

# Concept Vieillesse et Santé

CRS Coopération internationale



## **Impressum**

Conception graphique et impression:  
graphic-print CRS

Berne, septembre 2018

Photos:

Moldavie ©CRS, Caspar Martig

Kirghizistan ©CRS, Remo Nägeli

# Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
1.1 Fondements et champ d'application: ajouter des années à la vie et de la vie aux années	3
1.2 Cadres d'application, normes et lignes directrices internationaux autour du vieillissement et santé	4
1.3 Inscire le vieillissement et santé dans les cadres d'application stratégiques et institutionnels	5
1.4 Définition du concept de vieillissement et santé	6
1.5 Bâtir sur l'expérience de la CRS sur le thème vieillissement et santé	6
<b>2. Contexte et défis pour la CRS</b>	<b>8</b>
2.1 Tendances et contexte mondiaux	8
2.2 Défis et opportunités pour la coopération internationale	9
<b>3. Principes directeurs</b>	<b>11</b>
<b>4. Objectifs</b>	<b>13</b>
4.1 But	13
4.2 Résultats	13
4.3 Coopération, partenariats et alliances	17
<b>5. Gestion de la qualité</b>	<b>19</b>
5.1 Pertinence et impact	19
5.2 Suivi, évaluation et recherche opérationnelle	19
5.3 Développement des capacités et gestion des connaissances	19
<b>6. Ressources</b>	<b>21</b>
6.1 Ressources humaines	21
6.2 Ressources financières et matérielles	21
<b>Annexes</b>	<b>22</b>
Annexe 1. Le Plan d'action international de Madrid	22
Annexe 2. Normes, lignes directrices et boîtes à outils sur le vieillissement en bonne santé	23
Annexe 3. Définitions et concepts internationaux liés au vieillissement et santé	24
Annexe 4. Chaîne des résultats de la CRS sur le concept vieillissement et santé	28
Annexe 5. Eléments des soins à domicile et du vieillissement actif	30
Annexe 6. Modèles de services de la CRS pour le vieillissement en restant actif et les soins à domicile	31
<b>Références</b>	<b>32</b>

## **Abréviations**

CEI	Communauté des États Indépendants
CRS	Croix-Rouge suisse
EAH	Eau, assainissement et hygiène
FICR	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GRC	Gestion des risques de catastrophe
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
MNT	Maladie non transmissible
Mouvement	Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
OCDE/CAD	Organisation de coopération et de développement économiques/ Comité d'aide au développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ODD	Objectif de développement durable
Société nationale	Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

# 1. Introduction

Les programmes de coopération internationale de la Croix-Rouge suisse (CRS) suivent une approche qui prend en compte l'intégralité du parcours de vie de la personne, s'engageant auprès de chacun, des enfants jusqu'aux personnes âgées, reconnaissant les périodes critiques de croissance et de développement, et tentant de réduire l'exposition des personnes aux risques sanitaires et de catastrophe. Bien que l'implication des jeunes est essentielle pour façonner le style de vie des générations futures, les changements démographiques à travers le monde imposent un changement de cap concernant les personnes âgées<sup>1</sup>, non seulement dans les pays à hauts revenus, mais également dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Le vieillissement en restant actif et en bonne santé, les environnements favorables aux personnes âgées et les soins intégrés de longue durée pour les personnes âgées revêtent davantage d'importance.

La CRS a placé le thème «vieillissement et santé» parmi les priorités de sa politique de santé (CRS, 2016). Alors que la politique de santé suit une approche prenant en compte l'intégralité du parcours de vie, le concept «vieillissement et santé» vise particulièrement la santé des personnes âgées.

Le concept de vieillissement et santé définit le cadre d'application de l'engagement de la CRS. Il prend en considération les modèles de soins à domicile, vieillir en restant actif et en bonne santé ainsi qu'une meilleure prise de conscience au sein de la CRS, du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de leurs pays d'intervention et de leurs projets, afin de mieux cibler et intégrer les aînés dans la gestion des risques de catastrophe et la santé. Il reconnaît que les aînés ont des besoins et des possibilités différents en fonction de leurs antécédents sociaux, culturels et économiques. Ce concept reflète et enrichit les valeurs exprimées dans la déclaration de mission de la CRS sur le vieillissement («Altersleitbild» CRS, à venir).

## 1.1 Fondements et champ d'application: ajouter des années à la vie et de la vie aux années

Le vieillissement rapide des populations est un fait bien établi et il représente l'une des principales questions politiques du vingt-et-unième siècle. Les Nations Unies prévoient que le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde aura plus que triplé d'ici 2050, passant de 600 millions en 2000 à deux milliards, dépassant celui des enfants de moins de 15 ans. Quatre-vingt pour cent des personnes âgées vivront dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (FNUAP, 2012). Le vieillissement de la population est une préoccupation importante des gouvernements qui craignent que les revenus deviennent insuffisants pour satisfaire les besoins d'une population vieillissante. Les systèmes de retraite et de sécurité sociale pourraient être soumis à d'insupportables pressions, et les sollicitations des systèmes de santé et de soins de longue durée augmenteraient.

Sur le plan international, il est de plus en plus admis qu'une vie plus longue offre de grandes perspectives. Ceci implique un changement d'état d'esprit et d'attitudes sociales, conduisant au fait que les personnes âgées ne sont plus perçues comme des bénéficiaires de prestations sociales mais plutôt comme des membres actifs de la société. Il existe de multiples justifications

---

<sup>1</sup> La CRS emploie la terminologie de l'ONU et de l'OMS (2002), qui décrit les «personnes âgées» comme les personnes de plus de 60 ans. Elle reconnaît néanmoins que d'autres pays peuvent avoir leurs propres définitions, différentes des personnes du « troisième âge ».

sociales à l'allocation de ressources publiques aux aînés et aux défis associés au vieillissement, allant des droits humains fondamentaux et des considérations éthiques et humanitaires aux investissements en capital social, vecteurs de cohésion intergénérationnelle (Beard et al., 2012). Les aînés constituent une ressource pour leur famille, leurs amis et leurs communautés (OMS, 2002). Ils sont prêts et disposés à contribuer au développement de leurs communautés, mais ils manquent d'opportunités pour le faire (FNUAP, 2012; OMS, 2016). Se préparer à l'éventualité d'une population vieillissante est vital à l'atteinte des ODD de l'Agenda 2030 pour le développement durable (ONU, 2015), en particulier pour «ne laisser personne de côté» et pour l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). Le vieillissement représente également une considération transversale pour les autres ODD, tels que ceux liés à l'éradication de la pauvreté, à l'égalité des sexes, à la croissance économique et au travail décent, à la réduction des inégalités et aux villes durables.

## **1.2 Cadres d'application, normes et lignes directrices internationaux autour du vieillissement et santé**

Divers cadres d'application et lignes directrices existent sur le vieillissement en bonne santé, le vieillissement actif et le vieillissement et santé. Nous référençons dans cette section ceux considérés comme les plus importants pour le travail de la CRS dans le monde.

Le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement et la Déclaration politique adoptée lors de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement (ONU, 2002) ont marqué un premier tournant dans la manière dont le monde entier relève le défi essentiel de «l'édification d'une société pour tous les âges». Ils fournissent des ressources pour la formulation de politiques, suggérant comment les gouvernements, les ONG et les autres acteurs peuvent réorienter la façon dont la société perçoit, interagit et prend soin des citoyens plus âgés. Les Commissions économiques régionales des Nations Unies dressent un bilan tous les cinq ans du Plan d'action de Madrid en Afrique, en Europe, en Amérique latine et dans les Caraïbes, dans la région Asie-Pacifique et en Asie de l'Ouest. Alors que la plupart des gouvernements en Europe s'engagent à adhérer aux orientations prioritaires du Plan d'action de Madrid (voir annexe 1), les autres régions sont plus lentes à adapter et/ou à développer leurs propres protocoles.

Afin d'exploiter davantage les perspectives pour les populations vieillissantes, l'OMS a adopté une stratégie et un plan d'action mondiaux sur le vieillissement et santé (2016–2020) centrés sur cinq objectifs stratégiques:

1. promouvoir le vieillissement en bonne santé dans chaque pays;
2. créer des environnements favorables aux aînés;
3. adapter les systèmes de santé aux besoins des populations âgées;
4. concevoir des systèmes équitables et durables de fourniture de soins à long terme (maison de retraite, communautés, institutions);
5. améliorer les systèmes d'évaluation, de suivi, et la recherche concernant le vieillissement en bonne santé.

La CRS approuve et aligne son travail en matière de vieillissement et santé sur les domaines prioritaires du Plan d'action de Madrid, de la stratégie mondiale de l'OMS et des ODD. Elle travaille également selon les normes, les lignes directrices et les référentiels élaborés par l'OMS, le FNUAP et d'autres agences de l'ONU, la FICR, les Aging and Disability Resource Consortia (Consortium de ressources pour la vieillesse et le handicap), le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes âgées et la Convention interaméricaine sur la protection des droits humains des personnes âgées (voir annexe 2). La

CRS adhère strictement aux stratégies, protocoles et lignes directrices nationales sur le concept de vieillissement et santé du pays concerné et, s'il y a lieu et que cela est souhaitable, influence leur évolution.

### 1.3 Inscrire le vieillissement et santé dans les cadres d'application stratégiques et institutionnels

Les activités de la CRS reposent sur les sept principes fondamentaux du Mouvement – humanité, impartialité, neutralité, indépendance, service volontaire, unité et universalité. Les cadres stratégiques de la CRS et de la FICR ci-dessous guident son travail:

**Stratégie de la FICR:** dans sa stratégie 2020: Sauver des vies, changer les mentalités, la FICR renouvelle son engagement en matière d'aide humanitaire et appelle à davantage d'action pour prévenir et réduire les causes sous-jacentes de la vulnérabilité. Les objectifs stratégiques visent «un système de santé intégré, doté de services qui soient plus accessibles, attentifs au sexe et à l'âge» (objectif stratégique 2) et aident à «développer et à maintenir l'autonomie et le bien-être de ceux rendus vulnérables par leur désavantage [...] Nous portons une attention spéciale aux personnes âgées» (objectif stratégique 3). La FICR aligne également son travail concernant le vieillissement en bonne santé sur la stratégie mondiale de l'OMS.

**Stratégie 2020 de la CRS:** la stratégie 2020 de la CRS énonce clairement que «les personnes âgées et les personnes fragiles qui vivent à domicile et requièrent de l'assistance, ainsi que leurs parents et proches aidants, sont l'un des premiers groupes cibles de la CRS». Le concept de vieillissement et santé est pris en compte dans trois des quatre cœurs de métier de la CRS: santé et intégration sociale, par l'intermédiaire des activités de la CRS en Suisse, et gestion des catastrophes et coopération au développement, par l'intermédiaire des activités de la CRS à l'étranger.

**Stratégie 2020 de la CRS pour la coopération internationale:** le but global du travail de la coopération internationale de la CRS est de permettre une vie saine et sûre pour les groupes et communautés vulnérables. La santé et les catastrophes représentent les deux sphères d'activité principales du travail de coopération internationale de la CRS. Le vieillissement et santé est reconnu comme une priorité de travail importante pour la coopération internationale dans la sphère d'activité santé.

**Politique de santé de la CRS:** la politique de santé identifie huit priorités thématiques: la santé sexuelle, le contrôle des maladies, l'eau et l'assainissement, la nutrition, la santé en situations d'urgence, la sécurité du sang et des produits sanguins, les soins oculaires et enfin, le vieillissement et santé. Jusqu'ici, les interventions dans le domaine du vieillissement et santé étaient centrées sur les modèles de soins intégrés à domicile, les approches participatives au travail communautaire et le plaidoyer pour le vieillissement actif. Le concept vieillissement et santé est étroitement lié aux priorités thématiques de la CRS en matière de soins oculaires et de contrôle des maladies (en particulier des maladies non transmissibles).

**Politique de gestion des risques de catastrophe de la CRS:** les activités de gestion des catastrophes de la CRS mettent l'accent sur sept priorités thématiques: abri, logement et articles non alimentaires; eau et assainissement; santé; soutien économique; (re)construction des infrastructures publiques; gestion communautaire des risques de catastrophes (GRC) et renforcement des capacités institutionnelles dans la préparation aux catastrophes. Elles visent à renforcer la résilience des personnes, des groupes et des communautés vulnérables. La politique ne mentionne cependant pas spécifiquement les vulnérabilités, les besoins et le potentiel des personnes âgées dans la gestion des catastrophes.

## 1.4 Définition du concept de vieillissement et santé

La définition CRS du concept de «vieillissement et santé» associe des éléments de différents concepts et approches internationaux (voir annexe 3). D'une part, le travail de la CRS repose sur l'approche du vieillissement actif qui reconnaît les droits des personnes à l'égalité des chances dans tous les secteurs de la vie et des soins lorsqu'elles prennent de l'âge, et qui soutient la responsabilité des personnes âgées à participer au processus politique et aux autres aspects de la vie communautaire. D'autre part, dans ses projets, la CRS met en œuvre l'agenda sur le vieillissement en bonne santé en aidant à développer et à maintenir la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans des environnements qui leur sont favorables et dans des villes saines, facilitant ainsi le bien-être des aînés.

## 1.5 Bâtir sur l'expérience de la CRS sur le thème vieillissement et santé

Ces vingt dernières années, la CRS a activement œuvré pour, et avec, les personnes âgées, particulièrement en Europe de l'Est. À l'origine, ses projets portaient sur les soins à domicile comme moyen de protection vis-à-vis des menaces physiques, mentales et sociales spécifiques auxquelles sont confrontées les personnes âgées, particulièrement celles vivant seules et avec des ressources insuffisantes. En réalisant que les besoins des personnes âgées vont au-delà des questions de soins, la CRS a introduit depuis 2003 le travail communautaire participatif et le plaidoyer ainsi que le vieillissement actif comme composantes de certains programmes plus vastes de soins à domicile. Parallèlement à l'Europe de l'Est, elle a tenté de développer et de piloter des projets pour les aînés en Afrique et en Asie, mais ceux-ci sont restés des exceptions et ont finalement été interrompus.

En Suisse, la CRS aide les membres des familles de personnes malades et âgées à identifier leurs propres besoins. Des volontaires contribuent temporairement aux soins des personnes âgées, ce qui permet aux proches aidants de prendre un peu de repos. D'autres programmes liés au vieillissement actif et aux soins à domicile sont actuellement en cours d'élaboration.

Au niveau international et au sein du Mouvement, la CRS est de longue date un ardent défenseur des soins à domicile et du vieillissement actif, et ses partenaires et les parties intéressées ont reconnu ses compétences et son impact dans divers domaines de travail. Elle a activement contribué à l'élaboration de manuels et de lignes directrices utiles au Mouvement sur le sujet des soins à domicile et du vieillissement en bonne santé (voir Annexe 2).

Actuellement, la CRS est engagée auprès des personnes âgées en Biélorussie, en Bulgarie, en Bosnie-Herzégovine, en République de Moldavie, au Kirghizistan et en Arménie. Partout, ses projets sont mis en œuvre par l'intermédiaire de ses contreparties locales, par la Société nationale ou par des ONG locales. Ce sont elles qui travaillent directement avec les personnes et les groupes de personnes âgées.

Voici des exemples d'activités sur le vieillissement et santé:

- les programmes intégrés de soins médico-sociaux à domicile mis en œuvre par des professionnels et des volontaires pour les personnes âgées et les personnes handicapées présentant des conditions spéciales vivant seules en Biélorussie;
- les initiatives liées au vieillissement actif, comprennent la formation de groupes de personnes âgées qui se rencontrent régulièrement pour socialiser, planifier, développer et mettre en œuvre des activités, y compris le travail de plaidoyer, en Bosnie-Herzégovine;



- la distribution de colis alimentaires individuels ou d'argent en espèces et le financement de la distribution de soupes populaires, afin de venir en aide aux personnes âgées en hiver en Bulgarie;
- le plaidoyer en faveur du respect des aînés, afin de modifier les environnements sociaux et physiques dans le but d'intégrer les personnes âgées au processus de prise de décision, et le dialogue intergénérationnel en République de Moldavie.

Les volontaires sont une valeur ajoutée pour les programmes de vieillissement et santé de la CRS. Leurs visites à domicile contribuent au bien-être mental des personnes âgées et brisent l'isolement social (CRS, 2014). Une analyse comparative de l'approche du travail communautaire participatif dans trois pays où se déroulent des projets (Bulgarie, Biélorussie et Bosnie-Herzégovine) et de son impact sur la vulnérabilité des personnes âgées a nettement démontré que cette approche a permis de réduire la vulnérabilité sociale chez les personnes âgées (CRS, 2017). Des évaluations régulières ont été menées et des mesures ont été prises pour améliorer la qualité et les modèles de soins en Bulgarie, en Biélorussie, en Bosnie-Herzégovine et en République de Moldavie.

## 2. Contexte et défis pour la CRS

### 2.1 Tendances et contexte mondiaux

La CRS tient compte des tendances et du contexte mondiaux relatifs au vieillissement et santé:

- **Les changements démographiques dans le monde:** la population âgée au niveau mondial augmente d'un million de personnes chaque mois (FNUAP, 2012). Cette transition démographique, considérée encore récemment comme une caractéristique des pays les plus développés, commence à apparaître dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Contrairement à de nombreux pays développés, dans lesquels le vieillissement de la population a représenté un processus progressif étalé sur une longue durée, les projections montrent que la population vieillit très rapidement dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Dans de nombreuses régions, la population vieillit tandis que le nombre d'enfants et de jeunes chute. Ceci fait peser une charge économique sur la population adulte à laquelle incombe également la responsabilité de dispenser les soins, et réduit le niveau de soutien disponible en temps et en argent pour les personnes âgées. L'Europe de l'Est, par exemple, est caractérisée par une population vieillissante, un taux de fertilité faible et une émigration des jeunes travailleurs, conduisant à un grave déclin de la population parmi la génération la plus jeune (Bussolo et al., 2015).
- **Des systèmes de santé fragiles et mal préparés:** une population vieillissante ajoute une contrainte aux systèmes de santé des pays à revenus faibles et intermédiaires, souvent déjà fragiles et mal préparés. Les personnes âgées sont davantage exposées au risque de développer des maladies non transmissibles (MNT) et souffrent la plupart du temps de multi-morbidité, dont la démence, qui requiert des soins de longue durée (Bussolo et al., 2015; OCDE, 2017). Dans de nombreux pays, ces soins ne sont ni disponibles, ni accessibles et restent trop coûteux. Les structures et les ressources manquent pour pouvoir offrir des services et des soins au sein de systèmes de santé déjà surchargés et sous-financés. Parfois, ceux-ci n'offrent même pas d'accès adéquat et équitable aux services de santé de base. La plupart des pays n'ont pas adapté leurs systèmes de santé et de soins sociaux aux besoins des populations âgées et des personnes handicapées, souvent peu disposées à recourir aux soins hospitaliers préférant les soins à domicile dispensés dans un environnement bienveillant.
- **Migration et urbanisation croissantes:** l'urbanisation et la migration générées par les jeunes personnes se déplaçant vers les villes en quête de formation et de travail, font s'élever la proportion des personnes âgées vivant en zone rurale. Elle se retrouvent souvent seules et dans des conditions de vie inappropriées, avec un accès réduit aux services et aux soins, et nécessitent davantage de soutien externe au sein d'un environnement respectueux des aînés. Même lorsqu'elles migrent vers les zones urbaines avec leur famille, les personnes âgées peuvent s'y sentir isolées et seules, souvent confinées à l'intérieur dans un nouvel environnement, loin de leur réseau social. De plus, la migration du personnel de santé des zones rurales vers les zones urbaines ou à l'étranger diminue l'accès déjà réduit aux services et aux soins en zone rurale.
- **Changement social, devoir filial et vieillissement:** les défis socio-économiques, la migration, et le changement des valeurs sociales et culturelles ainsi que des normes de solidarité ont altéré le rôle traditionnel de la famille de prendre soin de ses membres âgés. Dans de nombreux pays, les tensions augmentent dans la mesure où les jeunes générations se sentent soit

moins contraintes, soit moins capables, de remplir leur devoir familial. L'augmentation des familles de petite taille et l'augmentation de la migration professionnelle signifient souvent que moins d'enfants restent au domicile pour partager les responsabilités physiques, émotionnelles et financières de soins aux parents et grands-parents âgés. Ceci pourrait conduire à l'exclusion sociale, à l'isolement et à la pauvreté, et à un décalage croissant des attentes intergénérationnelles. Les grands-parents prennent souvent le rôle de gardiens permanents de leurs petits-enfants, par exemple lorsque les parents migrent pour le travail ou meurent des suites du VIH/SIDA.

- **La discrimination liée à l'âge:** la dignité des hommes et des femmes âgés, qui sont de plus en plus confrontés aux attitudes négatives, aux mythes et aux stéréotypes, est souvent compromise. Cette discrimination peut conduire à différentes formes de violence, de mauvais traitement, de négligence, d'abus, de manipulation, de déni des soins et des services appropriés, et à des violations des droits, dans les institutions, mais également au sein des familles.
- **Un environnement politique et un cadre naturel en mutation:** plus de vingt pour cent de la population mondiale vit dans des contextes affectés par des conflits ou dans des états fragiles, où l'accès aux services est particulièrement compliqué (OCDE/CAD, 2015). Certaines des pires crises humanitaires mondiales semblent sans fin, et sévissent pendant des années voire des décennies. De plus, de nombreuses catastrophes prévisibles, telles que les typhons et les sécheresses, gagnent en intensité et ajoutent au nombre croissant de personnes forcées chaque année de se déplacer. Un rapport récent (HelpAge International, 2018) évalue à quatorze millions le nombre de personnes âgées en situation de handicap qui pourraient être touchées par des catastrophes humanitaires. Cette situation les place à un niveau de risque des plus élevés, bien que l'on en sache encore peu sur leurs expériences spécifiques. Leurs droits et leurs besoins sont largement oubliés lors des interventions humanitaires (HelpAge International, 2018; Mazurana et al., 2011; HCR et Handicap International, 2011). En outre, les personnes âgées présentent un risque considérablement élevé de mourir ou d'être hospitalisées pendant et après les catastrophes (Wilson, 2006; HelpAge International, 2015).

## 2.2 Défis et opportunités pour la coopération internationale

La CRS fait face aux mêmes défis et opportunités que la communauté internationale et ses membres.

- **L'absence de politiques et de programmes sur le vieillissement:** dans de nombreux pays, le vieillissement ne figure pas parmi les grandes priorités sur l'agenda politique. Aucune politique sur le vieillissement n'existe et les programmes pour et avec les personnes âgées sont peu nombreux et inhabituels. Les systèmes sociaux et de santé nationaux sont de nature verticale, alors que les programmes sur le vieillissement en bonne santé et en restant actif nécessitent une coopération inter-agences. Pour la CRS et ses partenaires, ceci représente une occasion d'encourager la collaboration et de promouvoir un environnement de travail intégré entre les différentes agences gouvernementales, et d'encourager le plaidoyer mené par la société civile en faveur de politiques qui reconnaissent le potentiel et les besoins des personnes âgées.
- **Le manque de données ventilées par sexe et par âge:** afin de «ne laisser personne de côté» et d'être capable de répondre aux besoins des plus vulnérables, il est essentiel de disposer de données ventilées au minimum par sexe et par âge. Aider les pays à gérer et à analyser les données, et investir dans la collecte et la ventilation des données avant une intervention humanitaire, permet de mieux cibler les interventions.

- **Le vieillissement et les catastrophes:** les catastrophes exacerbent la vulnérabilité des personnes âgées du fait qu'il leur est plus difficile d'entretenir leur logement et de se préparer à une catastrophe potentielle (telle qu'un ouragan), de l'évacuer et de se protéger. Leurs difficultés à voir et à entendre amenuisent leur potentiel à y faire face. Les acteurs humanitaires ont la possibilité d'impliquer et de cibler les personnes âgées avec des moyens novateurs pour qu'elles se préparent et puissent obtenir des soins pendant et après une catastrophe ou une crise.
- **L'augmentation des MNT et de la multi-morbidité chez les aînés:** en vieillissant, les personnes sont davantage sujettes à développer de multiples problèmes de santé, y compris les MNT. La prévention et le traitement des MNT va souvent de pair avec le thème vieillissement et santé. Ils offrent un bon point de départ et sont une contribution financière à l'amélioration de la santé des femmes et des hommes âgés.
- **Le financement des soins de santé et des services sociaux:** les coûts des services de soin de longue durée sur tout le parcours de vie peuvent être substantiels. Dans la plupart des pays, le coût d'un séjour prolongé dans un centre de soin de longue durée épuise les avoirs personnels du patient, en particulier en l'absence de systèmes de protection financière et sociale. Intégrer les soins pour les personnes âgées dans la couverture sanitaire universelle aide à protéger les ressources financières des personnes âgées dans le besoin. Les soins de longue durée peuvent également être considérés comme une opportunité de développement socio-économique, en ce qu'ils permettent d'obtenir des ressources humaines dans le secteur de la santé.
- **Expérience, connaissances et compétences des personnes âgées:** dans les pays et les programmes mettant l'accent sur la participation et la responsabilité civiques, l'implication des personnes âgées représente une opportunité de puiser dans leurs connaissances et de garantir que leurs voix sont entendues. Les femmes et les hommes âgés portent en eux des compétences traditionnelles ainsi que d'autres compétences non négligeables; ils ont sous la main une richesse d'expériences et de connaissances sur l'environnement, qui sont importantes par exemple pour atténuer l'impact des situations d'urgence ou des conflits locaux. S'appuyer sur les contributions des personnes âgées offre des gains potentiels pour eux, ainsi que pour la communauté locale, les prestataires de services et les organisations.
- **Vaste tâche, mais peu d'ouvriers:** seules quelques organisations impliquées dans la coopération internationale considèrent les personnes âgées comme une priorité. Les investissements en faveur du troisième âge sont moins attractifs et produisent beaucoup moins d'années de vie à qualité équivalente que les investissements en faveur des jeunes. Ceci offre à la CRS de vastes perspectives de travail sur les politiques et les pratiques concernant le vieillissement et santé.

### 3. Principes directeurs

Les programmes de la CRS s'alignent sur les principes directeurs énoncés dans la Stratégie 2020 de la CRS pour la coopération internationale et la politique de santé pour la coopération internationale.

**Mettre l'accent sur les personnes marginalisées et les plus vulnérables:** la CRS considère que les personnes âgées, sujettes à l'exclusion, à la solitude, à la pauvreté, à un état de santé médiocre et à la discrimination liée à l'âge, sont très vulnérables (ou considère les personnes âgées comme une des populations les plus vulnérables). Elle analyse leur situation individuelle, encourage et crée les conditions qui améliorent les soins, les revenus et les occasions de renforcement des capacités, afin d'atténuer leur vulnérabilité et d'améliorer leur qualité de vie et leur bien-être.

**Promouvoir les ressources locales et le potentiel d'autonomie:** les femmes et les hommes âgés contribuent largement au développement de la société. Ils apportent des compétences uniques obtenues par leur apprentissage et leur expérience de toute une vie. Ils ont donc une grande valeur pour la société. Pour exploiter cette ressource précieuse, il faut valoriser les personnes âgées afin de les aider à réaliser leur potentiel d'auto-assistance

**Responsabiliser les populations en matière de santé:** responsabiliser les communautés et les personnes de tous les groupes d'âges à gérer leur santé et à revendiquer leur droit à la santé représente le cœur du travail de la CRS. Les projets de la CRS visent à renforcer les capacités et à valoriser les personnes âgées pour qu'elles participent aux activités sociales, s'engagent dans la société civile et défendent leurs besoins et leurs droits. Ceci est un moteur important pour atténuer leur isolement social et améliorer leur bien-être mental.

**Travailler de manière sensible au genre:** les projets de la CRS veillent à prendre en compte les différences entre les femmes et les hommes âgés en termes d'espérance de vie, de santé et de profils sociaux propres à chaque pays. Ces différences et les besoins spécifiques qui en découlent se reflètent dans la planification et la mise en œuvre des interventions liées au vieillissement et à la santé. Les hommes âgés sont particulièrement encouragés à intégrer les groupes de vieillissement actif et à utiliser les services de soins à domicile.

**Promouvoir le travail bénévole:** les bénévoles locaux jouent un rôle important dans les programmes de santé de la CRS. Dans les projets concernant le vieillissement et santé, ils constituent une ressource de grande valeur pour les visites à domicile et pour l'aide aux personnes âgées dans la gestion de leurs activités quotidiennes. De la même façon, ces dernières s'engagent comme volontaires dans différents programmes des Sociétés nationales.

**Travailler en partenariat, encourager les alliances et les approches multi-parties:** la CRS travaille avec les partenaires locaux, en particulier les Sociétés nationales locales, d'autres ONG spécialisées dans le travail avec les personnes âgées, et les ministères de la Santé et des Affaires sociales. Un partenariat étroit avec les différents intervenants concernés dans la prise en charge des soins médicaux et sociaux est un aspect central des services intégrés et centrés sur la personne. La formation d'alliances et de vastes réseaux de groupes de vieillissement actif a un effet de levier aux niveaux local et national. Enfin, un dialogue politique et un plaidoyer forts contribuent à la définition de politiques efficaces en matière de vieillissement et à la création d'un cadre juridique et réglementaire.

**Prendre en compte les conflits existants et ne pas nuire:** les projets sur le vieillissement et santé mettent l'accent sur l'intégration de toutes les personnes âgées et handicapées, quelle que soit leur situation socio-économique. L'aide alimentaire et la livraison de marchandises (par exemple durant les catastrophes ou en période d'hiver) sont effectuées suite à une évaluation soignée des besoins et du contexte, afin de garantir la transparence dans la sélection des bénéficiaires et d'éviter ainsi tout conflit.

## 4. Objectifs

### 4.1 But

La CRS vise à garantir une vie saine et sans danger aux groupes et communautés vulnérables. En termes de vieillissement et santé, ceci passe par l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes âgées. Les interventions en matière de vieillissement et santé sont mises en œuvre dans des environnements ruraux et urbains afin d'améliorer et/ou de maintenir l'état de santé des personnes âgées et des personnes handicapées, garantissant leur indépendance, empêchant qu'elles soient socialement isolées et leur donnant les moyens de revendiquer leurs droits.

### 4.2 Résultats

La CRS vise quatre résultats en particulier pour le vieillissement et santé:

1. un meilleur accès à des services de soins à domicile de bonne qualité;
2. une plus grande participation et intégration sociale des personnes âgées et la promotion d'environnements respectueux des personnes âgées;
3. la prise en compte et la réponse apportée aux besoins des personnes âgées par le cycle de GRC
4. le plaidoyer sur l'engagement à agir pour le vieillissement et santé est effectué

Ces résultats sont expliqués ci-dessous. L'annexe 4 illustre la chaîne des résultats pour les points 1 et 2.

#### Résultat 1. Un meilleur accès à des services de soins à domicile de bonne qualité

Les programmes de la CRS sont centrés sur l'amélioration de l'accès à des soins à domicile centrés sur la personne et de bonne qualité, pour les femmes et les hommes âgés et les personnes handicapées de différents groupes ethniques et sociaux, quelle que soit leurs conditions médicale et sociale. Les modèles de soins à domicile varient largement en fonction du contexte, sont pratiquement impossibles à répliquer et leur succès repose sur la prise en compte des besoins et des caractéristiques uniques de la population qu'ils servent. Les modèles de soins aux personnes âgées de la CRS peuvent par conséquent prendre différentes formes selon les pays, en fonction du contexte, des stratégies, des capacités et des aptitudes de l'organisation partenaire locale de mise en œuvre, et du niveau de désinstitutionalisation des soins dans chaque pays. Une évaluation approfondie peut servir de base à des combinaisons flexibles des éléments de soins à domicile, aidant à satisfaire les besoins des personnes âgées et à combler les manques dans le système actuel du pays (voir annexe 5). Les modèles de soins à domicile encouragés par la CRS s'étendent des simples visites à domicile peu coûteuses effectuées par des bénévoles jusqu'aux systèmes de soins à domicile intégrés complexes et plus coûteux qui font partie du système de santé publique de l'État (voir annexe 6). Ils peuvent être combinés librement aux modèles d'intervention sur le vieillissement actif.

La CRS soutient les efforts de ses partenaires sur le terrain pour concevoir et mettre en place des modèles de soins à domicile qui utilisent une approche participative multi-partites basée, dès le début, sur la durabilité financière et opérationnelle. Elle renforce leur capacité organisationnelle à exécuter, gérer, soutenir ou même étendre leur modèle et promouvoir son institu-

tionnalisation dans le pays. Cette institutionnalisation comprend entre autre l'attribution de licence, la standardisation d'activité, la planification et la mobilisation de ressources prévoyant des mécanismes de financement diversifiés et une contribution aux coûts, soucieux de conserver un niveau abordable de service.

En fonction des besoins, du contexte et des ressources locales disponibles, la CRS peut fournir son soutien aux infrastructures, aux installations et services ainsi qu'à l'équipement. Elle investit dans le développement et le renforcement des capacités des bénévoles, des soignants, des aides à domicile, des infirmiers-ères formé-e-s et des professionnels de différents secteurs, offrant des formations générales et spécifiques (sur les soins palliatifs, la gestion de la démence, des escarres et des plaies chroniques, en kinesthésie). Elle améliore en outre la qualité des soins en organisant des visites d'autres praticiens à l'intérieur du pays et à l'étranger, en facilitant des échanges d'expérience, en développant des systèmes de gestion de qualité et des lignes directrices en matière de soins, et en engageant des spécialistes externes pour la supervision et le suivi régulier de la qualité.

## Résultat 2. Une plus grande participation et intégration sociale des personnes âgées et la promotion d'environnements respectueux des personnes âgées

La CRS soutient les efforts de ses partenaires de mise en œuvre dans l'élaboration et l'exécution de programmes de vieillissement actif qui encouragent l'accès, l'intégration et la participation des femmes et des hommes âgés en les impliquant dans des réseaux sociaux et en les encourageant à pratiquer un style de vie actif. Les stratégies clés comprennent le renforcement des groupes locaux engagés pour répondre aux besoins et respecter les droits des personnes âgées et le développement de la capacité des citoyens âgés à initier des actions et à agir en coopération avec d'autres institutions et partenaires locaux pertinents. Les activités vont de l'exercice physique au maintien des réseaux sociaux, en organisant des flash mob et en militant pour un environnement de vie plus sûr. Les groupes de vieillissement actif sont encouragés à bâtir des partenariats et à rejoindre des mouvements ou des réseaux en faveur des droits des personnes âgées et de leur autonomie. Dans les groupes, la CRS encourage la solidarité intergénérationnelle, rapprochant jeunes et aîné-es. Ce faisant, elle sensibilise la population au sujet du vieillissement et combat la discrimination et le stéréotype liés à l'âge.

La CRS favorise le travail communautaire participatif qui permet de passer du paradigme des personnes âgées perçues comme des «bénéficiaires d'aide» à celui de femmes et d'hommes «organiseurs, initiateurs et créateurs de changement» dans des actions effectuées avec et par eux. La CRS vise à obtenir des améliorations qui reposent sur des ressources et des solutions locales, et qui sont ainsi placées sous la responsabilité de la communauté locale pour une exécution durable. En s'appropriant le processus, les personnes âgées deviennent gestionnaires et développent leur confiance en eux et leurs compétences. Leur capacité à utiliser les technologies modernes est stimulée, leur permettant de promouvoir leur travail de groupe auprès d'une plus large audience.

Les projets de la CRS suivent de plus en plus souvent une approche communautaire d'un environnement respectueux de l'âge comme nouvelle voie de valorisation des personnes âgées. Cette approche leur permet d'articuler leurs requêtes, leurs opinions, leurs intérêts et leurs besoins auprès des autorités publiques locales. Elle sensibilise également les gouvernements et les communautés au besoin d'engager activement les citoyens âgés dans les affaires publiques, et renforce le dialogue intergénérationnel. Lorsque cette approche communautaire respectueuse des personnes âgées est utilisée pour garantir que les personnes âgées sont des participants actifs et engagés dans la société, celles-ci ne sont plus perçues comme une charge.



Dans les projets exécutés par la Société nationale en tant que partenaire de mise en œuvre de la CRS, les personnes âgées sont encouragées à devenir bénévoles et à s'engager activement dans des activités avec des personnes du même âge ou de différentes générations. Ceci renforce la cohésion sociale et la solidarité entre les générations. Les projets de vieillissement en restant actif de la CRS peuvent compléter et être associés aux interventions de soins à domicile (voir annexe 6).

### Résultat 3. La prise en compte et la réponse apportée aux besoins des personnes âgées par le cycle de RRC

La CRS applique une approche multisectorielle intégrée à la RRC, en ligne avec le cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015–2030 et qui couvre le spectre entier de l'intervention, du relèvement et du développement. Lors des interventions dans les cas de catastrophe, la CRS opère selon un système de secours d'urgence et de relèvement précoce complets, permettant une intervention efficace dans les opérations bilatérales et multilatérales. Dans le futur, elle valorisera et se centrera sur l'évaluation des besoins liés à l'âge pour s'assurer que les personnes âgées reçoivent l'aide appropriée. Il est important de prendre des mesures actives pour localiser et identifier les personnes âgées, et pour les inclure dans les entretiens directs et les discussions avec les groupes témoins, afin d'aborder leurs besoins immédiats et de comprendre leur vision du relèvement. À cette fin, il est vital de collaborer et de travailler en coordination avec les réseaux sociaux et les institutions existantes le cas échéant, dans la mesure où ils fournissent les informations nécessaires pour cibler les bénéficiaires. Si des biens et des services sont disponibles et fonctionnels, le programme de transfert d'espèces peut être une bonne option pour les personnes âgées. La CRS intégrera par conséquent des sessions spécifiques dans la formation des membres de l'équipe de gestion des catastrophes, afin de les sensibiliser encore davantage aux problèmes, obstacles et besoins particuliers des personnes âgées avant, durant et après les catastrophes.

La réparation des abris, ainsi que le rétablissement des revenus et des moyens de subsistance jouent un rôle critique dans l'aide apportée aux personnes âgées pour qu'elles récupèrent, deviennent autonomes et contribuent à la vie de leur famille, spécialement lorsqu'il n'existe pas d'autre forme de soutien financier, telle que les pensions. Les personnes âgées qui ont été déplacées ou dépossédées de leur terre ont besoin d'une aide juridique et pratique, qui est également nécessaire pour défendre leurs droits légaux, régler leurs problèmes de santé et les questions de rapatriement, de décès et d'héritage. Les personnes âgées qui ont été séparées de leurs familles bénéficieront d'un accès prioritaire aux services de recherche et de restauration des liens familiaux.

La reconnaissance, et l'aide au partage des connaissances, d'expérience et de stratégies des personnes âgées sont des composantes importantes de la préparation aux catastrophes et de l'atténuation de leurs effets. Les groupes de vieillissement actif peuvent servir de plateformes d'échange qui fonctionnent pour accroître le niveau de conscience et garantir l'accès à une information correcte et à jour sur la manière de réduire et de transférer les risques et de réagir dans une situation d'urgence. Lorsqu'une catastrophe survient, les données secondaires précédemment recueillies peuvent donner une idée de l'ampleur dans laquelle les personnes âgées sont potentiellement touchées et de leurs besoins d'assistance. Les expériences antérieures, les stratégies d'adaptation, les compétences traditionnelles et les connaissances de l'environnement local sont importantes pour atténuer l'impact des catastrophes. Le but de la CRS est d'impliquer les personnes âgées dans la prévention, la préparation et la gestion des catastrophes.

#### Résultat 4. Le plaidoyer sur l'engagement à agir pour le vieillissement et la santé

Il y a encore beaucoup à faire en ce qui concerne l'action pour le vieillissement et santé dans les programmes actuels et futurs de la CRS. Au sein de ses programmes en cours, la CRS adaptera son travail auprès des personnes âgées de manière à les atteindre et à les intégrer à des groupes communautaires et à s'assurer qu'elles ont accès aux services de santé. Le cas échéant, des évaluations centrées sur les besoins des aîné-es seront effectuées. Les analyses de données ventilées par âge amélioreront la compréhension, par exemple, de la manière dont les services de santé sont utilisés ou sur les comportements d'un groupe d'âge en matière de santé, et aideront à identifier la présence d'éventuelles lacunes. Les priorités thématiques en matière de soins oculaires et de MNT représentent des domaines d'action supplémentaires pour le travail avec les personnes âgées.

La CRS sensibilisera davantage les Sociétés nationales et les ministères sur la portée du vieillissement de la population, en particulier sur ses implications en termes de santé et de gestion des catastrophes. Dans le futur, la CRS soutiendra les efforts des Sociétés nationales partenaires intéressées pour renforcer leurs capacités locales et explorer les opportunités au plan national. Elle peut s'engager dans un partenariat à la réception d'une demande d'appui provenant d'une Société nationale ayant placé le vieillissement et santé sur son agenda stratégique, et elle encouragera les projets pilotes de petite échelle ou les activités dans d'autres pays de priorité de la CRS hors Europe et CÉI.

Dans la mesure où les réalités des politiques et des pratiques en matière de vieillissement et santé varient largement du Nord au Sud de la planète, il n'existe pas de baguette magique pour relever le niveau de priorité des préoccupations concernant les groupes de populations âgées sur les agendas des ministères clés et des autorités. Des activités de plaidoyer sur mesure sont requises à différents niveaux, du niveau communautaire jusqu'au niveau politique national, en fonction du contexte spécifique du programme. Les niveaux de plaidoyer peuvent être de:

- Renforcer les échanges de bonne pratique au sein du Mouvement, en particulier parmi les Sociétés nationales;
- Soutenir des forums et des mécanismes d'échange et d'apprentissage, à l'intérieur et hors du Mouvement;
- Encourager une «approche des systèmes de santé intégrant les personnes âgées» dans les projets de la CRS, afin de contribuer à la couverture sanitaire universelle;
- Participer aux débats politiques et promouvoir le droit des personnes âgées à l'accès à des services et à des soins de santé adéquats;
- Valoriser la reconnaissance de la population vieillissante comme une opportunité socio-économique et non simplement comme une charge;
- Mobiliser et soutenir les efforts des personnes âgées à défendre leur droit à la santé;
- Soutenir et s'engager dans des activités de recherche afin de consolider et d'élargir la base de données factuelles;
- Adapter les systèmes de gestion des données pour augmenter la visibilité des bénéficiaires âgés des projets de la CRS, par exemple à travers la ventilation des données de santé dans l'établissement des rapports.

### 4.3 Coopération, partenariats et alliances

Il est essentiel d'établir des partenariats et des liens entre les parties prenantes, afin de fournir des activités efficaces et liées au concept de vieillissement et santé et d'intégrer les personnes âgées à tous les stades du continuum humanitaire. Le principal partenaire de la CRS est la Société nationale du pays concerné. Le travail en partenariat comprend le développement organisationnel dans le but d'ancrer l'activité dans son contexte local à long terme, et le renforcement de la durabilité opérationnelle et financière par la création de mécanismes de financement diversifiés et la contribution aux coûts de la part des différentes parties prenantes, et cela dès le début du projet.

#### Au sein du Mouvement

- **Le Département santé et intégration de la CRS et les associations cantonales de la CRS:** diverses associations cantonales sont sur le point d'élaborer des programmes de soins à domicile. Les programmes de coopération internationale de la CRS identifieront des partenariats permettant d'harmoniser les concepts, les échanges de connaissances et les enseignements tirés.
- **La FICR:** la CRS travaille à se positionner thématiquement elle-même au sein du Mouvement. Les expériences issues de différents projets ont façonné la boîte à outils vieillissement et santé de la FICR, ainsi que les guides du facilitateur et du volontaire (voir annexe 2). En tant que composante de la FICR, la CRS soutient et travaille étroitement avec le Département de la santé de la FICR pour concevoir, piloter et diffuser des lignes directrices et des boîtes à outils sur le concept de vieillissement et santé. Le personnel de la CRS continue de participer aux groupes de travail techniques sur ce thème.
- **Les Sociétés nationales partenaires:** la CRS et les Sociétés nationales partenaires sont bien reconnues pour leur travail sur le concept vieillissement et santé au sein du Mouvement. Elles participent à différents groupes de travail et plateformes d'échange au sein du Mouvement et ont apporté des contributions essentielles au développement de curricula, de lignes directrices et de standards pour les auxiliaires et les volontaires à domicile du Mouvement (voir annexe 2).

La coordination entre la CRS et le Mouvement en matière de vieillissement et santé est bien établie en Europe et dans la région de la CÉI. Au sein du réseau existant en Europe et en CÉI (voir section 5.3.), la CRS a renforcé les partenariats et les échanges entre les Sociétés nationales partageant la même vision, une activité qu'elle va poursuivre et étendre aux autres Sociétés nationales intéressées.

D'autres régions n'avancent pas au même rythme, ce qui représente un potentiel d'action additionnel pour faire figurer le concept vieillissement et santé plus haut sur les agendas du Mouvement et de ses partenaires. La CRS peut s'appuyer sur sa grande expérience en Europe pour jouer un rôle pivot dans le lancement d'activités vieillissement et santé dans les régions Afrique, Amérique latine, Moyen-Orient et Asie-Pacifique.

### Avec les autres parties prenantes

La CRS s'implique et maintient des alliances avec diverses parties prenantes à différents niveaux.

- **Les ministères de la Santé et les autorités nationales apparentées:** la CRS recherche explicitement la coopération du ministère de la Santé et des autres autorités nationales concernées par la santé des personnes âgées. Ses interventions soutiennent et adhèrent strictement aux politiques, aux règles et aux réglementations nationales liées aux soins des personnes âgées dans les institutions et à domicile. De la même manière, la CRS encourage la reconnaissance des besoins des personnes âgées dans la législation et le développement d'un système de santé qui offre des soins intégrés centrés sur la personne et qui satisfait les besoins des personnes âgées actives dans un environnement respectueux de l'âge.
- **Les ministères des Affaires sociales et les autorités nationales apparentées:** les activités de la CRS adhèrent aux lois sociales du pays. Œuvrer pour une approche de soins intégrés nécessite un partenariat étroit avec le ministère des Affaires sociales. Dans les limites de son rôle, la CRS facilite la coopération étroite entre les ministères de la Santé et des Affaires sociales, en vue de leur permettre de collaborer de manière plus efficace et plus efficiente en tant qu'équipe «médico-sociale» de soins aux personnes âgées.
- **Les organisations multilatérales:** la CRS, conjointement à la FICR, s'engagera dans un partenariat fort avec le HCR dans les contextes d'urgence, pour mieux satisfaire les besoins des personnes âgées.
- **ONG internationales et locales:** HelpAge International est l'un des principaux acteurs mondiaux sur les questions de vieillissement avec lequel la CRS a déjà des projets conjoints. Pour faire progresser le concept vieillissement et santé sur l'agenda mondial et régional, la CRS peut explorer d'autres opportunités de travail avec HelpAge International et d'autres partenaires oeuvrant à l'échelle mondiale.
- **Les alliances avec les ONG suisses, les acteurs privés et les entreprises:** les partenariats et l'échange de connaissance avec Caritas, la Fondation Careum et les organisations Spitex privées suisses seront davantage renforcés, particulièrement dans les nouveaux domaines de travail (par exemple la démence, les soins palliatifs). Les alliances visant à compléter les efforts effectués dans ce sens seront renforcées.
- **Les partenariats avec les institutions académiques et de recherche:** des partenariats seront démarchés auprès des institutions de recherche académique nationales et internationales pour capitaliser et publier les expériences et effectuer des recherches opérationnelles à travers davantage de revues spécialisées sur le concept vieillissement et santé.

## 5. Gestion de la qualité

### 5.1 Pertinence et impact

Les changements démographiques à travers le monde rendent les programmes de la CRS sur le vieillissement et santé encore plus pertinents dans tous les pays, même si l'ampleur de cette pertinence n'a pas encore été reconnue avec la même intensité dans toutes les régions du globe.

Les activités de la CRS relatives au vieillissement et santé sont conçues de façon à contribuer et à mettre en pratique les politiques et stratégies locales, nationales et mondiales existantes sur le vieillissement et santé. Dans les pays où aucune politique locale ou nationale n'existe, la CRS, conjointement avec son partenaire de mise en œuvre, peut piloter des projets pouvant traduire les politiques et stratégies mondiales en faits concrets. Ces projets pilotes visent à influencer le dialogue politique local et national.

Les projets de la CRS sur le vieillissement et santé génèrent un impact sur la santé et sur le bien-être des personnes âgées, qui vivent ainsi dans la dignité et dans de bonnes conditions leur permettant ainsi de réaliser leur plein potentiel. Grâce à cette approche inclusive, touchant à l'intégralité du parcours de vie, la CRS contribue substantiellement à atteindre le but «ne laisser personne de côté».

### 5.2 Suivi, évaluation et recherche opérationnelle

Les chaînes de résultats pour les soins à domicile et le vieillissement actif (voir annexe 4) indiquent les résultats et les effets mis en évidence dans le cadre d'application du suivi et d'évaluation. Elles présentent également un ensemble d'indicateurs pour le suivi de projet.

La recherche thématique régionale sur les approches et l'impact du vieillissement actif a produit des leçons importantes pour davantage d'intervention. Des études coût-efficacité sur les soins à domicile ont servi d'importants moteurs de dialogue politique, orientant les gouvernements à investir dans les modèles de soins à domicile. Des recherches et évaluations opérationnelles thématiques au plan régional et sous-régional dans ces domaines permettront d'améliorer la compréhension de l'efficacité des différentes approches et du rôle du contexte socio-économique, et généreront des idées pour d'éventuels projets multi-pays. Les projets sur le vieillissement et santé sont évalués à intervalles réguliers, en utilisant une combinaison de procédés qualitatifs et quantitatifs afin d'en apprécier la pertinence, l'efficacité et l'impact.

### 5.3 Développement des capacités et gestion des connaissances

La CRS s'engage à développer et à améliorer ses capacités dans le domaine vieillissement et santé en offrant une formation thématique à son personnel et à ses partenaires, par l'échange d'expérience à l'intérieur et entre les régions, en conduisant des recherches et en partageant leurs résultats au sein et hors de l'organisation. Le personnel de la CRS sera formé pour prendre en compte les patients âgés dans tous les programmes d'urgence, de relèvement et de développement durable.

La CRS joue un rôle majeur dans la définition des approches, de la méthodologie et des capacités en ressources humaines de la FICR dans le domaine du vieillissement et santé en participant aux groupes de travail qui élaborent des outils, en soutenant les points focaux du domaine du vieillissement et en partageant les meilleures pratiques et les outils efficaces par l'intermédiaire des réseaux et des plateformes thématiques de la FICR.

Le réseau Europe et de la CÉI de la CRS, qui a été mis en place en 2013, s'est révélé être une excellente plateforme de gestion des connaissances. Mis à part l'encouragement des transferts de connaissances et des échanges d'expériences entre les pays et les membres du réseau, il diffuse l'expertise et les résultats de la CRS à travers des conférences internationales et à travers des évaluations collégiales, gère une bibliothèque de ressources et facilite des discussions thématiques en ligne et face-à-face entre les membres du personnel de la CRS et des représentants des partenaires nationaux. Les connaissances et l'expertise du réseau peuvent être utilisées et élargies aux autres pays et régions intéressées travaillant sur le concept vieillissement et santé, et aux associations cantonales de la CRS.

## 6. Ressources

### 6.1 Ressources humaines

Le groupe de travail de la CRS sur la santé comprend des personnes de référence pour les différentes priorités thématiques, dont une personne chargée du thème vieillissement et santé. Cette personne ressource convoque le réseau des Sociétés nationales sur le thème vieillissement et santé. La CRS emploie divers professionnels du domaine, qui sont des spécialistes du sujet et des personnes ressources de grande valeur.

### 6.2 Ressources financières et matérielles

Les projets sur le concept vieillissement et santé sont financés d'une manière générale à partir des ressources ci-dessous:

- des contributions provenant du gouvernement suisse, en particulier de la Direction du développement et de la coopération;
- des contributions provenant de fondations, sociétés, autorités publiques et d'autres institutions;
- des contributions privées à but spécifique;
- des contributions provenant de la Chaîne du bonheur – la Suisse solidaire et du Fonds d'urgence de la CRS pour les secours dans les situations de catastrophe et destinées aux interventions liées au cycle RRC.

# Annexes

## Annexe 1. Le Plan d'action international de Madrid

Sous chaque orientation prioritaire se trouvent un certain nombre de thèmes, d'objectifs et de mesures préconisées:

### **Orientation prioritaire I: les personnes âgées et le développement**

Huit thèmes:

- participation active des personnes âgées à la société et au développement
- emploi et vieillissement de la population active
- développement rural, migration et urbanisation
- accès au savoir, à l'éducation et à la formation
- solidarité entre les générations
- lutte contre la pauvreté
- sécurité des revenus, sécurité/protection sociale et prévention de la pauvreté
- situations d'urgence

### **Orientation prioritaire II: promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées**

Six thèmes:

- promotion de la santé et du bien-être tout au long de la vie
- accès universel et équitable aux services de santé
- les personnes âgées et le VIH/sida
- formation des personnes qui dispensent des soins de santé et des spécialistes de la santé
- besoin des personnes âgées en matière de santé mentale
- les personnes âgées et les handicaps

### **Orientation prioritaire III: créer un environnement favorable et porteur**

Quatre thèmes:

- logement et cadre de vie
- soins et appui aux personnes qui dispensent des soins
- abandon, mauvais traitements et violence
- l'image que l'on donne des personnes âgées

Extrait de: *Nations Unies (2002), Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*; New York.



## **Annexe 2. Normes, lignes directrices et boîtes à outils sur le vieillissement et santé**

### **Protocoles et prises de positions:**

Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des personnes âgées. Disponible sur: <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples%E2%80%99-rights-rights-older-persons> (accès le 28.9.2017)

Position africaine commune (PAC) de l'Union africaine sur les systèmes de soins de longue durée pour l'Afrique. La PAC a été officiellement adoptée par les ministres africains du Développement social, du travail et de l'emploi durant la seconde session du Comité technique spécialisé de l'UA sur le développement social, le travail et l'emploi (STC-SDLE-2), 24–28 avril, 2017 à Alger.

Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Disponible sur: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores\\_firmas.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp); 2015

### **Normes et lignes directrices:**

Organisation and provision of community based home care – Volume 1; IFRC, Organisation et fourniture de soins communautaires à domicile, en anglais – Volume 1; FICR

Basic Skills and knowledge in community based home care, Compétences de base et connaissances en soins à domicile à base communautaire, en anglais – Volume 2; FICR

Training programme for home care volunteers, Programme de formation pour les soignants bénévoles à domicile, en anglais – Volume 3; FICR

Training curriculum for home helpers, Curriculum de formation pour les personnes fournissant une aide à domicile, en anglais – Volume 4; FICR

Minimum Standards for Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action, Normes minimales d'intégration de l'âge et des conditions spéciales dans l'action humanitaire 2 Programme relatif aux capacités en termes de vieillissement et d'handicap (ADCAP)

### **Boîtes à outils et livres de référence:**

IFRC Healthy Ageing facilitator guide, Guide FICR du facilitateur sur le vieillissement en bonne santé

IFRC Health Ageing Toolkit, Boîte à outils FICR sur le thème vieillissement et santé

IFRC Healthy Ageing volunteer guide, Guide FICR du bénévole sur le thème vieillissement en bonne santé

Ageing and Disability in Humanitarian Response- Ageing and Disability Task Force, Vieillissement et handicap dans les interventions humanitaires – Comité de réflexion sur le vieillissement et le handicap

Lien Internet vers la boîte à outils sur les indicateurs du vieillissement et santé (soins à domicile) du département Coopération internationale de la CRS

### **Annexe 3. Définitions et concepts internationaux liés au vieillissement et santé**

#### **Vieillessement actif:**

Le concept de «vieillir en bonne santé et en restant actif» a été adopté par l'Organisation mondiale de la santé à la fin des années 1990. L'OMS a élaboré le «Cadre stratégique vieillir en restant actif» en 2002. L'approche du vieillissement actif procède d'une reconnaissance des droits de la personne âgée et des principes d'indépendance, de participation, de dignité, d'assistance et d'épanouissement de soi consacrés par l'ONU. Avec elle, la planification des stratégies cesse de se fonder sur les «besoins» (c'est-à-dire que les personnes âgées sont des bénéficiaires passifs) au profit d'une prise en compte des «droits» des personnes âgées à l'égalité de traitement et des chances dans tous les domaines de la vie. Elle soutient le libre exercice de leur participation au processus politique et aux divers aspects de la vie locale.

En 2015 l'OMS a remplacé le Cadre d'orientation «Vieillir actif» par «Vieillir en bonne santé».

#### **Vieillessement en bonne santé (viellir en bonne santé):**

Le vieillissement en bonne santé vise la création d'environnements et de possibilités permettant à chacun d'être et de faire ce qu'il considère comme valorisant d'un bout à l'autre de sa vie. Chacun peut vieillir en bonne santé. Ne souffrir d'aucune maladie ou ne présenter aucune infirmité ne sont pas des conditions du vieillissement en bonne santé dans la mesure où de nombreuses personnes âgées présentent un ou plusieurs problèmes de santé qui, lorsqu'ils sont maîtrisés, ont peu d'influence sur leur bien-être.

L'OMS définit le «vieillessement en bonne santé» comme étant le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être». Ce sont les aptitudes qui permettent aux individus d'être et de réaliser les activités qui comptent pour eux. Ces aptitudes fonctionnelles sont les suivantes:

- satisfaire ses besoins élémentaires;
- apprendre, se développer sur le plan personnel et prendre des décisions;
- être mobile;
- construire et entretenir des relations; et
- apporter sa contribution à la société.

Les aptitudes fonctionnelles regroupent les capacités intrinsèques de l'individu, les caractéristiques environnementales pertinentes et leurs interactions. Les capacités intrinsèques comprennent toutes les capacités mentales et physiques sur lesquelles une personne peut s'appuyer. Elles comprennent leur capacité à marcher, penser, voir, entendre et se souvenir. Le niveau de capacités intrinsèques est influencé par de nombreux facteurs tels que la présence de maladies, de blessure et les changements liés à l'âge.

Les environnements comprennent le domicile, la communauté et la société dans un sens plus large, et toutes les composantes tels que l'environnement bâti, les personnes et leurs relations, les attitudes et les valeurs, les politiques de santé et les politiques sociales, les systèmes qui les soutiennent et les services qu'elles mettent en œuvre. Être capable de vivre dans des environnements qui soutiennent et permettent de conserver ses capacités intrinsèques et ses aptitudes fonctionnelles est fondamental au vieillissement en bonne santé.

### **Environnements favorables aux personnes âgées et villes saines:**

L'OMS attire l'attention sur l'importance des environnements dans la détermination du vieillissement en bonne santé et encourage la création d'environnements amis des aînés:

- en recueillant des lignes directrices basées sur des données factuelles concernant les environnements amis des aînés;
- en mettant à disposition une plateforme d'information pour le partage d'informations et d'expériences; et
- en alimentant et en développant le réseau mondial de l'OMS pour des villes et des communautés amies des aînés (2007).

Les villes et les communautés à travers le monde s'emploient à devenir plus favorables aux personnes âgées. Le réseau mondial de l'OMS est constitué de plus de 500 villes et communautés dans 37 pays, œuvrant à l'amélioration de leurs environnements physiques et sociaux afin qu'ils deviennent des lieux où il fait bon vieillir.

Créer des environnements qui sont réellement amis des personnes âgées nécessite des actions dans de nombreux secteurs: santé, soins de longue durée, transport, logement, main-d'œuvre, protection sociale, information et communication, et par de nombreux acteurs: gouvernement, fournisseurs de services, société civile, personnes âgées et leurs organisations, familles et amis. Ceci nécessite aussi des actions à différents niveaux gouvernementaux. Les approches clé suivantes concernent toutes les parties prenantes:

- combattre l'agisme;
- permettre l'autonomie;
- soutenir le vieillissement en bonne santé dans toutes les politiques et à tous les niveaux.

### **Soins intégrés à domicile:**

En l'absence d'une définition inclusive et d'une approche d'ensemble aux soins intégrés à domicile, l'OMS région Europe a tenté de réunir et d'analyser des données factuelles sur les soins intégrés. Le document de travail de l'OMS (2016) fournit une analyse des définitions et des composantes qui questionnent ou soutiennent l'approche d'intégration des soins. Ce faisant, elle offre une synthèse des considérations génériques à prendre en compte lors de la conception et de la mise en œuvre de modèles de soins intégrés.

Dans ce contexte de définition des soins intégrés, les analystes mentionnent que le concept de soins intégrés est fortement modelé par les perspectives et les attentes des divers utilisateurs du système de santé, ce qui rend difficile de concevoir une définition unifiée. Il est intéressant de noter que, toutes les définitions convergent vers l'importance du rôle central des besoins des populations et des individus. De Cavalho et al. (2017) faisant partie du programme de l'OMS pour les soins intégrés destinés aux personnes âgées parlent des niveaux d'intégration suivants:

#### **Micro-intégration au niveau:**

**des soins cliniques:** l'intégration au niveau des soins cliniques est particulièrement importante pour les personnes âgées et devrait comprendre: (i) une évaluation complète; (ii) un but commun de traitement ou de soins basé sur les capacités intrinsèques et les aptitudes fonctionnelles de l'individu; et (iii) un plan de soins partagé parmi tous les soignants.

#### **Méso- et macro-intégrations au niveau:**

**de la prestation de services:** les aspects importants de la prestation de services pour les personnes âgées comprennent: (i) l'identification et la gestion active des cas; (ii) les soins à base communautaire; et (iii) les interventions à domicile. De plus, la prestation de services doit être ancrée dans un système de soins de santé primaires solide et qui fonctionne bien. L'appui à l'autogestion fournit aux personnes âgées les informations, les compétences et les outils dont

elles ont besoin pour gérer leurs conditions de santé, empêcher les complications, maximiser leurs capacités intrinsèques et maintenir leur qualité de vie. L'engagement des communautés permet l'utilisation des ressources existantes et aide à fournir l'appui aux personnes âgées et à leurs familles.

**du personnel de la santé:** les travailleurs des soins de santé doivent posséder diverses compétences clés pour fournir des soins de bonne qualité aux personnes âgées. Des réformes de la formation sont nécessaires pour garantir qu'ils ont ces compétences. De plus, une masse critique d'expertise gériatrique spécialisée est requise pour les cas plus difficiles et complexes. Les travailleurs des soins de santé devraient aussi être déployés d'une manière cohérente avec l'objectif de fournir aux personnes âgées des soins centrés sur la personne et intégrés. Des équipes pluridisciplinaires sont donc essentielles. Dans certains contextes, des coordonnateurs de soins et des conseillers d'autogestion pourraient être nécessaires.

**des informations et des données:** des enregistrements électroniques sur la santé et des plateformes de données partagées peuvent collecter, organiser et offrir un partage d'informations sur les personnes et les populations cliniques. Cette information peut aider à identifier les besoins des personnes âgées, planifier les soins dans le temps, suivre les sensibilités aux traitements et évaluer les résultats sur la santé. Les systèmes d'information peuvent également faciliter la collaboration entre les différents agents de santé et entre les équipes de soins de santé et leurs patients, qui peuvent être localisés dans toute une plage d'environnements ou de lieux. Les mesures d'évaluation standards devraient être analysées pour garantir que les résultats importants pour les personnes âgées sont évalués, à savoir leurs capacités intrinsèques et aptitudes fonctionnelles.

**des infrastructures, des produits et des technologies de la santé, et des vaccins:** les infrastructures physiques des centres de santé et des hôpitaux devraient être conçues d'une manière adaptée aux aînés. De plus, les personnes âgées devraient avoir accès aux médicaments essentiels et à des dispositifs médicaux qui leur permettent de rester aussi longtemps que possible en bonne santé, actifs et indépendants.

**du financement:** la politique sur le financement de la santé devrait être alignée sur la finalité de la couverture sanitaire universelle pour les populations âgées. La couverture sanitaire universelle est définie par l'OMS comme l'ensemble de la population ayant accès aux services de santé requis sans risquer des ennuis financiers en les obtenant. Le financement conjoint du secteur des soins de santé et du secteur social est particulièrement important pour les populations âgées et devrait aider à garantir la coordination et l'efficacité entre ces deux secteurs.

Les concepts et les modèles de soins (intégrés) à domicile sont multiformes. Ce sont des modèles conçus pour intégrer les soins pour les individus présentant des états chroniques, des modèles spécifiques de maladie et des modèles intégrés basés sur les populations. Les modèles de soins intégrés au niveau individuel comprennent la gestion des cas, la planification individuelle des soins, les maisons médicalisées centrées sur la personne et les budgets de santé individuels. Les modèles spécifiques à un groupe et une maladie comprennent les modèles de soins chroniques, les programmes de gestion des maladies et les modèles de soins intégrés pour les personnes âgées et vulnérables.

Le document de travail explique que tandis qu'il a été possible d'identifier des principes généraux et des composantes clé, il est difficile de conclure qu'un modèle particulier apporte le meilleur soutien aux soins intégrés. Tout développement de modèles intégrés est fortement lié au contexte, pratiquement impossible à répliquer et peut uniquement être un succès s'il prend en compte les besoins et les caractéristiques uniques de la population qu'il accompagne. Dans les modèles basés sur la population, la population reçoit des services de promotion et de prévention dans le but de contrôler l'exposition aux facteurs de risque; la majorité des patients en soins chroniques reçoivent un appui pour l'autogestion de leur maladie et les patients à haut risque bénéficient d'une aide à la gestion de maladie et de cas, en associant l'autogestion et les soins professionnels.

### **Les lignes directrices sur les soins intégrés aux personnes âgées basées sur des faits:**


L'OMS, avec l'appui de 30 spécialistes en médecine gériatrique, a défini des lignes directrices basées sur des faits concernant les soins intégrés pour les personnes âgées avec un intérêt particulier pour les environnements à faible niveau de ressources (OMS 2017). Ce document vise à guider les fournisseurs de soins de santé sur les approches appropriées au niveau communautaire pour détecter et gérer les déclinants importants des capacités physiques et mentales, et pour fournir des interventions qui soutiennent les soignants. Ces standards peuvent servir de base aux lignes directrices nationales et à l'intégration des soins de santé destinés aux personnes âgées dans les programmes de soins primaires, en utilisant une approche intégrée et centrée sur la personne.

Les lignes directrices englobent les éléments clé suivants de l'approche de l'OMS aux soins de santé intégrés pour les personnes âgées (1991–2015)

- Accent placé sur les capacités intrinsèques, c'est-à-dire la combinaison des capacités physiques et mentales de l'individu (dont psychosociales)
- Évaluations et plans de soins complets pour harmoniser la gestion clinique parmi les différents prestataires de soins et rassembler ces derniers autour d'un but commun
- Gestion de cas pour améliorer les capacités intrinsèques, les divers aspects de la gestion des médicaments et l'utilisation des services communautaires.
- Soutien de l'autogestion pour développer une vaste gamme de résultats chez les adultes âgés, telle que des améliorations dans l'activité physique, l'auto-traitement, la douleur chronique et l'efficacité personnelle.
- Interventions à domicile

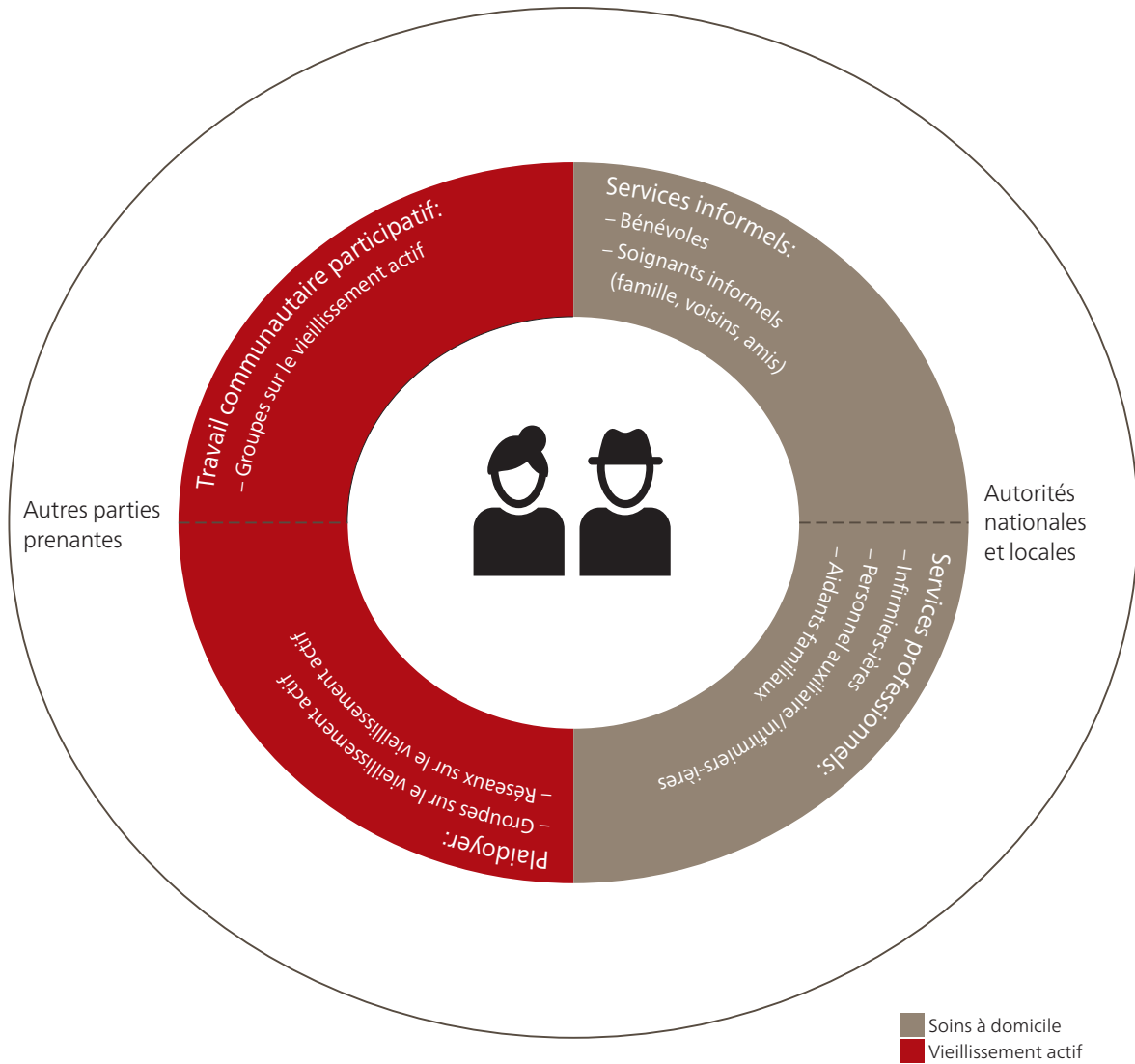
## Annexe 4. Chaîne des résultats de la CRS sur le concept vieillesse et santé

Chaîne de résultats des services de soins à domicile			
Résultat	Effet intermédiaire	Effet à long terme	Impact
<b>Infrastructures des installations améliorées et équipées</b>			
Nombre d'installations pour les soins à domicile nouvellement mises en place/rénovées			
Nombre et type d'équipements spécifiques achetés			
<b>Services fournis</b>			
	<b>Amélioration de la prestation de services</b>	<b>Meilleure qualité des SSD</b>	
Nombre de personnes âgées en situation de handicap inscrites dans le programme	% de clients recevant des soins médico- sociaux intégrés	Standards de qualité satisfaits à 100% (avec indicateur)	
Nombres de services de soins palliatifs fournis par mois	Existence d'un système intégré de gestion de la santé pour les données clients	% des clients satisfaits du service	
Nombre et type de services fournis par le personnel de soins à domicile	Personnel: le rapport client est optimisé avec la plus grande efficacité possible		
Nombre et type de services fournis par les bénévoles de soins à domicile			
Existence d'un système de retour régulier des clients dans tous les centres de soins à domicile			
Les standards de qualité sont mis en place (au plan interne/national)			
Existence de procédures de suivi et d'évaluation			
<b>Financement et ressources humaines garantis</b>			
	<b>Durabilité effective des SSD</b>	<b>Accès accru des personnes âgées aux SSD</b>	<b>Contribution à un meilleur niveau de santé et de bien-être des personnes âgées vulnérables</b>
Mécanisme financier pour couverture des coûts en place	Quantité et % de contribution par financements multiples (par exemple différentes ressources internes et externes)	% de croissance du nombre de clients bénéficiant des services (avec indicateur)	Bien-être auto-déclaré accru de 20% (sur la base du questionnaire d'auto-évaluation standard (par exemple mesures de qualité) couvrant le groupe cible entier)
Nombre d'infirmiers et de membres du personnel utilisés	% de contribution aux services payés par l'État/autres	Couverture des services: les personnes ayant besoin de soins à domicile reçoivent réellement des soins	
Nombre de bénévoles de soins à domicile en place et actifs	% de contribution aux services payés par les clients eux-mêmes	Nombre de jours sur liste d'attente pour les nouvelles admissions	
<b>Personnel et autorités sensibilisés, formés et en relation</b>			
	<b>Influence sur la prise de décision et politiques locales</b>		
Nombre de formations effectuées pour le personnel sur les soins à domicile (c'est-à-dire soins palliatifs, démence, autres sujets)	Actes juridiques en place		
Nombre d'employés rémunérés formés sur ces sujets spécifiques	Types de décisions prises en faveur des services de soins à domicile		
Nombre et type de formations multidisciplinaires effectuées impliquant le personnel médical et social	Le modèle soins à domicile est répliqué (ou planifié pour être répliqué) dans x nombre de villes/districts/régions		
Nombre de protocoles d'entente signés avec les parties concernées	Le cadre juridique est adopté		
Nombre de collaborations mises en place			
Nombre de représentants d'institutions concernées participant aux événements de sensibilisation			
<b>Les travailleurs communautaires et les bénévoles sont formés et en relation</b>			
	<b>Meilleures connaissances/ sensibilisation des soins à domicile</b>		
Nombre de bénévoles/membres du personnel non rémunérés formés	% de la population qui connaît les soins à domicile		
Type et nombre de formations effectuées	Nombre de bénéficiaires orientés vers les soins à domicile par d'autres parties prenantes		
<b>Les communautés sensibilisées</b>			
Nombre de supports de communication et autres publications			
Nombre d'événements de sensibilisation et nombre de personnes participant aux événements			

 Indicateur standard d'effet

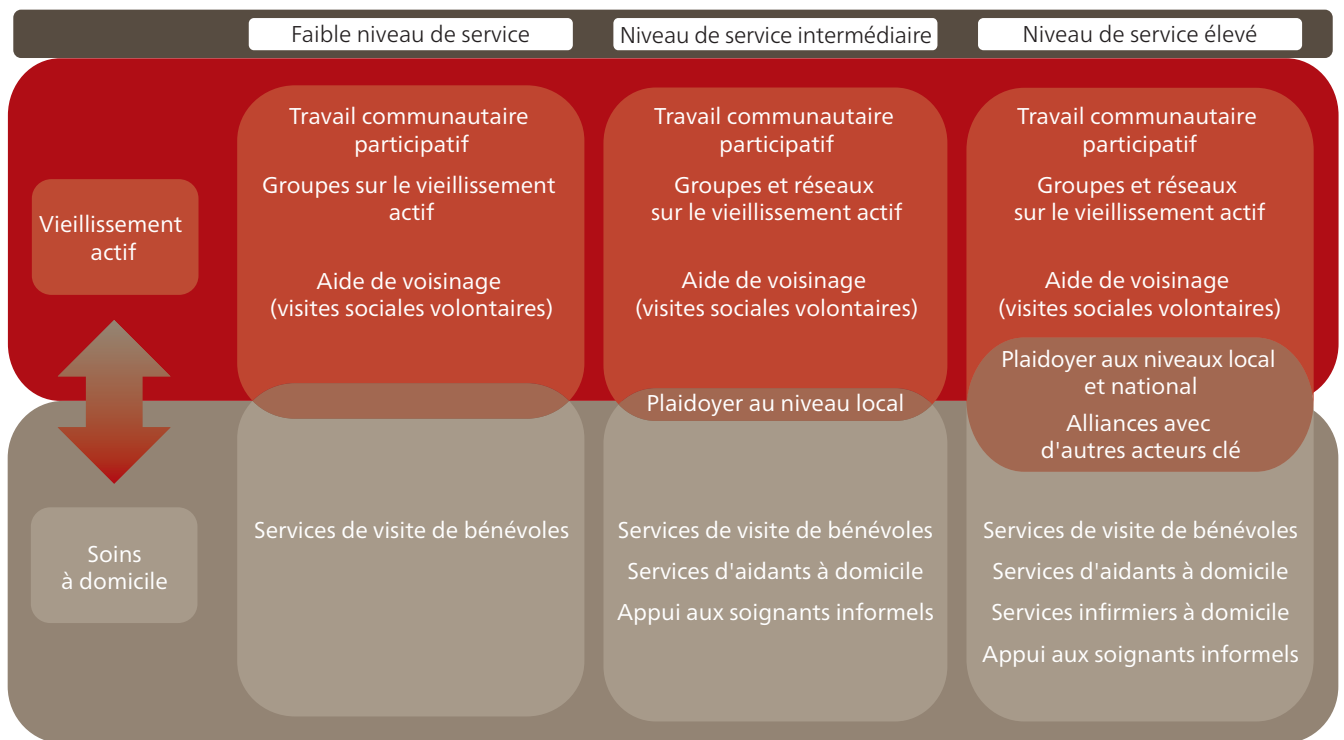
Chaîne de résultats sur le vieillissement actif			
Résultat	Effet intermédiaire	Effet à long terme	Impact
<b>Communautés amies des aînés en place</b>	<b>Politiques/plans amis des aînés en place</b>		
Nombre de communautés amies des aînés	% de communes disposant de plans d'action/de stratégies amis des aînés (noyau)		
Nombre et type de programmes sociaux et de loisirs intergénérationnels lancés et disponibles	Niveau de mise en œuvre du plan d'action/de la stratégie amis des aînés		
Disponibilité des informations et d'une communication amie des aînés (disponibilité des infos sur les services offerts; aide aux seniors pour remplir des formulaires; lignes d'aides non automatisées, etc.)	Le nombre et le type de politiques/pratiques changent suite aux activités de plaidoyer effectuées par les personnes âgées		
Nombre et types de programmes de volontariat pour les personnes âgées en place			
Nombre et type de programmes d'éducation pour les personnes âgées en place			
<b>Événements/campagnes de relations publiques effectués</b>	<b>Amélioration de l'image des personnes âgées (l'image est positive)</b>	<b>Augmentation de l'inclusion sociale/ de l'intégration de la population âgée</b>	
Nombre de campagnes d'information organisées	% d'augmentation du nombre de publications véhiculant une image positive des personnes âgées	Intégration auto-déclarée accrue des personnes âgées dans la société locale	
Nombre de personnes couvertes par la campagne d'information	% de baisse des personnes exprimant des perceptions âgées/soutenant des stéréotypes basés sur l'âge	% d'augmentation des membres du groupe dans les groupes de personnes âgées (indispensable)	
Nombre de personnes impliquées dans la conduite de campagne d'information			
Nombre de publications effectuées			
<b>Groupes d'intérêt locaux (GI) constitués, formés et en relation</b>	<b>Responsabilisation des communautés/des GI pour leur développement personnel</b>	<b>Augmentation de la participation sociale des personnes âgées dans la société</b>	<b>Contribution à de meilleurs santé et bien-être des personnes âgées</b>
Nombre de GI	Nombre de mises en œuvre de la vision des GI basée sur les ressources auto-générées	% de personnes âgées qui sont activement impliquées dans les processus de prise de décision et les actions locales	Bien-être auto-déclaré accru d'au moins 20% (sur la base d'un questionnaire d'auto-évaluation standard (par exemple mesures de qualité), couvrant le groupe cible complet
Nombre de membres actifs des groupes	% d'actions conduites (nombre d'initiatives qui ont démarré versus nombre d'initiatives mises en œuvre et achevées)	% de personnes âgées engagées dans des activités sociales (indispensable)	
Nombre de nouveaux membres des groupes par année	% de personnes âgées qui connaissent leurs droits		
Nombre et types de formations chevées	Quantité de ressources générées par les GI		
Nombre de personnes formées en plaidoyer			
Plans de travail des GI élaborés			
<b>Actions/campagnes de plaidoyer conduites</b>	<b>Influence sur les processus de prise de décision et les politiques locales</b>		
Nombre d'actions/de campagnes de plaidoyer planifiées et exécutées par les personnes âgées	Nombre de sujets soumis par les personnes âgées aux parties prenantes (centrales) ou à des mécanismes/des institutions de prise de décision		
	Nombre et type de décisions locales influencées par les GI		
<b>Partenariat mis en place</b>			
Nombre d'accords de partenariat signés			

## Annexe 5. Eléments des soins à domicile et du vieillissement actif





## Annexe 6. Modèles de services de la CRS pour le vieillissement actif et les soins à domicile



## Références

Beard, J.R.; Biggs, S.; Bloom, D.E.; Fried, L.P.; Hogan, P.; Kalache, A.; Olshansky, J.S. (eds) (2012). *Global Population Ageing: Peril or Promise*. Genève: Forum économique mondial.

Bussolo, M., Koettl, J.; Sinnott, E. (2015). *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*. Washington, DC: Groupe de la Banque mondiale. Disponible au lien: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22018>.

HelpAge International (2015). *Nepal earthquake: Longer-term plan to support older people* [Blog post]. Tiré de: <http://www.helpage.org/blogs/toby-porter-20545/nepal-earthquake-longerterm-plan-to-support-older-people-852/>.

– (2018). *Missing millions. How older people with disabilities are excluded from humanitarian response*. Londre: HelpAge International and London School of Hygiene and Tropical Medicine.

OCDE/CAD (2015). *States of Fragility 2015, Meeting Post-2015 Ambitions*. Paris: publication de l'OCDE. Disponible au lien: <http://www.oecd.org/dac/states-of-fragility-2015-9789264227699-en.htm>

OCDE (2017). *Health at a glance 2017. OCDE Indicators (Chapter 11)*. Paris, OCDE. Disponible au lien: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

De Carvalho, I.; Epping-Jordan, J.; Pot, A.; Kelley, E.; Toro, N.; Thiyagarajan, J.; Beard, J. (2017). «Organizing integrated health-care services to meet older people's needs», *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Vol. 95, pp. 756–763. Disponible au lien: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187617>.

Mazurana, D.; Benelli, P.; Gupta, H.; Walker, P. (2011). *Sex and age matter. Improving humanitarian response in emergencies*. Boston: Feinstein International Center, Université de Tufts. Disponible au lien: <http://fic.tufts.edu/publication-item/sex-and-age-matter/>.

CRS (2014). *Volunteering for better health. A qualitative study of the impact of volontaires on health in development cooperation programmes*, Issue Paper on Health series, No. 4.

– (2016). *Health Policy for International Cooperation*. Berne, Suisse.

– (2017). *Active, empowered and young at heart: implications of participatory community work with older people. A comparative study of Swiss Red Cross projects Belarus, Bosnia-Herzegovina and Bulgaria*, réalisée par Raisa Sinelnikova et Andrew Humphreys; rédigée par Christine Rutschmann et Monika Christofori-Khadka. Berne, Suisse.

– (à venir). *Altersleitbild (Principes directeurs sur le vieillissement)*, confié à Klaus Vatter.

- FNUAP (2002). Political declaration and Madrid international Plan of Action on Aging. New York: Nations Unies.
- (2012). Ageing in the 21st century: A celebration and a challenge. New York: Nations Unies.
- HCRNU and handicap international (2011). Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement, Need to know guidance 1. Genève: HCRNU.  
Disponible: <http://www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf>.
- Nations Unies (2015.) The Sustainable Development Goals.  
Disponible au lien: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> (extrait au 12 novembre 2017).
- Wilson, Karen (2006). Public Policy and Ageing Report 2006. Washington, DC: National Academy on an Aging Society.
- OMS (2002). Active ageing: A policy framework. Genève: OMS.  
Disponible: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf;jsessionid=9D95F1E8428010C5DC33BB9155E95C92?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=9D95F1E8428010C5DC33BB9155E95C92?sequence=1).
- (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. Genève: OMS. Disponible à: [www.who.int/ageing/publications/gnafcc-report-2018/en/](http://www.who.int/ageing/publications/gnafcc-report-2018/en/).
  - (2015). World Report on Ageing and Health. Genève: OMS. Disponible à: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.
  - (2016). Global strategy and action plan on ageing and health (2016–2020). A framework for coordinated global action by the World Health Organization, Member States, and Partners across the Sustainable Development Goals. Genève: OMS.  
Disponible: <http://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf>.
  - (2017). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genève: OMS.  
Disponible: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>.

Croix-Rouge suisse  
Rainmattstrasse 10  
Case postale  
CH-3001 Berne  
Téléphone +41 58 400 41 11  
info@redcross.ch  
www.redcross.ch  
PC 30-4200-3

