



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 26<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 54<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

*Washington, D.C., E-U A, 23-27 septembre 2002*

---

*Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire*

CSP26/13 (Fr.)

10 juillet 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

### LA SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT

Le vieillissement de la population au sein de la Région présente trois particularités fondamentales : tous les pays de l'hémisphère y font face; la croissance rapide des populations vieillissantes constitue un défi de taille qui met en question la capacité et la propension des secteurs sociaux et sanitaires à fournir des systèmes de soins de santé intégrés; et une plus longue espérance de vie sans infirmités est possible seulement si les gouvernements fournissent un apport suffisant.

Les Nations Unies ont adopté un Plan d'action international sur le vieillissement lors de la deuxième Assemblée mondiale sur le Vieillissement qui s'est déroulée à Madrid en avril 2002. Le Plan constitue une réponse aux opportunités et aux défis que présente le vieillissement de l'individu et de la population. Il incombe aux Gouvernements, avec la collaboration internationale et régionale, et à la société civile, de mettre en œuvre ce Plan d'action. Le présent document fournit aux États Membres une analyse des priorités qui visent un bien être et un vieillissement en bonne santé. Il vise également à fournir aux États Membres un plan pour la mise en œuvre des actions nécessaires en vue de garantir l'équité en matière de santé chez les personnes âgées dans le cadre du Plan international de Madrid.

La 130<sup>e</sup> Session du Comité exécutif a examiné le Plan d'action international des Nations Unies sur le vieillissement et le projet de résolution CE130.R19 et y a apporté son soutien. La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à examiner et analyser en profondeur le présent document en vue de renforcer l'action régionale et nationale en faveur du développement de services sanitaires et sociaux adaptés aux besoins du vieillissement actif.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Introduction.....	3
2. Situation actuelle des personnes âgées dans les Amériques.....	4
2.1 État de santé et équité.....	4
2.2 Prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées.....	4
2.3 Prévalence de l'invalidité.....	5
2.4 Fardeau des soins au sein de la famille et dans la société.....	6
2.5 Accès aux services appropriés de soins de santé de longue durée.....	7
2.6 Réponses de la santé publique au vieillissement.....	7
3. Un système de soins complets et intégrés.....	8
3.1 Établir des cibles de promotion sanitaire pour les personnes âgées.....	9
3.2 Établir des cibles de santé mentale pour les personnes âgées.....	10
3.3 Réorienter les soins primaires.....	11
3.4 Intégrer les services de soins sociaux et sanitaires.....	12
4. Ressources financières requises.....	13
5. Questions clés à considérer.....	13
5.1 Investir dans les personnes âgées.....	13
5.2 Priorités nécessaires pour promouvoir la santé dans le cadre de la longévité.....	14
6. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine.....	15

Annexe : résolution CE130.19

## **La santé des personnes âgées : les étapes à suivre**

### **1. Introduction**

La population de la Région vieillit à un rythme accéléré. La diminution des taux de fécondité, alliée à l'amélioration constante de l'espérance de vie au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle, a entraîné une croissance spectaculaire du vieillissement de la population. Le nombre de personnes de 60 ans ou plus dans la Région totalise actuellement 91 millions. Un taux de croissance de 3,5% au sein de cette population prévu pour les deux premières décennies du siècle portera le nombre total de personnes de 60 ans ou plus à 194 millions. Ce chiffre passera à 292 millions d'ici le milieu du vingt-et-unième siècle. Les personnes âgées représentent actuellement 8% de la population totale de l'Amérique latine et des Caraïbes, et 16% de la population du Canada et des États-Unis. D'ici 2025, 14% de la population de l'Amérique latine et des Caraïbes seront âgés de 60 ans ou plus. Cette tendance est lourde de conséquences pour la santé publique puisqu'elle risque de surcharger les services existants et de créer une concurrence entre les générations pour obtenir des ressources limitées. Cependant, les États Membres ont toujours le temps d'agir et de se préparer pour relever ce défi en mettant en œuvre des politiques de réorientation des soins primaires vers la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies, et la réadaptation des personnes âgées. Par ailleurs, puisque le vieillissement de la population se situe à des stades différents au sein de la Région, les États Membres ont une occasion intéressante de tirer mutuellement parti de leurs expériences. Il faut, pour profiter de ces occasions, disposer de renseignements pour élaborer des politiques, des plans et des programmes, de modèles pour créer une continuité de services intégrés qui fournissent des soins communautaires, ainsi que d'une coordination régionale pour faciliter la planification et l'évaluation transnationales.

Dans le présent document, nous soutenons qu'un investissement dans la santé des personnes âgées à travers la Région des Amériques équivaut à un investissement dans le développement. Par ailleurs, nous démontrons que la mise en application de stratégies en matière de santé publique, fondées sur les résultats scientifiques, peut encourager un vieillissement actif et réduire considérablement le taux d'invalidité précoce chez les personnes âgées.

L'objet du présent document est de : a) passer en revue la situation des personnes âgées dans la Région; b) se pencher sur les obstacles principaux qui empêchent l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sur le vieillissement en matière de santé publique dans la Région; c) présenter les domaines de priorité pour la mise en œuvre du Plan d'action international de Madrid, et d) demander à la Conférence sanitaire panaméricaine d'examiner et analyser en profondeur le document en vue de renforcer l'action régionale et nationale et communautaire à l'appui des droits des personnes âgées et

d'encourager le développement de services sanitaires et sociaux adaptés aux besoins du vieillissement actif.

## **2. Situation actuelle des personnes âgées dans les Amériques**

### **2.1 *État de santé et équité***

En 1998, l'OPS a coordonné une étude multicentrique sur le vieillissement, la santé et le bien-être (SABE) dans sept grandes villes de l'Amérique latine et des Caraïbes (Bridgetown, Buenos Aires, La Havane, Mexico, Montevideo, Santiago, et Sao Paulo). On a réalisé 10 600 entrevues au total, sélectionnées selon des méthodes statistiques, auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus. SABE a été rendue possible grâce aux contributions d'un certain nombre de partenaires financiers, centres collaborateurs et universités à travers la Région.

Les disparités en matière de santé, ainsi que d'autres inégalités qui existent dans la Région sont complexes et lourdes de conséquences. Elles proviennent de causes différentes, notamment des différences entre les sexes, la discrimination et le statut socio-économique de la personne au cours de sa vie. Ces disparités se traduisent par différents taux de morbidité ainsi que par des disparités en ce qui a trait au bien-être et à l'invalidité. Au Canada et aux États-Unis, plus de 76% des personnes âgées de 65 ans ou plus disent qu'elles sont en bonne ou excellente santé, alors que selon l'enquête SABE, moins de 50% des personnes âgées venant de toutes les villes, à l'exception de Buenos Aires (63%) et Montevideo (61%), disent être en bonne ou excellente santé. Uniformément à travers la Région, les hommes disent être en bonne santé plus souvent que les femmes, et ceux avec une scolarité de sept ans ou plus disent être en bonne santé plus souvent que ceux avec six ans de scolarité. Pour ce qui a trait aux personnes âgées qui sont pauvres, les conséquences des expériences vécues tôt dans la vie s'aggravent lorsque ces personnes sont en plus exclues des priorités du système de santé.

### **2.2 *Prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées***

Les maladies chroniques peuvent devenir un fardeau considérable pour la santé et les finances de la personne âgée, la famille et le système de santé. Pour grand nombre de "personnes entre deux âges" les affections chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques et l'hypertension sont néanmoins évitables et l'évidence démontre qu'il existe des interventions très efficaces qui peuvent donner lieu à des économies considérables pour le système de soins de santé et pour l'ensemble de la société. En outre, l'absence de prévention secondaire de ces maladies chroniques peut occasionner une diminution considérable de la capacité fonctionnelle et de la capacité à demeurer autonome, et peut entraîner des coûts considérables que le système de soins de santé pourrait éviter.

La prévalence d'affections chroniques varie au sein de la Région. Dans l'enquête SABE, des cas d'hypertension ont été signalés par une personne sur deux âgée de 60 ans ou plus; le pourcentage le moins élevé était signalé à Mexico (43%) et le pourcentage le plus élevé à Sao Paulo (53%). Une personne sur cinq a dit être atteinte d'une maladie de cœur, à l'exception des personnes âgées de Bridgetown (12%) et de Mexico (10%), où les maladies cardiaques étaient moins souvent signalées. Dans la plupart des villes, au moins une personne âgée sur trois a dit être atteinte d'arthrite. Toutefois, l'arthrite semblait être répandue le plus à Montevideo (48%), à Buenos Aires (53%), et à La Havane (56%) où la proportion était près d'une personne âgée sur deux. Le taux le plus élevé de diabète était enregistré à Bridgetown et à Mexico, où 22% des personnes âgées ont dit en être atteintes. Le pourcentage de personnes qui ont dit avoir été frappées d'un accident cérébrovasculaire se chiffre à plus de 8%. Les hommes âgés étaient moins enclins à signaler des cas d'arthrite et d'hypertension, mais ils étaient aussi enclins que les femmes à signaler des cas de maladie de cœur et de diabète.

Aux États-Unis, d'après une étude d'une population beaucoup plus vieille, environ 45% des personnes âgées de 70 ans ou plus souffraient d'hypertension, 21% souffraient de maladie de cœur, 58% souffraient d'arthrite et 12% étaient atteints de diabète. La prévalence d'accidents cérébrovasculaires dans cette tranche d'âge était de 9%. Au Canada, 33% des personnes âgées de 65 ans ou plus ont signalé être atteintes d'hypertension, 16% d'une maladie de cœur, 47% d'arthrite et 10% de diabète.

### **2.3 *Prévalence de l'invalidité***

La capacité à fonctionner peut diminuer si une affection, une maladie chronique ou une lésion affaiblit les facultés physiques ou mentales. La capacité à fonctionner des personnes âgées est lourde de conséquences pour le travail, la retraite, la santé, les besoins de soins de longue durée et le bien-être en général. Par conséquent, les objectifs des politiques publiques sur le vieillissement doivent mettre l'accent sur des interventions qui sont susceptibles d'améliorer l'espérance de vie sans souffrir d'invalidité. L'expérience des pays où le vieillissement se trouve à un stade avancé, comme c'est le cas en Europe et en Amérique du Nord, démontre qu'il est possible de faire baisser le taux de prévalence d'invalidité chez les personnes âgées. La recherche transnationale sur les déterminants des capacités de fonctionnement et de participation chez les personnes âgées peut nous fournir des enseignements importants.

Selon l'étude SABE, environ une personne sur cinq âgée de 60 ans ou plus, dans l'échantillon combiné, a signalé avoir du mal à exécuter les activités de base de la vie quotidienne (prendre un bain, s'habiller, aller aux toilettes, se mettre au lit ou en sortir et traverser une pièce). Ce nombre incluait celles qui avaient besoin qu'on les aide à accomplir une activité ainsi que celles qui étaient entièrement incapables d'accomplir l'activité. Les personnes âgées de Bridgetown (15%), de Buenos Aires (17%) et de

Montevideo (15%) affichaient le taux d'incapacité le moins élevé. En revanche, à Santiago, au Chili, presque 30% des personnes ont dit avoir du mal à accomplir au moins une activité quotidienne. La limitation la plus commune que partageaient hommes et femmes consistait à traverser une pièce. La variabilité de l'état fonctionnel dépend de plusieurs facteurs, dont les profils de morbidité, les stratégies de réadaptation et les modifications environnementales disponibles dans chacun des pays. Par ailleurs, comme les données obtenues lors de l'étude SABE ne concernent que les personnes âgées vivant chez elles, il est difficile d'estimer les vrais niveaux d'incapacité sans obtenir des données comparables provenant d'établissements de soins prolongés ou de résidences pour personnes âgées.

#### ***2.4 Le fardeau des soins au niveau de la famille et de la société***

La famille constitue le principal fournisseur de soins aux personnes âgées souffrant d'incapacités dans tous les pays de la Région. Les soins prodigués par la famille représentent une économie considérable pour l'État, et si on pouvait quantifier le travail effectué par ceux qui prodiguent ces soins, il occuperait une place importante dans le budget de n'importe quel pays. Selon des études menées aux États-Unis, les fournisseurs de soins consacrent 20 heures par semaine en moyenne à prodiguer des soins aux personnes âgées, et encore plus de temps lorsqu'une personne âgée souffre de plusieurs incapacités. Prendre soin d'une personne âgée qui souffre d'incapacités peut s'avérer exigeant sur le plan physique, surtout pour les fournisseurs de soins eux-mêmes âgés. Par ailleurs, les fournisseurs de soins qui ne bénéficient pas d'autres appuis sont plus enclins à souffrir de dépression et à éprouver d'autres problèmes de santé mentale. Dans la plupart des cas, les fournisseurs doivent trouver un équilibre entre emploi, autres responsabilités familiales et responsabilités des soins à prodiguer. La majorité des fournisseurs sont des femmes d'âge moyen qui ont mis en veilleuse leurs besoins personnels pour s'occuper de leurs parents ou grands-parents. Cependant, la disponibilité de fournisseurs de soins est en déclin et le fardeau financier que doit porter bon nombre de familles à faible revenu afin de prendre soin des parents plus âgés pourrait être trop lourd, le travail rémunéré de chacun des membres étant jugé essentiel au bien-être de la famille. Même si l'idée de la solidarité familiale est toujours très répandue au sein de la Région, il y a lieu de croire que, de plus en plus, on maltraite et néglige les personnes âgées qui ne sont plus productives et qui dépendent des autres pour subvenir à leurs besoins de base. Selon l'étude SABE, seulement la moitié des personnes qui disaient avoir du mal à accomplir soit une activité élémentaire de la vie quotidienne, soit des activités utiles de la vie quotidienne (notamment les courses, le transport, la cuisine et le ménage) disaient recevoir de l'aide de la part de la famille ou de la collectivité.

## **2.5 *Accès aux services appropriés de soins de santé de longue durée***

La majorité des personnes âgées ont accès à un établissement de santé. Plus de 80% des interviewés de l'étude SABE ont signalé avoir vu un prestataire de soins de santé dans les 12 mois précédant l'entrevue. Cependant, le pourcentage de personnes qui disaient avoir besoin d'un médicament qui n'était pas à leur disposition était de plus de 20%. L'étude est un constat des occasions manquées par le système de santé pour prévenir et gérer de manière efficace des maladies chroniques et des affections liées au vieillissement.

Par exemple, selon les données recueillies par SABE, si on diagnostique qu'un individu souffre d'hypertension, il arrive que cette personne ne reçoive pas toujours le traitement approprié ou que la médication appropriée ne soit pas disponible. Par ailleurs, selon les données recueillies par SABE, il n'est pas suffisamment fait appel aux autres possibilités de réduire les problèmes d'hypertension : la perte de poids pour contrôler l'hypertension variait de 23% à 43% pour les personnes qui ont signalé souffrir d'hypertension; de 11% à un maximum de 40% pour les personnes faisant de l'exercice physique rigoureux; et environ un tiers de ces personnes continuait de fumer. Les données contenues dans l'étude SABE révèlent qu'on laisse passer des occasions de prévention secondaire, de prise en charge et de réadaptation des personnes âgées.

Il y a lieu de croire que le nombre d'options relatives aux soins de longue durée en Amérique latine et aux Caraïbes augmente au même rythme que le vieillissement de la population. Dans certains pays, le pourcentage de personnes qui vivent en milieu institutionnel ou résidentiel est déjà de 4% ou même 5% de la population âgée de 60 ans ou plus. Aux États-Unis, le pourcentage de personnes ayant besoin d'être prises en charge par une maison de retraite demeure stable, se situant à environ 5% des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Il n'existe pas de normes pour mettre en application les règlements de surveillance de la qualité des soins. L'organisation des soins à l'intention des personnes âgées inclut rarement la coordination des soins selon le type d'établissement ou le niveau de soins.

## **2.6 *Réponses de la santé publique au vieillissement***

La solution des problèmes de santé chez les personnes âgées n'exige pas simplement d'avoir accès à un médecin. Elle nécessite l'apport de changements dans la culture de la santé et une nouvelle approche de la santé publique à l'égard de l'éducation sanitaire, la promotion de la santé, le dépistage précoce des problèmes, ainsi que des ressources suffisantes pour faciliter la réadaptation au niveau communautaire. Il faut former le personnel de manière à ce qu'il comprenne les différents besoins sanitaires d'une population vieillissante. Les systèmes doivent être flexibles et fournir des services intégrés qui sont articulés autour des besoins de la population et des ressources des collectivités.

Les systèmes de santé sont toujours conçus pour fournir des soins aux personnes atteintes de maladies aiguës, sans être suffisamment orientés vers les besoins de santé communautaire au niveau de la population afin de renforcer la capacité de l'individu et de la collectivité à améliorer la santé, à dépister les problèmes suffisamment tôt, et à les traiter et les prendre en charge en adoptant les approches les moins coûteuses et les plus efficaces.

Dans la plupart des pays de la Région, les responsables de la santé publique n'ont pas développé une approche communautaire et intégrée pour promouvoir la santé et le bien-être chez les personnes âgées. Une grande part du travail à réaliser exige une collaboration multisectorielle pour assurer la réduction de la pauvreté, une alimentation saine, des activités physiques et sociales, ainsi qu'un système de soins intégré à l'intention des personnes âgées.

Les pays commencent à faire face aux défis que posent les soins des personnes âgées fragiles, et doivent tirer parti des erreurs commises par ceux qui, dans le passé, ont favorisé l'approche institutionnelle de soins de longue durée et qui cherchent actuellement de meilleurs modèles de soins de santé de longue durée s'adressant à la collectivité. Au cours de la dernière décennie, les gouvernements du Canada et des États-Unis ont exploré la possibilité de mettre au point des options mieux adaptées aux besoins de la communauté et plus économiques que les maisons de retraite. D'où une augmentation de fonds affectés aux soins à domicile et aux centres d'assistance gériatrique pendant la journée, et un ralentissement de l'expansion des maisons de retraite. Les coûts liés aux soins de longue durée et aux soins palliatifs deviendront un souci majeur dans la plupart des pays de la Région au cours de la prochaine décennie. Si on développe avec clairvoyance des modèles communautaires, pendant que la demande est toujours relativement peu élevée, on évitera des problèmes majeurs dans les deux prochaines décennies lorsque la demande pourrait surcharger le système.

### **3. Un système de soins complets et intégrés**

Un système de soutien complet doit encourager les gens à vieillir tout en restant actifs afin de tirer le parti maximum de la vie et de retarder les maladies et incapacités liées au vieillissement.

L'organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le vieillissement actif comme "le processus d'optimisation du bien-être physique, social, et psychique afin d'améliorer la qualité de vie à mesure que les gens vieillissent."

Le Mexique et le Canada ont rédigé conjointement un ouvrage intitulé : "A Guide for the Development of a Comprehensive System of Support to Promote Active Ageing", qui identifie quatre agents jouant un rôle primordial dans la promotion d'un vieillissement actif : l'individu, la famille et les amis, les services communautaires et l'État.

Grâce aux lois, aux politiques de santé publique, aux programmes et services de soins de santé, aux politiques de l'emploi et de la retraite, aux instruments de financement communautaire et à l'éducation publique, l'État permet aux autres secteurs et groupements de soutenir et favoriser le vieillissement actif.

Un système de soutien complet qui favorise le vieillissement actif, assurera que les services à l'intention des personnes âgées reposent sur les connaissances récentes de pratiques efficaces qui entraînent des résultats positifs, et élargira les compétences des prestataires de services. La recherche d'évaluation et la surveillance devront former la base de la planification.

### **3.1 *Établir des cibles de promotion sanitaire pour les personnes âgées***

L'étude des déterminants sanitaires révèle qu'il existe toute une gamme de facteurs qui contribuent à la santé des personnes âgées ou qui les mettent en danger. Il est rare que ces déterminants existent séparément et les solutions axées sur un aspect uniquement sont donc rarement bénéfiques. Par conséquent, des secteurs et partenaires multiples doivent collaborer pour étudier les facteurs de risques interdépendants et pour préserver les facteurs qui encouragent le vieillissement actif, en privilégiant la réduction de l'isolement social, de la pauvreté, de la malnutrition et de la sédentarité.

*Isolement social et pauvreté.* Ces facteurs contribuent aux problèmes de santé et réduisent la capacité des personnes âgées à accéder aux informations et à de l'aide, le cas échéant. L'isolement social des personnes âgées est lié non seulement à la pauvreté, mais aussi aux stéréotypes négatifs qui les caractérisent d'individus marginaux, peu valorisés et encombrants. Un grand nombre des programmes élaborés pour aborder le problème de l'intégration sociale des personnes plus jeunes (notamment les programmes d'alphabétisation, le recyclage, et la formation à des emplois rémunérés ou non) sont aussi considérés comme convenant aux personnes âgées.

Que peut-on faire ? L'État doit donner la priorité aux approches multisectorielles pour réduire la pauvreté des personnes âgées. Il faut éduquer les personnes âgées pour qu'elles comprennent leurs droits en tant que citoyens, et encourager les programmes d'instruction sanitaire ciblant les personnes âgées. Afin de les rendre aussi efficaces que possible, les programmes doivent être propres à la communauté et s'adresser à des groupes spécifiques de personnes âgées, de manière à rehausser la pertinence du programme et à encourager les réseaux de pairs. La sensibilisation des médias et de l'ensemble de la collectivité est essentielle si on veut développer une culture qui invite et encourage la participation des personnes âgées, en tant que partenaires, au développement sanitaire et communautaire.

*Malnutrition et sédentarité.* Il est de plus en plus apparent qu'une vie active et une nutrition correcte sont importantes pour aider à prévenir la maladie et les affections chroniques, favoriser les effets bénéfiques de la réadaptation, réduire la possibilité de chutes et de lésions et pour aider à gérer d'autres facteurs de risque. Il est bien documenté que l'alimentation et l'exercice jouent un rôle positif dans le maintien de la fonction de l'organisme et la prévention de l'infirmité.

Que peut-on faire ? Le dépistage de la malnutrition et le ciblage des besoins nutritifs identifiés en mettant sur pied une variété d'interventions communautaires, notamment des programmes de repas pour personnes âgées, des programmes de compléments nutritionnels ou des subventions alimentaires pour les plus démunis sont des moyens peu coûteux de prévenir un facteur de risque important pour les maladies chroniques et de renforcer la capacité des personnes âgées à adhérer à des pratiques et des prescriptions qui favorisent le bien-être. Par ailleurs, une variété de programmes est essentielle pour encourager les personnes âgées à participer à des activités et des exercices physiques organisés. On doit forger des partenariats avec des programmes de planification communautaire, de transport, de culture et de loisir afin d'encourager les activités physiques et sociales.

### **3.2 *Établir des cibles de santé mentale pour les personnes âgées***

La dépression est une épidémie non reconnue chez les personnes âgées. La prévalence de problèmes de santé mentale chez les personnes âgées contribue à la mauvaise utilisation de médicaments, l'alcoolisme et un comportement auto-destructif, et réduit la capacité de l'individu à se faire soigner et à gérer les problèmes de santé avant de devenir invalide ou de mettre sa vie en danger. On a fait des progrès considérables dans le domaine du traitement des troubles mentaux chez les personnes âgées, mais il existe de grandes lacunes de connaissances parmi les prestataires de soins de santé mentale concernant ces traitements. Par ailleurs, le manque de coordination entre les soins de santé primaires et les services communautaires de santé mentale donne lieu à une situation où souvent, on ne subvient pas aux besoins de santé mentale de la plupart des personnes âgées.

On peut apporter les remèdes suivants.

- Développer des stratégies locales conçues pour dépister et traiter, de manière opportune, la dépression, l'anxiété, et la démence chez les personnes âgées.
- Former des agents de santé mentale et de santé primaire, ainsi que des conseillers pour les groupes de pairs, afin de répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées.

- Éviter les coûts de l'utilisation de médications inappropriées, tout en facilitant l'accès aux traitements appropriés. Le poids de la dépression sur l'ensemble du bien-être des personnes âgées justifie un investissement dans l'établissement d'une infrastructure de systèmes de santé intégrés qui répondent aux besoins de santé mentale des personnes âgées.

### **3.3 *Réorientation des soins de santé primaires pour la prévention et la gestion des maladies et conditions liées au vieillissement***

Les systèmes de soins de santé primaires ont besoin d'outils et de ressources afin de réorienter ou réorganiser les services pour répondre aux besoins de santé complexes des personnes âgées. La méthode actuelle qui consiste à financer les soins de santé primaires avec les ressources humaines existantes ne peut pas répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées, même si on ajoute des ressources additionnelles aux services.

*Les soins de santé primaires ont besoin d'une approche basée sur la population, qui inclut la prévention, le dépistage précoce et la capacité du patient à se prendre en charge. Les services de soins ont besoin de s'organiser en réseaux avec les ressources communautaires et autres disciplines. Cette approche exige des ressources humaines qui sont capables de traiter les problèmes de santé complexes des personnes âgées. Pour être efficaces, les soins exigent aussi le suivi véritable de l'adhésion et de l'éducation des patients.*

Que peut-on faire ? La formation d'équipes de soins de santé primaires à l'intention des personnes âgées doit être considérée comme une priorité et recevoir des ressources. L'OPS a rédigé un ouvrage intitulé "A Guide To Primary Health Care of Older Persons" (Guide des Soins de Santé Primaires des Personnes Âgées). On a besoin d'adapter ce guide à chaque pays et d'y ajouter les politiques et normes spécifiques à chacun.

Par ailleurs, des programmes de formation doivent être élaborés afin d'enseigner aux personnes âgées et familles à se soigner et surmonter des conditions chroniques ou des problèmes de santé complexes. Il existe des programmes éducatifs et scientifiques qui enseignent aux personnes âgées les aptitudes nécessaires pour se soigner et qui leur fournissent des modèles de soutien psychologique. Ces ressources doivent être adaptées aux besoins des personnes âgées qui sont très pauvres ou qui ont peu de scolarité.

*Le système de santé primaire a besoin d'avoir accès aux médicaments essentiels dont l'efficacité est assurée pour les personnes âgées et qui disposent de normes quant au dosage et à l'utilisation. Aux États-Unis, on estime à 35% le nombre de personnes de plus de 65 ans qui souffrent chaque année de réactions indésirables aux médicaments et à 17% le nombre d'hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans par suite d'une réaction indésirable aux médicaments. Ces hospitalisations peuvent coûter jusqu'à US\$ 20*

milliards et peuvent être évitées. En Amérique latine et aux Caraïbes, un défi de taille consiste à permettre aux personnes âgées d'avoir accès aux médicaments et d'en assurer la qualité et le faible coût. Par ailleurs, les médecins en exercice et les pharmaciens manquent de formation sur les réactions des personnes âgées à des médications spécifiques.

Que peut-on faire ? On a besoin de revoir les politiques nationales sur les médications essentielles, en se concentrant sur les médicaments les plus adaptés aux besoins de la population vieillissante, et un effort coordonné devrait être déployé par les différents agents du secteur de la santé pour fournir des médications aux personnes âgées les plus démunies. Les programmes d'éducation permanente s'adressant aux médecins et aux pharmaciens devront inclure les éléments de base de la gériatrie.

### **3.4 *Intégrer les services de soins sociaux et sanitaires pour promouvoir la continuité du soutien aux personnes âgées qui risquent de perdre leur autonomie***

La performance des soins de santé primaires peut être améliorée si on établit des liens entre les ressources communautaires qui sont pertinentes à la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la prise en charge, la réadaptation, les soins de longue durée et les soins palliatifs de la population. Afin d'avoir une gamme suffisante de services intégrés, il faut qu'une entité centrale située au niveau local procède aux évaluations des besoins, coordonne l'accès et la prestation des services des divers secteurs, établisse des mécanismes efficaces d'échange des informations, définisse des normes et critères de pratique et s'engage à évaluer l'efficacité des programmes.

Que peut-on faire ? On doit développer ou adapter des directives et des protocoles précis afin de dépister et évaluer les problèmes de santé au niveau physique, fonctionnel, émotif et cognitif. On doit tenir des forums sous-régionaux pour permettre aux pays de partager leurs expériences et pour élaborer un programme commun qui renforcerait les ressources de soins de santé primaires affectées aux personnes âgées.

Au niveau local, on doit coordonner les services par l'entremise de réseaux de prestation de services informels. Ces réseaux sont tout particulièrement efficaces lorsque des mécanismes formels de collaboration sont mis en place, que l'information est échangée régulièrement et qu'on s'entend sur la planification et la responsabilité de l'utilisation des ressources pour répondre aux besoins des groupes de personnes âgées ciblés dans la communauté. Ces partenariats devraient inclure des organisations de personnes âgées, des organisations non gouvernementales (ONG), des églises, et autres groupements bénévoles.

Les normes et critères des programmes, tels que les services de soins quotidiens pour adultes, les soins à domicile, les familles d'accueil pour adultes, les structures d'accueil avec prestations d'assistance et les maisons de retraite, doivent être formulés et mis en application. Le secteur public, les ONG et le secteur privé ont besoin de former des

alliances pour le développement de services communautaires adaptés aux besoins des personnes âgées. Cependant, l'État doit garantir des normes de qualité de soins minimales pour protéger la dignité et le bien-être des personnes âgées fragiles et invalides.

#### **4. Ressources financières requises**

L'OPS affecte environ \$380 000 en fonds réguliers à l'exercice biennal 2002-2003 pour apporter une coopération technique à la santé gériatrique dans la Région des Amériques. Dans le passé, le programme a pu obtenir des ressources supplémentaires du "United States National Institute of Aging" et de la "Novartis Foundation". La collaboration de ces partenaires et l'engagement de nos homologues nationaux ont assuré le succès des quatre dernières années. Cependant, le vieillissement démographique au sein de la Région se fait à un rythme sans précédent et nous devons apporter une coopération technique à une variété de secteurs spécialisés pour permettre aux pays de se préparer et de répondre aux défis et aux opportunités que présente le vieillissement. C'est pour cette raison que des efforts et des ressources supplémentaires sont requis aux niveaux régional et national.

#### **5. Questions clés à considérer**

##### **5.1 *Investir dans les personnes âgées***

Les coûts des programmes de promotion et de prévention sanitaires ciblant les personnes âgées devraient être comparés au coût du traitement et des soins de longue durée, ainsi qu'au coût de la mauvaise gestion des soins. Les "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC) ont constaté que les participants à un cours de traitement personnel de l'arthrite ont vu leur douleur chuter de 18 %, ce qui représentait une économie de \$267 par personne sur les coûts du système de santé pendant 4 ans. Chaque dollar dépensé à l'éducation des patients externes entraîne une économie de 2 à 3 dollars en hospitalisation.

Inversement, les coûts des services aux personnes âgées peuvent être évalués en termes d'occasions manquées de promouvoir la santé ou en termes de mauvaise gestion des maladies et affections liées à la vieillesse. Le tableau 1 illustre les coûts liés à la productivité, ainsi que les coûts financiers et non financiers de soins mal gérés aux personnes âgées du point de vue des personnes âgées, leurs familles, les prestataires de soins locaux et le système de santé.

**Tableau 1. Coûts des occasions manquées ou mauvaise gestion des services aux personnes âgées**

	<b>Coûts Financiers</b>	<b>Coûts liés à la productivité</b>	<b>Coûts non financiers</b>
Personnes âgées	Frais de service (si nécessaire)	Perte de rendement au bureau ou à la maison	Mauvais résultats pour la santé; qualité de vie moindre
Soins prodigués par la famille	Perte de revenu en raison de la nécessité de fournir des soins	Perte de rendement au bureau ou à la maison	Qualité de vie moindre
Prestataires de soins locaux	Problèmes iatrogènes et ressources affectées aux soins inappropriés	Rendement réduit dû au temps passé à soigner des affections mal gérées	Frustration et satisfaction professionnelle réduite
Système de santé	Coût lié à une mauvaise utilisation des soins d'urgence	Utilisation peu productive des ressources, plus grand nombre de besoins négligés	Système surchargé par des besoins non satisfaits
Résultats globaux	Ressources privées et/ou publiques investies dans le «rattrapage» et dans le «traitement» le plus coûteux plutôt que dans la promotion, prévention et réadaptation	Incapacité accrue et diminution de l'espérance de vie en bonne santé	Inefficacité du système; occasions manquées de retarder l'apparition de maladies et incapacités liées au vieillissement

## **5.2 Priorités nécessaires pour promouvoir la santé dans le cadre de la longévité**

### **5.2.1 Reconnaître la valeur positive des personnes âgées vis-à-vis de la famille et de la collectivité**

Il est essentiel de travailler de concert avec les médias pour démythifier le vieillissement afin de promouvoir des images de personnes âgées qui prennent soin d'elles, qui sont productives, et qui contribuent, de diverses manières, au développement de la famille et de la société. Il est nécessaire d'encourager la promotion et la protection des droits humains de base. La longévité doit devenir une valeur et un engagement que tout le monde partage.

### **5.2.2 Restructurer les soins de santé primaires afin de fournir des services qui répondent aux besoins des personnes âgées**

Il est possible de mettre sur pied des centres qui répondent aux besoins des personnes âgées à titre de projet pilote ou site de formation dans la collectivité. Il est capital de commencer à construire des modèles de services qui soient conçus pour les personnes âgées dans le contexte de la réforme du système de santé.

Les personnes qui fournissent les services conçus pour les personnes âgées ont besoin de recevoir une formation qui leur permette de prendre soin de ces personnes. Elles ont également besoin d'avoir travaillé au sein d'équipes pluridisciplinaires et doivent avoir des attitudes positives envers les personnes âgées. Un centre de santé conçu pour les personnes âgées encourage les gens à vieillir en restant actifs et surveille des indicateurs de qualité, d'innocuité, d'accessibilité, d'efficacité et de continuité des soins.

### *5.2.3 Développer des alliances pour mettre en œuvre la stratégie internationale d'action sur le vieillissement 2002*

Une coopération panaméricaine accrue sera essentielle pour appuyer les préparatifs visant à relever les défis des sociétés vieillissantes et pour aider à mettre en œuvre le plan d'action international sur le vieillissement de Madrid 2002. Les États Membres profiteront de la collaboration technique entre les pays pour élaborer des réponses appropriées au Plan international approuvé lors de la deuxième Assemblée internationale sur le vieillissement des Nations Unies qui s'est déroulée à Madrid en avril 2002. Un programme de recherche panaméricain servira de point de départ pour la réponse stratégique au vieillissement et au succès opérationnel du développement des programmes. Par ailleurs, la Région doit situer la mise en œuvre du Plan international au sein du programme de développement international des partenaires financiers.

## **6. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine**

Selon les informations présentées dans le présent document sur la situation actuelle concernant la santé des personnes âgées dans la Région des Amériques, la Conférence sanitaire panaméricaine est priée d'analyser et d'examiner en profondeur le présent document en vue de renforcer l'action régionale, nationale et communautaire à l'appui des droits humains des personnes âgées, d'encourager le développement de services sanitaires et de services sociaux adaptés aux besoins du vieillissement actif et de fournir le soutien nécessaire à la mobilisation de ressources nationales internationales qui permettront la mise en œuvre appropriée du Plan d'action international sur le vieillissement de Madrid 2002.

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à examiner la résolution en annexe recommandée par le Comité exécutif.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 130<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Washington, D.C., E-U A, 24-28 juin 2002*

---

Annexe

### ***RÉSOLUTION***

#### ***CE130.R19***

#### **SANTÉ ET VIEILLISSEMENT**

##### ***LA 130<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le document CE130/15, Santé et vieillissement,

##### ***DÉCIDE :***

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

##### ***LA 26<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Tenant compte de l'importance du plan d'action international sur le vieillissement adopté à Madrid pour aborder les problèmes de santé des personnes âgées des Amériques;

Reconnaissant le changement de paradigme en faveur d'un vieillissement sain et actif et des efforts qui ont été déployés pour réduire les stéréotypes négatifs et les malentendus à propos du vieillissement depuis la 25<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine et l'adoption par cette dernière de la résolution CSP25.R6;

Comprenant les implications immenses du vieillissement de la population sur un grand nombre des priorités de la santé dans les Amériques; et

Considérant le besoin de promouvoir, en collaboration avec d'autres partenaires, un système intégré d'appui au vieillissement sain et actif,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États membres :
  - a) de profiter de la dynamique créée par la 2<sup>e</sup> Assemblée mondiale sur le vieillissement, d'adopter des politiques et des plans nationaux pour la mise en œuvre du plan d'action international sur le vieillissement, et d'assurer un appui approprié à l'exécution des domaines prioritaires;
  - b) de plaider pour la promotion et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes âgées;
  - c) d'adopter les priorités de promotion de la santé appropriées aux personnes âgées et de fixer des objectifs focalisés sur le genre et des stratégies de surveillance dans les domaines de la santé nutritionnelle, de l'activité physique, des blessures non intentionnelles, comprenant la prévention des chutes et la santé mentale;
  - d) de s'engager à accroître l'accès à des soins de santé appropriés pour les personnes âgées, ainsi que l'accès aux médicaments essentiels, en particulier pour ceux qui n'ont pas de ressources;
  - e) de promouvoir des initiatives en vue du développement d'options de soins communautaires à long terme (dont les logements disposant d'un soutien et les résidences assistées) et de réglementer la fourniture des soins aux populations vulnérables;
  - f) de promouvoir la recherche sur le suivi et l'évaluation de l'efficacité des programmes;
  - g) de formuler un plan pour la formation des agents de soins primaires et autres professionnels de la santé aux principes de base de la promotion de la santé des personnes âgées et de la médecine gériatrique.
2. De demander au Directeur :
  - a) d'appuyer l'application régionale du plan d'action international sur le vieillissement en coordination avec d'autres partenaires;
  - b) d'aider les États membres à fixer des cibles et des indicateurs de vieillissement sain;

- c) d'encourager les États membres à formuler des stratégies communautaires coordonnées pour appuyer le vieillissement actif et disséminer l'information sur ces expériences;
- d) d'aider les États membres à œuvrer en faveur du développement d'environnements propices et favorables pour les personnes âgées, comprenant des établissements de soins à long terme.