

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

Point 4.5 de l'ordre du jour

CD54/8 Rév.1
29 septembre 2015
Original: espagnol

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RELATIFS À LA DÉMENCE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Introduction

1. Une proportion croissante de personnes atteignent un âge plus avancé dans la Région; c'est ainsi qu'entre 2025 et 2030, l'espérance de vie en Amérique latine et dans les Caraïbes sera de 80,7 ans pour les femmes et de 74,9 ans pour les hommes, et aux États-Unis et au Canada de 83,3 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes (1). Si la plupart des personnes âgées jouiront d'un vieillissement actif et en bonne santé, un nombre important souffriront de maladies chroniques et d'autres affections, pour la plupart de nature multiple,¹ comme la démence et d'autres troubles qui entraînent un handicap,² la dépendance³ et la nécessité de soins à long terme.⁴ Ce sera là un des défis

¹ Maladie ou affection chronique multiple: deux ou plus troubles chroniques concurrents qui, dans leur ensemble, ont un effet sur la santé, la fonction ou la qualité de vie, et qui exigent une approche complexe en matière de soins de santé, de prise de décisions et de coordination (2).

² Handicap : "Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres". [Définition élaborée par le BSP et adaptée de matériel extrait de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (3)].

³ Dépendance : "L'état de caractère permanent dans lequel se trouvent les personnes qui, pour des raisons tenant à l'âge, à la maladie ou au handicap, et qui sont liées au manque ou à la perte de l'autonomie physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, ont besoin de soins de la part d'une ou d'autres personnes ou d'une aide considérable pour réaliser des activités de base de la vie quotidienne ou, dans le cas de personnes atteintes d'un handicap intellectuel ou d'une maladie mentale, d'autres soutiens pour leur autonomie personnelle" [Article 2 de la Loi 39/2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et les soins aux personnes en situation de dépendance, Espagne (4)].

⁴ Soins à long terme: système d'activités réalisées par les prestataires de soins informels (famille, amis, voisins) ou les professionnels du secteur de la santé, du secteur social ou autres pour assurer qu'une personne qui n'est pas entièrement en mesure de se soigner elle-même puisse maintenir le niveau de qualité de vie le plus élevé possible, selon ses préférences individuelles, avec le plus fort degré d'indépendance, d'autonomie, de participation, de réalisation personnelle et de dignité humaine possible (5).

les plus importants pour les systèmes de protection sociale, en particulier le système de santé.

2. La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge et est supérieure à 13 % chez les personnes de 60 ans ou plus (6) et elle empire dans des milieux qui ne sont pas adéquats pour les personnes ayant des besoins spéciaux. Bien qu'il n'y ait pas de données fiables sur la démence en elle-même, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), entre 2000 et 2020 le handicap sévère augmentera de 47 % dans ce groupe d'âge en Amérique latine et dans les Caraïbes et de 20 % dans des pays comme le Canada et les États-Unis (7). Ces handicaps répondent à trois causes fondamentales qui sont souvent concurrentes: les modes de vie néfastes pour la santé, les troubles handicapants,⁵ dans lesquels il faut inclure la démence, et la fragilité⁶ associée au vieillissement même.

3. La démence affecte les fonctions cérébrales cognitives de la mémoire, du langage, de la perception et de la pensée (8). Cette détérioration cognitive frappe surtout, mais pas seulement, les personnes âgées, et on la considère à tort comme une conséquence naturelle du vieillissement. La démence affecte les personnes, les familles et les communautés et demeure une cause croissante d'invalidité qui mène à la dépendance et à la nécessité de soins à long terme. Elle représente une réalité complexe et diverse, passant par différents stades, qui exige une action coordonnée pour être abordée efficacement et qui doit être une priorité pour la Région.

4. La nécessité de soins à long terme a augmenté de manière exponentielle dans la Région. La famille, en particulier les femmes, a été l'unité qui a fondamentalement répondu à cette demande, mais le changement de la structure démographique et d'autres déterminants l'empêcheront de continuer à assumer cette tâche, ce qui entraînera une pression toujours plus forte sur les systèmes de protection sociale, en particulier le système de santé.

5. La stratégie et plan d'action propose des recommandations aux États Membres destinées à renforcer la capacité de réponse du système de santé, avec une approche multisectorielle et une démarche fondée sur les droits humains, l'égalité hommes-femmes et l'équité. Ses activités visent à obtenir des soins de qualité pour la démence, la réduction des facteurs de risque associés à cette condition, la prévention de la dépendance et la prestation de soins à long terme sur une base communautaire, avec une responsabilité multisectorielle et la participation de la société civile. Cela inclut en outre des activités en

⁵ Troubles handicapants: il s'agit des troubles de santé (maladies, lésions, processus dégénératifs) qui produisent chez l'individu une altération ou une perte de capacité ou de fonctionnement, en créant des handicaps et une dépendance de forme progressive et à long terme [définition élaborée par le BSP et adaptée de matériel extrait de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (3)].

⁶ Fragilité : processus de déclin progressif des systèmes physiologiques associé à l'âge qui entraîne une diminution de la réserve de capacité fonctionnelle, donne lieu à une vulnérabilité extrême face aux facteurs de stress endogènes ou exogènes et expose l'individu à un risque élevé d'effets négatifs significatifs sur sa santé (Groupe d'experts de l'OMS sur la fragilité, 2014 ; non disponible, en cours de publication).

matière de soins et de protection des familles et des personnes qui assument ces soins (de manière formelle, informelle et non rémunérée).

Antécédents

6. Cette stratégie et plan d'action prend note de la déclaration de la Directrice générale de l'OMS, selon laquelle « le besoin de soins à long terme pour les personnes atteintes de démence met sous pression tant les systèmes sociaux et sanitaires que les budgets. Le coût élevé des soins place des millions de foyers en-dessous du seuil de pauvreté. Le nombre accablant de personnes dont les vies sont bouleversées par la démence, combiné avec la lourde charge que la situation impose aux familles et aux nations, fait que la démence est une priorité publique ... » (8). La stratégie et plan d'action donne une réponse à ce que demandait le Programme d'action sanitaire pour les Amériques (2008-2017), notamment en ce qui a trait au « maintien de la fonctionnalité des personnes âgées » (9) et considère comme fondamental ce qui est indiqué dans la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* en ce qui concerne l'offre de « soins nécessaires à court, moyen et long terme » ainsi que « la prestation de soins à domicile à des personnes malades, handicapées ou âgées qui ne sont pas autonomes, principalement assurée par des femmes sans rémunération ». (10).

7. D'autres documents programmatiques et résolutions aux niveaux régional et mondial de grande importance ont été approuvés.⁷ En outre, cette stratégie et plan d'action est aligné sur le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 2014-2019 (19) et complémente, en particulier, les recommandations et les efforts des mandats régionaux suivants: *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif* (document CD49/8) (20), *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* (document CD49/11) (21), *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/7, Rév. 1) (22), *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* (document CD53/7) (23) et *Plan d'action sur la santé mentale* (document CD53/8, Rév. 1) (24). Cependant, elle a pour objet principal la réponse au besoin de prévention de la dépendance et au besoin de prestation de soins à long terme dus à la démence, en tenant participation de la communauté de compte.

⁷ Principes des Nations Unies pour les personnes âgées, adoptés par la résolution A/RES/46/91 de l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1991 (Nations Unies, 1991) (11) ; Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées (Organisation des États Américains [OEA], 1999) (12) ; *Vers un consensus international sur les politiques de soins au long cours pour les personnes âgées* (OMS, 2000) (5) ; *Programme d'action de la Décennie des Amériques pour les droits. et la dignité des personnes handicapées* (OEA, 2006) (13) ; Résolution CD50/R8, *La santé et les droits de l'homme* (OPS, 2010) (14) ; Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (Nations Unies, 2011) (15) ; *La démence, une priorité de santé publique* (OMS, 2013) (8) ; *Recommandations de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le handicap et le développement* (Nations Unies, 2013) (16) ; *Plan d'action global pour la santé mentale* (OMS, 2013) (17) ; appel à l'action de la première Conférence ministérielle de l'OMS sur l'action mondiale contre la démence (2015) (18).

8. Pour l'élaboration de ce document, diverses consultations ont été tenues, en personne ou de manière virtuelle, avec des représentants des ministères de la Santé et d'autres ministères concernés par ce domaine dans la Région. De plus, des consultations ont été organisées de façon individuelle avec les représentants de la Région qui ont participé à la Première Conférence ministérielle de l'OMS sur l'action mondiale contre la démence, qui a eu lieu à Genève. Des contributions ont également été reçues, par le biais de consultations à distance, de la part de groupes d'experts de diverses institutions universitaires et de recherche, de la société civile, de centres collaborateurs et d'autres partenaires internationaux.

Analyse de la situation

9. Les coûts sanitaires associés aux populations vieillissantes ont fortement augmenté par rapport aux coûts sanitaires des populations plus jeunes (25) et ces augmentations sont préoccupantes pour la viabilité des systèmes de protection sociale, en particulier le système de santé. Les coûts sont également pris en charge par les communautés, les familles et les personnes individuelles (18). Entre 2010 et 2050, la population dépendante dans le monde entier va presque doubler, passant de 349 à 613 millions, et le nombre de personnes âgées dépendantes va presque tripler, soit de 101 à 277 millions, avec un accroissement particulièrement alarmant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : la démence compte parmi les causes principales de cette augmentation (6).

10. Le fardeau mondial des maladies a changé, mais les systèmes de santé se concentrent encore sur le traitement de la maladie aiguë et ne sont pas suffisamment axés sur l'appui à la prévention de la détérioration fonctionnelle et la dépendance. Bien que le taux de survie pour les événements de santé associés à la maladie chronique se soit amélioré, il existe une augmentation associée de perte fonctionnelle, de dépendance et de nécessité de soins à long terme. Un total de 20 % de personnes de plus de 65 ans sont affectées dans leur capacité fonctionnelle de base et ont besoin de soins coûteux à domicile ou en institution et la majorité de ces personnes vit avec des conditions chroniques multiples, ce qui entraîne l'utilisation de nombreux médicaments et des hospitalisations fréquentes (26-27). La majorité des maladies et affections chroniques, y compris la démence, ont des facteurs de risque en commun, et les interventions préventives continuent d'être le moyen le plus rentable de limiter l'apparition de ces troubles, ainsi que leur évolution et le handicap et la dépendance qui en résultent (22, 28).

11. Lors du vieillissement, des changements se produisent dans la fonction cognitive;⁸ cependant, la majorité des personnes âgées atteignent des âges avancés sans que ces changements affectent de façon significative leur capacité fonctionnelle et leur vie intellectuelle. Maintenir un niveau élevé de capacité cognitive est une priorité pour la majorité des personnes âgées. Il est donc approprié de mener des actions de promotion de

⁸ La cognition se réfère aux fonctions mentales impliquées dans l'attention, la pensée, la compréhension, l'apprentissage, ainsi que la mémoire, la résolution de problèmes et la prise de décisions (IOM, 2015) (29).

la santé intellectuelle pour prévenir ou atténuer les facteurs de risque, car ces actions peuvent avoir un impact essentiel pour maintenir ces capacités plus longtemps (29).

12. Bien qu'on reconnaisse la nécessité et l'importance de chercher un traitement efficace capable de prévenir ou éventuellement de guérir, à court ou à moyen terme, les conditions de détérioration cognitive, notamment la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence, la priorité doit être de promouvoir des actions orientées vers la formulation d'un diagnostic opportun en vue de préserver la capacité fonctionnelle et la qualité de vie des personnes qui vivent avec de telles conditions (30).

13. La démence est un syndrome de détérioration progressive des capacités cognitives, en particulier la mémoire, l'intellect, le langage, le comportement et la capacité de réaliser des activités de la vie quotidienne (8). Bien qu'elle puisse être le produit de pathologies très diverses, la maladie d'Alzheimer est responsable de 60 % à 70 % des cas (8). Même si elle n'est pas une conséquence du vieillissement, son incidence s'accroît avec l'âge. Dans la Région des Amériques, sa prévalence chez les adultes de 60 ans et plus oscille entre 6,46 % et 8,48 % (8), et on estime que tous les 20 ans, le nombre de personnes avec ce type de troubles doublera. La prévalence passera des 7,8 millions actuels à 14,8 millions en 2030. L'accroissement sera plus marqué en Amérique latine et dans les Caraïbes où il passera de 3,4 millions de personnes en 2010 à 7,6 millions en 2030, surpassant par là la projection de 7,1 millions de personnes atteintes de ce trouble aux États-Unis et au Canada (31). En 2010, la démence a entraîné un coût économique de US\$ 604 milliards⁹ dans le monde et un coût total estimé à \$235,8 milliards pour la Région (31).

14. Les personnes atteintes de démence sont davantage susceptibles d'avoir des comorbidités chroniques; dans ce sens, elles ont une plus grande prévalence de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète sucré, cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et l'usage du tabac (32). La dépression est une autre comorbidité associée à la démence que l'on identifie fréquemment chez les personnes âgées. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de certaines autres maladies chroniques ont des coûts de santé qui sont de 60 % à 300 % plus élevés que les personnes qui souffrent de seulement une maladie (33). Un manque d'intervention mène à une pression évitable sur les systèmes de protection sociale, en particulier le système de santé. Selon la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), le coût moyen en santé associé aux personnes de 90 ans est quatre fois plus élevé que le coût moyen chez les enfants et sept fois plus élevé que chez les personnes de 30 ans (34).

15. La démence est l'un des principaux facteurs contribuant à l'incapacité et à la dépendance chez les personnes âgées (6, 35-37). La démence est la deuxième cause la plus importante d'années vécues avec une incapacité (11,9 %) (32) et est la cause

⁹ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport/document sont exprimées en dollars des États-Unis.

fondamentale de la nécessité de soins permanents (38). À la différence de ce qui se passe avec d'autres maladies chroniques, les personnes atteintes de démence peuvent avoir besoin de soins dès les premières étapes de la maladie et deviennent dépendantes d'une autre personne à mesure que leur état empire (6). La proportion de personnes atteintes de démence qui a besoin de soins s'accroît avec l'âge: de 30 % dans le groupe des 65 à 69 ans à 66 % dans le groupe des plus de 90 ans (6).

16. En Amérique latine et dans les Caraïbes, ce sont les familles, et en particulier les femmes (90 %), qui sont les principales prestataires de soins non rémunérés; les personnes soignantes du noyau familial en Amérique latine réduisent jusqu'à 20 % leur travail rémunéré pour fournir des soins à une personne âgée (8, 39-40). Près de 43 % des personnes soignantes présentent des symptômes de dépression et d'anxiété, en particulier celles qui proviennent du noyau familial (41), et on estime que, comparé aux personnes qui ne sont pas prestataires de soins, le risque est double pour elles de souffrir de maladies cardiaques et de lésions (42). De plus, lorsque les soins sont fournis dans des conditions de pauvreté, sans formation ni ressources et avec un manque d'appui social ou institutionnel, il existe un risque accru associé à la morbidité chez les personnes soignantes, ainsi qu'un risque accru de négligence et d'abus à l'égard de la personne âgée de la part de la personne soignante accablée (43).

17. Actuellement, les changements que connaît la structure familiale et la plus grande participation de la femme à la vie sociale et la vie au travail font que la famille seule ne peut pas garantir ces soins; par conséquent, la probabilité pour une personne âgée d'être admise dans un établissement de soins s'accroît exponentiellement. De plus, il arrive fréquemment que ces établissements ne respectent pas les normes minimales de qualité et commettent de graves violations des droits humains des personnes. Pour ces raisons, plusieurs instruments internationaux¹⁰ mettent l'accent sur le fait que l'admission des personnes âgées dans ces établissements doit se faire en dernier recours afin de les soigner. De même, les pays sont instamment priés d'adopter des mesures efficaces et appropriées pour faire en sorte que les personnes handicapées puissent choisir leur lieu de résidence¹¹ ainsi qu'où et avec qui vivre de manière égalitaire.

18. Un grand nombre des systèmes sociaux et de santé de la Région commencent à peine à reconnaître et tenir compte de la nécessité des soins à long terme. La Région n'a pas une vision globale ni une réponse adéquate. La majorité des pays de la Région n'ont ni les ressources ni une infrastructure suffisante pour garantir des services de soins à long terme de qualité, et ils n'ont pas non plus de stratégies pour soutenir les personnes soignantes (dispensant des soins de manière formelle, informelle ou non rémunérés). En outre, on sait peu de choses sur la disponibilité des ressources humaines dans le secteur social et le secteur de la santé, et sur leur niveau de compétence pour répondre aux soins à long terme. En outre, on déplore un manque d'information globale sur les indicateurs de soins à long terme qui permettent de mener un suivi et une évaluation de qualité.

¹⁰ *Plan d'action international de Vienne sur le vieillissement* (1982) (44).

¹¹ Article 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (3).

19. Dans ce contexte, il est indispensable d'encourager désormais les interventions destinées à réduire les facteurs de risque, à prolonger la vie indépendante, à retarder la dépendance associée à la démence et à soutenir les personnes soignantes, ainsi que de promouvoir des stratégies qui permettent aux systèmes de santé de s'adapter et de répondre à ces nouvelles réalités démographiques et épidémiologiques.

Proposition

20. L'objectif général de cette stratégie et plan d'action est de promouvoir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (10) avec des interventions¹² de qualité pour les personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir, qui contribuent à la récupération ou au maintien de leur capacité fonctionnelle et qui permettent de prévenir ou d'éviter la dépendance et d'améliorer la qualité de vie, ainsi que celles de leurs familles et des personnes soignantes.

21. Les personnes atteintes de démence doivent avoir accès à des programmes et services qui respectent et reconnaissent les particularités et différences ethniques, culturelles et de genre. Les membres de populations en situation de vulnérabilité ou avec des besoins spéciaux auront besoin d'une attention prioritaire. À cette fin, la proposition utilise les approches transversales du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (19): genre, équité, droits de l'homme et ethnicité.¹³

22. Pour appuyer l'exécution de cette stratégie et plan d'action, l'OPS encouragera la collaboration avec les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les institutions universitaires et de recherche, les patients et les soignants, entre autres. En outre, elle adoptera une approche qui favorise la participation de divers secteurs nationaux et infranationaux, en reconnaissant leurs différents rôles et responsabilités juridictionnels dans ce domaine. L'OPS établira et renforcera en outre la coopération avec des donateurs externes afin de chercher de nouvelles sources de financement, et elle mobilisera l'appui politique, social et économique nécessaire pour l'exécution de ce plan d'action. L'exécution de cette proposition doit se faire dans les cinq ans qui suivent (2015-2019).

¹² Au nombre de celles-ci il faut compter la promotion, la prévention, le dépistage, le diagnostic, la prise en charge, le traitement, la réadaptation et les soins (à court, moyen et long terme).

¹³ Certaines normes internationales des droits de l'homme qui protègent les personnes âgées ont été incluses dans l'annexe B du *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif* (CD49/8, 2009), disponible sur:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2583&Itemid=. De plus, l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains a adopté en 2015, par le biais d'une résolution, la *Convention interaméricaine sur la protection des droits humains des personnes âgées*, disponible en espagnol sur :

http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Axes stratégiques d'intervention

23. Le plan comprend les axes stratégiques d'intervention suivants pour guider les États Membres, tout en tenant compte de leurs contextes et priorités :

- a) La promotion de politiques, plans et programmes qui encouragent et respectent les droits humains pour aborder la réduction des facteurs de risque, la prévention et la réduction de la dépendance et la prestation de soins (y compris les soins à long terme) qui sont associés à la démence.
- b) L'introduction dans les systèmes de santé et leur réseau de services d'interventions de prévention et de soins de qualité pour les personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir.
- c) La mise en œuvre d'un système de soins à long terme de qualité qui répondent aux besoins des personnes dépendantes, leurs familles et les personnes soignantes, basé sur l'approche des soins de santé primaires, le respect des droits humains, l'égalité des sexes et l'équité, dans le cadre de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (10)*.
- d) Le développement ou le renforcement de la formation des ressources humaines nécessaires pour répondre aux besoins de santé des personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir.
- e) Le perfectionnement de la capacité de recherche et de contrôle pour générer et recueillir une information de qualité afin de répondre aux besoins sociaux et de santé des personnes atteintes de démence.

Axe stratégique d'intervention 1 : promotion de politiques, plans et programmes qui encouragent et respectent les droits humains pour aborder la réduction des facteurs de risque, la prévention et la réduction de la dépendance et la prestation de soins (y compris les soins à long terme) qui sont associés à la démence.

24. La démence, qui est un problème de santé publique, exige une réponse globale et coordonnée entre le système de santé, les autres secteurs gouvernementaux, les organismes internationaux, la famille, la communauté et la société civile.

25. L'élaboration de politiques, plans et programmes de soins globaux et conformes aux besoins et caractéristiques de chaque pays, ainsi que la mise en œuvre d'interventions pédagogiques, basée sur les droits, visant la société toute entière seront cruciales pour lutter contre la stigmatisation, les stéréotypes et la discrimination dont souffrent aujourd'hui ces personnes et leurs familles. Ce sera fondamental pour la protection des personnes qui souffrent de ces troubles et le renforcement de la garantie de leurs droits humains, de même que pour ceux qui les soignent, et pour la promotion d'un vieillissement actif et en bonne santé, ainsi que d'une meilleure qualité de vie pour toutes les personnes impliquées.

| Objectif | Indicateur | Référence (2015) | Cible (2019) |
|--|--|------------------|--------------|
| 1.1 Formuler ou renforcer les politiques, plans ou programmes pour la réduction des facteurs de risque, la prévention, la prise en charge et les soins, y compris les soins à long terme associés à la démence | 1.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont une politique, un plan et des programmes sur la démence qui sont indépendants ou intégrés dans d'autres programmes nationaux (santé mentale, personnes âgées ou incapacités) | 7 | 13 |
| 1.2 Systématiser les interventions avec une approche des droits humains qui réduit la stigmatisation et les stéréotypes associés à la démence et sensibiliser à la nécessité de la prévention et de la prise en charge | 1.2.1 Nombre de pays et territoires qui ont inclus dans leurs plans des interventions spécifiques pour réduire la stigmatisation et les stéréotypes et pour améliorer la connaissance sur ces troubles | 5 | 16 |

Axe stratégique d'intervention 2 : introduction dans les systèmes de santé et leur réseau de services des interventions de prévention et de soins de qualité¹⁴ pour les personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir

26. Certaines recherches¹⁵ ont montré une relation entre le développement d'un déclin cognitif et des facteurs de risque associés aux modes de vie, notamment l'hypertension artérielle, le diabète sucré, l'hypercholestérolémie, le tabagisme et l'obésité, entre autres. L'apparition de la dépression au stade initial de la maladie crée une confusion de diagnostic, ce qui exige des interventions effectives opportunes. C'est pourquoi les services de santé, en particulier au premier niveau de soins, devront promouvoir la mise en œuvre d'interventions de qualité, basées sur des données probantes, pour la promotion de la santé et la réduction des facteurs de risque sur tout le cycle de vie, à mesure qu'elles apparaissent dans la littérature scientifique, dans le cadre du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (22).

27. Les services de santé, en particulier au premier niveau de soins et par la suite avec les niveaux de soins spécialisés, devront fournir des soins de qualité au nombre croissant de personnes qui souffrent déjà de démence, y compris les personnes atteintes de maladies chroniques multiples auxquelles sont associées une incidence et une prévalence élevées d'incapacité et un développement progressif de la dépendance. Dans ce processus, il sera essentiel de procéder à une intégration multisectorielle ainsi que d'inclure la participation de la communauté, de la famille, des personnes soignantes et des individus eux-mêmes. Ces actions seront essentielles pour promouvoir la récupération ou l'appui à

¹⁴ Qualité se réfère à intégrée, globale, continue, progressive et basée sur des données probantes.

¹⁵ Études du Groupe de recherche sur la démence 10/66, disponibles en anglais sur : <http://www.alz.co.uk/1066>

la capacité fonctionnelle, et le maintien de l'indépendance des personnes pour qu'elles puissent rester à leur domicile et dans leurs communautés aussi longtemps que possible, améliorant ainsi la qualité de vie de ces personnes, de leurs familles et de leurs soignants.

| Objectif | Indicateur | Référence (2015) | Cible (2019) |
|---|---|------------------|--------------|
| 2.1 Inclure dans les services de santé des interventions basées sur des données probantes pour la promotion de la santé, la prévention, et la prise en charge des personnes atteintes de démence, afin de prévenir la dépendance à mesure que ces interventions apparaissent dans la littérature scientifique | 2.1.1 Nombre de pays et territoires disposant de lignes directrices ou de protocoles pour les soins aux personnes atteintes de démence ¹⁶ | 5 | 15 |
| | 2.1.2 Nombre de pays et territoires disposant de lignes directrices ou des protocoles pour la promotion de la santé et la prévention et la réduction des risques avec une approche sur tout le cycle de vie | 4 | 15 |
| 2.2 Mettre en œuvre des interventions préventives, communautaires et intersectorielles, basées sur des données probantes, pour aider à maintenir la capacité fonctionnelle et l'indépendance des personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir | 2.2.1 Nombre de pays et territoires mènent des interventions communautaires, basées sur des données probantes, pour aider à maintenir la capacité fonctionnelle et l'indépendance | 7 | 15 |

Axe stratégique d'intervention 3 : mise en œuvre d'un système de soins à long terme¹⁷ de qualité qui répondent aux besoins des personnes dépendantes, leurs familles et les personnes soignantes, basé sur l'approche des soins de santé primaires, le respect des droits humains, l'égalité des sexes et l'équité, dans le cadre de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (10).

28. Comme cela peut être le cas avec d'autres incapacités, les personnes atteintes de démence avec un haut niveau de dépendance et de besoin de soins requièrent une prise en charge et des soins à long terme, en particulier dans un milieu familial qui soit en mesure de garantir le respect des droits humains de toutes les personnes concernées. Ces problèmes de santé créent des difficultés psychologiques, sociales, économiques et

¹⁶ Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale (mhGAP, selon son sigle en anglais) (45).

¹⁷ Système de soins à long terme : « un éventail de services nécessaires pour les personnes dont les capacités fonctionnelles, physiques ou cognitives, sont réduites et qui dépendent pour un laps de temps prolongé d'une aide pour les activités journalières de base. Ce volet de l'attention à la personne est généralement dispensé de concert avec les services médicaux de base, les soins infirmiers, la prévention, la réhabilitation et les soins palliatifs. Les services de soins à long terme peuvent aussi être dispensés en parallèle avec les services de niveau inférieur relatifs à l'aide pour les activités essentielles de la vie de tous les jours, par exemple l'aide pour les travaux domestiques, les tâches administratives, etc. » (46).

légales tant pour les personnes qui en souffrent que pour leurs familles et les personnes soignantes. L'épuisement associé aux soins peut occasionner chez la personne soignante l'apparition de maladies nouvelles ou l'aggravation de celles qui existent déjà, l'anxiété, la dépression et les symptômes du syndrome de surcharge, qui mettent également en danger les soins et l'intégrité de la personne hautement dépendante des soins. Il est donc crucial de fournir des ressources, services et programmes de nature communautaire qui permettent aux personnes soignantes d'améliorer leurs compétences et leur capacité pour s'occuper efficacement des personnes atteintes de démence (38), ainsi que d'organiser des services communautaires, tels que des garderies ou des centres de répit, qui représentent une alternative de soins globaux. De la même manière, il sera crucial de garantir des systèmes de protection et un appui psychologique, physique, social et financier pour les personnes soignantes, ainsi que des systèmes de réglementation et des mécanismes de surveillance et de contrôle de la qualité des services de soins communautaires ou institutionnels (47).

| Objectif | Indicateur | Référence (2015) | Cible (2019) |
|--|---|------------------|--------------|
| 3.1 Établir des réseaux intégrés entre les systèmes sociaux et de santé, de base communautaire, qui fournissent des soins de qualité, avec intervention de la famille, pour les personnes dépendantes | 3.1.1 Nombre de pays et territoires disposant de réseaux intégré de qualité et à base communautaire pour les soins des personnes dépendantes | 5 | 15 |
| 3.2 Créer des programmes multisectoriels pour la prise en charge et la formation des personnes soignantes informelles et formelles, pour protéger leurs droits humains, répondre à leurs besoins et promouvoir leur santé et protection sociale | 3.2.1 Nombre de pays et territoires disposant de programmes de prise en charge et de formation pour les personnes soignantes | 12 | 25 |
| 3.3 Établir ou réviser les cadres légaux et réglementaires et les mécanismes d'exécution, basés sur des normes internationales, qui permettent aux autorités nationales de garantir la qualité des soins et la protection des droits humains des personnes qui reçoivent des soins à long terme dans la communauté ou dans des institutions | 3.3.1 Nombre de pays et territoires où les autorités nationales disposent d'un système d'évaluation continue pour les prestataires de soins à long terme (communautaires ou institutionnels) | 10 | 20 |

Axe stratégique d'intervention 4 : développement ou renforcement de la formation des ressources humaines nécessaires pour répondre aux besoins de santé des personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir.

29. La démence exige un personnel formé et spécialisé en mesure d'offrir des interventions conçues pour réduire le risque de handicap cognitif et de fournir des soins de qualité aux personnes atteintes de ces troubles ainsi qu'à leurs familles et leurs soignants. Il est donc nécessaire d'encourager l'incorporation de compétences en matière de démence durant la formation de premier cycle et deuxième cycle, ainsi que dans les programmes d'éducation continue de tous les professionnels de la santé.

| Objectif | Indicateur | Référence (2015) | Cible (2019) |
|--|--|------------------|--------------|
| 4.1 Intégrer les compétences de base sur la démence dans les programmes de premier cycle et de deuxième cycle et d'éducation continue dans le domaine des sciences sociales et de la santé | 4.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont incorporé un ensemble de compétences de base dans des programmes de premier cycle et de deuxième cycle et d'éducation continue à l'intention du personnel des services sociaux et de santé | 0 | 8 |

Axe stratégique d'intervention 5 : perfectionnement de la capacité de recherche et de contrôle pour générer et recueillir une information de qualité afin de répondre aux besoins sociaux et de santé des personnes atteintes de démence.

30. L'ensemble des recherches sur ces problèmes de santé est encore limité, ce qui rend difficile la prise de décisions et l'évaluation de l'impact des interventions. La recherche dans ces domaines concernant les composantes cliniques, la promotion de la santé ainsi que la réduction des facteurs de risque et la prévention, mais aussi les services de prise en charge et de soins, est cruciale pour améliorer la réponse du système de santé face aux besoins des personnes atteintes de démence.

31. Pour cette raison, il est nécessaire de stimuler la recherche nationale (de base, clinique, épidémiologique et sociale) sur la démence pour générer de nouvelles connaissances qui favorisent une meilleure gestion et prise en charge de la maladie, qui optimisent la qualité de vie des personnes qui en souffrent et de leurs familles et de leurs soignants et qui permettent d'établir des systèmes de surveillance épidémiologique permanente pour le contrôle des cas de démence et l'amélioration de la prise en charge et de la prestation des services de soins de santé globaux et de qualité. Il sera essentiel de disposer de mécanismes qui permettent la conception et l'élaboration d'indicateurs spécifiques pour évaluer l'impact enregistré par les pays en relation avec cette question. Pour améliorer cette capacité, on pourrait accroître l'investissement, l'établissement de partenariats et la collaboration avec d'autres secteurs, ainsi que soutenir l'innovation et l'adoption d'idées et d'interventions nouvelles. Dans le même sens, il est également

prioritaire que l'action se reflète par une amélioration continue de la prise en charge et des soins de ces personnes, tant au point de vue de l'organisation des services que des interventions cliniques ou sociales (48).

| Objectif | Indicateur | Référence (2015) | Cible (2019) |
|--|--|------------------|--------------|
| 5.1 Inclure dans les systèmes nationaux d'information des indicateurs sur la démence, les incapacités, la dépendance et les soins à long terme | 5.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont inclus un ensemble d'indicateurs de base sur la démence, les incapacités, la dépendance et les soins à long terme | 2 | 8 |
| 5.2 Promouvoir la recherche, l'évaluation et la diffusion des résultats, des bonnes pratiques et des modèles novateurs de prise en charge et de soins pour les personnes atteintes de démence | 5.2.1 Nombre de pays et territoires qui ont réalisé des recherches sur la démence à l'échelle nationale | 10 | 16 |

Suivi et évaluation

32. Les progrès du présent plan pourront être mesurés au moyen des indicateurs proposés, qui ont une ligne de référence et une cible pour l'année où il prend fin (2019). Un rapport d'étape sera présenté à la fin de l'exercice biennal 2016-2017 à la direction exécutive du Bureau sanitaire. En 2020, un rapport final sera rédigé pour les Organes directeurs de l'Organisation afin d'évaluer la réalisation des objectifs et des cibles, en plus de déterminer les forces et les faiblesses de son exécution générale, ainsi que les facteurs qui ont contribué aux succès comme aux échecs, et les actions futures.

33. La collecte de données se réalisera à partir des sources suivantes : *a)* systèmes d'information nationaux, *b)* autres rapports des pays, concernant les indicateurs de ce plan, sollicités auprès des ministères de la Santé et de la Protection sociale, entre autres ministères intéressés, *c)* rapports d'organisations nationales et internationales concernées par ce sujet et *d)* compilation de recherches.

Incidences financières

34. On estime que le coût de l'exécution du plan pour la période de cinq ans (2015-2019) sera de \$9,3 millions. L'écart estimé est de 32 % du total budgétisé. Le personnel fixe des programmes de Vieillesse et santé, de Santé mentale et de Handicap est suffisant pour couvrir la mise en œuvre du plan d'action au cours du quinquennat; l'écart financier se retrouve essentiellement dans les dépenses de fonctionnement pour la coopération technique avec les pays et dans le recrutement temporaire nécessaire qui est lié à l'appui des experts dans des activités spécifiques. De la même manière, on espère que les États Membres vont prioriser le thème et affecter des ressources pour améliorer leurs programmes et services de réponse concernant la

dépendance et les soins à long terme pour les personnes âgées atteintes de démence, au niveau familial, communautaire et de soins de santé primaires. Il faudra promouvoir la coopération entre les pays et l'échange d'expériences, ainsi qu'établir des partenariats et identifier des donateurs pour un appui au plan.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

35. Le Conseil directeur est prié d'examiner l'information qui lui est fournie dans ce document et d'envisager la possibilité d'approuver le projet de résolution figurant à l'annexe A.

Références

1. United Nations (Department of Economic and Social Affairs, Population Division [2013]). World population prospects: the 2012 revision, volume II, demographic profiles [Internet]. New York : Nations Unies; 2013 (document ST/ESA/SER.A/345) [consulté le 19 février 2015]. Disponible en anglais sur : <http://esa.un.org/unpd/wpp/>
2. U.S. Department of Health and Human Services. Multiple chronic conditions—a strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions [Internet]. Washington (DC); 2010 [consulté le 19 février 2015]. Disponible en anglais sur : http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf.
3. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Nations Unies; 2006 [consulté le 19 février 2015]. Disponible sur : <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvf.pdf>.
4. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Artículo 2: Definiciones. En: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia [Internet]. Madrid (Espagne) : IMSERSO; 2006 [mis à jour en 2015; consulté le 19 février 2015]. Disponible en espagnol sur : <http://issuu.com/formacionaxarquia/docs/3-10241>.
5. Organisation mondiale de la Santé (Ageing and Health Programme; Milkbank Memorial Fund); Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing [Internet]. Genève : OMS et Milkbank Memorial Fund; 2000 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.milbank.org/uploads/documents/000712oms.pdf>
6. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2013. Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia [Internet]. Londres : ADI; 2013 [consulté le 12 janvier 2015]. Disponible en anglais sur :

<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>

7. Organisation mondiale de la Santé; Current and future long-term care needs: an analysis based on the 1990 WHO study: the global burden of disease and the international classification of functioning, disability and health [Internet]. Ginebra: OMS (Noncommunicable Disease and Mental Health Cluster); 2002 [consulté le 12 janvier 2015]. Disponible en anglais sur :
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. Dementia: a public health priority [Internet]. Washington (DC): OPS; 2013 [consulté le 12 janvier 2015]. Disponible en anglais sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 [Internet]. Présenté par les Ministres de la Santé des Amériques dans la ville de Panama, 3 juin 2007; Panama. Washington (DC): OPS; 2007. [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16304&Itemid=
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2014 (document CD53/5, Rév. 2) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr
11. Nations Unies. Principes des Nations Unes pour les personnes âgées : Mieux vivre les années gagnées (Annexe). Dans : Application du Plan d'action international sur le vieillissement et activités connexes. [Internet]. 46^e Assemblée générale des Nations Unies; 74^e Session plénière; 16 décembre 1991; New York : Nations Unies; 1991. (annexe à la résolution A/RES/46/91) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur :
http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/91
12. Organisation des États Américains. Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées [Internet]. Washington (DC): OEA; 1999 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur :
<https://www.cidh.oas.org/Basicos/French/o.handicapees.htm>
13. Organisation des États Américains. Program of action for the decade of the Americas for the rights and dignity of persons with disabilities (2006-2016) [Internet]. 37^e Session ordinaire de l'Assemblée générale de l'OEA; du 3 au 5 juin 2007; Ville de Panama (Panama). Washington (DC): OEA; 2006 (résolution AG/RES. 2339

- [XXXVII-O/07]) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.oas.org/en/sla/docs/AG03738E14.pdf>
14. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2010 (résolution CD50.R8) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-f.pdf>
 15. Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. 66^e Session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 16 septembre 2011; New York, États-Unis. New York: Nations Unies; 2011 (document A/66/L.1) [consulté le 15 janvier 2015)]. Disponible sur : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
 16. Nations Unies. Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et autres objectifs de développement adoptés au niveau international pour les personnes handicapées : la voie à suivre : programme de développement qui tient compte de la question du handicap pour 2015 et au-delà [Internet]. 68^e Session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 23 septembre 2013; New York, États-Unis. New York: Nations Unies; 2013 (document A/68/L.1) [consulté le 15 janvier 2015)]. Disponible sur : : <http://www.un.org/es/comun/docs/index.asp?symbol=A/68/L.1&referer=/spanish/&Lang=F>
 17. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Genève: OMS; 2013 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
 18. Organisation mondiale de la Santé. Communiqué de presse : Un appel à l'action a été adopté aujourd'hui par les participants à la Première Conférence ministérielle de l'OMS sur l'action mondiale contre la démence [Internet]. Genève : Centre des médias de l'OMS; 17 mars 2015 [actualisé le 17 mars 2015; consulté le 8 juillet 2015]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/action-on-dementia/fr/>
 19. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (modifié en septembre 2014) [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2014 (Document officiel 345) [consulté le 12 janvier 2015]. Disponible sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23123&Itemid=270&lang=fr

20. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2009; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2009 (document CD49/8) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-f.pdf>
21. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'acton sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2009; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2009 (document CD49/11) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-f.pdf>
22. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2013 (document CD52/7, Rév. 1) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4400/CD52_7fra.pdf?sequence=3
23. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 au septembre au 3 octobre 2014; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2014 (document CD53/7) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26733&Itemid=270&lang=fr
24. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 au septembre au 3 octobre 2014; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2014 (document CD53/8, Rév. 1) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26720&Itemid=270&lang=fr
25. Organisation de coopération et de développment économiques. Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris (France): OECD; 2013. Disponible sur : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>

26. Organisation panaméricaine de la Santé. El estado de envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe. Informe técnico sobre salud del adulto mayor, Washington (DC): OPS; 2004. Disponible sur demande.
27. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC, Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública* [Internet]. 2005: [consulté le 16 janvier 2015];17(5/6):353-361. Disponible en espagnol sur : <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>
28. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2014: dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable factors [Internet]. Londres : ADI; 2014 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>
29. Institute of Medicine. Cognitive aging: progress in understanding and opportunities for action [Internet]. Washington DC: The National Academies Press; 2015 [consulté le 8 juillet 2015]. Disponible en anglais sur : http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=21693
30. Organisation de coopération et de développement économiques, OECD Health Policy Studies. Addressing dementia: the OECD response [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. 124 p. [consulté le 8 juillet 2015]. Disponible en anglais sur : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>
31. Alzheimer's Disease International. ADI/Bupa report. Dementia in the Americas: current and future cost and prevalence of Alzheimer's disease and other dementias [Internet]. Londres : ADI/Bupa; 2013 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-ENGLISH.pdf>
32. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2009 [Internet]. Londres: ADI; 2009. [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
33. Alzheimer's Disease International. Policy brief for heads of government: the global impact of dementia 2013-2050 [Internet]. Londres : ADI; 2013 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf>
34. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (Centro Latinoamericano y Caribeño de Población y Desarrollo, División de Población). La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional [Internet]. Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe; du 12 au

14 novembre 2014; Santiago, (Chili). Santiago: CEPAL; 2014 (document de référence DDR/2 pour les participants) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en espagnol sur :

http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf

35. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *The Lancet* [Internet]. 2009; [consulté le 15 janvier 2015];374(9704):1821-1830. Disponible en anglais sur :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19944863>
36. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr* [Internet]. 6 août 2010 [consulté le 15 janvier 2015];10:53. Résumé disponible en anglais sur :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20691064>
37. Acosta D, Rottbeck R, Rodríguez G, et al. The epidemiology of dependency among urban-dwelling older people in the Dominican Republic; a cross-sectional survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2008 [consulté le 15 janvier 2015];8:285. Résumé en anglais disponible sur
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2551614/>
38. Organisation de coopération et de développement économiques. Better policies for people living with dementia – First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia. The joint OECD/WHO framework for improving dementia care and other policies to improve the lives of people living with dementia [Internet]. 2014 (presentation de Mark Pearson, Assistant Directeur de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, OCDE) [6 slides] [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur :
http://www.slideshare.net/OECD_ELS/who-ho-dementia-conference-mar-2015-improving-dementia-care?related=1
39. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas (síntesis) [Internet]. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento; del 19 al 21 de noviembre del 2003; Santiago, Chili. Santiago, Chili : CEPAL/CELADE; 2003 (document LC/L.1973) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en espagnol sur :
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>

40. Vega E. Salud y envejecimiento en Latinoamérica y el Caribe en la salud y el envejecimiento global. Ed. Mary Robinson, et. al. 1.^a edición. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2008 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur demande.
41. Medrano M, López Rosario R, Núñez Payano A, Reynoso Capellán N. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic *Dement Neuropsychol* [Internet]. Diciembre 2014 [consulté le 15 janvier 2015];8(4):384-388. Disponible en anglais sur : <http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v8n4a13.pdf>
42. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* [Internet]. Julio de 1998 [consulté le 15 janvier 2015];51(1 Suppl 1):S53-S60; Discussion S65-S67. Résumé en anglais disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9674763>
43. Fuentes, P, and Albala, C. An update on aging and dementia in Chile. *Dement Neuropsychol* [Internet]. Décembre 2014 [consulté le 15 janvier 2015];8(4):317-322. Disponible en anglais sur : <http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v8n4a03.pdf>
44. Nations Unies. Vienna international plan of action on aging. World Assembly on Aging [Internet]. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; del 26 julio al 6 de agosto de 1982; Vienne (Autriche). Vienne : Nations Unies; 1982 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>.
45. Organisation mondiale de la Santé. Mental health gap action programme for scaling up care for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Internet]. Genève : OMS; 2008. Disponible en anglais sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596206_eng.pdf?ua=1
46. Colombo F, et coll. Help wanted ? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; mai 2011. Disponible en anglais sur : <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>.
47. Organisation de coopération et de développement économiques/Commission européenne (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2013 (OECD Health Policy Studies) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113131e.pdf?expires=1430432775&id=id&accname=ocid195767&checksum=27CAC4D7D8F7C8935CCB079BA9A68848>

48. Organisation de coopération et de développement économiques. Anderson, Geoff and Jillian Oderkirk (eds.) (2015). Broad and deep data for dementia: opportunities for care and cure, challenges and next steps. En: Dementia research and care: can big data help? [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115021e.pdf?expires=1430432979&id=id&accname=ocid195767&checksum=DDCAB91DB80B45BBF8E58FA5B34A68D0>



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

CD54/8 Rév.1
Annexe A
Original: espagnol

PROJET DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RELATIFS À LA DÉMENCE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées* (document CD54/8, Rév. 1) pour la période 2015-2019 ;

Reconnaissant le vieillissement rapide de la population et l'accroissement de l'incidence et de la prévalence de la dépendance associée à la démence dans la Région, et que cette situation constitue un thème de santé publique, une question de droits humains et une priorité pour le développement durable des sociétés ;

Reconnaissant que les personnes âgées atteintes de démence font face à la stigmatisation, à l'exclusion sociale et à des obstacles pour accéder aux services sociaux et de santé, ce qui approfondit les iniquités et les inégalités économiques, sociales et de santé pour ces personnes, leurs familles et les personnes soignantes ;

Reconnaissant que les nouvelles données scientifiques suggèrent qu'il pourrait être possible, par le biais d'actions de santé publique et de protection sociale, de réduire les facteurs de risque associés à la démence et de prévenir et retarder l'apparition de la dépendance et l'accroissement de la nécessité de soins ;

Reconnaissant que les personnes âgées atteintes de démence devront recevoir, de par la loi le cas échéant, des soins à court, moyen et long terme qui garantissent le plus haut niveau possible d'indépendance, de protection et de bien-être conformément à leurs capacités fonctionnelles dans le cadre de leur couverture universelle de santé et de protection sociale ;

Comprenant que les familles, et en particulier les femmes, sont celles qui dispensent la majeure partie des soins dans la Région, sans la préparation ni l'appui nécessaires, avec un fort impact sur leur bien-être physique, psychologique, social et financier, et que les transformations démographiques et sociales limiteront, dans un proche avenir, la capacité de la famille de répondre à la dépendance et à la nécessité de soins à court, moyen et long terme ;

Reconnaissant que l'Organisation mondiale de la Santé a défini la démence comme une priorité de santé publique et a mis en évidence le besoin de formuler des politiques pour la prestation de soins à long terme pour les personnes qui en ont besoin ;

Considérant que la stratégie et le plan d'action en question s'alignent sur le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 ;

Observant que la stratégie et le plan d'action en question abordent les objectifs essentiels pour répondre aux besoins des pays, dans le respect de leur contexte national,

DÉCIDE :

1. D'adopter la *Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées* (document CD54/8, Rév. 1), dans le contexte des conditions propres à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, le cas échéant et en tenant compte de leur environnement et de leurs priorités :
 - a) d'inclure la démence, l'invalidité et la dépendance chez les personnes âgées comme thèmes prioritaires dans les politiques nationales de santé et de promouvoir l'exécution de plans et programmes qui mènent à une amélioration de l'éducation et à une réduction de la stigmatisation et des stéréotypes sur ces conditions, ainsi que de faciliter l'accès universel et équitable aux programmes sociaux et de santé visant à réduire les facteurs de risque et à prévenir et fournir des soins aux personnes âgées atteintes de ces troubles ou à risque d'en souffrir, y compris la prestation de soins à court, moyen et long terme et de soins de fin de vie ;
 - b) de renforcer la capacité des systèmes de santé et leur réseau de services pour encourager la promotion de modes de vie sains et d'interventions préventives basées sur des données probantes en vue d'une réduction des facteurs de risque, lorsqu'elles ont démontré qu'elles ont un impact sur la diminution de l'incidence de la démence ou retardent son apparition et réduisent ses complications ;
 - c) de renforcer la capacité des systèmes de santé et des réseaux de services pour fournir un diagnostic opportun et des interventions basées sur des données probantes aux personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir, afin d'améliorer ou de maintenir leur capacité fonctionnelle et de prévenir ou éviter la dépendance ;

- d) d'accroître l'accès aux ressources, programmes et services dans le but de fournir des soins à court, moyen et long terme aux personnes âgées dépendantes, en particulier celles qui sont atteintes de démence, notamment les soins communautaires, intégrés et progressifs, avec une participation intersectorielle de la société civile, de la communauté et des familles ;
- e) d'établir ou de réviser les cadres légaux et réglementaires et les mécanismes d'exécution, en ce qui concerne les obligations et les engagements internationaux applicables, qui permettent aux autorités nationales de protéger les droits humains des personnes atteintes de démence, en particulier celles qui reçoivent des soins à long terme en milieu communautaire ou institutionnel, de manière formelle et informelle ;
- f) de soutenir la participation de la société civile, des communautés et des familles à la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, plans et programmes pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées atteintes de démence ou à risque d'en souffrir, ainsi que de leurs familles et des personnes soignantes ;
- g) de générer des processus qui améliorent la formation des ressources humaines du secteur de la santé et du système de protection sociale, ainsi que des personnes soignantes formelles et informelles, relativement à la prise en charge et aux soins appropriés pour ces conditions ;
- h) de promouvoir des ressources, programmes ou services qui permettent d'appuyer les familles et les personnes soignantes et qui contribuent à la protection sociale, économique et de leurs droits humains, y compris par le biais des soins prodigués pour leur santé et leur bien-être ;
- i) d'améliorer la compilation, l'analyse et la traduction de l'information sur la démence, l'invalidité, la dépendance et les soins à long terme, par le biais de la recherche ou dans le cadre des systèmes nationaux d'information qui favorisent la conception d'interventions effectives et leur évaluation.

3. Demander à la Directrice :

- a) de renforcer la coopération de l'OPS avec les États Membres pour promouvoir et protéger la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence et leur droit de jouir du meilleur état possible d'indépendance et de bien-être ;
- b) de prêter un appui aux États Membres, lorsqu'ils en font la demande, pour l'élaboration, la révision et l'exécution de politiques, plans et programmes nationaux qui intègrent des indicateurs sur la démence, l'invalidité, la dépendance et les soins à court, moyen et long terme ;
- c) de générer une coopération technique pour renforcer la recherche et les systèmes d'information en santé, afin de produire, d'analyser et d'utiliser des données sur la démence, l'invalidité, la dépendance et les soins à long terme qui répondent aux

- critères de qualité, d'opportunité et de fiabilité, en particulier par le biais d'un suivi des indicateurs en vue d'évaluer les progrès et l'impact des interventions ;
- d) de promouvoir la coopération technique dans la formation des ressources humaines œuvrant dans le secteur social et de la santé, ainsi que des personnes soignantes formelles et informelles en matière de prise en charge et de soins pour ces conditions ;
 - e) d'encourager les alliances avec des organisations internationales et d'autres organismes régionaux et infrarégionaux en appui à la réponse multisectorielle nécessaire dans le processus d'exécution de ce plan d'action ;
 - f) de faciliter la diffusion de l'information et l'échange d'expériences et de bonnes pratiques, en plus de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
 - g) de faciliter la collaboration technique avec les comités, organes et rapporteurs des Nations Unies et organismes interaméricains, tout en privilégiant également les partenariats avec d'autres organismes internationaux et régionaux, des institutions scientifiques, techniques et d'enseignement, la société civile organisée, le secteur privé et d'autres afin de promouvoir la protection et le respect des personnes âgées atteintes de démence.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 - Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées

2. Lien avec le Programme et budget 2014-2015 :

Catégorie : 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie.

Domaine programmatique : 3.2. Vieillesse et santé.

Résultat intermédiaire : 3.2. Accès accru aux interventions en vue de permettre aux personnes âgées de continuer à mener une vie indépendante.

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque.

Domaine programmatique : 2.2. Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

Résultat intermédiaire : 2.2 Couverture des services accrue pour la santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

Catégorie : 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque.

Domaine programmatique : 2.4. Handicap et réadaptation.

Résultat intermédiaire : 2.4. Accès accrue aux services sociaux et de santé pour les personnes handicapées, y compris la prévention.

3. Incidences financières :

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :

Pour l'exécution du plan d'action, il sera nécessaire de nouer des alliances, ainsi que d'identifier des donateurs externes qui appuient l'initiative. Le calcul des coûts d'exécution du plan d'action pour la période de cinq ans (2015-2019) sera le suivant :

Recrutement de personnel : US\$ 8 100 000 (87 %) (inclut le personnel actuellement engagé en matière de vieillissement et de santé, de santé mentale et de handicaps).

Frais de fonctionnement/activités : US\$ 1 200 000 (13 %).

Total : US\$ 9 300 000.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2016-2017 (activités et personnel compris) :

Recrutement de personnel : US\$ 2 700 000 [personnel fixe des unités de Famille, genre et parcours de vie /Parcours de vie saine (FGL/HL); Maladies non transmissibles et santé mentale/Santé mentale et abus de substances psychoactives (NMH/MH); Maladies non transmissibles et santé mentale/Maladies non transmissibles et handicaps (NMH/ND)] (87 %).

Frais de fonctionnement/activités : US\$ 400 000 (13 %).

Total : US\$ 3 100 000.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :

Le personnel fixe qui fait actuellement partie des unités du parcours de vie sain, de santé mental et handicapés est suffisant pour affronter la mise en œuvre du plan d'action au cours de cet exercice biennal et au cours du suivant. L'écart financier se pose essentiellement dans le recrutement de main-d'œuvre temporaire qui sera nécessaire pour obtenir l'appui d'experts dans des activités spécifiques et pour des frais de fonctionnement pour la coopération technique.

Recrutement de personnel : US\$ 2 400 000 (92 %)

Frais de fonctionnement/activités : US\$ 200 000 (8 %)

Total : US\$ 2 600 000

Écart annuel : US\$ 500 000

4. Incidences administratives :

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

La planification du travail est axée sur les besoins des États Membres. Les pays prioritaires revêtent une importance particulière, c'est-à-dire les pays qui ont un niveau de développement moins élevé en ce qui concerne leurs programmes et services ainsi que le système de soins à long terme pour les personnes âgées atteintes de démence. Il faut également se préoccuper tout particulièrement des groupes vulnérables ou avec des besoins spéciaux.

Le plan sera exécuté sur trois niveaux :

- Régional : mobilisation des ressources, promotion de la cause, élaboration et diffusion de documents techniques, méthodologiques et de formation; la coopération technique est fournie aux pays pour l'exécution plans, politiques et législation au niveau national.
- Infrarégional : coordination avec les organismes d'intégration infrarégionale comme CARICOM, SICA, MERCOSUR, UNASUR, Accord Hipólito Unanue; promotion de la coopération entre les pays, discussion sur les problèmes communs et échange d'expériences.
- National : formulation et exécution de politiques, plans et législations sous la direction des ministères de la Santé avec la participation d'autres secteurs et institutions; cela implique l'appui et la supervision des niveaux locaux. Le Bureau fournira une coopération technique aux pays, conformément aux besoins identifiés de manière conjointe.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Le plan peut être exécuté avec l'appui des conseillers régionaux en matière de vieillissement et de santé, de santé mentale, de handicap et de réadaptation du Bureau sanitaire panaméricain ; le travail peut être coordonné par le biais d'un réseau établi avec les centres collaborateurs et les centres de référence ; un soutien sera également fourni

par les différents points focaux du Bureau dans les bureaux de pays, avec une liaison avec d'autres activités interprogrammatiques et intersectorielles. Cependant, il serait souhaitable de recruter un professionnel avec un profil spécialisé en santé publique et neurologie, au niveau régional, pour travailler en particulier sur ce plan d'action.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

2015 : adoption du plan d'action par le Conseil directeur;

2016 : début de l'exécution du plan d'action;

2016 et 2019 : évaluations biennales pour la gestion exécutive du Bureau;

2020 : évaluation finale et présentation aux Organes directeurs.



FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION

- 1. Point de l'ordre du jour :** 4.5 - Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées
- 2. Unité responsable :**
Famille, genre et parcours de vie / Parcours de vie sain (FGL/HL)
Maladies non transmissibles et santé mentale / Santé mentale et abus de substances psychoactives (NMH/MH)
Maladies non transmissibles et santé mentale / Maladies non transmissibles et handicaps (NMH/ND)
- 3. Fonctionnaires chargés de la préparation:** Dr. Enrique Vega García (FGL/HL); Dr. Dévora Kestel (NMH/MH); Dr. Armando Vásquez Barrios (MNH/ND)
- 4. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :**
Il y a lieu de mettre en évidence, en particulier, les liens suivants :
 - Énoncé d'intention : paragraphes 2, 3, 5 et 7.
 - Principes et valeurs: paragraphes 9, 10, 11 et 12.
 - Analyse de la situation et tendances en matière de santé dans les Amériques: paragraphes 15, 16, 17, 20, 22, 26, 28, 30, 31, 32 et 33.
 - Domaines d'action : alinéas *a, b, c, d, e, f, g* et *h*.
- 5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2014-2019 amendé :**
 - Son lien fondamental est avec la Catégorie 3 (Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie). Domaine programmatique 3.2 (Vieillesse et santé): Résultat intermédiaire 3.2, Indicateur 3.2.1.
 - Il y a également un lien avec la Catégorie 2 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque). Domaine programmatique 2.2 (Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives): Résultat intermédiaire 2.2, Indicateur 2.2.1.
 - Il est également lié à la Catégorie 2 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque). Domaine programmatique 2.4 (Handicap et réadaptation): résultat intermédiaire 2.4, Indicateurs 2.4.1.
 - Dans le Budget Programme de l'OPS 2014-2015, il se trouve lié aux résultats immédiats 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.4.1, 3.2.1 et 3.2.2.
 - L'unité Parcours de vie sain élaborera un travail interprogrammatique efficace avec les autres catégories et programmes reliés à ce thème.

6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour:

- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), Argentine.
- Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología (el Hospital Blanco Cervantes), Costa Rica.
- Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), Cuba.
- Alzheimer's Disease International.
- AARP.
- Département de médecine familiale et Division de gériatrie, Université McGill, Montréal, Canada.
- Administration for Community Living. Department of Health and Human Services, États-Unis.
- Instituto Nacional de Geriátría. Institutos Nacionales de Salud, Mexique.
- Instituto de Envejecimiento. Universidad Javeriana, Colombie.
- Centro de Investigación del Envejecimiento, Universidad San Martín de Porras, Pérou.
- Instituto Nacional de Rehabilitación de México. Centre collaborateur de l'OPS/OMS pour la recherche et la réhabilitation médicales, Mexique.
- Instituto Nacional de Rehabilitación Adriana Rebas Flores, Lima, Pérou.
- Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago, Chili.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Les pays suivants ont démontré l'utilisation des meilleures pratiques et des expériences fructueuses. Il convient de reconnaître ici le travail réalisé par les ministères de la Santé et les systèmes législatifs des pays qui ont créé des politiques publiques visant à établir des normes minimales de soins pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles mentaux. Des pays comme la Bolivie, le Costa Rica, les États-Unis, le Mexique et le Pérou ont des plans d'action nationaux approuvés relativement à la maladie d'Alzheimer et à d'autres formes de démence.

- a) Bolivie: Loi 4034 sur la création de centres d'appui aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.
- b) Costa Rica : Plan national sur la maladie d'Alzheimer et des formes de démence apparentées.
- c) États-Unis : Plan national sur la maladie d'Alzheimer, 2014.
- d) Mexique : Plan d'action sur la maladie d'Alzheimer et autres formes de démence, 2014.
- e) Pérou : Plan national pour la prévention et le traitement de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

D'un autre côté, des pays comme l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, l'Uruguay et le Venezuela travaillent sur des plans nationaux d'action et des protocoles cliniques qui fournissent des diagnostics, des traitements et des protections aux personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

- a) Argentine : le Plan national sur la maladie d'Alzheimer est en bonne voie. Il a obtenu

l'aval de la Commission d'action sociale et de santé publique des députés.

- b) Brésil : Protocole clinique de directives thérapeutiques sur la maladie d'Alzheimer.
- c) Canada : Élaboration de plans sur la démence aux niveaux national et sous-national.
- d) Chili : projet de Plan national sur la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.
- e) Venezuela : Plan d'action national Alzheimer dans les politiques publiques.

Finalement, divers pays de la Région ont effectué des interventions pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées qui souffrent de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Bien qu'ils ne soient pas les seuls, mentionnons, entre autres, les suivants : Argentine, Canada, Chili, Cuba, États-Unis, République dominicaine et Venezuela.

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

La formulation de ce plan d'action a des incidences financières pour la réussite de sa mise en œuvre. Ces dernières sont énoncées à l'Annexe B.

- - -