

POLITIQUE SUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

Introduction

1. La Région des Amériques a connu une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance. Cependant, l'espérance de vie en bonne santé ne s'est pas accrue de la même manière. Il existe, de ce fait, un écart d'environ 12 ans entre ces deux indicateurs, qui se traduit par un plus grand nombre d'années vécues avec un handicap et une dépendance, période pendant laquelle de nombreuses personnes auront besoin de soins de longue durée (SLD) (1, 2). Ces besoins peuvent cependant survenir à tout âge, tout au long de la vie (3).
2. Le déclin de la capacité fonctionnelle d'une personne s'accompagne généralement de besoins d'assistance à la fois complexes et chroniques. Les soins de longue durée regroupent une série d'activités réalisées par des aidants, rémunérés ou non, pour optimiser le fonctionnement et compenser une perte temporaire ou permanente de capacités, conformément aux droits, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine d'une personne (4). Au vu des tendances démographiques et épidémiologiques, les pays de la Région, et notamment leurs systèmes de santé, devront faire face à des coûts supplémentaires importants liés aux services de SLD (5). En outre, le manque de politiques et de capacités institutionnelles en matière de SLD dans la Région aura des répercussions sur son développement humain, économique et social.
3. Pour relever les défis liés à la dépendance aux soins¹ et à ses répercussions sur les personnes, sur les systèmes de santé et sur les sociétés, les pays doivent investir de toute urgence dans un accès accru aux SLD et aux services de prévention du handicap tout au long de la vie. Ces services doivent être organisés et coordonnés par les systèmes de santé et de protection sociale. La présente *Politique sur les soins de longue durée*, qui couvre la période 2025-2034, fournit aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des orientations stratégiques et techniques en vue de la mise en place, du renforcement et de l'élargissement des capacités en SLD dans la Région.

Antécédents

4. Plusieurs politiques et stratégies approuvées par les États Membres de l'OPS reconnaissent l'importance des SLD. Ainsi, le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 souligne la nécessité de surveiller la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui dépendent de soins (6). La *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* reconnaît

¹ La dépendance aux soins survient « lorsque les aptitudes fonctionnelles se sont altérées à un point où un individu n'est plus en mesure d'assumer les activités essentielles qui sont nécessaires à la vie quotidienne, sans l'assistance de tierces personnes » (4).

l'importance et la valeur des soins et du soutien non rémunérés, principalement fournis par des femmes, aux personnes vivant avec un handicap, une maladie chronique ou une fragilité, et dont la capacité à prendre soin de manière autonome de leur santé et de leur bien-être est limitée (7). L'OPS dirige par ailleurs l'initiative de la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) dans les Amériques, dont l'un des principaux domaines d'action est celui des SLD (8).

Analyse de la situation

5. Bien que les données soient insuffisantes, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 1,3 milliard de personnes, soit environ 16 % de la population mondiale, souffrent d'un handicap significatif.² Une grande proportion d'entre elles nécessitent des soins de longue durée. La prévalence mondiale du handicap augmente avec l'âge, passant de 5,8 % chez les enfants et les adolescents de 0 à 14 ans à 34,4 % chez les adultes âgés de 60 ans et plus. La prévalence de handicaps s'accompagnant d'une limitation fonctionnelle avancée et d'un besoin en SLD s'accroît en partie du fait d'une augmentation en fréquence des maladies non transmissibles, notamment des problèmes neurologiques et de santé mentale (10). En 2020, au moins 8 millions de personnes âgées avaient besoin de soins de longue durée en Amérique latine et dans les Caraïbes, et ce chiffre devrait tripler pour atteindre 23 millions de personnes âgées d'ici à 2050 (11).

6. Répondre aux besoins en matière de soins de longue durée constitue un défi majeur pour les systèmes de santé et de protection sociale de la Région des Amériques. On estime que le financement des soins de longue durée dans la Région coûterait, en moyenne, 0,27 % du produit intérieur brut dans un scénario de faible couverture,³ et que ce chiffre passerait à 0,77 % du produit intérieur brut d'ici à 2050 (12). Les données mondiales laissent penser que l'investissement dans les soins de longue durée permet au système de santé de faire des économies. En Espagne, par exemple, l'élargissement des services de soins aux personnes dépendantes a entraîné une diminution des admissions à l'hôpital et un raccourcissement des séjours hospitaliers, ce qui s'est traduit par une réduction des coûts de 11 % (13).

7. En moyenne, les personnes issues de groupes socio-économiques défavorisés, notamment celles qui ont un moindre niveau d'éducation formelle, présentent des niveaux plus élevés de déclin fonctionnel. En Uruguay, par exemple, la dépendance aux soins chez les personnes de 65 ans et plus a été observée chez 15,3 % des personnes non scolarisées, mais chez 5,1 % de celles ayant fait des études supérieures (14). Au Chili, 28,4 % des personnes âgées dépendantes relèvent du quintile de revenu le plus bas (15).

8. Malgré les besoins actuels et projetés de soins de longue durée, la prestation formelle de ces soins dans la Région est actuellement insuffisante et s'appuie de manière excessive sur les soins non rémunérés fournis par les membres de la famille (14, 16). En Argentine, par exemple, les membres de la famille fournissent 77 % des soins aux personnes âgées dépendantes (17). Les principaux aidants

² Le handicap est un terme générique regroupant les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation. Il est important de souligner que l'existence de limitation(s) fonctionnelle(s) ne s'accompagne pas nécessairement d'une dépendance aux soins (9, 3).

³ L'étude a estimé les coûts potentiels de couvertures en SLD faible, moyenne, élevée et complète pour 17 pays de la Région. Le scénario de faible couverture prévoyait de couvrir 35 % de la population des plus de 65 ans souffrant d'une dépendance aux soins.

naturels sont les femmes, dont la contribution constitue dans la Région plus de 70 % des soins non rémunérés aux personnes âgées (18).

9. Bien que la prestation informelle de soins puisse mener à un sentiment d'accomplissement et de profonde satisfaction, elle a des répercussions négatives importantes sur la santé et le bien-être des aidants. Des données récentes issues des États-Unis montrent que 19,2 % des aidants déclarent que leur état de santé est passable, voire mauvais (19). De plus, les soins non rémunérés imposent un coût économique aux ménages lorsque les aidants sont obligés de quitter un emploi rémunéré ou de réduire leurs heures de travail pour s'acquitter de la charge des soins. Au Brésil, 25,8 % des aidants ont indiqué avoir cessé de travailler ou quitté l'école pour délivrer ces soins (20). La réduction de la charge de travail des aidants peut s'accompagner d'avantages économiques et sociétaux qui dépassent le secteur de la santé, car elle permet une plus grande participation des aidants, en particulier des femmes, à d'autres activités, notamment sur le marché du travail (21, 22).

10. Bien que les soins familiaux non rémunérés constituent toujours la majorité des soins de longue durée, leur contribution diminue en raison de la taille plus réduite des familles et de la participation accrue des femmes au marché du travail. La restriction des soins familiaux à un moment où la demande de soins de longue durée augmente se traduit par un besoin croissant d'auxiliaires de vie officiels, qui peuvent délivrer des soins à domicile ou en établissement. On estime que la Région d'Amérique latine et des Caraïbes a besoin de près de 5 millions d'auxiliaires de vie officiels pour répondre à la demande actuelle en SLD. Ce chiffre passera à près de 9 millions d'auxiliaires d'ici à 2035 et à plus de 14 millions d'ici à 2050 (23). Il est ainsi nécessaire d'accroître la formation et l'éducation de ressources humaines pour améliorer les services de SLD. Au Mexique, par exemple, moins de 3 % du personnel travaillant dans les établissements de soins de longue durée est correctement formé (24).

11. Des niveaux adéquats de dotation en personnel, une formation efficace et un perfectionnement professionnel visant les auxiliaires de vie figurent parmi les éléments clés qui contribuent à la qualité des soins dans les établissements de SLD (25). La dotation en personnel est l'un des nombreux et difficiles problèmes auxquels ces institutions sont confrontées. Ces problèmes se sont révélés pendant la pandémie de COVID-19, alors que de nombreux établissements semblaient mal préparés à protéger les personnes âgées : près de la moitié des décès mondiaux au cours de la phase initiale de la pandémie sont survenus dans de tels établissements (26).

12. Les services de SLD sont fournis par les secteurs de la santé et des services sociaux, mais souvent sans qu'existe entre les uns et les autres la moindre coordination. En raison de la demande accrue, le secteur privé joue un rôle important dans la prestation des SLD, mais sa participation est mal réglementée (3). Des soins de longue durée fondés sur la stratégie des soins de santé primaires, qui s'inscrivent alors dans un continuum de soins intégrés, peuvent favoriser une meilleure coordination entre les secteurs et une prestation de services qui répondent aux besoins des personnes dépendantes aux soins et de leurs aidants (5). Cette structure appuie la prestation de SLD dans la communauté, favorise le vieillissement chez soi⁴ et améliore l'équité en santé. Elle contribue également à la prévention de la dépendance aux soins par des interventions ciblées, telles que la mise en place de

⁴ Vieillir chez soi est la capacité des personnes âgées à vivre à leur domicile et au sein de leur communauté en toute sécurité, et de manière autonome et confortable, quels que soient leur âge, leur revenu ou leur niveau intrinsèque de capacité (4).

technologies d'assistance, qui aident à optimiser et à surveiller la capacité fonctionnelle d'une personne (5, 27). La prestation d'options de SLD adéquates peut réduire le recours aux services de santé pour des maladies et des problèmes de santé aigus nécessitant des SLD, ce qui contribue à la pérennité de l'ensemble du système. Au Brésil, le système de santé publique dépense au moins US\$ 123 millions par an en hospitalisations prolongées, dont des hospitalisations non directement liées à une cause médicale (28).

13. Des pays parmi lesquels l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, les États-Unis d'Amérique, la République dominicaine et l'Uruguay ont avancé dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de soins. Il est cependant difficile de définir la portée des SLD et d'améliorer leur intégration dans des structures nationales de soins élargis qui incluent des initiatives d'équité entre les sexes et de lutte contre la pauvreté. L'élaboration continue de politiques en matière de SLD et une coordination efficace entre les systèmes sociaux et de soins de santé sont nécessaires pour répondre aux besoins de la population croissante qui dépend des soins, ainsi qu'aux besoins des aidants.

Proposition

14. Cette politique propose des actions prioritaires pour la mise en place, le renforcement et l'élargissement des soins de longue durée dans la Région. Elle se décline en cinq axes d'intervention qui visent à appuyer la prestation de soins de longue durée intégrés et pérennes tout au long de la vie.

Axe d'intervention 1 : Renforcer la gouvernance, la responsabilisation et la gestion par des politiques intersectorielles pour répondre aux besoins en soins de longue durée

15. Une politique intersectorielle nationale doit constituer le fondement de l'organisation et de la prestation des SLD et intégrer la participation de multiples secteurs⁵ via des mécanismes de gouvernance structurés. Une entité gouvernementale de premier plan (ministère, département ou autre) doit être désignée pour coordonner ces différents secteurs et les diverses interventions. Le secteur des soins de santé doit jouer un rôle essentiel dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi de la prestation et de l'intégration des SLD d'un secteur à l'autre, ainsi que dans l'élaboration de stratégies visant à prévenir la dépendance aux soins, en particulier chez les populations en situation de vulnérabilité.

16. Les politiques, stratégies et plans nationaux en matière de SLD doivent définir les responsabilités de chaque secteur, en répondant aux besoins sanitaires et sociaux prioritaires via l'organisation de modèles de soins dédiés. Chaque pays doit évaluer sa capacité actuelle à fournir des SLD et déterminer les mesures nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs.

Axe d'intervention 2 : Renforcer les capacités du personnel en matière de soins de longue durée, notamment celles des agents de santé, des assistants sociaux et des aidants non rémunérés

17. Le personnel de SLD rémunéré doit faire partie d'une force de travail officielle et certifiée, élargie, soutenue, valorisée et renforcée par la formation continue, ainsi que par l'établissement de compétences

⁵ Comprend tous les secteurs concernés : gouvernement (ministères, groupes techniques, législateurs et autres), organisations à but non lucratif, organisations philanthropiques, groupes de bénévoles, organisations de la société civile, entités du secteur privé, organisations multilatérales, universités et autres.

professionnelles minimales. La *Politique concernant les personnels de santé à l'horizon 2030* de l'OPS (29) offre un cadre pour renforcer les capacités du personnel afin de fournir les SLD via des soins interprofessionnels et collaboratifs délivrés en équipe.

18. Les soins non rémunérés doivent être reconnus et valorisés en tant qu'élément clé des soins de longue durée, mais ils doivent également être équilibrés par la prestation de SLD officiels, afin de réduire la charge de travail actuellement imposée aux familles, et en particulier aux femmes. Des mécanismes de formation et de soutien destinés aux aidants naturels doivent être mis en œuvre, élargis et évalués. L'intégration des SLD aux soins de santé primaires peut favoriser la sensibilisation et l'engagement de la communauté, ainsi que la prestation de services visant les aidants naturels, tels que la mise en œuvre de technologies d'assistance, les soins de relève et le soutien psychologique.

Axe d'intervention 3 : Renforcer l'organisation et la prestation de soins de longue durée intégrés et centrés sur la personne, qui répondent aux différents besoins des bénéficiaires et des aidants naturels

19. Des évaluations des besoins et des résultats complètes, fiables, axées sur l'équité, éthiques et acceptables sur le plan culturel sont nécessaires pour éclairer les pratiques de SLD et parvenir à une amélioration suivie. Un modèle de soins fondé sur des données probantes et centré sur la personne doit être en place pour guider l'intégration, l'évaluation et la prestation des SLD le long d'un continuum allant de la prévention des handicaps aux soins de fin de vie.⁶

20. Les décisions relatives à la prestation d'interventions et de services de SLD centrés sur la personne et appropriés sur le plan culturel doivent être éclairées par des lignes directrices fondées sur les meilleures données probantes disponibles. Des efforts doivent être déployés pour atteindre les populations dont les voix, les besoins et les priorités ont été historiquement exclus et marginalisés, ainsi que les personnes qui n'ont pas de protection sociale, et promouvoir un accès équitable aux SLD.

21. Les SLD délivrés à domicile ou au sein de la communauté sont bénéfiques à la santé physique, sociale et émotionnelle et doivent être renforcés et élargis pour promouvoir le vieillissement chez soi. Les centres de santé de premier niveau de soins stratégiquement situés au sein des communautés peuvent fournir un point d'entrée et faciliter l'accès aux personnes nécessitant des SLD et à leurs familles au sein de la communauté, sur le continuum allant de la prévention des besoins en SLD aux soins de fin de vie.

22. Les normes de qualité des SLD doivent être mises en œuvre dans tous les contextes et s'appliquer à tous les secteurs concernés. Il est nécessaire d'investir dans la conception de normes adéquates et appropriées sur le plan culturel pour divers milieux de soins (communautés, domicile, établissement, milieu hospitalier, etc.) et de mettre en œuvre une approche de gestion et de surveillance de la qualité.

⁶ Le continuum des soins de longue durée met l'accent sur la coordination entre les secteurs de la santé et des services sociaux via une gouvernance efficace, sur une transition harmonieuse entre les milieux (domicile, communauté, établissement, soins actifs) et sur la prestation et la collaboration coordonnées d'un rôle de soins à l'autre (prévention, réadaptation, soins palliatifs, soins actifs), tout en couvrant tous les niveaux d'intensité de soins et en fournissant des soins en temps opportun (5).

Axe d'intervention 4 : Augmenter et optimiser le financement durable et équitable des soins de longue durée

23. Les budgets nationaux doivent allouer des fonds publics aux systèmes de santé et de protection sociale pour répondre aux besoins de SLD, en tenant compte des caractéristiques multisectorielles de ces soins. Les pays doivent élaborer des budgets de SLD multisectoriels en s'appuyant sur des processus de planification selon le contexte national.

24. Il est urgent que les pays augmentent le niveau de financement des SLD à partir de multiples sources, en priorisant le financement public et en reconnaissant que l'absence d'investissement aujourd'hui entraînera des coûts plus élevés dans le futur. En outre, des investissements immédiats dans les SLD réduiront le risque de dépenses catastrophiques au sein des ménages, l'appauvrissement et d'autres iniquités pouvant toucher toutes les personnes qui ont besoin de soins et leurs aidants.

25. Les autorités sanitaires doivent accroître les investissements en matière de santé et améliorer l'efficacité des systèmes de santé, en mettant l'accent sur la préservation de la capacité fonctionnelle pour prévenir les handicaps et la dépendance aux soins. Ces investissements doivent être intégrés sur l'ensemble du système de santé, notamment au niveau des soins de santé primaires, pour garantir une approche intégrée des soins.

Axe d'intervention 5 : Renforcer les systèmes d'information pour les soins de longue durée et améliorer la collecte des données et la recherche

26. Il est urgent de mettre en place des systèmes d'information fiables et transparents afin d'orienter l'élaboration de politiques relatives aux soins de longue durée qui soient fondées sur des données probantes, et d'éclairer les décisions en matière de soins afin que celles-ci soient ajustées. Les données sur les SLD doivent saisir les besoins de toutes les populations, notamment des bénéficiaires de soins et des aidants. Elles doivent être ventilées, recueillies de manière suivie et stratifiées par degré de dépendance. Il est de plus essentiel d'intensifier les travaux de recherche sur les SLD pour améliorer en continu leur qualité, leur efficacité et leur efficacité.

Suivi et évaluation

27. Le suivi et l'évaluation de cette politique seront alignés sur les cadres de gestion axée sur les résultats de l'OPS et de l'OMS, et sur leurs processus de suivi et d'évaluation. Les Organes directeurs de l'OPS seront informés des progrès réalisés et des défis rencontrés lors de la mise en œuvre de cette politique par un examen à mi-parcours en 2029 et un rapport final en 2035.

Incidences financières

28. Les États Membres doivent prioriser l'allocation des ressources à la mise en œuvre de cette politique, le cas échéant. Le Bureau sanitaire panaméricain s'efforcera de mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre de cette politique afin d'apporter un soutien aux États Membres (voir l'annexe B).

Mesure à prendre par le Conseil directeur

29. Le Conseil directeur est prié d'examiner les informations présentées dans ce document, de formuler tout commentaire qu'il juge pertinent et d'envisager l'approbation du projet de résolution figurant à l'annexe A.

Annexes

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34321>.
2. Martinez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990–2019: a population-based study. Rev Panam Salud Publica, 2021;45:e114. Disponible sur : <https://journal.paho.org/en/articles/life-expectancy-healthy-life-expectancy-and-burden-disease-older-people-americas-1990-2019>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé et Banque interaméricaine de développement. Long-term care in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C. : OPS et BID ; 2023. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57688>.
4. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : OMS ; 2015. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241565042>.
5. Organisation mondiale de la Santé. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349911>.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 : L'équité au cœur de la santé [Document officiel 359]. Washington, D.C. : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52954>.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [résolution CD53/5, Rev. 2]. 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, D.C. : OPS ; 2014. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60630> .
8. Organisation mondiale de la Santé. Un plan pour une Décennie pour le vieillissement en bonne santé. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>.

9. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève : OMS ; 2001. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/42418>.
10. Organisation mondiale de la Santé. Global report on health equity for persons with disabilities. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>.
11. Aranco N, Ibararán P, Stampini M. Prevalence of care dependence among older persons in 26 Latin American and the Caribbean countries. BID, note technique IDB-TN-2470. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2022. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.18235/0004250>.
12. Fabiani B, Costa-Font J, Aranco N, Stampini M, Ibararán P. Funding options for long-term care services in Latin America and the Caribbean. BID, note technique IDB-TN-2473. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2022. Disponible sur : <https://publications.iadb.org/en/funding-options-long-term-care-services-latin-america-and-caribbean>.
13. Costa-Font J, Jimenez-Martin S, Vilaplana C. Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? J Health Econ, 2018;58 (mars):46-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002>.
14. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P et collab. Aging in Latin America and the Caribbean: social protection and quality of life of older persons. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2022. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.18235/0004287>.
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Taking the pulse of the health system's response to the needs of older persons: situational analysis Chile. Washington, D.C. : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56877>.
16. Bango J, Cossani P. Towards the construction of comprehensive care systems in Latin America and the Caribbean: elements for implementation. New York : ONU-Femmes et CEPALC ; 2021. Disponible sur : <https://lac.unwomen.org/en/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>.
17. Oliveri ML. Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. BID, note technique IDB-TN-2044. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2020. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.18235/0002891>.
18. Stampini M, Oliveri ML, Ibararán P, Londoño D, Rhee HJS, James GM. Working less to take care of parents? Labor market effects of family long-term care in Latin America. BID, document de travail IDB-WP-1105. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2020. Disponible sur : <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Working-Less-to-Take-Care-of-Parents-Labor-Market-Effects-of-Family-Long-Term-Care-in-Latin-America.pdf>.

19. Edwards VJ, Bouldin ED, Taylor CA, Olivari BS, McGuire LC. Characteristics and health status of informal unpaid caregivers—44 states, District of Columbia, and Puerto Rico, 2015–2017. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69:183–188. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6907a2>.
20. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities—ELSI-Brazil. *Rev de Saúde Pública.* 2018;28;52(S2). Disponible sur : <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/154063>.
21. ONU-Femmes. Redistributing unpaid care and sustaining quality care services: a prerequisite for gender equality. Note d'orientation 5. New York : ONU-Femmes ; 2016. Disponible sur : <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/3/redistributing-unpaid-care-and-sustaining-quality-care-services>.
22. Grabowski DC. The future of long-term care requires investment in both facility- and home-based services. *Nat Aging.* 2021;1(1):10–11. Disponible sur : <https://www.nature.com/articles/s43587-020-00018-y>.
23. Villalobos Dintran P, Oliveira D, Stampini M. Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2022. Disponible sur : <https://publications.iadb.org/es/node/32710>.
24. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. BID, note technique IDT-TN-1614. Washington, D.C. : Banque interaméricaine de développement ; 2019. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.18235/0001826>.
25. Silvestre JH, Bowers BJ, Gaard S. Improving the quality of long-term care. *J Nurs Regul.* 2015;6:52–56. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30389-6](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30389-6).
26. Dyer AH, Fallon A, Noonan C, Dolphin H, O'Farrelly C, Bourke NM, O'Neill D, Kennelly SP. Managing the impact of COVID-19 in nursing homes and long-term care facilities: an update. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(9):1590–1602. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.06.028>.
27. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Global report on assistive technology. Genève : OMS et UNICEF ; 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451>.
28. Organisation panaméricaine de la Santé. Taking the pulse of the health system's response to the needs of older persons: situational analysis Brazil. Washington, D.C. : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56876>.
29. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique concernant les personnels de santé à l'horizon 2030 : renforcement des ressources humaines de santé pour des systèmes de santé résilients [document CD60/6]. 60^e Conseil directeur de l'OPS, 75^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 25 au 29 septembre 2023. Washington, D.C. : OPS ; 2023. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd606-politique-concernant-les-personnels-sante-lhorizon-2030-renforcement-des-ressources>.



Projet de résolution

POLITIQUE SUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le 61^e Conseil directeur,

(PP1) Ayant examiné la *Politique sur les soins de longue durée* (document CD61/8),

(PP2) Considérant que la satisfaction des besoins en matière de soins de longue durée présente des défis pour les économies ainsi que pour les systèmes de santé et de protection sociale dans la Région des Amériques, compte tenu des tendances démographiques et épidémiologiques actuelles et futures ;

(PP3) Notant que pour parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, il est nécessaire de disposer de capacités pour fournir des soins de longue durée complets, continus, intégrés et centrés sur la personne pour répondre aux besoins, augmenter l'espérance de vie en bonne santé, améliorer l'équité et réduire les dépenses catastrophiques pour les individus, les familles et les systèmes ;

(PP4) Reconnaissant que l'offre formelle de soins de longue durée dans la Région est actuellement insuffisante, avec une forte dépendance à l'égard des soins non rémunérés fournis par les membres de la famille, en particulier les femmes, et que la demande future de soins de longue durée augmentera de manière significative et rapide, avec une augmentation attendue des niveaux de dépendance aux soins ;

(PP5) Reconnaissant le besoin urgent de faire progresser le développement des capacités intersectorielles en matière de soins de longue durée et de renforcer la capacité des ministères de la Santé à optimiser la capacité fonctionnelle et à prévenir la perte fonctionnelle, en intégrant l'action dans tous les secteurs de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins des bénéficiaires de soins et des soignants ;

(PP6) Observant la nécessité d'améliorer la collecte de données et les systèmes d'information capables de détecter et de suivre les besoins et de hiérarchiser efficacement les actions, en particulier pour les populations en situation de vulnérabilité ;

(PP7) Considérant la nécessité d'investir dans la prestation formelle de soins de longue durée et le coût de l'inaction en termes de résultats en matière de santé, d'espérance de vie en bonne santé, d'impact sur les soignants et de risque accru de dépenses catastrophiques pour les ménages,

Décide :

(OP)1. D'approuver la *Politique sur les soins de longue durée* (document CD61/8).

(OP)2. De prier instamment tous les États Membres, compte tenu de leur contexte, de leurs besoins, de leurs vulnérabilités et de leurs priorités au niveau national :

- a) d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques intersectorielles qui priorisent, créent et élargissent les capacités en matière de soins de longue durée conformément aux besoins actuels et prévus en matière de santé de la population, et de faire un suivi de ces politiques, et d'officialiser la prestation de ce type de soins dans les secteurs de la santé et des services sociaux afin d'accroître l'accès aux soins de longue durée, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité ;
- b) de renforcer les capacités de gouvernance et de gestion dans tous les secteurs pertinents pour répondre aux besoins en matière de soins de longue durée, avec une participation effective des ministères de la Santé à la planification, à la réglementation, à la coordination intersectorielle et à la prestation de soins de longue durée ;
- c) de renforcer l'organisation et la prestation de soins de longue durée intégrés, centrés sur la personne et adaptés du point de vue culturel, qui répondent aux différents besoins des personnes dépendantes des soins et de leurs aidants, en accordant la priorité à la prestation de soins de longue durée dans la communauté et à domicile, en fonction de la stratégie de soins de santé primaires ;
- d) de renforcer la capacité de la main-d'œuvre à fournir des soins de longue durée, de même que l'officialisation et l'organisation des équipes collaboratives de santé et de services sociaux, et d'accroître la formation et le soutien des aidants non rémunérés qui font partie intégrante de la prestation des soins de longue durée ;
- e) d'accroître et d'optimiser le financement durable des soins de longue durée dans tous les secteurs en tant qu'investissement stratégique dans la santé, l'équité et la protection financière et sociale de la population ;
- f) d'accroître la collecte de données et la recherche sur les soins de longue durée et d'inclure davantage d'informations pertinentes sur les soins de longue durée dans les systèmes nationaux de surveillance.

(OP)3. De demander au Directeur :

- a) de fournir une coopération technique aux États Membres afin de renforcer les capacités qui contribuent à la mise en œuvre de la politique et à la réalisation de ses objectifs ;
- b) d'appuyer le renforcement des mécanismes de coordination et de collaboration interinstitutions afin de parvenir à des synergies et à une efficacité dans la coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies et du système interaméricain et avec d'autres parties prenantes travaillant dans le domaine des soins de longue durée ;
- c) de soutenir l'élaboration de politiques intersectorielles nationales, de cadres réglementaires et de capacités nationales qui augmenteront l'accès aux soins de longue durée dans la Région ;

-
- d) de faire un rapport périodique aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur les progrès accomplis et les défis rencontrés dans la mise en œuvre de la politique sous la forme d'un examen à mi-parcours en 2029 et d'un rapport final en 2035.

Formulaire analytique : incidences financières et administratives

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 - Politique sur les soins de longue durée																
2. Unité responsable : Systèmes et services de santé, Unité Parcours de vie																
3. Fonctionnaires chargés de la préparation : Dr James Fitzgerald, Dr Enrique Vega et Mme Patricia Morsch																
4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour : s/o																
<p>5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 :</p> <p>Objectif 1 : élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies</p> <p>Objectif 9 : réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale</p> <p>Objectif 11 : réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales envers les déterminants sociaux et environnementaux de la santé</p>																
<p>6. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 :</p> <p>Indicateur d'impact 8 : Proportion d'adultes de 65 ans et plus qui sont dépendants de soins</p> <p>Résultat intermédiaire 2 : La santé tout au long du parcours de vie</p> <p>Résultat intermédiaire 3 : Des soins de qualité pour les personnes âgées</p>																
7. Calendrier de mise en œuvre et d'évaluation : Cette politique couvre la période 2025-2034.																
<p>8. Incidences financières :</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégories</th> <th>Coût estimatif (en US\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td>1 500 000</td> </tr> <tr> <td>Formation</td> <td>400 000</td> </tr> <tr> <td>Contrats de consultants/services</td> <td>500 000</td> </tr> <tr> <td>Déplacements et réunions</td> <td>500 000</td> </tr> <tr> <td>Publications</td> <td>350 000</td> </tr> <tr> <td>Fournitures et autres dépenses</td> <td>250 000</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>3 500 000</td> </tr> </tbody> </table>	Catégories	Coût estimatif (en US\$)	Ressources humaines	1 500 000	Formation	400 000	Contrats de consultants/services	500 000	Déplacements et réunions	500 000	Publications	350 000	Fournitures et autres dépenses	250 000	Total	3 500 000
Catégories	Coût estimatif (en US\$)															
Ressources humaines	1 500 000															
Formation	400 000															
Contrats de consultants/services	500 000															
Déplacements et réunions	500 000															
Publications	350 000															
Fournitures et autres dépenses	250 000															
Total	3 500 000															

- b) Coût estimatif pour l'exercice 2024-2025 (activités et personnel compris) : US\$ 700 000.**
- c) Sur le coût estimatif indiqué au point *b*), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?** Tous les coûts indiqués au point *b*) peuvent être inclus dans les activités programmées existantes.
-