et de rétablissement et de les intégrer dans la gestion des urgences. Il importe également de connaître les régions et les pays ayant réalisé des progrès quant à l'intégration des aînés et des autres populations vulnérables dans la gestion des urgences, les difficultés rencontrées et les méthodes utilisées pour les aplanir.

5. Lors de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement (avril 2002), tous les pays participants ont unanimement sanctionné le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (PAIMV) comme représentant un moyen critique pour faire en sorte que tous les habitants de la planète puissent connaître un vieillissement sain et digne, et qu'ils puissent continuer de participer à la vie de leurs sociétés en tant que citoyens de pleins droits. L'annexe 1 du présent rapport donne davantage de détails sur le nouveau contexte stratégique mondial du vieillissement actif et en santé et sur le suivi du Plan de Madrid.

6. Face à la vulnérabilité particulière des personnes âgées dans les urgences et la nécessité de leur apporter une aide humanitaire et assurer leur protection, le PAIMV prévoit deux objectifs qui touchent spécifiquement aux besoins et aux apports des aînés dans les situations de crise. D'une part, il invite les gouvernements et les organismes à assurer l'identification des personnes âgées pendant et après une catastrophe naturelle ou tout autre type d'urgence humanitaire, et à leur garantir un accès égal à la nourriture, à l'hébergement, aux soins médicaux et aux autres services offerts. D'autre part, il demande de reconnaître l'apport que les aînés peuvent faire pour promouvoir la réadaptation et la reconstruction des collectivités ainsi que la reconstruction du tissu social à la suite des urgences.

7. Vu ces facteurs et la nécessité de créer une plate-forme qui permettrait d'accroître la sensibilisation publique et la prise de mesures utiles à l'échelle internationale, on a organisé en février 2007 le Colloque international sur les mesures d'urgence et les aînés à Winnipeg, au Manitoba.

▪ Ce rapport présente les points de vue collectifs des participants au Colloque. Il présente le résultat de leurs délibérations, y compris les grandes directions, les priorités d'action et les leçons tirées d'urgences et de catastrophes antérieures. Il présente aussi le contexte stratégique du vieillissement actif et en santé et de la gestion des urgences. C'est également un hommage au Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement et son engagement à demander la prise de mesures en vue d'assurer les droits des aînés à la protection et à l'aide humanitaire dans les situations d'urgence. C'est un hommage aux messages humanitaires essentiels qui se doivent de réverbérer à partir de l'expérience et d'avis judicieux. Il peut être l'incubateur de mesures stratégiques capitales pour le mieux-être des personnes âgées lors d'une urgence et pour le mieux-être d'une société pour tous les âges. *(Voir la liste des participants au Colloque international de Winnipeg sur les mesures d'urgence et les aînés 2007 à l'annexe 3.)* ▪

Historique du Colloque de Winnipeg

■ ■ ■

8. L'intérêt que porte l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) aux questions touchant les mesures d'urgence et les aînés a ses origines dans le symposium présidentiel sur le tsunami de 2004 et les personnes âgées, organisé en juin 2005 dans le cadre du congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie (AIG). Le symposium a fait ressortir le fait que pendant la distribution de l'aide dans les situations d'urgence, les aînés ne figurent pas bien souvent au rang des priorités, et peu d'organismes internationaux mettent en place des programmes pour répondre à leurs besoins.

9. À la suite du congrès de l'AIG, l'ASPC a réuni, en décembre 2005, plusieurs participants de la Conférence de la Maison Blanche sur le troisième âge, dans le but d'établir un cadre de travail ainsi que des principes devant guider la coopération internationale en ce qui a trait aux aînés dans les situations d'urgence. La rencontre a abouti en la prise d'un engagement de poursuivre la collaboration à l'échelle internationale. Dans cette optique, une séance de travail d'experts a été organisée en février 2006 à Toronto, au Canada. Il s'agissait, pour les spécialistes gouvernementaux et non gouvernementaux de tous les horizons (national, international, provincial et territorial), d'une occasion de mettre en commun les connaissances. À cette réunion, les participants ont évoqué le besoin d'organiser un colloque qui servira de plate-forme pour sensibiliser davantage les responsables, à l'échelle planétaire, quant à la nécessité de planifier plus efficacement les mesures d'urgence visant les aînés et les autres groupes vulnérables ainsi qu'aux occasions qui s'offrent à cet effet.

10. Le Colloque de Winnipeg a été parrainé par le gouvernement du Canada et la province du Manitoba, avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il s'est tenu à Winnipeg, au Manitoba, du 6 au 9 février 2007. Il a réuni plus de cent experts et intervenants du domaine de la gestion des urgences ainsi que des défenseurs de la perspective des aînés; il avait pour objectif de mobiliser les réseaux et de définir les priorités afin de guider les changements voulus dans les politiques et les pratiques pour mieux intégrer l'apport et les besoins des aînés dans les situations de crise.

11. Les buts visés par le Colloque étaient les suivants :

a) Parvenir à une compréhension commune des faits actuels et de la situation des aînés ainsi que des activités de planification des urgences au Canada, dans d'autres pays et à l'échelle mondiale.

- b) Définir les principales options stratégiques en vue de combler les lacunes et d'encourager l'application de meilleures pratiques.
- c) Déterminer les possibilités de prendre d'autres mesures collaboratives à l'intérieur de chaque pays et à l'échelle planétaire, et définir les priorités des prochaines démarches à tous les niveaux.

Priorités quant aux mesures à prendre

■ ■ ■

12. Les participants du Colloque de Winnipeg ont profité des discussions en petits groupes pour définir les pratiques exemplaires, les lacunes et les priorités quant aux mesures à prendre. Les résultats de ces discussions sont regroupés sous sept thèmes généraux se rapportant aux aînés et aux mesures d'urgence et présentés dans les dernières sections du présent rapport. Les priorités concernent le besoin pour les gouvernements et les intervenants de changer la perception que l'on a des aînés, de mieux déterminer les besoins particuliers des aînés et y répondre, et de mieux cerner et mettre à profit les apports des personnes âgées dans les urgences et les sinistres.

■ THÈME 1 ■

Éducation publique, sensibilisation et communication

13. Les situations d'urgence du passé nous ont montré qu'avant et pendant les crises, les systèmes de communication fonctionnent souvent mal. Les informations transmises au public sont dans ces circonstances peu nombreuses ou inexactes. Avant le déclenchement d'une urgence, l'information concernant les risques et la préparation en cas d'urgence peut ne pas atteindre certains segments donnés de la population, par exemple les personnes qui sont isolées et celles qui possèdent un faible niveau d'alphabétisation. Elle peut même exclure certaines autres personnes. Les aînés, parfois isolés et souffrant de difficultés cognitives, sont peut-être plus exposés.

Considérations

14. Il y a un besoin critique de sensibiliser davantage les gens et d'accroître l'éducation publique au sujet des aînés et des mesures d'urgence, de la prévention et l'intervention au recouvrement. Cela nécessite la promotion d'une meilleure compréhension quant aux facteurs physiques, sociaux, environnementaux et économiques qui accroissent la vulnérabilité des personnes âgées, ainsi que la mise en place de politiques qui favorisent un vieillissement actif et en santé et soutiennent la capacité d'adaptabilité des aînés.

15. Les communications sont renforcées ou compromises par un large éventail de facteurs qui ont une incidence considérable sur la réaction aux messages. Parmi ces facteurs, mentionnons la culture et les croyances personnelles, la langue et le niveau d'instruction ainsi que les expériences vécues, la géographie, l'environnement politique

et les niveaux de ressource. Besoin est de tenir compte de ces facteurs et de renforcer la capacité de mettre à jour et de diffuser de l'information claire et cohérente aux aînés et au grand public avant, pendant et après les urgences.

16. Il est particulièrement important de diffuser opportunément des informations exactes avant l'avènement d'une catastrophe. Il faut entre autres élaborer et adapter des messages destinés à influencer les personnes âgées, le public, les organisations donatrices et les organisations non gouvernementales (ONG), y compris les organismes humanitaires et les organismes de secours.

17. La façon dont les messages sont diffusés est également importante. Pendant une urgence, les systèmes classiques de communication publique connaissent parfois des dérangements et il faut pouvoir compter sur d'autres systèmes de rechange; l'utilisation d'un langage clair et de messages précis, cohérents et compréhensibles est de mise.

18. La collaboration et les partenariats jouent aussi un rôle dans la diffusion d'informations exactes et opportunes en cas d'urgence. Ces partenariats doivent être de nature multidisciplinaire et multisectorielle, regroupant tous les secteurs et tous les intervenants y compris la société civile. Il est particulièrement important d'inclure les aînés eux-mêmes, pour obtenir leurs conseils quant à la façon de les joindre dans les situations d'urgence et comment ils entendent recevoir les messages.

19. Les organisations peuvent travailler de concert à la diffusion novatrice et économique des messages. Les dirigeants communautaires, notamment les chefs religieux, peuvent jouer un rôle particulièrement important dans la transmission de l'information aux populations vulnérables.

20. Il est nécessaire d'améliorer la qualité de l'information sur laquelle la planification et les mesures d'intervention sont fondées. À cette fin, il faut subdiviser les données sur les mesures d'urgence par âge et par sexe afin de présenter un tableau plus exact des personnes les plus vulnérables, des besoins en matière de services et de programmes ainsi que de l'efficacité des mesures d'intervention. De plus, il faut améliorer la consignation, le suivi, le partage et l'utilisation des données parmi tous les intervenants afin de faciliter l'analyse des efforts engagés par le passé dans les situations d'urgence et de renforcer les capacités d'intervention futures.

21. Les priorités quant aux mesures à prendre

a) Élaborer des stratégies et des plans de communication visant à sensibiliser davantage et à éduquer le public au sujet des mesures d'urgence et des aînés grâce à la

formulation de messages clés destinés aux médias, aux politiciens et aux autres intervenants importants.

b) Élaborer des stratégies d'éducation publique et de sensibilisation interactives pour les aînés afin d'accroître leurs connaissances au sujet des catastrophes, renforcer leurs moyens de préparation aux sinistres, d'auto-assistance et d'autoprotection, enfin, améliorer leur capacité à faire un apport direct aux mesures de recouvrement et d'intervention grâce à la fourniture d'efforts personnels et d'entraide.

c) Veiller à ce que les aînés et les personnes œuvrant auprès d'eux puissent avoir facilement accès aux connaissances spécialisées et aux ressources disponibles dans la collectivité. Les ressources devraient inclure des lignes directrices sur les pratiques exemplaires que l'on peut consulter par des moyens électroniques tels que les portails Web intégrés lorsque cela est faisable; elles doivent cependant comprendre des moyens de rechange pour exécuter les mesures de façon ininterrompue durant les urgences.

d) Établir des coalitions aux niveaux national et local pour assurer l'éducation en cas de sinistre, et leur accorder la souplesse nécessaire pour diffuser de l'information spécifique adaptée aux besoins et aux conditions locales. Ces coalitions devraient inclure les réseaux dans le domaine du vieillissement, être inter-reliés et pouvoir transmettre des messages cohérents et uniformes.

e) Accroître la sensibilisation et la compréhension parmi toute la population quant au fait que les personnes âgées pauvres sont particulièrement vulnérables, surtout pendant les urgences et les catastrophes.

f) Donner une attention spéciale à l'éducation des jeunes enfants en matière de préparation aux urgences, afin de les sensibiliser davantage et de leur fournir les connaissances, les compétences et les ressources pour qu'ils puissent s'adapter comme il convient aux situations d'urgence et aux catastrophes à toutes les étapes de la vie et faire un apport.

■

**LEÇONS À APPRENDRE EN MATIÈRE DE PRÉPARATION
AUX URGENCES AUPRÈS DES AÎNÉS DU JAPON :
LE GRAND TREMBLEMENT DE TERRE DE HANSHIN-AWAJI**

Le grand tremblement de terre de Hanshin-Awaji qui a ébranlé Kobe et la préfecture de Hyogo au Japon le 17 janvier 1995 a causé 6 533 morts, 43 792 blessés et détruit ou endommagé 510 000 habitations. Les personnes âgées comptaient pour la plus grande proportion des morts. Mais des aînés ont également fait une contribution durable à l'édification de collectivités plus sécuritaires et sont aujourd'hui membres du musée pour la réduction des catastrophes (Disaster Reduction Museum) créé à Kobe, au Japon, où des aînés bénévoles livrent et partagent leurs récits de survie et de capacité de récupération.

« Huit ans après le grand tremblement de terre de Hanshin-Awaji, les aînés de Nagata, un district qui a été profondément touché par la catastrophe, se sont mis à organiser des séances de narration à l'intention des groupes d'étudiants en excursions. Les élèves du primaire et du premier cycle du secondaire n'ont pas connu l'expérience du grand tremblement de terre de Hanshin-Awaji, ou ils l'ont vécue alors qu'ils étaient très jeunes et n'en ont donc aucune mémoire. Des enfants venus d'autres régions comptaient parmi l'auditoire et apprenaient ce qui s'était réellement produit dans le district de Nagata lors du grand tremblement de terre de Great Hanshin-Awaji, comment les gens s'y sont pris devant le sinistre, les sentiments qu'ils ont éprouvés alors et les sentiments qui les animent aujourd'hui. Grâce à ces récits, les enfants qui n'ont jamais vécu un tremblement de terre fort découvrent la puissance que peuvent receler ces phénomènes et ils ont la motivation de songer à la nécessité de se préparer aux catastrophes et de trouver des moyens de s'en sortir quand un sinistre se produit. »
(Traduction libre)

Source : Hutton, D., *Older People in Emergencies: A Framing Document for Policy and Program Development*. Troisième version préliminaire préparée pour l'Organisation mondiale de la santé, 2006.

▪ THÈME 2 ▪

Stratégies pour l'intégration de l'apport des aînés dans les urgences

22. Il est important de reconnaître les capacités et la contribution que les aînés font au quotidien et dans les situations d'urgence. Or, les personnes âgées sont en général exclues des plans et des programmes d'urgence. Une véritable participation des aînés garantirait la détermination de leurs besoins particuliers et l'intégration de ces derniers dans l'analyse, la programmation et l'évaluation des services. Elle pourrait en outre apporter l'aide critique et le soutien nécessaire à l'atténuation des conséquences d'une crise pour les personnes et les familles tout en facilitant le recouvrement et la réadaptation de l'ensemble de la collectivité.

Considérations

23. Dans les catastrophes et les urgences, les personnes âgées apportent un soutien essentiel aux familles en assurant par exemple l'entretien continu des enfants et le soutien du revenu. Au sein de leurs communautés, les aînés peuvent fournir un leadership important dans les projets de secours et de réadaptation, où ils assument souvent un rôle de premier plan dans la mobilisation des ressources humaines et financières. La contribution des femmes âgées s'avère souvent importante lorsqu'il s'agit de prendre soin des enfants et des orphelins, notamment l'obtention et la préparation d'aliments nutritifs et l'entretien des refuges.

24. Les aînés doivent participer intégralement à toutes les phases de la préparation aux urgences. Il s'agit notamment de la planification collective en vue de l'atténuation des catastrophes, le repérage et l'identification des personnes les plus vulnérables, la définition des besoins individuels et collectifs, et l'élaboration de solutions axées sur la communauté pour le recouvrement et le rétablissement des moyens de subsistance.

25. La production de revenu est particulièrement importante et représente une grande priorité pour les personnes âgées à la suite d'un sinistre. L'expérience démontre que les aînés jouent souvent un rôle de tout premier ordre dans le maintien et (ou) le rétablissement de la stabilité au sein de leurs familles et de leurs communautés.

26. Les priorités quant aux mesures à prendre

a) Élaborer des plans et des stratégies visant à engager les aînés dans les processus de planification d'urgence touchant l'ensemble de la collectivité et dans toutes les étapes de la gestion des urgences.

- b) Mettre en place des processus de dialogue inclusifs qui s'appuient sur les ONG, là où souvent les gens se rassemblent naturellement pour rejoindre les personnes âgées qui sont vulnérables et pour leur apporter l'aide nécessaire et assurer leur protection. Ces organisations devraient inclure les organismes religieux, humanitaires et de secours ainsi que d'autres organisations de la société civile.
- c) Élaborer des procédures de gestion des urgences qui incluent la participation directe des aînés quand il s'agit de repérer les personnes âgées pendant les urgences et les catastrophes, d'identifier celles qui sont les plus vulnérables, d'évaluer les besoins individuels et collectifs et de prendre part aux analyses et évaluations d'impact à la suite des urgences.
- d) Bâtir la capacité d'afflux de volontaires susceptibles de participer aux efforts de préparation aux urgences dans les collectivités, en incluant les professionnels à la retraite et les professionnels en formation, les chefs de file au sein de la communauté des aînés et les bénévoles âgés.
- e) Mobiliser et solidifier la volonté du milieu politique en vue d'instaurer un environnement adapté qui favorise et renforce la participation des personnes âgées avant, pendant et après les urgences et les catastrophes.

TRAVAILLER ET APPRENDRE AUPRÈS DES AÎNÉS : LA CRISE LIBANAISE

En 2006, le conflit israëlo-libanais éclata au Liban et dans le nord d'Israël. Au cours d'une période de 33 jours en juillet et août, plus d'un millier de civils libanais ont été tués et près de 5 000 blessés. Près d'un million de personnes ont été déplacées de leur maison. Réagissant à la crise, l'association philanthropique Makassed de Beyrouth a ouvert 10 écoles dans la capitale afin de satisfaire aux besoins essentiels et humanitaires de plus de 3 500 personnes déplacées. Les aînés ont joué un rôle important dans le succès de cet effort.

« À l'école 'Ali bin Abi Taleb' de Beyrouth, les personnes déplacées vivaient de façon enjouée, malgré les peines du conflit. L'école avait accueilli environ 185 personnes déplacées de tous les âges : des nourrissons, des enfants, des femmes, des aînés et quelques jeunes hommes. Chaque matin, on répartissait les travaux domestiques. Les travailleuses sociales de l'association Makassed accompagnaient les enfants dans la cour et organisaient diverses activités pour eux : narration, peinture faciale, leçons de dessin, lecture. Les femmes plus jeunes devaient nettoyer les lieux à tour de rôle. Les femmes plus âgées avaient la tâche de préparer les repas. Toutes ces activités se terminaient avant midi. Après un repos bien mérité, les personnes déplacées passaient l'après-midi ensemble, se promenaient dans les rues avoisinantes, et certaines d'entre elles faisaient les achats nécessaires. Les vieux s'asseyaient dans un coin et discutaient de la situation politique, animés d'un optimisme de tous niveaux. Les vieilles dames rassemblaient les enfants et leur racontaient la vie d'antan dans le village.

D'autres centres d'accueil ont tôt adopté cette façon de s'organiser et de distribuer les tâches. Les aînés ont fourni un soutien important aux enfants déplacés et à leurs jeunes mamans anxieuses. Les personnes âgées leur ont assuré surveillance, soins et conseils. » (Traduction libre)

Source : Hutton, D., *Older People in Emergencies: A Framing Document for Policy and Program Development*. Troisième version préliminaire préparée pour l'Organisation mondiale de la santé, 2006.

▪ THÈME 3 ▪

Garantir l'accès aux services essentiels et aux mesures de protection

27. Dans les sinistres, les personnes les plus vulnérables ont besoin d'avoir accès à un large éventail de services essentiels à leur survie. Il s'agit notamment des abris de secours, du carburant, des aliments et de la nutrition, du transport et des services de santé. Or, les aînés sont souvent laissés de côté dans la gestion des urgences, en partie parce que l'on présume que leur famille et leur collectivité veilleront à leurs soins et à leur mieux-être. Par exemple, les personnes âgées sont rarement incluses dans les évaluations nutritionnelles, les décisions touchant les exigences alimentaires ou la conception des programmes alimentaires, alors qu'elles ont des besoins nutritionnels bien particuliers. De plus, les aînés sont souvent écartés des projets de développement des capacités et de subsistance, ce qui les expose davantage à l'indigence et à la marginalisation. Enfin, l'isolement et la subjugation des personnes âgées, en particulier les femmes, augmentent leur risque de connaître l'abandon, les mauvais traitements et la violence.

Considérations

28. Les organisations humanitaires et autres ONG œuvrant dans la préparation aux urgences tiennent souvent compte des besoins des personnes âgées dans le contexte global des personnes vulnérables; elles ne possèdent pas les compétences spécialisées particulières pour répondre aux besoins et aux circonstances spécifiques des aînés. Parallèlement, les organisations donatrices ont tendance à engager des dépenses relativement petites pour les programmes conçus précisément pour les aînés dans les urgences (Wells, 2005).

29. Il existe peu d'instruments juridiques qui tiennent compte des personnes âgées comme un groupe vulnérable distinct, alors que les politiques et pratiques dans le domaine humanitaire traitent des aînés de diverses façons et à divers niveaux : certains codes de pratique et lignes directrices s'adressent particulièrement aux besoins des aînés dans les situations d'urgence (par exemple, les lignes directrices sur les pratiques exemplaires, *Older people in disasters and humanitarian crises: Guidelines for best practice* [HAI et UNHCR, 2003]). Toutefois, les instruments juridiques et les cadres d'orientation demeurent des moyens essentiels pour sensibiliser les gens quant à l'importance d'aider les personnes âgées dans les urgences, de promouvoir le développement et l'utilisation de normes courantes pour évaluer les progrès et le rendement, et d'assurer la protection des personnes vulnérables.

30. Dans le contexte des instruments et cadres juridiques, il est également important d'élaborer des plans d'action généraux afin d'assurer que les services essentiels et les mesures de protection sont en place. Ces plans doivent inclure la participation des aînés à toutes les phases de la gestion des urgences, intégrer directement les enjeux associés aux urgences dans les politiques institutionnelles et dans les politiques générales en vigueur, et, enfin, comprendre une méthode intergénérationnelle qui tient compte des besoins et de l'apport des différents groupes d'âge et qui fait fond sur des stratégies d'entraide.

31. Il faut engager un effort spécial pour repérer et identifier les personnes âgées les plus vulnérables dans une situation d'urgence, parce qu'elles rencontrent souvent des obstacles structurels, voire même discriminatoires, quant à l'accès aux services essentiels et à l'aide. Il importe également de faire participer directement les aînés dans l'évaluation de leurs besoins, dans l'établissement des priorités et dans la décision quant aux mesures d'intervention appropriées, car la recherche laisse entendre qu'il pourrait exister des écarts entre la perception qu'ont les personnes âgées de leurs besoins et celle des organismes d'aide et de secours (par exemple, l'étude de 1999 portant sur les pratiques des organismes humanitaires [Wells, 2005]).

32. Lorsque les collectivités et les ressources sont étirées en raison d'une urgence, les personnes âgées sont particulièrement exposées à des risques de violence et de mauvais traitement et nécessitent des mesures de protection spéciales. C'est surtout le cas des femmes dont la vulnérabilité augmente souvent dans les moments de catastrophes et dans les conflits. Les mauvais traitements envers les aînés prennent des formes multiples, notamment la discrimination, les sévices physiques et psychologiques, l'exploitation financière et la violation des droits fonciers.

33. Les réseaux dans le domaine du vieillissement peuvent être intégrés de façon efficace dans la fourniture des services essentiels et des mesures de protection.

34. Les priorités quant aux mesures à prendre

a) Faire participer et habiliter les personnes âgées en respectant rigoureusement le droit international et en favorisant la mise en application de politiques et de pratiques en vue d'assurer aux aînés les services essentiels, l'aide et la protection dans les urgences et les catastrophes.

RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES DANS L'OUEST DU DARFOUR

Depuis le déclenchement de la violence au Darfour en 2003, plus de 2 millions de personnes ont été déplacées et presque 300 000 sont mortes de maladie ou de famine. Selon les estimations, environ 8 p. 100 des gens qui sont actuellement dans des camps sont des personnes âgées, la plupart d'entre elles vivant seules. Une évaluation effectuée en 2004 par HelpAge International a constaté que 45 p. 100 des personnes déplacées n'ont pas d'abri adéquat et 61 p. 100 souffraient de maladies chroniques non traitées.

Devant la crise, HelpAge International a mis en place des programmes dans sept camps au Soudan. L'exécution de ces programmes a été capitale non pas seulement pour réduire la souffrance parmi les aînés mais aussi pour élever leur statut social au sein de leurs communautés.

- Des comités d'aînés ont été mis sur pied afin de défendre les besoins et les droits des personnes âgées, d'agir comme point de référence pour les autres organisations humanitaires et de coordonner les services d'approche auprès des personnes plus vulnérables.
- Un réseau de travailleurs de la santé communautaire a été établi dans chacun des camps afin d'assurer aux aînés des services d'approche et des soins de base.
- Un système d'ambulances entraînées par des ânes a été mis en place pour transporter les personnes âgées à leurs rendez-vous médicaux.
- En partenariat avec le Programme alimentaire mondial, des paniers à provision nutritifs supplémentaires ont été distribués aux personnes âgées qui couraient un risque de malnutrition ou qui s'occupaient de plusieurs dépendants.
- Dans un des camps, un centre de nutrition social a été créé afin de fournir aux personnes âgées vulnérables des repas cuits sur place trois fois par semaine.
- Des centres d'activités sociales ont été mis sur pied pour permettre aux personnes âgées de se retrouver ensemble, d'échanger des nouvelles et des récits et de faire du bricolage traditionnel, une façon de rétablir leurs sens de la collectivité.
- Pour accroître l'autosuffisance chez les personnes âgées, HelpAge International a financé une coopérative de cordonniers, une boulangerie, le repeuplement des bétails, et l'organisme a distribué des graines de semence et des outils de jardinage. (Traduction libre)

Source : Hutton, D., *Older People in Emergencies: A Framing Document for Policy and Program Development*. Troisième version préliminaire préparée pour l'Organisation mondiale de la santé, 2006.

▪ THÈME 4 ▪

Maintien des services de santé

35. Dans les situations d'urgence, les personnes âgées peuvent avoir d'énormes difficultés à gérer leurs maladies et états chroniques préalables. Les services de soutien et les soins à domicile peuvent être interrompus, le matériel médical essentiel comme les générateurs d'oxygène ou les ventilateurs peuvent tomber en panne, et les établissements de santé peuvent avoir subi des dommages ou être surchargés par les blessés graves et les personnes qui sont incapables de gérer leurs conditions de santé ou dont l'état de santé s'est aggravé en raison de la catastrophe. Ces problèmes peuvent prendre plus d'ampleur dans les milieux ruraux ou éloignés, où l'accès à toutes formes de soins de santé est souvent plus limité que dans les milieux urbains.

Considérations

36. La santé constitue l'une des principales préoccupations des personnes âgées dans les urgences, tout comme la sécurité matérielle. La bonne santé est un pilier du vieillissement actif et en santé, et elle contribue à la capacité des aînés de gagner leur vie, de demeurer indépendant et d'exercer un contrôle sur leur propre vie. Dans les urgences, la santé et le bien-être pourraient être compromis dans la mesure où les difficultés associées au vieillissement telles que la mobilité réduite, la faiblesse des capacités sensorielles et cognitives, sont accentuées par d'autres problèmes comme le risque de malnutrition, la gestion des maladies chroniques, les invalidités et les difficultés à faire face au traumatisme qu'est l'urgence et aux menaces à la santé mentale.

37. Les gens doivent savoir mieux se préparer aux urgences et gérer leur santé en cas de crise. Il s'agit notamment de se procurer des quantités suffisantes de médicaments et de s'assurer un accès aux soins et à l'équipement de santé. Cependant, il importe également que les fournisseurs de soins, surtout les aidants de première ligne, et les responsables de la gestion des urgences connaissent les besoins sanitaires des aînés vulnérables : ils doivent connaître l'effet des catastrophes sur l'aggravation des risques pour la santé, ils doivent être en mesure d'identifier et de traiter les aînés vulnérables dans les crises, et ils doivent avoir accès aux normes et protocoles utiles en matière d'intervention et de fourniture de soins.

38. Les faits montrent que certains aînés ont plus de ressort que les jeunes dans les situations d'urgence parce qu'ils ont une plus grande expérience de la vie. Mais tout à la fois, il est clair que la perte, le déplacement et les traumatismes associés aux urgences

peuvent s'avérer des facteurs de stress cumulatifs et interactifs et avoir des conséquences très négatives pour la santé et le bien-être des personnes âgées. Il est donc nécessaire de mieux comprendre les besoins des aînés en matière de santé mentale et d'y répondre, en commençant par la recherche de meilleures méthodes pour évaluer et identifier celles d'entre elles qui sont particulièrement traumatisées et en assurant un suivi au moyen d'équipes multidisciplinaires de soignants, afin d'assurer diverses solutions d'intervention. Une difficulté majeure au chapitre des interventions en santé vient du fait que les personnes âgées peuvent cacher leurs vulnérabilités par crainte de se voir marginalisées et isolées par leur famille, les intervenants et la collectivité.

39. Il faut mettre en place des plans de continuité des activités¹, normalisés dans une certaine mesure à toutes les étapes du système de santé et d'une étape à l'autre, notamment les soins de première ligne, les cliniques et les hôpitaux ainsi que les installations de soins à domicile et de soins de longue durée. Par exemple, on doit continuer de fournir les services médicaux et les traitements nécessaires – dialyse et médicaments, entre autres – pendant toute la durée de l'intervention à la suite d'une catastrophe. Ces plans doivent prévoir ce qui suit : des normes en matière de soins et des pratiques exemplaires en ce qui a trait aux questions comme les stratégies de triage et l'accès aux dossiers médicaux; la fourniture continue des soins et l'accès à des équipes interdisciplinaires de soins; des simulations, des essais et des évaluations périodiques.

40. Dans les situations de catastrophe, des pannes d'électricité peuvent perturber le partage de renseignements importants sous forme de dossiers médicaux — et de réseaux de santé électroniques. Il est essentiel de mettre en place des solutions de rechange pour assurer que les renseignements de santé accompagnent le patient tout en respectant la vie privée de l'intéressé.

41. Étant donné que les gouvernements sont systématiquement surchargés dans les urgences que les organisations humanitaires et autres organismes de secours disposent de peu de ressources, les collectivités et les organisations de la société civile jouent un rôle de premier ordre pour maintenir les liens entre les personnes âgées et les services de santé importants. Il peut s'agir d'apporter le soutien et d'entretenir les rapports

¹ La planification de la continuité des activités est un processus de planification proactive qui permet d'assurer la fourniture des services ou produits essentiels pendant une période de dérangement. Un plan de continuité des activités comprend des plans, des mesures et des dispositions assurant la prestation continue de services et de produits essentiels, ce qui permet à l'organisation de recouvrer ses installations, ses données et ses biens, ainsi que la détermination des ressources nécessaires pour soutenir la continuité des activités, dont le personnel, l'information, l'équipement, les ressources financières, les conseillers juridiques, la protection de l'infrastructure et les locaux (Sécurité publique Canada, 2005).

qu'assurent normalement les membres de la famille et les amis ou d'offrir des services de défense et d'approche aux personnes âgées ou en leur nom.

42. Les priorités quant aux mesures à prendre

- a) Mettre en place des plans de continuité des activités à l'intention des pourvoyeurs de soins et des fournisseurs publics et privés. Ces plans doivent couvrir la gamme complète du système de santé, depuis les soins de première ligne jusqu'aux soins palliatifs, être mis à l'épreuve de temps à autre et actualisés afin de tenir compte des nouveaux besoins en matière de santé et des nouvelles capacités des collectivités. Par exemple, les plans de continuité des opérations doivent prendre en compte les plans d'urgence personnalisés mis en place dans les régions où habitent les personnes âgées; ils doivent prévoir la création d'équipes multidisciplinaires qui fourniront sans interruption des soins et de l'aide dans les situations d'urgence; et ces plans doivent inclure des simulations régulières d'alerte en cas d'urgence afin d'en assurer l'efficacité dans des situations réelles d'urgence et de catastrophe.
- b) Créer et maintenir des réseaux dans le domaine du vieillissement qui favorisent la participation des aînés eux-mêmes et qui relie directement le milieu de la gestion des urgences et les planificateurs en matière de santé, les décideurs, les chercheurs et les fournisseurs.
- c) Effectuer des analyses environnementales périodiques et systématiques qui permettront de définir les priorités et de déterminer les pratiques exemplaires en matière d'interventions sanitaires d'urgence destinées aux personnes âgées.
- d) Élaborer des lignes directrices et des modèles pour décrire les niveaux minimums de services et de soins de santé qu'il faut assurer dans les situations d'urgences et dans les catastrophes.
- e) Élaborer des plans visant le soutien et les services de soins à domicile, avec la participation active des aînés. Ces plans doivent prévoir l'évaluation des besoins et des solutions de rechange en matière de soutien et de soins avant qu'une crise ne se produise, ainsi que des plans d'évacuation d'urgence.
- f) Appuyer la recherche qualitative et quantitative sur les besoins des aînés en matière de santé mentale dans les situations d'urgence, en vue de trouver des applications pratiques et d'orienter les fournisseurs et les professionnels des services et des soins de santé dans les interventions.

g) Faire des investissements dans diverses mesures de promotion de la santé et dans des politiques et des programmes visant la santé des populations et la santé publique. Ces mesures doivent tenir compte du fait que le vieillissement actif et en santé constitue la principale stratégie pour développer la capacité de résistance chez les aînés et améliorer leur qualité de vie ainsi que pour renforcer les moyens dont ils disposent pour se préparer aux conséquences des urgences et des catastrophes, pour s'y adapter et trouver des solutions.

LEÇON À APPRENDRE DE LA FRANCE : LA VAGUE DE CHALEUR DE 2003

La vague de chaleur qui s'est abattue sur l'Europe en 2003 a causé la mort de plus de 30 000 personnes [...]. En France, le mercure est monté à 40 degrés Celsius ou plus, et des milliers de personnes âgées ont péri dans les maisons de repos et dans les établissements de soins. Bien que le pays soit doté de l'un des meilleurs régimes de santé au monde, il n'avait pas prévu de plan en cas de chaleur extrême et a donc souffert « d'un manque de préparation, de l'insuffisance du matériel de refroidissement dans les maisons de soins et dans les installations hospitalières ainsi que de l'absence d'une définition claire des rôles des organismes concernés » [...]. Ces problèmes ont été accentués par l'insuffisance de financement et d'effectifs dans de nombreuses maisons de repos, ce qui a empêché d'assurer une surveillance adéquate et de prodiguer les soins qu'il faut aux résidents les plus vulnérables. Bon nombre des décès constatés chez les aînés qui sont morts dans leur propre résidence vivaient seuls, dans des appartements peu coûteux situés aux étages supérieurs d'édifices où la chaleur était plus forte; parmi les causes courantes de ces décès, figurait l'échec des autorités à identifier ces personnes à risque, à les informer des moyens de confronter la chaleur et à leur fournir des mesures de survie comme de l'eau potable en bouteille, des blocs-glace et de l'équipement de refroidissement.

Dans la foulée de la canicule, la France a entrepris de grandes réformes en vue de protéger les personnes âgées. Il s'agit notamment de fournir des fonds aux maisons de retraite pour qu'elles installent des climatiseurs et d'embaucher le personnel qu'il faut. On a également confié aux conseils de district la responsabilité d'établir des registres de personnes à risque, et on a élaboré et mis en application des lignes directrices en matière d'intervention à l'intention des hôpitaux et des secouristes volontaires [...].
(Traduction libre)

Source : Hutton, D., *Older People in Emergencies: A Framing Document for Policy and Program Development*. Troisième version préliminaire préparée pour l'Organisation mondiale de la santé, 2006.

▪ THÈME 5 ▪

Évacuation

43. L'ouragan Katrina a montré que l'évacuation de grands centres urbains peut présenter des difficultés et que les personnes âgées sont en particulier exposées à des risques. En effet, celles-ci sont peut-être isolées et confinées chez elles; elles peuvent avoir manqué de tenir compte des avertissements, ou encore, elles sont réticentes à quitter leur maison. D'autres peuvent être fragiles ou souffrir d'une maladie qui peut compromettre leur santé dans les évacuations si elles ne recevaient pas des soins continus. De plus, bon nombre de personnes âgées vivent dans des régions et dans des collectivités où un plan d'urgence n'existe pas et qui disposent de peu ou pas de moyens d'intervention dans les urgences. Les problèmes d'évacuation vont au-delà du déplacement concret des aînés : par exemple, dans de nombreuses administrations, il n'existe pas de système ou de capacité pour repérer les personnes âgées qui ne sont pas en mesure de s'évacuer par leurs propres moyens.

Considérations

44. Il est important de fournir aux collectivités, y compris les aînés eux-mêmes, des informations adéquates quant à ce qu'il faut faire pendant une évacuation et aux ressources qui sont disponibles. Ces renseignements doivent en même temps s'accompagner de plans et de systèmes d'évacuation fonctionnels.

45. Il existe de profondes différences entre l'élaboration de scénarios d'évacuation en cas d'urgence et l'élaboration de scénarios en cas de catastrophe : dans les urgences, on compte généralement sur les intervenants pour évacuer les gens alors que dans une catastrophe, les gens doivent souvent se mobiliser et s'évacuer par leurs propres moyens.

46. De nombreux facteurs contribuent à un bon plan d'évacuation, entre autres l'identification des personnes vulnérables (y compris celles qui ne peuvent ou ne veulent pas s'auto-identifier), la prise en compte des besoins particuliers des aînés fragiles et des aînés ayant des besoins spéciaux, l'accès à des renseignements fiables afin de faciliter le triage, la prestation continue des services de santé, les recherches et retrouvailles familiales, enfin, l'établissement de liens solides parmi les pourvoyeurs de soins, les fournisseurs de services et les gouvernements afin de garantir un accès ininterrompu aux services essentiels.

47. Les installations de soins à domicile et de soins spéciaux présentent des difficultés toutes particulières dans le cadre de l'évacuation des personnes âgées dans

les urgences et les catastrophes. Il importe donc de prévoir de bons plans d'intervention en cas d'urgence qui respectent les normes et les lignes directrices nationales et sont soumis à des essais et à des évaluations.

48. Les priorités quant aux mesures à prendre

- a) Élaborer une méthode systématique des évacuations aux niveaux national et communautaire axée sur l'appariement des besoins des aînés avec des dispositions et des installations d'évacuation souples et adéquates. Cette approche doit être officialisée et incluse dans des plans globaux et intégrés qui font le lien entre la gestion des urgences et les services de santé et d'aide pour soins de santé.
- b) Faire participer directement les aînés dans les projets d'éducation et de formation associés aux plans d'évacuation afin de renforcer leur capacité à se prendre en charge et à s'entraider pendant les évacuations.
- c) Établir des procédures d'évacuation fondées sur les systèmes communautaires qui permettent d'identifier les aînés vulnérables et leur localité.
- d) Élaborer des plans spéciaux qui prévoient l'usage de véhicules de plusieurs types, notamment les ambulances pourvues de brancards, les autobus, les camionnettes et autres véhicules privés afin de répondre aux besoins spéciaux des aînés fragiles.
- e) Encourager la mise en application du triage ou d'une approche progressive dans la gestion des évacuations quand cela est approprié et pratique.

ÉVACUATION DU SUTHERLAND HILLS REST HOME À KELOWNA LORS DE L'INCENDIE DE LA MONTAGNE OKANAGAN

Le personnel de Sutherland Hills, travaillant de concert avec le personnel de l'IHA (Interior Health Authority), avait eu la décourageante tâche de déménager les pensionnaires de la maison de repos. [...] Il est important de se rappeler que seulement environ un quart des pensionnaires de Sutherland Hills ne souffraient pas de problème cognitif tandis que la majorité avait des problèmes de démence légers ou lourds.

En raison du nombre limité d'ambulances (trois), on a pris grand soin de déterminer quels pensionnaires étaient trop malades ou fragiles pour supporter un voyage en autobus et devraient être transportés en ambulance. Au moment de partir, d'énormes cendres tombaient autour de Sutherland Hills et on sentait l'odeur de fumée dans l'air. On a mobilisé des ambulances, des autobus accessibles en fauteuil roulant et des camionnettes pour déménager les résidents de Kelowna à Vernon. Les personnes interviewées ont rapporté qu'un voyage qui prend ordinairement un peu plus de 30 minutes a pris plusieurs heures en cette occasion parce que d'autres évacués quittaient la ville à pas de tortue. À leur arrivée à Vernon, une collectivité située à 47 km au nord-est de Kelowna, les pensionnaires, le personnel et les lits ont été installés dans les deux établissements de soins retenus (Gateby House et Noric House) où ils sont restés dans des salles de fortune improvisées dans les réfectoires et d'autres aires ouvertes. Les évacués y ont séjourné près d'une semaine. [...]

Après l'événement, le personnel a noté un problème majeur dans l'évacuation de la clientèle âgée. Lorsque l'avis d'évacuation a été donné, un grand nombre de membres de famille étaient naturellement très préoccupés par le sort de leurs proches se trouvant au Sutherland Hills. Certains ont emmené leur proche fragile à la maison sans se rendre compte qu'ils devaient prendre soin d'eux. Un résident est tombé pendant son séjour chez sa famille et s'est cassé la hanche. Pour cette personne, la fracture est devenue un souvenir plus vivant du feu de forêt. Rétrospectivement, le personnel a rapporté qu'il déconseillerait aux familles de prendre de telles responsabilités sans formation ni disposer de l'environnement physique et des accessoires de déplacement qui aident les pensionnaires en établissement. (Traduction libre)

Source: Cox, Robin. *Older persons in emergency and disaster situations: A case study of British Columbia's Firestorm 2003*. [Vancouver, C.B.?] : 2006. (Non-publié).

▪ THÈME 6 ▪

Refuges pour personnes ayant des besoins spéciaux
et hébergement de longue durée

49. Les refuges d'urgence sont souvent nécessaires pour s'occuper des personnes fragiles ou malades. Cela peut imposer des demandes complexes aux fournisseurs de services, surtout dans les cas où les évacués âgés ont des besoins spéciaux tels que la literie, la nutrition et les médicaments. En outre, ces besoins sont parfois négligés : par exemple, on suppose très souvent que les membres de la famille pourvoiront aux besoins des personnes âgées, et celles-ci sont souvent « cachées » dans l'ensemble des personnes accueillies dans le refuge. De plus, des difficultés d'un ordre singulier peuvent surgir lorsqu'il s'agit d'obtenir les antécédents médicaux d'évacués qui ont des déficiences cognitives, ce qui les expose davantage au risque de ne pas voir leurs besoins spéciaux satisfaits.

Considérations

50. Le règlement d'un certain nombre de questions touchant aux définitions s'impose, en particulier la question de savoir ce qui constitue un « refuge pour besoins spéciaux » contrairement à un refuge public. Par exemple, à quel stade est-il nécessaire de distinguer les besoins associés à la vieillesse ou les besoins cliniques et dans quelles circonstances?

51. Les refuges reflètent les conditions sociales, culturelles et économiques de la région où ils sont implantés, incluant les routes, l'approvisionnement en eau et les égouts ainsi que la taille, le profil et la répartition de la population. Les différentes communautés doivent donc continuer de faire preuve de souplesse et accepter d'adopter de nouvelles approches quant à la fourniture de refuges.

52. De plus, aucun modèle de refuge ne peut à lui seul suffire à satisfaire aux besoins des personnes âgées. Le type de refuge offert peut avoir d'importantes incidences sur la santé mentale et physique. Par exemple, les personnes accueillies dans des refuges de petite taille tendent à manifester des séquelles plus positives d'un sinistre. En outre, il faut également tenir compte de questions telles que le sexe, le maintien des unités familiales, la satisfaction des besoins spéciaux en matière de soins et l'admissibilité des animaux familiers. L'apparition de modèles de refuge communautaires, fondés sur les petits regroupements de quartier et sur l'utilisation, dans certaines circonstances, d'autres institutions comme refuges temporaires, est prometteuse.

53. Il existe peu de lignes de conduite régissant le fonctionnement des refuges et pourtant, elles sont essentielles, surtout lorsque plusieurs administrations sont concernées. Ces lignes de conduite ou cadres de travail devraient toucher aux questions de gouvernance, de rôles et responsabilités, du type et du niveau de soins à prodiguer, de normes et de lignes directrices ainsi que d'obligations redditionnelles.

54. Les collectivités doivent s'efforcer davantage d'intégrer des techniques « intelligentes » de préparation aux urgences dans les édifices et installations publics. Par exemple, les logements pour personnes âgées devraient être équipés de génératrices de secours (tout comme certains fournisseurs d'aliments et fournisseurs de carburant (essence) de la communauté).

55. Les priorités quant aux mesures à prendre

a) Établir en termes précis les principales caractéristiques d'un refuge pour personnes ayant des besoins spéciaux, et définir ou créer des instruments normalisés tels que les outils de sélection destinés à évaluer et à surveiller les niveaux de soins requis et fournis et, enfin, encourager l'utilisation de ces instruments.

b) Veiller à ce que les refuges pour personnes ayant des besoins spéciaux répondent aux diverses conditions de vie et aux besoins des aînés, notamment qu'ils puissent accueillir des gens entretenant toutes sortes de relations entre eux, des gens qui ont des responsabilités spéciales d'aidant naturel ainsi que des gens qui ont d'autres conditions ou arrangements qui pourraient autrement présenter des obstacles à leur mobilité ou réinstallation.

c) Mettre en place des lignes directrices qui autorisent d'autres installations de soins des environs à accueillir des « visiteurs » ayant des besoins spéciaux et qui doivent trouver un refuge en l'absence d'un abri approprié dans les circonstances.

d) Instaurer des mesures spéciales pour déterminer et mettre à profit toutes les ressources dont dispose la communauté en vue de fournir une capacité d'afflux dans les situations d'urgence, notamment le recours aux bénévoles ayant reçu une formation spéciale.

LE GRAND TREMBLEMENT DE TERRE DE HANSHIN-AWAJI : APRÈS LE CHOC

Des 6 533 victimes qui ont péri dans l'effondrement des édifices et autres dommages causés par le grand tremblement de terre de Hanshin-Awaji, 53 p. 100 étaient âgées de plus de 60 ans. Des 930 qui sont mortes des effets secondaires entre janvier et juin, 90 p. 100 étaient âgées de plus de 60 ans. L'âge moyen des personnes qui sont décédées était de 69,2 ans.

À la suite du tremblement de terre, les dures conditions de vie et la perte des aidants ont accentué l'affaiblissement chez les personnes âgées. Pour celles d'entre elles qui avaient des problèmes médicaux ou qui souffraient d'une invalidité, la vie dans les refuges de secours était très dure. L'insuffisance du chauffage et la mauvaise alimentation sont des facteurs qui ont contribué à la hausse des taux de déshydratation, de diarrhée, de problèmes musculaires et des articulations, d'hypertension, de pneumonie et autres maladies. De nombreux aînés qui recevaient des soins de santé chez eux se sont retrouvés sans leurs aidants naturels et sans le moyen de poursuivre leur traitement ou de prendre en main leur santé. Ceux qui ont été transportés à l'hôpital étaient fréquemment ramenés dans les refuges en raison d'un manque de lits pour patients hospitalisés.

Le grand tremblement de Hanshin-Awaji a occasionné la mise en place d'un important programme, en l'occurrence le réseau des conseillers en matière de santé. Ce programme s'inscrivait dans le système plus large de prestation de soins infirmiers dans la préfecture de Hyogo, mais il ciblait en particulier les personnes âgées et les autres personnes ayant des besoins spéciaux. Le réseau ne s'occupait pas seulement de fournir des services d'approche aux aînés et aux personnes à risque afin de leur assurer des soins de santé continus et du soutien quant à leur bien-être social, mais il organisait aussi des activités communautaires pour aider à réduire l'isolement chez les personnes âgées. Les visites amicales entre les résidents, les rencontres de consultation en santé, les thés et les célébrations commémoratives avaient une certaine importance du fait que ces activités donnaient aux personnes âgées l'occasion de recréer des réseaux de soutien et d'entraide et d'améliorer la qualité de leur vie ainsi que leur place au sein de la communauté. (Traduction libre)

Source : Hutton, D., *Older People in Emergencies: A Framing Document for Policy and Program Development*. Troisième version préliminaire préparée pour l'Organisation mondiale de la santé, 2006.

▪ THÈME 7 ▪

Adaptabilité, recouvrement et rétablissement des moyens de subsistance
à la suite d'une catastrophe

56. La vulnérabilité et la capacité de résistance ne sont pas des termes mutuellement exclusifs : les besoins spéciaux des aînés vont souvent de pair avec leurs vastes compétences et leurs expériences uniques. Les personnes âgées pouvant maintenir leur autosuffisance et leur autonomie grâce au travail, aux soutiens intergénérationnels et (ou) aux régimes de pension sociaux sont considérablement plus en mesure de s'adapter aux crises et de s'en remettre. Mais même si les aînés demeurent actifs sur le plan économique — en particulier dans les pays développés — les évaluations de l'aide négligent souvent ce fait.

Considérations

57. Les situations d'urgence et de catastrophe causent souvent de profonds traumatismes chez les aînés. Ces derniers peuvent avoir subi une perte importante parmi les membres de la famille, les amis ou les réseaux, menant souvent à un changement ou perte de leur rôle et statut au sein de la communauté. Ils peuvent avoir également perdu leur revenu, leur maison et leur propriété. Pour de nombreux aînés, ces pertes pourraient être dévastatrices et compromettre leur capacité de résister et leur santé. Pour d'autres, les traumatismes et les pertes du passé leur donnent les armes nécessaires pour jouer un rôle de premier plan dans les mesures d'intervention et dans le recouvrement des familles et de la collectivité. Leur connaissance de la terre, leur expérience, leurs stratégies d'adaptation ainsi que leurs compétences s'avèrent des atouts importants pour atténuer la crise, rétablir les moyens de subsistance et maintenir le bien-être.

58. Dans les pays développés, les aînés demeurent actifs sur le plan économique durant la majeure partie de leur vie, et le rétablissement de leurs moyens de subsistance après une catastrophe prend une importance toute particulière : il représente leur grande priorité pendant la phase de recouvrement. Pour les familles, les activités économiques des aînés sont une composante critique du soutien intergénérationnel et apportent une contribution à la fourniture d'abri et de nourriture ainsi qu'aux frais d'éducation. L'autosuffisance économique se réalise grâce à des mesures telles que les transferts financiers, la participation des aînés dans des projets de réadaptation qui produisent du revenu, leur participation dans des régimes de crédit ou d'épargne, enfin, leur participation au développement des compétences, aux programmes d'éducation, à l'alphabétisation, aux notions de calcul et à l'apprentissage de nouvelles langues.

59. L'autosuffisance peut vouloir dire plusieurs choses : il peut s'agir de la capacité de s'adapter dans les premières 72 heures d'une catastrophe, ou du rétablissement à long terme de la famille ou des moyens de la collectivité. Chaque personne (et chaque communauté) a des besoins uniques et des atouts particuliers qui se dégagent pendant les phases de recouvrement, et les interventions d'urgence doivent se montrer suffisamment souples pour tenir compte de ces différences. Il existe un éventail de cadres communautaires qui permettent de développer et de maintenir la capacité locale en ce qui concerne la préparation aux urgences, y compris la création et l'utilisation de réseaux de consultation communautaires.

60. Dans une perspective de plus longue haleine, des mesures d'intervention et de recouvrement efficaces exigent que les collectivités et les gouvernements travaillent à redresser les inégalités systémiques qui ont présenté des difficultés pour la santé et le bien-être par le passé et qui constituent aujourd'hui des obstacles à la réadaptation et à la reconstruction. Cela nécessite la prise de mesures déterminées en vue d'améliorer la santé des personnes âgées en général, notamment l'adoption de politiques gouvernementales qui favorisent un vieillissement actif et en santé, le renforcement de la capacité d'adaptabilité et la réduction des risques pour les aînés.

61. Les priorités quant aux mesures à prendre

a) Mettre en place des structures et des procédures qui permettent aux collectivités d'établir les priorités de leurs besoins communs et qui viennent appuyer les activités de recouvrement et le rétablissement des moyens de subsistance. Dans ce contexte, les collectivités doivent élaborer et s'inspirer des méthodes qui sont adaptées à leurs circonstances particulières et qui leur assurent l'autonomie.

b) Élaborer des plans qui traitent des questions de vulnérabilité connues et des obstacles au recouvrement en ce qui concerne les personnes âgées, et veiller à faire participer ces dernières à titre individuel et comme membre d'organisations plus larges vouées à la mobilisation des aînés.

c) Donner aux personnes âgées des occasions de participer à tout l'éventail des activités de réadaptation et de rétablissement. Il s'agit notamment des projets d'apprentissage, de travail et d'emploi, de soutien du revenu, de bénévolat, de la prestation de soins ainsi que de la participation sociale et de l'inclusion.

d) Veiller à ce que des fonds et autres ressources soient suffisamment disponibles pour aider et habiliter les personnes âgées afin qu'elles puissent participer concrètement à toutes les phases du recouvrement et du rétablissement.

DU SUCCÈS AU MOZAMBIQUE : DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS LOCALES À LA SUITE DES INONDATIONS DE 2000

En 2000, le cyclone Eline et de fortes pluies se sont abattus sur la Mozambique. L'inondation qui s'est produite du début de février jusqu'à la fin mars a recouvert 140 000 hectares de terres arables. Plus de 45 000 personnes ont été rescapées du toit des maisons, de la cime des arbres et d'autres endroits isolés. Le sinistre a fait 700 morts et 500 000 personnes ont été déplacées.

Dans la foulée de l'inondation, HelpAge International de Mozambique a joint ses efforts à ceux de l'organisation non gouvernementale VUKOXA pour répondre aux besoins des pauvres et des aînés vulnérables de la région. VUKOXA, qui comptait des retraités parmi ses membres, a déployé des conseillers locaux ou vaingeseli pour effectuer des visites à domicile, constater les problèmes auxquels les personnes âgées faisaient face et leur procurer les fournitures essentielles comme la nourriture, des couvertures et des vêtements. Le programme de VUKOXA a également travaillé en étroite collaboration avec les collectivités pour mieux sensibiliser les gens quant aux droits des aînés de participer au recouvrement et à la reconstruction de leurs communautés.

- Dans chaque village, on a mis sur pied des conseils représentant les personnes âgées, dont le mandat était de travailler étroitement avec les organisations communautaires pour identifier les aînés vulnérables et coordonner la reconstruction des maisons et des biens de ces derniers.
- Les aînés ont participé à la planification et à l'exécution de toutes les activités de recouvrement, notamment la répartition des animaux, l'accès aux graines et aux outils agricoles ainsi que les crédits pour activités de production du revenu.
- À l'aide des profits réalisés par un moulin communautaire nouvellement créé, on a établi un fonds social pour aider les personnes âgées les plus vulnérables du village.
- Des séances de sensibilisation et de formation ont été organisées à l'intention des membres de la famille pour leur permettre d'assurer à leurs parents âgés fragiles de l'aide sanitaire à domicile.
- Les personnes âgées et les élèves ont été organisés pour la plantation d'arbres fruitiers dans les écoles, ce qui a favorisé l'établissement de relations intergénérationnelles. (Traduction libre)

Source : Hutton, D., *Older People in Emergencies: A Framing Document for Policy and Program Development*. Troisième version préliminaire préparée pour l'Organisation mondiale de la santé, 2006.

Développement d'une capacité nationale pour tenir compte des besoins et des apports des aînés dans les situations d'urgence

■ ■ ■

62. Outre les priorités précédentes, les participants du Colloque de Winnipeg ont aussi établi quatre priorités intersectorielles qui sont importantes pour le développement d'une capacité nationale visant à répondre aux besoins des aînés dans les situations d'urgence. Les mesures prises dans ces domaines, individuellement ou, plus important encore, collectivement, devraient faciliter l'élaboration et la mise en application des plans de gestion des urgences aux niveaux national et communautaire et aider à maintenir à plus long terme les efforts déployés à l'échelle internationale pour préparer les aînés aux urgences.

Formation

63. Des progrès ont été faits dans la sensibilisation des gens au sujet des besoins de certaines populations vulnérables dans les situations d'urgence, par exemple les femmes et les enfants, mais ceux des personnes âgées continuent de recevoir une attention insuffisante. Les gestionnaires des urgences, les intervenants, d'autres fournisseurs de services ainsi que les bénévoles doivent donc acquérir une connaissance plus profonde des besoins spéciaux et des capacités des aînés, par le biais de stratégies de formation intégrée. Il importe que la formation permette de développer l'expertise à l'intérieur et à travers les secteurs de la gestion des urgences, de la santé et de la gérontologie, et que les diverses disciplines mettent en commun leurs compétences et s'inspirent les unes des autres. La formation doit également permettre de développer et de renforcer les compétences en matière de préparation aux urgences au sein des organismes et secteurs de services alliés, notamment les institutions de services sociaux et les installations de soins et de soutien à domicile et les installations de soins de longue durée.

64. Tout un éventail de planificateurs, d'intervenants et de décideurs ont besoin d'une formation en matière de préparation aux urgences et d'intervention, sur des sujets tels la réalisation des évaluations de vulnérabilité; la détermination des besoins de santé, des besoins psycho-sociaux et des besoins de santé mentale; l'appréciation des invalidités liées au vieillissement. Les aînés doivent participer à ces programmes, comme ils sont rarement inclus dans la formation liée aux préparatifs d'urgence. Il est par ailleurs important d'évaluer les pratiques exemplaires pertinentes afin de déterminer les méthodes qui fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas (c'est-à-dire tirer des leçons des erreurs). Cette connaissance peut orienter la création de nouveaux outils et

de nouveaux modèles ou aider à adapter les outils existants, en particulier lorsque ces derniers s'avèrent déjà efficaces chez d'autres fournisseurs de services humains.

65. Il est nécessaire d'effectuer une analyse environnementale à l'échelle planétaire relativement aux ressources, aux programmes et aux pratiques en matière de formation, dans la perspective de développer un cadre de formation générique que chacun des pays pourra adapter à ses propres besoins. Ce cadre devra indiquer les destinataires, les méthodes et les matières de la formation, préciser les rôles et les responsabilités des partenaires, envisager une approche à plusieurs paliers qui tienne compte des responsabilités et des besoins des différents intervenants et, enfin, définir les stratégies de financement. Il devra également prévoir comment faire participer les organisations communautaires et les bénévoles, qui seraient plus aptes à donner la formation dans les cas échéants, pour faire en sorte que les séances se déroulent dans un format qui respecte la culture et la langue locales.

Outils, ressources et pratiques exemplaires

66. Une meilleure coordination et mise en commun des outils, ressources et pratiques exemplaires actuels en matière de préparation aux urgences renforcerait considérablement les efforts de gestion des urgences.

67. Il faut en outre créer, adapter, diffuser et utiliser une grande variété de nouvelles ressources pour la préparation aux urgences. Il s'agit notamment de ce qui suit : a) des listes de contrôle et des outils pour évaluer la vulnérabilité des aînés et pour permettre aux particuliers et aux collectivités de s'identifier eux-mêmes et de définir leurs priorités; b) des lignes directrices établissant les exigences et les normes minimales en matière de soins de santé; c) des registres de santé qui renferment des renseignements critiques sur les patients tout en protégeant leur vie privée; d) des cadres de travail pour faciliter l'élaboration des plans de continuité des activités destinés aux aidants et aux fournisseurs (publics et privés); e) des outils pour définir les caractéristiques des refuges appropriés pour personnes ayant des besoins spéciaux, pour évaluer les soins à prodiguer et en surveiller la prestation (par exemple, des outils de sélection) dans les refuges pour personnes ayant des besoins spéciaux et dans les installations de soins à domicile.

Renforcement des réseaux

68. La collaboration et la coopération sont essentielles à tous les niveaux afin d'assurer l'élaboration et l'exécution d'initiatives efficaces et opportunes en matière de préparation aux urgences. La complexité des enjeux et le caractère multisectoriel des

mesures d'intervention obligent tous les ordres de gouvernement à participer à la gestion des catastrophes, de concert avec une foule d'intervenants parmi lesquels comptent les universitaires et les chercheurs, les organisations de la société civile et le secteur privé. Les mesures qui s'imposent comprennent le renforcement des réseaux et des partenariats existants à l'échelle mondiale, par exemple, l'amélioration des liens avec le Comité permanent sur les populations vulnérables de la International Association of Emergency Managers (association internationale des gestionnaires des urgences), et la poursuite du dialogue avec la Health Action in Crisis Unit (équipe des interventions sanitaires dans les situations de crise) de l'OMS, pour ainsi maintenir les questions touchant les aînés au premier plan de la formulation des politiques.

69. De plus, les participants du Colloque de Winnipeg ont sanctionné la création d'une alliance officielle pour promouvoir et maintenir la communication, la coordination et l'élan parmi les intervenants quant aux questions touchant les aînés et les mesures d'urgence, et pour travailler ensemble à la réalisation de progrès véritables dans le domaine. À la fin du Colloque, deux comités directeurs ont été créés et chargés de mieux préciser et d'élargir les priorités définies, de suggérer des activités à entreprendre dans l'immédiat et dans le long terme par rapport à chacune de ces priorités et, enfin, de déterminer les partenaires éventuels qui aideront à faire avancer les mesures proposées. L'un des comités s'occupe d'étudier les mesures internationales éventuelles, tandis que l'autre se concentre sur les activités canadiennes propres.

Développement de données d'appui et de recherche

70. Il est impératif d'améliorer la collecte, l'analyse et la fouille de données devant appuyer tous les efforts déployés dans le domaine des aînés et des mesures d'urgence. Ce besoin s'impose parce que les travaux associés au PAIMV en général et aux questions des aînés et des mesures d'urgence en particulier pourront s'appuyer sur des données plus concrètes et plus fiables. Celles-ci pourront en bout de ligne éclairer l'élaboration des politiques et des programmes ainsi que la prise de décisions aux niveaux local, national et international.

71. À ce chapitre, la priorité consiste à renforcer les capacités locales et nationales de recueillir, de subdiviser et d'analyser les données sur l'âge et le sexe. Il faut en outre veiller à une plus grande participation des aînés et des collectivités dans les processus de collecte des données ainsi que dans la conception et la mise en application des méthodes de recherche, y compris la recherche-action participative communautaire.

72. Des études plus poussées restent à entreprendre sur la quasi-totalité des enjeux du vieillissement, entre autres la question des aînés dans les situations d'urgence. Ces études devraient dépasser les travaux plus généraux de recherche qualitative portant sur le vécu des personnes âgées dans les urgences et menés par HelpAge International et appuyés par le Service d'Aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) et par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR); elles devraient se concentrer plutôt sur les aspects qualitatifs et quantitatifs des questions telles que le rapport entre l'isolement et la marginalisation des aînés d'une part, et leur vulnérabilité dans les crises d'autre part, et, parallèlement, les facteurs qui renforcent le plus leur capacité de résistance et leur bien-être dans ces situations.

Mesures éventuelles

■ ■ ■

73. Pour pouvoir aller de l'avant, les participants du Colloque de Winnipeg ont examiné un certain nombre de leçons tirées de catastrophes antérieures et défini des priorités quant aux mesures à prendre dans l'avenir. Ces leçons sont présentées dans l'annexe 2 du présent rapport.

74. Les travaux du Colloque de Winnipeg devraient inspirer considérablement les tentatives futures d'élaborer un cadre de politique planétaire sur les aînés dans les urgences à au moins deux égards. Les discussions ont amorcé un dialogue interdisciplinaire important et inédit parmi plus de cent spécialistes appartenant aux domaines de la gérontologie, de la santé, de la gestion des urgences, des premiers intervenants, de l'aide humanitaire et des aînés eux-mêmes. Ce dialogue conduira à une meilleure appréciation des conséquences des désastres pour les personnes âgées et des mesures à prendre pour intégrer l'apport des aînés dans les préparatifs aux urgences. De plus, les orientations fournies par les participants du Colloque de Winnipeg permettront d'accroître, à l'échelle planétaire, la sensibilisation et la compréhension quant à l'importance de protéger et d'aider les personnes âgées dans les situations de crise; ces orientations aideront également à faire en sorte qu'à l'avenir, les questions touchant les aînés soient mieux intégrées aux politiques, programmes et pratiques en matière de préparation aux urgences aux niveaux local, régional, national et international.

75. Des progrès ont été accomplis, mais il reste encore une bonne part de travail à faire. Plus spécifiquement, il faut aller au-delà des priorités définies au Colloque de Winnipeg et élaborer des stratégies de mise en œuvre dans chacun des thèmes, en précisant les tâches, les responsables et les calendriers.

76. Un colloque de suivi sur les politiques relatives aux mesures d'urgence et aux aînés sera organisé au cours du premier semestre de 2008, avec la collaboration des autres partenaires mondiaux. Il s'intéressera aux conclusions et aux recommandations découlant de la 46^e session de la Commission pour le développement social et de son examen et évaluation du PAIMV. L'atelier s'inspirera également de l'effort actuel des deux comités directeurs et leurs groupes de travail respectifs.

Conclusion

■ ■ ■

77. Le rapport de juillet 2006 publié par le Comité permanent interorganisations, principal organe des Nations Unies chargé de coordonner l'aide humanitaire entre les divers organismes, décrit les grandes occasions qui s'offrent pour prendre des mesures mondiales et nationales en ce qui concerne les aînés et la préparation aux urgences. Dans la foulée de ses discussions sur la protection et la fourniture d'aide aux personnes âgées dans les situations d'urgence, le Comité a invité les parties intéressées à renforcer les façons de promouvoir la protection des droits des aînés dans les urgences en vertu des lois existantes; d'accroître la visibilité et la participation des aînés dans les situations de crise; de normaliser les efforts axés sur les personnes âgées au moyen de l'intégration et des mesures intergénérationnelles; et de veiller à une répartition plus équitable des ressources matérielles et financières pour appuyer les interventions destinées aux aînés dans les urgences.

78. À ce stade relativement précoce de l'importante attention que la planète tourne vers les aînés et la préparation aux urgences, les discussions du Colloque international de Winnipeg 2007 viennent particulièrement à point : les travaux soulignent la pertinence du PAIMV en ce qui a trait aux mesures d'urgence et aux efforts poussés qu'il faut déployer afin d'assurer que les personnes âgées sont présentes dans toutes les dimensions de la gestion des urgences. Le Colloque renforce par ailleurs les principaux messages découlant des discussions de suivi tenues au sein des organismes des Nations Unies. Les travaux de Winnipeg sont donc susceptibles de contribuer au choix et au développement des grandes mesures stratégiques grâce auxquelles on pourra maintenir l'élan du PAIMV et promouvoir les initiatives venant de la base et participatives en vue de réaliser l'objectif à long terme d'une société pour tous les âges.

ANNEXE 1

Contexte stratégique du vieillissement actif et en santé et de la gestion des urgences

■ ■ ■

Le vieillissement de la population mondiale constitue l'une des tendances les plus importantes du siècle. Au cours du siècle précédent, la longévité a connu une forte hausse; à l'échelle planétaire, la population des aînés croît plus rapidement que tout autre groupe d'âge. Le déclin du pourcentage de jeunes et la progression de la proportion des personnes de plus de 60 ans entraînent des changements dans le profil démographique du passé et accélèrent le vieillissement des sociétés autant développées qu'en développement. Cette tendance pousse les gouvernements comme la société civile à modifier leur perception des aînés et du vieillissement et réviser les méthodes employées pour planifier et gérer les besoins et les apports des personnes âgées au sein de la société.

Cette nouvelle perspective du vieillissement se reflète dans le concept du vieillissement actif épousé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 2002, ce concept a été défini comme étant « le processus d'optimisation des occasions de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes² ». S'appuyant sur les principes énoncés par les Nations Unies au sujet des personnes âgées et qui préconisent l'autonomie, la participation, les soins, l'épanouissement personnel et la dignité, le cadre d'orientation de l'OMS relatif au vieillissement actif fait appel à la prise de mesures dans les trois piliers fondamentaux de la santé, de la participation et de la sécurité. Cette perspective favorise la promotion d'une connaissance plus élargie parmi les gouvernements et les organisations humanitaires au sujet des facteurs environnementaux, personnels, économiques et sociaux qui multiplient les risques et les forces des personnes âgées ainsi que les interventions interdisciplinaires et intersectorielles en vue de bâtir des sociétés pour tous les âges. Le cadre d'orientation de l'OMS et les cadres nationaux mis en place au cours des dernières décennies ont aidé à renforcer les capacités internationales et nationales d'accroître les possibilités d'un vieillissement actif et en santé.

² L'approche fondée sur le parcours de vie prônée par l'OMS en ce qui a trait au vieillissement actif reconnaît que les aînés ne forment pas un groupe homogène et que la diversité des besoins et des capacités individuels s'élargit avec l'âge. Les interventions en tous temps, en particulier celles associées à la gestion des urgences, visent à créer des milieux favorables au maintien de l'autonomie et à la prévention des invalidités (Organisation mondiale de la santé, 2002).

Le Plan d'action international adopté lors de la première Assemblée mondiale sur le vieillissement de Vienne en 1982 recommandait la prise de mesures dans un éventail de domaines tels que l'emploi et la sécurité du revenu, la santé, l'éducation et le logement, et il a inspiré les efforts mondiaux déployés au cours des dernières décennies du XX^e siècle. En 1991, l'adoption des cinq principes des Nations Unies au sujet des personnes âgées mentionnés précédemment a favorisé la promotion des droits de la personne applicables aux aînés. Conséquemment, l'Année internationale des personnes âgées 1999 a adopté le thème « une société pour tous les âges ». Les activités de suivi ont favorisé la mise en application d'une méthode intergénérationnelle pour faire valoir le vieillissement sain et ont permis « de sensibiliser la communauté internationale et de favoriser la recherche et l'action gouvernementale dans le monde entier, notamment les efforts ayant pour objet d'intégrer la question du vieillissement dans tous les secteurs de la société et d'encourager les individus à exploiter leurs capacités à tous les stades de la vie » (Nations Unies, 2002).

Dans la même veine, l'engagement pris par le Canada d'appuyer la santé et le bien-être social et économique des personnes âgées repose sur la prise de mesures collectives par les gouvernements, le secteur privé et les organisations non gouvernementales au cours de nombreuses décennies. Cela a donné lieu à l'établissement d'une vaste gamme de politiques, de programmes et de services destinés aux aînés.

En tant que signataire du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (PAIMV) 2002, le Canada est déterminé à faire progresser l'esprit et la lettre du PAIMV. Il a mis en place un certain nombre de cadres d'action qui viennent appuyer directement et promouvoir les trois orientations stratégiques définies dans le Plan ainsi que les deux objectifs fixés en ce qui concerne les situations d'urgence. Ces investissements de politique sont motivés par l'impératif démographique associé au vieillissement de la population mais aussi par d'autres facteurs tels que la reconnaissance de l'apport considérable des aînés à la richesse de la vie canadienne et à l'économie du pays; le fait que les interventions aux derniers stades de la vie peuvent aider à améliorer la qualité de vie des aînés, et que le vieillissement sain peut contribuer à diminuer la gravité des maladies chroniques et des incapacités; enfin, la preuve accumulée quant à l'efficacité de certaines mesures d'intervention auprès des personnes âgées et qui peut éclairer les décisions courantes en matière de politique et de programme.

En 1994, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont sanctionné un cadre national sur le vieillissement, dont l'énoncé de vision — Le Canada, une société pour tous les âges — « favorise le bien-être et la participation des aînés dans tous les aspects

de la vie » et s'appuie sur les cinq principes de la dignité, de l'autonomie, de la participation, de l'équité et de la sécurité pour orienter la prise de mesures stratégiques (Ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables des aînés (Canada), 1998). Tout dernièrement, les gouvernements ont formulé une nouvelle vision du vieillissement en santé au Canada, vision qui valorise et appuie la contribution des aînés, apprécie la diversité, rejette l'âgisme et réduit les inégalités, reconnaît qu'un vieillissement sain constitue le chemin critique qui permet aux aînés de développer la capacité de résister aux épreuves et les moyens de se prendre en charge, et prévoit des milieux de vie conviviaux et des occasions de faire des choix sains qui rehausseront l'autonomie et la qualité de vie des Canadiens âgés. La nouvelle vision fait fond sur le cadre de 1994 et préconise la poursuite des efforts par le biais de trois mécanismes, à savoir la prise en charge, l'entraide et un environnement favorable. Ces mécanismes sont à leur tour renforcés par la formation, le développement des capacités de la communauté à bien vieillir et le soutien d'un programme de recherche et développement des connaissances.

Une initiative stratégique complémentaire prise en 2001 a aussi joué un rôle important dans le regain de l'intérêt porté aux aînés et dans la préparation aux urgences au Canada. Reconnaisant l'importance pour le pays de se doter d'un plan exhaustif, intégré et concerté dans le domaine de la gestion des situations d'urgence en santé, tous les ordres de gouvernement ont demandé la mise en place d'un cadre national de gestion des interventions sanitaires d'urgence. Celui-ci a pour but de prescrire une approche cohérente et interopérative à la question.

Le cadre vient renforcer la capacité des autorités locales, provinciales et nationales de prendre les précautions voulues et de réagir aux situations d'urgence en bâtissant des ponts opérationnels qui reposent sur des principes, des lignes directrices et des procédés opérationnels communs (Santé Canada, 2005). En ce sens, le cadre s'avère une importante infrastructure de politiques et de programmes qui permet de mieux répondre aux besoins des personnes vulnérables dans les urgences, notamment les aînés. Ce faisant, il satisfait aux orientations stratégiques du PAIMV, qu'il s'agisse de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ou du maintien de la viabilité des réseaux d'entraide sociale et économique.

Suivi du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement

Les pays participant à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement tenue en avril 2002 ont sanctionné à l'unanimité le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (PAIMV) comme constituant un moyen essentiel pour faire en sorte que les gens de partout dans le monde puissent vieillir dans la sécurité et la dignité, et qu'ils puissent continuer de participer à leurs sociétés en tant que citoyens de pleins droits.

Le PAIMV est un jalon important dans la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées ainsi que dans la concrétisation de la société pour tous les âges. Il s'agit de la première entente internationale qui exhorte les gouvernements à inclure le vieillissement dans les priorités sociales et économiques. De plus, le Plan demande la prise de mesures en vue d'assurer les droits des aînés à la protection et à l'aide humanitaire dans les situations d'urgence. Il attire l'attention sur les effets de la marginalisation des personnes âgées, en particulier la pauvreté, mais aussi leur vulnérabilité accrue dans les situations d'urgence, et il préconise une approche intégrée et intergénérationnelle à l'égard du vieillissement lorsqu'il est question d'intervenir dans les crises humanitaires.

Le rapport du secrétaire général des Nations Unies portant sur le suivi de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, rapport de juillet 2006, fait état des mesures prises par les États membres depuis 2002 dans la poursuite des objectifs du PAIMV. Par ailleurs, le rapport décrit les éléments essentiels associés au développement des capacités dont les gouvernements doivent tenir compte dans la conception, la mise sur pied et la surveillance de stratégies respectueuses du PAIMV. Le rapport se termine en précisant un certain nombre de mesures stratégiques qu'il faudra prendre pour incorporer les difficultés et les possibilités liées au vieillissement et aux personnes âgées dans les politiques, les programmes et les projets mis de l'avant par les gouvernements et d'autres parties concernées. Parmi ces mesures, mentionnons la nécessité d'intégrer les questions du vieillissement dans les efforts visant l'élimination de la pauvreté et dans les programmes de développement national, de tenir des consultations inclusives pour la mise en place de politiques sur le vieillissement, d'établir des partenariats multisectoriels plus solides pour le développement des capacités quant aux questions touchant les aînés et, enfin, de renforcer la recherche et la collecte de données sur le vieillissement.

En dépit des réalisations considérables faites depuis 2002, la mise en application du PAIMV n'a pas été jusqu'ici uniforme. Parallèlement, il existe de nombreuses occasions pour une mise en œuvre plus élargie du Plan entre les États membres et à l'intérieur de chacun d'eux. Cela semble être particulièrement le cas pour la question des mesures d'urgence et les aînés.

ANNEXE 2

Leçons tirées d'urgences et de catastrophes antérieures

■ ■ ■

Les discussions du Colloque de Winnipeg et les priorités qui y ont été définies se sont inspirées d'un certain nombre de leçons tirées de situations d'urgence et de catastrophes vécues. Ces leçons importantes sont les suivantes.

- a) Il faut adopter une perspective de plus longue haleine, et faire des investissements à long terme, pour réduire la vulnérabilité des personnes âgées dans les situations de crise et pour renforcer leurs capacités et leur adaptabilité par la suite et tout au long de leur vie. Il faut pour ce faire adopter une approche globale en ce qui concerne la santé des populations et la promotion de la santé, approche qui valorise un vieillissement actif et en santé.
- b) Les personnes âgées sont confrontées à un problème double en ce qui a trait à leur protection : elles font un important apport social, économique, culturel et spirituel à leur collectivité, à leur famille et à la société en général, mais elles ont leurs vulnérabilités distinctes et leurs propres besoins en matière de protection, lesquels sont souvent ignorés ou insatisfaits dans les urgences.
- c) Il faut accroître la visibilité des personnes âgées et les inclure davantage dans les moments de crise. Les aînés doivent participer à toutes les phases de la gestion des urgences; leurs besoins et leur apport doivent être pleinement et délibérément incorporés dans les processus.
- d) Comme le veut la perspective du parcours de la vie au sujet du vieillissement actif et en santé, bien planifier et bien concevoir pour les aînés profitera également aux personnes de tous les âges. Cela s'applique aux politiques et pratiques qui influent sur l'environnement social, le milieu et la situation économique des gens ainsi qu'aux politiques et pratiques qui donnent forme au cadre physique dans lequel les gens vivent, travaillent, jouent et font leurs dévotions.
- e) Les questions du vieillissement doivent figurer systématiquement dans toutes les politiques et tous les programmes. Il faut pour cela adopter une approche intégrée et intergénérationnelle qui tient compte des relations entre les différents groupes d'âge et de leurs stratégies d'entraide. Parallèlement, certains changements s'imposent au niveau de la conception et de la prestation des services, il faudra toujours mettre en place des politiques, des programmes et des pratiques qui s'adressent spécifiquement

aux aînés dans le but de tenir compte de leurs besoins et de leurs contributions spécifiques dans les situations d'urgence.

f) Une part plus grande et plus équitable des ressources matérielles et financières devraient être explicitement affectées aux efforts visant les personnes âgées dans les situations d'urgence.

g) Il faut prendre en compte les conséquences de la discrimination ainsi que des questions de droits de la personne, de justice sociale, de pauvreté et autres conditions de marginalisation se rapportant aux aînés dans la préparation aux urgences et dans les mesures d'intervention. La réussite et la viabilité des mesures de réadaptation et de recouvrement des personnes vulnérables et de leurs communautés passent par une action concertée pour aplanir les répercussions sociales et économiques que ces conditions ont pour la santé.

h) Aucun organisme ni service ne peut assumer à lui seul la responsabilité de la gestion des urgences. La mise en place d'une approche globale et multisectorielle nécessite absolument des partenariats entre les gouvernements, les organisations humanitaires et autres ONG de la société civile, le milieu des affaires, les médias, les universitaires et les chercheurs ainsi qu'une coordination et une collaboration bien assises parmi tous les intervenants.

i) Dans une large mesure, la préparation aux urgences est un effort de l'ensemble de la communauté : les situations d'urgence se produisent quand les systèmes locaux qui fournissent normalement des biens, des services et des soins aux gens tombent en panne ou sont incapables de répondre aux besoins. Il faut donc veiller à ce que la préparation aux urgences se fasse depuis la base et de façon participative.

j) Il importe de convertir les connaissances, les compétences et l'expérience acquises par les individus et les collectivités au cours des situations d'urgence vécues en leçons, outils pratiques et ressources qui soient facilement disponibles et utiles pour répondre aux besoins des intervenants, des autres professionnels des services, des ONG et des aînés eux-mêmes. Les politiques et les programmes créés aux niveaux mondial, régional et national doivent faciliter et appuyer la mise en place et l'utilisation des ressources humaines en question et d'autres ressources.

k) Les organisations des aînés et d'autres organisations communautaires ont une part critique directe dans la prévention ainsi que dans la protection, le recouvrement et la réadaptation des personnes âgées dans les situations d'urgence. Elles peuvent

également jouer un rôle de représentation aussi important auprès des aînés quant à leur sensibilisation, à leur mobilisation et à leur soutien.

1) Besoin est de disposer d'informations, de données et de recherches qualitatives et quantitatives qui orienteront les travaux portant sur les mesures d'urgence et les aînés. Il s'agit notamment de développer des données plus précises sur l'âge et le sexe pour pouvoir identifier plus exactement les aînés vulnérables et définir les priorités en ce qui concerne les besoins et les contributions, d'établir des indicateurs pour les pratiques exemplaires et pour l'évaluation des progrès, et de mettre en place des politiques et des programmes fondés sur des faits concrets afin de combler les lacunes existantes dans les interventions humanitaires.

ANNEXE 3

Participants au Colloque international de Winnipeg sur les mesures d'urgence et les aînés 2007

■ ■ ■

Val Alcock-Carter	Canada	Congrès des organismes nationaux d'aînés
Taylor Alexander	Canada	Canada's Association for the 50 Plus
Chris Balzer	Canada	Yukon — Santé
Mary Barnes	É-U	Alzheimer Community Care en Floride
Hafeeza Bassirullah	Canada	Ontario — Santé
Francine Beauregard	Canada	Canada — Santé publique
Peter Berry	Canada	Canada — Santé
Larry Bredesen	Canada	Canada — Santé publique
Cathy Bulych	Canada	Saskatchewan — Ressources communautaires
Laurette Burch	Canada	Canada — Santé
Bruce Burrell	Canada	Service d'incendie de Calgary
Vince Campbell	É-U	Center for Disease Control, Atlanta
Patti Carson	Canada	Canada — Santé publique
Mathew Cherian	Inde	Help the Aged India
Eilish Cleary	Canada	Manitoba — Santé
John Cox	Canada	Canada — Santé publique
Robin Cox	Canada	Université de la Colombie-Britannique
Susan Crawford	Canada	Instituts de recherche en santé du Canada
Barbara Crumb	Canada	Canada — Santé publique
Brenda Cupper	Canada	CARE Canada
Wayne Dauphinee	Canada	Colombie-britannique — Santé
Katherine Defalco	Canada	Canada — Santé
Nicole Delisle	Canada	Canada — Santé publique
Gerry Delorme	Canada	Manitoba — Santé
Denise Desautels	Canada	Health Care Professionals Network
Jean-Guy Després	Canada	Québec — Services sociaux
Pam Driedger	Canada	Mennonite Disaster Committee
Norma Drowsdowech	Canada	Conseil manitobain du vieillissement
Denise Eldemire-Shearer	Jamaïque	Université de West Indies
Elaine Enarson	Canada	Université de Brandon, Manitoba
Della Faulkner	Canada	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Jim Fenske	Canada	Ville de Beauséjour, Manitoba
Jim Ferguson	Canada	Armée du salut
Rory Fisher	Canada	Hôpital Sunnybrook, Toronto
Kelly Fitzgerald	É-U	John W. McCormack Graduate School of Policy Studies, Boston
Sylvia Flint	Canada	Canada — Santé
Larry Flynn	Canada	Canada — Santé publique
Ron Fortier	Canada	Manitoba — Services aux familles et logement

Gail Gallagher	Canada	Assemblée des premières nations
Maguy Ghanem	Liban	Université américaine
Maggie Gibson	Canada	Société canadienne de psychologie
Margaret Gillis	Canada	Canada — Santé publique
James Goodwin	RU	Help the Aged UK
Michael Gordon	Canada	Centre Baycrest, Toronto
Brendan Gormley	RU	Comité d'urgence et de catastrophes
Patti Gorr	Canada	Canada — Santé publique
Tessa Graham	Canada	Colombie-britannique — Santé
Bill Gray	RU	HelpAge International
Gloria Gutman	Canada	Université Simon Fraser
Madelyn Hall	Canada	Université du Manitoba
Jim Hamilton	Canada	Manitoba — Secrétariat manitobain du mieux-être des personnes âgées et du vieillissement en santé
Céline Heinbecker	Canada	Canada — Affaires étrangères
Bill Hickerson	Canada	Good Neighbours, Manitoba
Sandi Hirst	Canada	Université de Calgary
Jennifer Hootman	É-U	Center for Disease Control, Atlanta
Randy Hull	Canada	Ville de Winnipeg
Lori Hunter	Canada	Manitoba Society for Seniors
Dave Hutton	Canada	Canada — Santé publique
Val Hwacha	Canada	Canada — Sécurité publique
Gerda Kaegi	Canada	Retraités canadiens en action
Alex Kalache	Suisse	Organisation mondiale de la santé
George Kelemen	É-U	American Association of Retired Persons
Perry Kelly	Canada	Ambulance Saint-Jean
Joel Kettner	Canada	Manitoba — Santé
Tom Kosatsky	Canada	Ville de Montréal
Victoria Krahn	Canada	Université de Brandon, Manitoba
Nabil Kronfol	Lebanon	Lebanese Health Care Management Association
Anne-Marie Kuiack	Canada	Canada — Santé publique
Pat Lachance	Canada	Canada — Santé publique
Michael Lake	RU	Help the Aged UK
Jostacio Lapitan	Switzerland	Organisation mondiale de la santé
Marc Lauzier	Canada	Canada — Santé publique
John Lavery	Canada	Colombie-britannique — Santé
John Lindsay	Canada	Université de Brandon, Manitoba
Chisholm MacKinnon	Canada	Nouvelle-Écosse — Services sociaux d'urgence
Faith Malach	Canada	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
Danielle Maltais	Canada	Université du Québec, Chicoutimi
Anika Marcotte	Canada	Canada — Santé publique
Adelheid Marschang	Suisse	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
Karen McAree	Canada	Ville d'Edmonton
Angela McBride	Canada	Manitoba

Dria McPhee	Canada	Nouveau-Brunswick — Services familiaux et communautaires
L'honorable Terry Mercer	Canada	Le Sénat
Robert Munro	Canada	Manitoba — Expert en gestion des catastrophes
Daphne Nahmiash	Canada	Université McGill, Montréal
Shelly Napier	Canada	Conseiller des préparations aux urgences régionales, Manitoba
Marco Nicoli	É-U	Banque mondiale, Washington, D.C.
Louise A. Plouffe	Suisse	Organisation mondiale de la santé
Kristine Popp	Canada	Canada — Santé publique
Simone Powell	Canada	Canada — Santé publique
Tim Randall	RU	Oxford Disaster Management Group
Claude Rocan	Canada	Canada — Santé publique
Robert Roush	É-U	Baylor College of Medicine, Houston
Chuck Sanderson	Canada	Manitoba — Mesures d'urgences
Myra Sanderson	Canada	Aînée
Wendy Schettler	Canada	Société Alzheimer, Manitoba
Greg Shaw	Australie/Canada	Fédération internationale du vieillissement
Sherry Short-Osmond	Canada	Canada — Santé publique
Don Shropshire	Canada	Croix-rouge canadienne
Mohindar Singh	Canada	Conseil consultatif national sur le troisième âge
Sylvie Stachenko	Canada	Canada — Santé publique
Jane Swan	Canada	Canada — Santé publique
Bluma Teram	Canada	Aide aux aînés Canada
Tony Thompson	RU	British Red Cross
Theo Tibo	Canada	Saskatchewan
George Tokesky	É-U	Alzheimer Community Care en Floride
Phil Upshall	Canada	Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
Lindy Vanamburg	Canada	Canada — Ressources humaines et développement social
Enrique Vega	É-U	Organisation mondiale de la santé
Earl Walls	É-U	Johns Hopkins, Baltimore
Tomoe Watanabe	Japon	Université de Hyogo, Japon
John Webb	Canada	Nouvelle-Écosse — Services sociaux
Frank Welsh	Canada	Canada — Santé publique
Mike Weston	É-U	Servision
Valerie White	Canada	Nouvelle-Écosse — Secrétariat des aînés

Références bibliographiques

■ ■ ■

Bolin, R. et D. J. Klenow. « Response of the elderly to disaster: An age stratified analysis ». *International Journal of Aging and Human Development*. 16(4), 1983, p. 283-296.

Center for Disease Control–American Red Cross. *American Red Cross-Centers for Disease Control and Prevention Health Impact Surveillance System for Disasters: Report to American Red Cross for Years 1994, 1995, 1996*. Atlanta : Direction générale des études en santé, EHHE/NCEH, CDC, 1997.

Cox, Robin. *Older persons in emergency and disaster situations: A case study of British Columbia's Firestorm 2003*. [Vancouver, C.B.?] : 2006. (Non-publié).

Fernandez, L. S. *et al.* « Frail Elderly as Disaster Victims: Emergency Management Strategies ». *Prehospital and Disaster Medicine*. 17(2), 2002, p. 67-74.

HelpAge International [HAI] et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés [UNHCR]. *Older people in disasters and humanitarian crises: Guidelines for best practice*. 2003, [en ligne] <http://www.helpage.org/Resources/Manuals#1118336526-0-10>

Hutton, D. *Older People in Emergencies: A Framing Document for Policy and Program Development*. Troisième version préliminaire préparée pour l'Organisation mondiale de la santé, 2006.

Ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables des aînés (Canada). *Les Principes du Cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques*. Ottawa : Santé Canada, 1998.

Nations Unies. *Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril 2002*. New York : Nations Unies, 2002.

Ngo, E. B. « When Disasters and Age Collide: Reviewing Vulnerability of the Elderly ». *Natural Hazards Review*. 2(2), 2001, p. 80-89.

Organisation mondiale de la santé. *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002, [en ligne] http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

Powell, S. *Document de travail préparé pour la Rencontre sur invitation portant sur les mesures d'urgence et les aînés, organisée par l'Agence de la santé publique du Canada, 26 au 28 février 2006*. Toronto, Ontario : Agence de la santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés, non-publié, 2006.

Santé Canada. « Cadre national de gestion des interventions d'urgence ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. 11 novembre 2005, p. 32.

Sécurité publique Canada. *Guide de planification de la continuité des activités*. 2005, [en ligne] <http://www.sp-ps.gc.ca/prg/em/gds/bcp-fr.asp>

Tanida, N. « What happened to elderly people in the great Hanshin earthquake ». *British Medical Journal*. 313, 1996, p. 1133-1135.

Wells, J. *Protecting and assisting older people in emergencies*. Document numéro 53, Humanitarian Practice Network. Londres : Overseas Development Institute, décembre 2005.