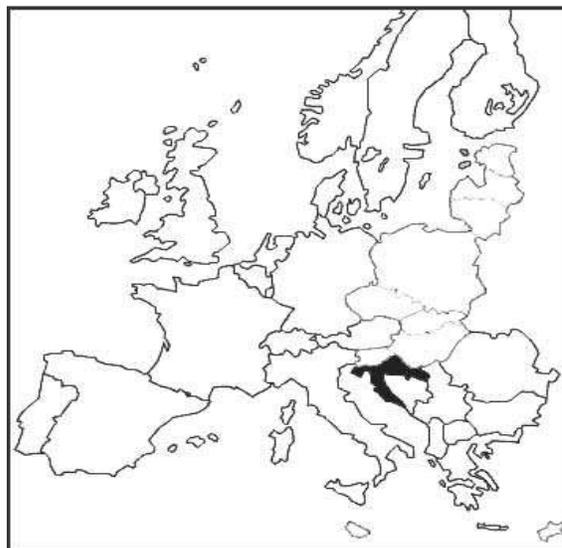


Croatie

Árpad Baráth (*)



La Croatie, tout comme la Hongrie ou la Bosnie Herzégovine représente une étude particulière dans le contexte du projet MEC et cela pour un certain nombre de raisons. Tout d'abord, dans une société multi-éthnique de par son histoire pour un pays tel que la Croatie, les termes «minorité» et «majorité» sont fortement dépendants du contexte dans lequel ils sont utilisés. Leur signification est ici spécifique à l'histoire du pays et en quelque sorte différente de leur utilisation ordinaire dans la plupart des autres pays européens. Deuxièmement, la Croatie est un des pays de l'Europe Centrale de l'Est à avoir été frappés tout récemment par une guerre, avec toutes les conséquences que cela implique pour des milliers de personnes âgées minoritaires. Ainsi, une des leçons majeures à retenir de l'expérience de la Croatie est la façon dont ces personnes âgées minoritaires ont réussi à survivre en plein milieu de la guerre «ethnique» et comment la santé publique et individuelle, la qualité de vie, ont évolué depuis la guerre jusqu'à aujourd'hui. Et en dernier, mais non pas par ordre d'importance, la Croatie est un des rares pays à avoir comme professionnels de santé des gens fortement impliqués, avec de hautes valeurs idéologiques, et expérimentés dans le secteur de la santé publique en particulier dans les soins de base et ceux en direction de la communauté. Ainsi, cette lecture permettra d'apprendre, de savoir jusqu'à quel degré et comment le concept de «médecine sociale», - paradigme du système social et de santé du pays depuis le début du 20ème siècle – s'appli-

que de nos jours à répondre aux besoins particuliers des personnes âgées minoritaires (1).

Les migrations majeures

[...].

La Croatie était un pays très attirant à la fin du XIXème Siècle pour l'immigration, dans la monarchie Austro-Hongroise, à la fois pour la richesse de ses ressources naturelles et l'émergence précoce de sa société civile. Selon le recensement de 1910, la Croatie était une société multiethnique [...].

La Croatie, faisant partie d'une Yougoslavie dont les limites furent modifiées sous TITO, est restée ouverte aux mouvements migratoires – émigration et immigration. Bien qu'il n'existe pas de statistiques officielles – à cause de l'idéologie politique du moment – de grands nombres de groupes ethniques slaves et non slaves se sont installés en Croatie dans les années 60 & 70. Ces groupes étaient essentiellement composés de travailleurs immigrants jeunes adultes, d'étudiants universitaires et incluaient des Albanais, des Bosniaques (Musulmans Bosniaques), des Grecs et des Hongrois de «Vojvodina». Aujourd'hui ces groupes modèlent toujours la carte ethnique de la Croatie ; une proportion importante est maintenant âgée de plus de 55 ans.

Le mouvement migratoire à la fois le plus récent et le plus important est celui qui a accompagné la guerre en Croatie et Bosnie-Herzégovine. Cela est

principalement dû à l'utilisation du nettoyage ethnique comme stratégie pour gérer les conflits politiques entre les trois groupes Slaves «majoritaires» de ces territoires : les Croates, les Serbes et les Bosniaques. Suite à la guerre, la Croatie a perdu 300 000 citoyens, ses Serbes ethniques (Pravoslaves par religion) et a gagné un nombre à peu près équivalent d'immigrants de BH, dont des Bosniaques, des Herzégovins et des Croates Bosniaques. A l'heure où nous écrivons, des mouvements à grande échelle continuent, de et vers la Croatie actuelle [...].

Composition ethnique actuelle : croates, 24 minorités ethniques, immigrants de 23 pays européens différents, immigrants d'autres pays (Afrique, Amérique du Sud, Australiens et Chinois). Minorités historiques principales : Serbes, Bosniaques, Italiens, Hongrois, Albanais, Slovaques et Tchèques [...].

Distribution rurale et urbaine des minorités

Avant la guerre, la distribution entre les zones rurales et les zones urbaines était équivalente. Cependant la dispersion ethnique des minorités particulières a toujours mis en évidence des différences marquées dans ce domaine, une situation qui peut ne pas avoir changé beaucoup pendant et depuis la guerre, excepté pour les zones rurales particulièrement touchées par la guerre tel que l'Est de la Croatie. La dispersion de groupes ethniques tels que les Serbes, les Italiens, les Hongrois, les Tchèques et les Allemands est équilibrée entre l'urbain et le rural ou est principalement rurale tandis que la majorité des nouveaux groupes et communautés ethniques résident généralement dans les zones urbaines.

démographie & santé

Malgré une longue tradition de soins sociaux envers les personnes âgées (2) et l'attention toute particulière apportée aux soins de base en Croatie (3) les connaissances professionnelles récentes sur les caractéristiques démographiques et l'état de santé des groupes spécifiques chez les personnes âgées sont limitées. Nous manquons de données sur les caractéristiques démographiques spécifiques et les taux différentiels de mortalité et de morbidité ainsi que de statistiques sur l'utilisation différen-

tielle faite des services sociaux et de santé pour les groupes minoritaires et les personnes âgées minoritaires. Les seules exceptions sont des données sur la démographie et la qualité de vie publiées pour les personnes âgées hongroises, grâce à des études-pilotes entreprises pendant et après la guerre (4).

Personnes âgées dans la population totale

Malgré la chute considérable de la population ces 10 dernières années, la proportion des personnes âgées continue à augmenter et cela plus chez les femmes que chez les hommes. 15,6 % de la population âgées de plus de 65 ans signifie non seulement que la Croatie possède une des populations les plus vieilles d'Europe (derrière la Belgique, avec 15,8 %) mais aussi que cet accroissement soudain en âge a eu lieu juste quelques années après la guerre. Cela est dû à une émigration considérable de jeunes gens pendant et après la guerre combinée avec une diminution graduelle des taux de natalité depuis le milieu des années 60. L'espérance de vie à la naissance pour tous les Croates est actuellement de 70,7 ans pour les hommes, 77,5 pour les femmes [...].

Au regard de l'espérance de vie à 65 ans, on peut observer des changements notables pendant et depuis la guerre, comparés aux estimations faites en 1985. L'élément étrange dans ces changements est dû au fait qu'au commencement de la guerre en Croatie, l'espérance de vie à 65 ans augmentait de presque un an pour les hommes et femmes âgées comparés aux taux de base de 1985. Elle est restée stable et au même haut niveau pendant toute la durée de la guerre et a soudainement chuté peu après le début de la guerre, en dessous des estimations de base de 1985.

Causes de décès parmi les personnes âgées

Curieusement, les statistiques compilées par l'OMS (OMS, 1999), concernant les causes menant au décès de personnes de plus de 65 ans suggèrent que les taux de maladie circulatoire et cérébrovasculaire parmi les personnes âgées ont baissé juste au début de la guerre (1990-91). Les taux demeurèrent bas pendant la guerre puis ont

brusquement augmenté les années suivantes, dépassant les taux de base de 1985. Les maladies circulatoires et cérébrovasculaires sont bien connues pour leur élément psychosomatique. Leur étiologie peut ainsi indiquer l'impact d'évènements de la vie particulièrement générateurs de stress sur de grands nombres de personnes, en particulier les personnes âgées.

L'incidence des cancers est restée stable pendant la guerre, avec un léger accroissement les dernières années. Les maladies de cœur (incluant les infarctus graves) en tant que quatrième cause de décès chez les personnes âgées ont augmenté de façon considérable au début de la guerre et sont restés à des niveaux relativement hauts pendant et après. Enfin, le taux de suicides et d'autres blessures graves dirigées envers soi-même, parmi les personnes âgées, ont augmenté juste avant le déclenchement du conflit militaire (1990), et chutant légèrement pendant son déroulement puis augmentant à nouveau ensuite.

Besoins de liens sociaux pour les personnes âgées

L'étude portant sur un groupe de 99 personnes âgées durant 15 ans montre que le nombre de personnes âgées vivant seules a considérablement augmenté pendant cette période de 15 ans. La leçon que nous pouvons retenir est que plus les personnes âgées avaient des contacts interpersonnels, plus elles se sentaient en bonne santé, meilleures étaient leurs capacités fonctionnelles et l'on trouvait moins de troubles psychosomatiques en contraste avec leurs pairs qui vivaient moins longtemps. Malgré les limites certaines de cette étude, nous pouvons néanmoins prendre comme éléments essentiels l'importance et la viabilité de la théorie portant sur le soutien social comme cadre à la fois pour la recherche et la promotion des soins sociaux et de santé pour les personnes âgées (5) [...].

Populations âgées avec des besoins particuliers

Peu après la guerre, un groupe d'experts Croates et internationaux firent une étude sur les deux zones protégées par les Nations Unies (UNPA), zones qui avaient été sous occupation des forces militaires et paramilitaires yougoslaves pendant

plus de cinq ans (6). Ils interviewèrent 10 594 personnes dans 524 campements, 70 % étaient Serbes et 28 % Croates, 1,1 % Bosniaques et 1 % dont la nationalité n'était pas déterminée. La recherche mit à jour une situation dramatique. Plus de 75 % de la population restante (ceux qui n'avaient pas fui) étaient des civils âgés de plus de 60 ans. Ils étaient dispersés dans 524 villages et hameaux, dont 73 n'avaient qu'un seul habitant. Un tiers de ces personnes n'avait aucun revenu et seulement 17 % avaient droit à des pensions de retraite ou une couverture sociale. Seulement un quart avait accès aux transports en commun pour aller faire des courses et seulement la moitié avait de l'électricité chez elles. Deux tiers se sentaient malades et 6 % avait besoin de soins d'urgence.

En clair, de grands nombres de personnes âgées migrantes et ethniques ont besoin d'attention spéciale en ce qui concerne les soins car, selon les auteurs de cette recherche, il y a de fortes chances qu'elles composent et de loin, «la population abandonnée» de la Croatie d'aujourd'hui. Cette supposition a été aussi corroborée par des rapports récents faits par des observateurs de l'OMS. Selon un de ces rapports : «Les minorités immigrantes ou ethniques peuvent avoir des besoins spécifiques en terme de soins à cause de facteurs culturels, socio-économiques et de comportements et le contact à des environnements différents dans leur pays d'origine. Accéder à des soins qui permettent de répondre à ces besoins spécifiques et à des besoins culturels et linguistiques peut s'avérer également difficile. De plus, beaucoup d'immigrants ont un risque plus élevé de vivre dans la pauvreté (relative) et d'être marginalisés dans leur pays de résidence, ce qui peut résulter en une baisse dans leur statut en regard des droits sociaux comparés avec les non-immigrants. Les immigrants illégaux en particulier pourront trouver difficile d'obtenir des soins de santé, en particulier dans la poursuite d'un traitement à long terme» (OMS, 1999: 4). [...]

Le système de sécurité sociale Croate

Les soins de base sont mis à disposition dans les centres de santé, les services d'urgence, les structures mobiles (avec des infirmières se déplaçant à domicile) et les pharmacies. Chaque municipalité possède son propre centre de santé disposant d'un réseau d'unités de soins de base, de soins dentaires et de pharmacie. Dans ces centres, les patients

peuvent disposer des consultations médicales de généralistes, de gynécologues, de consultations pédiatriques et dentaires. Certains centres dans des zones rurales isolées proposent des services de consultation externes spécialisés sous la supervision d'un hôpital ; quelques uns d'entre eux offrent un service de maternité et des aménagements pour les patients nécessitant d'être hospitalisés. Récemment, le nombre de services privés tels que les médecins généralistes, les infirmières, les pharmacies et les laboratoires d'analyse a augmenté. En ce qui concerne les taux d'utilisation des services médicaux, tandis que les visites chez le médecin ont augmenté de 4,7 % entre 1994 et 1998, les visites chez les spécialistes ont chuté à 3,2 %. Les visites à domicile effectuées par les médecins ont baissé de presque 7 %, et ce qui est bien plus dramatique, les visites à domicile effectuées par les travailleurs sociaux ont elles chuté de 75 %. Cette dernière donnée est un signe alarmant de la détérioration de l'ensemble du système de sécurité sociale, ce qui aura un impact certain sur les personnes âgées dans les zones rurales isolées.

Les structures offrant des soins à un niveau second comprennent les hôpitaux, les sanatoriums ou les centres thermaux et les centres de soins indépendants en consultation externe (que nous appelons les polycliniques localement). [...]

Les structures offrant des soins à un troisième niveau sont les cliniques universitaires ou non, dans lesquelles la formation des docteurs et des infirmiers est organisée en parallèle avec la recherche. Ces centres d'excellence sont obligés de développer leur expertise et de fournir un soutien aux autres institutions de santé...

Les services pour les personnes âgées

ur la population âgée, les soins de base sont les premiers soins promulgués. Comme cela a été indiqué précédemment, le nombre de patients âgés dont le médecin traitant a prescrit une consultation de spécialiste décroît avec l'âge malgré une neurasthénie prégnante dans cette tranche d'âge (7). 35 % de personnes âgées demandent que les spécialistes se déplacent pour la consultation dans les maisons de retraite plutôt que ces mêmes personnes âgées aient à être transférées dans les hôpitaux (8). Cela sug-

gère que les personnes âgées ont tendance à sous-utiliser les services hospitaliers et dans la plupart des cas, elles font confiance à leur médecine traitant. Selon l'avis des médecins traitants, la plupart des personnes âgées habitant en zone urbaine ayant besoin de services sociaux à domicile ont uniquement besoin d'assistance pour les tâches ménagères quotidiennes et cette proportion n'excède pas 16 % (9).

Le système social

La loi sur le service social (en vigueur depuis 1997) régit la mise à disposition des services sociaux en utilisant une combinaison de deux approches traditionnelles : les soins institutionnels et ceux mis en place par la communauté. Ces derniers partagent leurs bases primaires avec la « médecine sociale » (10). Selon les définitions officielles, les modèles les plus courants dans les institutions à caractère social fonctionnant actuellement en Croatie sont les suivants :

- Les centres sociaux sont des institutions qui mettent à disposition du public des services sociaux et différentes catégories de professionnels, ils peuvent inclure un soutien financier à caractère exceptionnel, une assistance dans la qualification professionnelle, et une assistance au logement. [...]

- Les établissements pour les enfants et les adolescents avec logement, nourriture, soutien psychologique et affectif, soins médicaux [...].

- Les institutions pour les adultes et les personnes âgées sont des institutions qui offrent le logement, un soutien psychologique et affectif, de la rééducation, les soins médicaux, une assistance pour la qualification professionnelle et la recherche d'emploi pour les adultes handicapés, de la relaxation, des activités de loisirs et d'autres services professionnels divers pour les handicapés mentaux, les personnes souffrant d'alcoolisme et les personnes âgées et dépendantes (11) [...].

L'article 11 de la Loi reconnaît trois catégories qui peuvent recevoir ces prestations : 1) les citoyens de la Croatie; 2) les étrangers disposant de droits à résidence permanente; 3) les autres bénéficiaires temporaires.

Transition dans le système social

Les critiques font apercevoir que le système social en Croatie n'est pas adéquat à l'heure actuelle (OMS, 1999). La plupart des points négatifs sont les suivants : le premier et peut-être le plus important : il n'existe qu'une mise à disposition limitée des soins pour les personnes âgées à faibles ressources et pour ceux dont les besoins sont spécifiques puisqu'ils souffrent d'handicaps physiques et mentaux. Cela a comme résultat de remplir les lits des hôpitaux alors que ces personnes ont besoin de services sociaux. Deuxièmement, un fossé sépare le système de santé et le système social : la coordination entre les deux systèmes est très peu développée. Les soins apportés aux personnes souffrant de maladies chroniques, à long terme ou de graves incapacités sont pris en charge financièrement par l'assurance médicale, laquelle fonctionne grâce à des contrats avec les équipes soignantes de ces institutions ou des contrats avec les centres de santé locaux. Troisièmement, les clients âgés en tant que groupe sont mélangés de façon aléatoire et illogique avec d'autres groupes de bénéficiaires. Et pour finir, il n'est pas possible de faire de distinctions démographiques, ethniques et autres dans les statistiques disponibles entre les différents groupes.

Le nombre d'institutions existantes, traditionnelles, que l'on appelle «fermées» (telles que les maisons de retraite) est en augmentation, mais d'autres formes de soins «ouverts» (vers une orientation mettant en lien la communauté) sont en train d'émerger. Cette nouvelle tendance couvre toute une série de soins à domicile dispensés par des professionnels de santé incluant des médecins généralistes, des dentistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des aides-soignantes et des travailleurs sociaux. Pourtant, la plupart de ces nouveaux programmes émergent grâce à des initiatives privées (faites pour le profit) et moins grâce à des initiatives gouvernementales ou bénévoles [...].

Perspectives

[...]Une percée dans les soins apportés aux personnes âgées minoritaires doit prendre en compte deux facteurs. Premièrement, il faudrait s'aligner sur les nouvelles priorités européennes en termes de soins de santé et de bien-être social. Comme l'a fait remarquer un analyste, la Croatie, à l'opposé de

la Hongrie, la Slovaquie, la République Tchèque et de la Slovénie, est un des seuls pays de la Communauté Européenne dans lequel la qualité de soins dispensés n'a pas encore été contrôlée, ni évaluée en termes de technologie utilisée ou d'enquêtes de satisfaction des patients n'ont été effectuées (12). Oreskovic (13) dans son analyse de 9 pays de l'Union Européenne, dans lesquels il examine les stratégies pour la mise en place des priorités dans le champ de la santé conclut que la Croatie a besoin de «façon extrêmement urgente» de réformes dans ces trois domaines : 1) la privatisation ; 2) la promotion de la santé ; 3) la modernisation du système d'information de la santé. Moins urgentes mais tout aussi nécessaires, sont les stratégies pour financer les soins sociaux et de santé, et développer de nouveaux modèles de soins. Dans le contexte des soins apportés aux personnes âgées «oubliées», toutes ces priorités montrent d'autant plus l'urgence de leur mise en place. Pourtant, il est, bien évidemment, toujours nécessaire de travailler avec le modèle actuel pour promouvoir la santé des personnes âgées, pour les chercheurs Croates de la Santé Publique ou les gérontologues.

La recherche actuelle et la politique menée dans la gérontologie Croate semblent se centrer sur des problèmes principaux (14). L'un est d'arriver à mettre en place un modèle répondant aux soins de base permettant la coordination et la mise en place, de façon plus efficace, des liens entre les mesures et les systèmes qui régissent le domaine de la santé. L'autre est l'application de mesures préventives et la façon dont on pourra mettre en place des soins «ouverts» . A ce sujet, une meilleure intégration doit être envisagée, incluant le financement. L'essence de ces modèles innovants se situe dans la compréhension des soins de santé pour les personnes âgées dans un contexte social nouveau et émergent, qui inclut les systèmes de solidarité naturelle dans lesquels les personnes âgées jouent leur rôle. Ainsi, «la santé» au sens large du terme, ne provient pas uniquement des institutions sociales et de santé publique, au travers des soins apportés aux patients hospitalisés ou en consultation externe, Elle provient également du niveau de financement, à travers les cotisations de retraite et des allocations pour handicapés, assurances disponibles pour en permettre le financement, la recherche et la formation nécessaires pour répondre aux besoins des usagers. Cette vue holistique semble être celle

choisie pour devenir le paradigme de la Croatie dans les soins qu'elle apportera à la gérontologie sociale et plus particulièrement à celle des minorités.

Conclusion

La participation de la Croatie au projet MEC peut peut-être introduire une nouvelle façon de penser sur ce qui est en jeu lorsque l'on parle des questions de «minorité/majorité» dans les sociétés ou les communautés qui sont multiethniques de part leur histoire, telles que cela existe dans toute l'Europe Centrale et toute l'Europe de l'Est. La participation de la Croatie dans ce projet pan-européen de part son envergure, ses objectifs et sa méthodologie est un exercice précieux dans la connaissance des personnes âgées minoritaires qui ont réussi à protéger leur vie, leur bien-être pendant et après la terrible guerre qui les a menacés de meurtres de masse et de nettoyage ethnique. Et en dernier, mais non pas par ordre d'importance, la Croatie ne peut que tirer des bénéfices dans sa tentative de se comparer aux autres pays de l'union européenne plus développés, dans le champ du social et de la santé appliqué aux personnes âgées minoritaires ■

(*)**Árpád Baráth** : Professeur de Sociologie à l'Université de Pécs (Hongrie), Institut de Sociologie et Sciences Sociales, Département du Travail Social.

1. Grmek, M.D. (ed.)(1966), *Serving the cause of Public Health : Selected Papers of Andrija Stampar* (trans. M. Halar). Zagreb : Jugoslavenska akademija Znanosti I umjetnosti
2. Belicza, B. (1997), "Croatian Gerontology from the Ancient Times to the Seventeenth Century", *Croatian Medical Journal* 38(3):277-87.
3. Kovacic, L. Susic, Z. (1998), "Organisation of Health Care in Croatia : needs and Priorities", *Croatian medical Journal* 39(2):1-6. [<http://www.cmj.hr/1998/3903/390304.htm>]
4. Baráth, A. (2000), "Hunharians in the World : war vlosses of the Hungarian Minority in Croatia 1991-1996" (in Hungarian), *Srenvedélybetegségek* 8 (5):348-55 ;

Bognár, A.(1995), Demographic Development of Hungarians during the past one Hundred and Fifty Years (in Hungarian). Zagreb : Rovátkák.
5. Baráth, A. Havelka, M., Selihar, V. (1987), "Social interactions and the Adaptation of the Elderly" (in Croatian), *Radovi Medicinskog Fakulteta u Zagreb* 28:109-18.

Vaux, A. (1988), *Social Support : Thory, Research and intervention*. New York : Praeger.
6. Lang, S. Javornik, N. Bakalic, K. Swedlund, S., Ghidi, V., Luetic, V. Branko, C. (1997), "Save Lives operation in Liberated Parts of Croatia in 1995 : An Emergency Health Action to Assit Abandoned Elderly Population", *Croatian Medical Journal* 38(3):265-70.
7. Tomek-Roksandic, S. (1988), *Analysis of the Use of Primary Health Services by Elderly People in Zagreb and Assumptions for their Comprehensive Care* (in Croatian). Zagreb : Zavod za Zastitu Zdravlja grada Zagreba.
8. Tomek-Roksandic, S. (1995), "Comparison of Health Status of Elderly in Nursing Homes and in General Population" (in Croatian), pp.131-40 in *Katolička udruga 'Kap dobrote'. Zbornik radova Strucnog skupa 'svekolika briga za stare I nemočne osobe te odgoj za karitativni rad'*. Zagreb : Katolička udruga 'Kap dobrote'.
9. Budak, A. Tomek-Roksandic, S. (1994), "Rationalisation of Health Care : Homes Care Nursing and Rehabilitation in Primary Health Care" (in Croatian), pp.35-41 in L. Persic and E. Matrljjan (eds), *Dani primarne zdravstvene zastite*. Labin : Dom zdravlja.
10. Jaksic, Z. (1984), "Requirements and Difficulties in the Coordination of Health Care and Social Welfare", pp.347-63 in M. Skrbic, S. Letica, B. Popovic, A. Butkovic, A. Matutinovic, *Social care in the Socialist Republic of Croatia : Development Status, Perspectives* (in Croatian). Zagreb : Jugoslavenska Medicinska Naklada.
11. Bureau Central des Statistiques (1999), *Republika Hrvatska, Drzavni zavod za statistiku* (Statistical Yearbook 1999). Zagreb : Listopad. 472.
12. Elder, R. (2001), « Quality Corner : Activities for Quality of Care Improvement in the Countries of central Eastern Europe », *Croatian Medical Journal* 42(6):692-5.
13. Oreskovic, S. (1998), « New Priorities for Health Sector reform in central Eastern Europe », *Croatian Medical Journal* 39(3):1-8.
14. Tomek-Roksandic, S., Cota-Bekavac, M. (1990), "Needs for Health care" (in Croatian), pp.423-9 in Z. Durakovic, B.N. Anic, Lj Banific, B. Barac, M. Cota-Bekavac, I. Bogdan (eds), *Medicina Starije dobi*. Zagreb : Naprijed..