

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

ACTION COORDONNEE SUR LE VIEILLISSEMENT

Rapport de la quatrième réunion
du groupe de collaboration ONG/OMS
sur le vieillissement

Genève
9 mai 1985



IRP/HEE 116-02
1842V
ORIGINAL : ANGLAIS
NON EDITE

1986

Note

Cette version du document ne constitue pas une publication officielle.

Elle a été préparée par un représentant d'ONG pour être distribuée à tous ceux qui ont participé à la réunion et à d'autres personnes intéressées par les soins aux personnes âgées.

Ce rapport exprime les vues des participants à la réunion et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la santé.

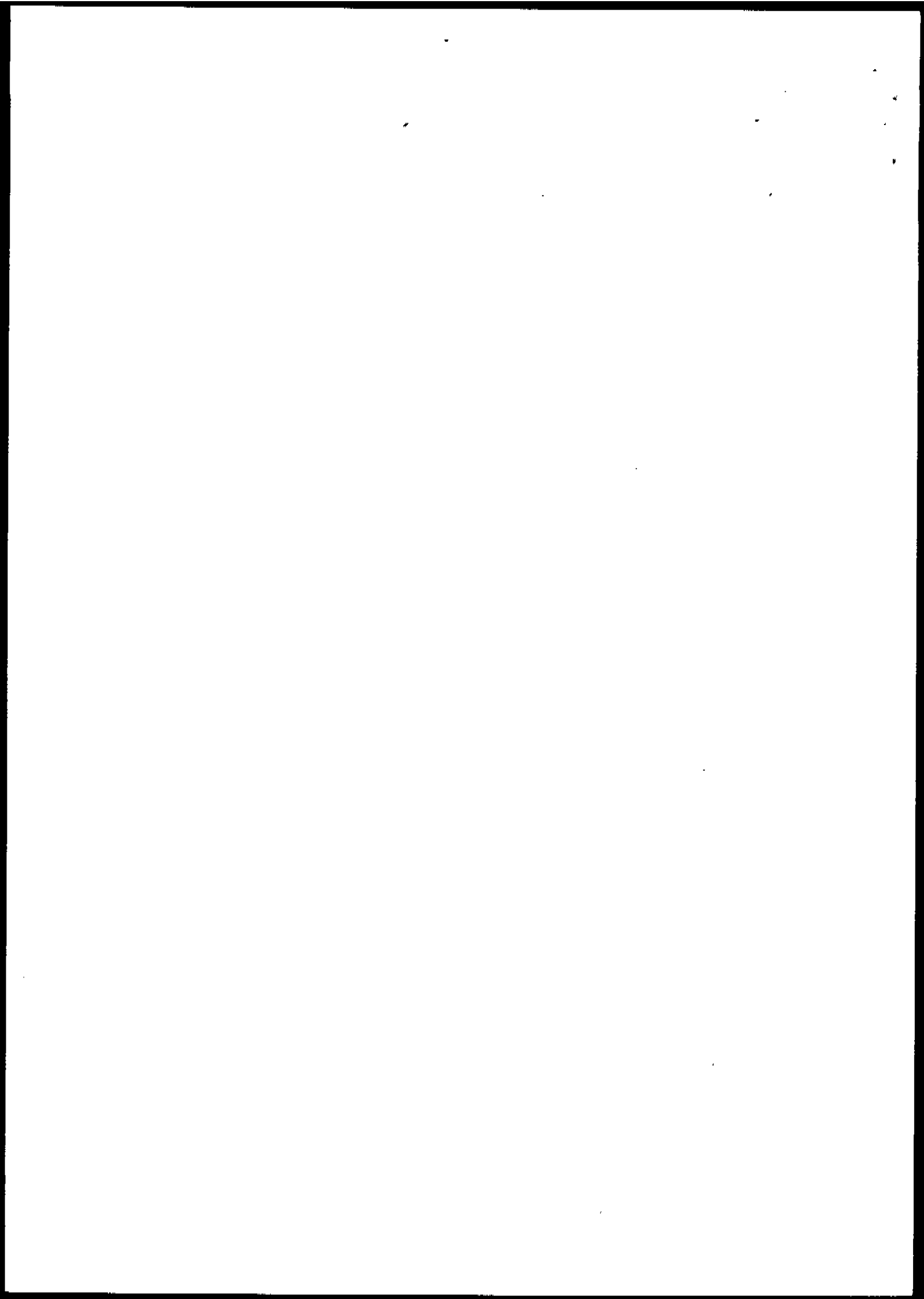
Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport, s'adresser à :

Programme mondial de l'OMS sur la santé des personnes âgées
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
2100 Copenhague O
Danemark

Table des matières

	<u>Page</u>
1. Ouverture de la réunion	1
2. Déclaration du directeur régional pour l'Europe de l'OMS	1
3. Les soins de santé non professionnels : une stratégie mondiale	2
4. Comment faire évoluer les attitudes actuellement négatives à l'égard des personnes âgées?	4
5. Rapports des sous-groupes sur la modification des attitudes négatives envers les personnes âgées	8
6. Assurance de la qualité des soins à long terme au niveau de la collectivité : groupes de discussion et vidéo film	9
7. Rapports régionaux de groupes membres	12
8. Observations du Dr Thomas Mahoney	16
9. Recommandation du comité de rédaction sur le thème "Comment faire évoluer les attitudes à l'égard des personnes âgées"	17
10. Informations données par le Dr David Macfadyen	17
11. Propositions pour l'ordre du jour de 1986	18
12. Clôture	18
Annexe 1 La collaboration avec les organisations non gouvernementales à l'application de la stratégie mondiale de la Santé pour tous	
Annexe 2 Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA38.31)	
Annexe 3 Liste des participants	



1. Ouverture de la réunion

La réunion du groupe de collaboration ONG/OMS sur le vieillissement s'est tenue à Genève le 9 mai 1985 pendant la Trente-huitième assemblée mondiale de la santé. Les représentants de trente-deux organisations non gouvernementales (ONG) et des fonctionnaires de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont participé à cette session d'une journée.

M. John Mayo, directeur de l'organisation Help the aged et président de la réunion de 1985 du groupe de collaboration ONG/OMS sur le vieillissement, a ouvert la réunion à neuf heures. Dans sa déclaration, il s'est félicité de cette possibilité de collaborer avec d'autres ONG situées dans diverses parties du monde; il a souligné que ces organisations avaient un rôle très particulier et pratique à jouer au service de la population. Il a décrit les longs voyages dans le monde qu'il avait effectués pendant les 18 mois où il avait été directeur du mouvement "Help the aged", en les résumant ainsi : "J'ai pu voir par moi-même ce qui peut être accompli par les ONG, entre ces organisations et entre ONG et gouvernements."

Il a déclaré que l'ordre du jour était chargé, mais qu'il faudrait veiller à respecter fidèlement le calendrier. En réponse à une observation du Dr Pathak (Inde), il a souligné le rôle important que les ONG des pays d'Orient et des nations en développement devaient et pouvaient jouer dans les activités de coopération.

2. Déclaration du directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Le Dr J.E. Asvall, après avoir été présenté par M. Mayo, a fait les observations ci-après.

La collaboration ONG/OMS dans le domaine de la santé n'est plus un simple fait divers, mais un grand événement aussi bien à l'échelle de Genève que dans les diverses régions et dans les pays eux-mêmes. De fait, le numéro de mars 1985 de "Santé du monde" est entièrement consacré à des articles décrivant la coopération très utile existant entre les organisations non gouvernementales et l'OMS dans la poursuite du but commun, étendre à toutes les populations du monde le niveau de santé dont nous jouissons tous dans notre Région.

Le numéro de mars de "Santé pour tous" comprend un article de M. David Hobman intitulé "Dans un monde vieillissant" qui, avec une concision louable, décrit l'idéal qui nous anime conjointement : à savoir faire du monde un endroit où l'on vit mieux, non seulement pour les personnes âgées d'aujourd'hui, mais aussi pour ceux qui demain feront partie de cette catégorie, c'est-à-dire nous-mêmes.

Nous devons mobiliser toutes les ressources humaines dont nous pouvons disposer si nous voulons réaliser le but "Santé 2000". Le directeur régional propose de conclure une alliance pour mener cette grande entreprise, alliance d'un grand nombre d'organisations très diversifiées, qui répondrait à trois grandes fonctions : rôle d'incitation, prestation de services, entraide. Ces trois concepts définissent bien les travaux que le groupe mène au cours de l'exercice actuel. Si l'on prend pour commencer le rôle d'incitation en faveur de "Santé 2000", c'est là une activité que le directeur général de l'OMS, le Dr Mahler, entend mener énergiquement. Ce thème avait aussi été traité devant ce même groupe par l'ancien directeur régional, le Dr Leo Kaprio, lorsqu'il avait demandé aux ONG de porter l'étendard de la campagne en faveur des personnes âgées défavorisées dans le monde. C'est ce qu'avait fait la Fédération internationale des retraités à sa réunion de Majorque au mois de novembre. Les messages à transmettre sont clairement énoncés dans l'article de M. Hobman :

- premièrement : la longévité est un bienfait dont il faut jouir et non pas un fardeau qu'il faut supporter;
- deuxièmement : la survie de l'être humain dans des conditions décentes dépend dans une mesure déterminante des facteurs sociaux, économiques et culturels;
- troisièmement : le bien-être des personnes âgées dépend dans une large mesure du respect avec lequel on les traite et du rôle qu'elles continuent de jouer dans la collectivité;
- quatrièmement : l'existence de conditions décentes : revenu, logement, alimentation, soins médicaux et infirmiers, permet de vivre plus longtemps et plus pleinement.

En ce qui concerne le deuxième aspect, celui de la prestation de services, l'OMS attendait de ces réunions annuelles avec les organisations non gouvernementales un inventaire de programmes novateurs d'action des organisations bénévoles au niveau de la collectivité. L'exposition

d'affiches aimablement fournies par les organisations sur le vieillissement, organisée pour les discussions techniques de l'Assemblée mondiale de la santé, est un exemple d'action de ce genre.

Un autre exemple concret d'action était le catalogue des projets relatifs au vieillissement dans le tiers monde que l'Organisation Help the aged avait fait reprendre dans le processus national de planification à Belize et en Inde, très intéressant pour le groupe.

Un troisième exemple était le cas des rapports nationaux de plus de vingt pays africains présentés en décembre dernier à la conférence sur le vieillissement en Afrique, organisée par le Centre international de gérontologie sociale de Dakar, dont M. Flesch devait parler par la suite.

Quant au dernier aspect, celui de l'entraide, il convenait de rappeler ce que disait Gururaj Mutalik dans son article de "Santé du monde" :

"Le développement sanitaire ne peut se faire que grâce à un travail d'équipe créatif fondé sur l'entraide et les soins non professionnels, complétés des services de soins adéquats utilisant des technologies adaptées."

Un produit tangible de la collaboration de l'OMS avec les ONG a été la rédaction d'un manuel sur l'élaboration des politiques publiques et programmes en matière de soins de santé non professionnels pour les personnes âgées. Ce manuel donne des exemples de projets de bien-être ou de cliniques pour personnes âgées bien portantes dont, chose heureuse, M. David Hobman s'est fait le promoteur en Europe. Le manuel propose des programmes de santé pour les personnes âgées, et exécutés par les personnes âgées.

Au début de l'année, il avait été discuté avec le Dr Macfadyen de l'évolution future du programme mondial de l'OMS sur la santé des personnes âgées. On avait convenu que le programme que l'on souhaitait voir apparaître au cours des années 90 était un programme de l'OMS planifié, géré et exécuté par les personnes âgées.

Dans le processus qui devait aboutir à l'élaboration d'une structure de gestion, il était évident que les ONG, particulièrement celles qui représentaient des groupes de personnes âgées, auraient leur mot à dire. Ce processus avait déjà été lancé par des contacts officieux auprès de certains groupes. Au cours de la semaine qui allait suivre, ainsi qu'au cours des prochains mois, on aurait l'occasion de poursuivre cette idée. D'ores et déjà, le plein soutien de l'OMS était acquis à cette initiative. On pouvait espérer qu'à la prochaine réunion, il existerait une structure telle que le groupe puisse commencer à planifier avec l'OMS son programme relatif aux personnes âgées pour 1988 et au-delà, afin que les ONG puissent s'associer à l'OMS, à tous les niveaux d'exécution, dans la tâche qui consistait à améliorer le bien-être physique, mental et social des personnes âgées du monde.

Parlant après le Dr Asvall, le Dr David Macfadyen, directeur du programme mondial de l'OMS pour la santé des personnes âgées, a souligné l'importance des observations du directeur régional et a demandé au groupe de collaboration d'accepter l'invitation formulée par le Dr Asvall d'établir un système effectif de relations entre les ONG et l'OMS. Il a proposé que le groupe de collaboration ONG/OMS sur le vieillissement, après avoir publié un manuel utile sur les soins non professionnels, étudie la possibilité de produire un autre manuel sur le maintien de la qualité des soins dans le cadre des soins à long terme. Il a souligné le large intérêt qui existe dans les six régions pour les travaux du groupe de collaboration et il a proposé que, dans le rapport établi par le rapporteur, les discussions importantes de la journée soient résumées pour que ceux n'ayant pu participer à la réunion puissent en prendre connaissance.

3. Les soins de santé non professionnels : une stratégie mondiale

Le président a alors donné la parole à David Hobman, président de la Fédération internationale des personnes âgées. Dans son exposé, M. Hobman a souligné l'importance de considérer les soins non professionnels sous leur angle le plus large et il a insisté pour que ces activités ne servent pas de prétexte pour réduire les services de santé. Il a fait valoir que les atouts du secteur bénévole étaient l'intérêt passionné qu'il portait à son activité, sa hâte de voir changer les choses et sa capacité à travailler énergiquement sans subir les entraves de la bureaucratie. Il a exhorté les participants à s'associer entre eux et à combiner leurs ressources en évitant de se faire concurrence face à des ressources limitées. Il a reconnu les rôles importants que les ONG jouent auprès des gouvernements et de l'OMS : elles représentent les consommateurs et elles font connaître leurs messages et leurs besoins aux personnes du secteur public les mieux qualifiées pour y répondre.

La question pratique à se poser était, a-t-il dit : "Que peuvent faire les ONG ?" En rassemblant des informations, en faisant un bilan des expériences réussies, en élaborant des

manuels et documents imprimés, et en organisant des conférences internationales et régionales, ces organisations peuvent aider beaucoup à répondre aux besoins des personnes âgées en soins de santé. Les ONG devaient se garder de fonctionner en vase clos et elles devaient s'ouvrir vers le monde extérieur et exercer leur influence sur les organisations médicales, biologiques et d'aide sociale. Elles devaient parler clairement la langue de ceux qu'elles avaient pour vocation de servir. Les ONG et l'OMS devaient unir leurs efforts dans un esprit de coopération pour réaliser les buts communs.

Le président a vivement approuvé le principe de la coopération en tant que grande orientation pour le groupe. A titre d'exemple, il a rappelé qu'au cours de sa visite en Colombie, il avait vu des jeunes enseigner aux personnes âgées les règles de l'hygiène personnelle. Comme M. Hobman, il estimait que les organisations devaient éviter le jargon et parler un langage clair. Un langage trop technique risquait de donner un sentiment d'infériorité à ceux qui avaient besoin de soins. Il a aussi souligné l'importance des soins non professionnels enseignés au niveau de la collectivité.

En réponse à l'exposé de M. Hobman, le Dr J. Deboise, secrétaire du conseil scientifique de la Fédération internationale des associations de personnes âgées, a fait remarquer que l'on avait besoin de deux stratégies distinctes en ce qui concerne les soins de santé aux personnes âgées : l'une pour les pays développés, l'autre pour les pays en développement. Il a mis en lumière la difficulté de recruter et de former des personnes qui puissent communiquer les informations de base sur la santé aux personnes qui en avaient besoin. En fait, les ONG étaient souvent assez bien placées pour identifier ces personnes. Elles faisaient la liaison entre les membres de la collectivité et les décideurs officiels.

Le Dr Meropi Violaki-Paraskeva, représentant l'Association hellénique de gérontologie, a insisté sur l'importance d'entretenir des liens entre les générations et de tenir compte notamment des réactions des enfants à l'égard des personnes âgées. Les ONG, a-t-elle dit, pouvaient influencer sensiblement sur les attitudes des enfants à l'égard des personnes âgées en les rendant conscients des réalités du vieillissement.

Mme Prina Herzog, représentant le Conseil international des femmes, a fait remarqué que, même dans les pays développés, on manque de gens sérieusement qualifiés pour les soins aux personnes âgées, et, aussi bien au sein des ONG que des institutions gouvernementales, de gens ayant une connaissance de base du processus de vieillissement. Elle a insisté sur l'importance de faire participer à la fois les jeunes et les personnes âgées au programme, ce qui serait bénéfique aux uns et aux autres.

Le Dr J.D. Pathak, du mouvement Help the Aged - India, s'est félicité de l'intérêt accru porté par l'OMS aux besoins des personnes âgées. Jusque-là, la famille jouait un rôle important dans le soutien à ce groupe de personnes, mais le système familial était en train de se disloquer. Les familles devaient apprendre à leurs enfants à prendre soin d'autrui; ainsi, les personnes âgées seraient mieux prises en charge, ce qui allégerait la tâche des services officiels. "Si l'homme de demain veut vivre une longue vie", a conclu le Dr Pathak, "il doit mieux se préparer à la vieillesse".

Le Dr P. Hindson, président de l'Union internationale pour l'éducation sanitaire, a souligné que les personnes âgées avaient le droit à une part de ressources dans la société égale à celle des jeunes ou des personnes d'âge moyen. Certes, on pouvait faire valoir que les investissements de soins de santé, en ce qui concerne les personnes âgées, semblaient apporter des résultats limités, mais il fallait comprendre les questions d'éthique qui déterminaient la manière d'affecter les ressources et leur destination.

Le professeur G. Riotton, représentant l'Association internationale des registres du cancer, a affirmé que les recommandations devaient absolument comprendre des plans de mise en oeuvre. Il a souligné l'importance d'utiliser un langage adapté à chaque public lorsque l'on parle des problèmes du vieillissement et de la tâche à accomplir.

Mme Vita Ostrander, présidente de l'American Association of Retired Persons, a parlé de la difficulté de convaincre les docteurs aussi bien que leurs patients âgés que c'est avant tout l'individu qui est responsable de sa propre santé. Tant que les personnes âgées s'en remettent aux docteurs pour s'occuper de leur santé, elles sous-estimeront leur propre capacité à se soigner elles-mêmes.

Mme M. Schwartz, de la Fédération mondiale des ergothérapeutes, a présenté des affiches et gravures pour démontrer que l'on pouvait efficacement communiquer des notions complexes de santé sans recourir à la parole.

Le président a résumé la discussion. Il a remercié M. Hobman pour son exposé très approfondi et les participants pour leurs interventions. Il a alors demandé à M. Sykes de présenter les participants au groupe qui devait étudier les attitudes à l'égard des personnes âgées.

4. Comment faire évoluer les attitudes actuellement négatives à l'égard des personnes âgées ?

M. J. Sykes, représentant le National Council on the Aging (Etats-Unis d'Amérique), a ouvert la discussion du groupe sur le thème "Comment faire évoluer les attitudes actuellement négatives à l'égard des personnes âgées" et formulé les observations résumées ci-après :

Dans le préambule au Plan d'action de Vienne, il est dit : "Les pays rassemblés en Assemblée mondiale sur le vieillissement ... proclament solennellement que la qualité de la vie n'est pas moins importante que la longévité, et que les personnes âgées devraient donc autant que possible pouvoir mener dans leur propre famille et dans leur collectivité une vie enrichissante, saine, sûre et satisfaisante, dans laquelle elles sont appréciées comme membres à part entière de la société". Le Plan d'action résumait ainsi la situation : "le problème que pose la vieillesse aujourd'hui n'est pas seulement celui d'assurer protection et soins aux personnes âgées et aux personnes vieillissantes, mais aussi celui de les impliquer et de les faire participer" et conclut sur une note d'espoir : "il est possible aussi que la réorientation vers une conception du vieillissement positive, active et axée sur le développement résulte d'une action menée par les personnes âgées elles-mêmes".

C'est à une phrase du préambule du Plan : "Les personnes âgées devraient être appréciées comme membres à part entière de la société", que tentait de répondre la discussion du groupe.

En termes précis, comment peut-on faire évoluer les attitudes générales à l'égard de la vieillesse de manière à ce que celle-ci soit considérée comme une période enrichissante aussi bien pour l'individu que pour la société ?

Compte tenu de l'évolution de la pyramide des âges dans nos sociétés, quelles valeurs faudra-t-il mettre en évidence et promouvoir si l'on veut éviter une ségrégation fondée sur l'âge et instaurer une solidarité entre générations ?

Etant donné la diversité considérable qui existe entre personnes d'âge mûr (les écarts individuels tendent à se renforcer avec l'âge), comment formuler sur les personnes âgées des constatations qui débouchent sur des généralisations utiles et non pas sur des stéréotypes nuisibles ?

La population âgée peut en fait être divisée entre ce que l'on peut appeler les "vieillards jeunes" (compétents, capables et en bonne santé) et les "grands vieillards" (fragiles, exposés aux risques, vulnérables, malades); comment peut-on alors décrire et mettre en exergue les réalisations des personnes âgées, tout en attirant l'attention sur le besoin d'aide des vieillards défavorisés ? Serait-il utile de fixer à 75-80 ans l'âge à partir duquel les personnes âgées auront probablement besoin de cette aide, en évitant de poser le principe que toute personne ayant atteint l'âge de la retraite est une personne fragile ?

Comment pouvons-nous éduquer et socialiser les jeunes d'aujourd'hui afin qu'ils n'aient pas à souffrir des préjugés et des stéréotypes dans leur vieillesse ?

Aux yeux de M. Sykes, les mythes sur le vieillissement, c'est-à-dire les stéréotypes négatifs, sont une généralisation abusive du cas des personnes âgées touchées par les infirmités de l'âge, et on doit les combattre en montrant les personnes âgées vivant au mieux, c'est-à-dire travaillant, agissant, contribuant, et profitant de la vie.

Il conclut en présentant les membres du groupe.

M. J. Flesch, président du Centre international de gérontologie sociale, a comparé l'évolution de la situation des personnes âgées et dans la société à une scène de cinéma; il est impossible de susciter les grandes transformations de comportement qui sont nécessaires si l'on s'en tient à une vue statique des choses. Il a également parlé du Plan d'action de Vienne, et a souligné que les mécanismes démographiques sont si puissants que, s'ils n'adoptent pas un processus de planification dynamique, les pays auront à subir les crises résultant de l'accroissement spectaculaire de la proportion de personnes âgées.

M. Flesch a demandé aux pays industrialisés de donner l'exemple aux autres pays en matière de planification à long terme, et de démontrer que cette planification est efficace et nécessaire pour la société (de qualité) que l'on vise à instaurer. Pour que leur action soit efficace, les ONG devaient s'efforcer de "prévenir" plutôt que de "réparer".

M. Flesch a critiqué les médias qui accordaient, en général, trop peu d'attention aux personnes âgées et trop au contraire à l'image de la jeunesse. Il a noté que, compte tenu du besoin urgent d'une représentation plus fidèle des possibilités et problèmes de la vieillesse, les ressources affectées aux programmes en vue de modifier les attitudes du public apparaissaient bien maigres.

M. Flesch a conclu sa déclaration en demandant aux ONG de s'attaquer à la grande tâche d'instaurer une véritable solidarité entre générations. Il a noté que les individus, tout comme les sociétés, devaient faire des plans pour leur avenir. Il a ajouté que les ONG devaient soumettre leurs programmes à un examen très critique et s'assurer que l'action qu'elles menaient aurait bien pour effet de modifier les attitudes à l'égard des personnes âgées. C'était là une condition nécessaire si l'on voulait progresser vers les buts communs.

Mme V. Ostrander, présidente de l'American Association of Retired Persons, a décrit l'image négative de la vieillesse perçue aux Etats-Unis : les personnes âgées y étaient considérées comme un fardeau.

En soi, le fait qu'il ait fallu réunir les représentants distingués de ces organismes pour étudier comment améliorer l'image des personnes âgées était significatif et prouvait à quel point cette image négative était répandue.

Dans un numéro récent de la revue "Ageing international", il avait été demandé aux membres de la Fédération internationale des personnes âgées de discuter de l'image de ce groupe dans la société; dans presque tous les cas, il est apparu que cette image était négative. Parmi les facteurs qui semblaient être à l'origine de cette situation, on a cité le plus souvent l'industrialisation, la meilleure éducation des jeunes et l'urbanisation rapide. Les anciens de la société, qui autrefois occupaient des fonctions hautement respectées, sont maintenant considérés comme des "bouches inutiles" absorbant les ressources publiques, selon les paroles de Bruno Ricci, secrétaire général de la Fédération nationale italienne des retraités, qui avait contribué à l'article précité.

Quant à David Hobman, directeur d'Age Concern - England, il n'avait certainement pas oublié que, comme le disait son article, le Premier ministre britannique Margaret Thatcher avait commencé à parler du "fardeau des soins" pour décrire ce que coûtaient au gouvernement de son pays les prestations en faveur des citoyens âgés.

Sans croire pour autant que la plupart des Américains soient réticents à payer pour les soins donnés à leurs parents et grands-parents, on pouvait s'inquiéter de constater qu'une réunion récente de femmes ayant des fonctions importantes dans le domaine des soins de santé avaient pris pour thème "Le fardeau des prestations sociales : pour qui devons-nous payer" ?

Quels effets avait eu cette attitude des dirigeants et politiciens de nos pays sur nos sociétés et sur les personnes âgées elles-mêmes ?

Aux Etats-Unis, les quatre dernières années avaient été marquées par une offensive sans précédent du gouvernement contre les programmes en faveur des personnes âgées. En 1983, le Congrès avait approuvé des lois visant à réduire de 100 milliards de dollars le programme de sécurité sociale d'ici la fin de la décennie. De même, les programmes d'assurance médicale Medicare et Medicaid avaient été soumis à des restrictions budgétaires considérables qui avaient forcé les Etats à réduire les services, à limiter le nombre de personnes pouvant bénéficier de Medicaid et les frais restant à la charge du bénéficiaire de soins de santé au titre de Medicare.

Aujourd'hui même, les membres du Sénat discutaient des coupes ultérieures qui seraient apportées à ces trois programmes. En ferait-on de même si l'on respectait vraiment les personnes âgées ? Pourquoi le Congrès des Etats-Unis estimait-il juste d'amputer les programmes en faveur des personnes âgées pour réduire le déficit fédéral, tout en laissant totalement exonérées d'impôt de riches entreprises ?

Certes, on pouvait discuter à perte de vue des réponses à ces questions; quoiqu'il en soit, il ne fallait à aucun prix laisser les politiciens aviver le conflit latent entre générations afin de pouvoir démanteler des programmes sociaux qu'ils n'avaient pas envie de financer.

Certes, il était impossible d'ignorer complètement les contraintes économiques lorsque l'on étudiait les relations entre jeunes travailleurs et population à la retraite. On ne pouvait pas cependant laisser s'implanter l'idée que ceux qui ont cessé de travailler ne sont rien d'autre qu'un fardeau pour ceux qui travaillent. Il fallait constamment rappeler aux personnes âgées aussi bien qu'aux jeunes que c'était l'ancienne génération qui avait fait la guerre pour préserver leur liberté, passé toute une vie à édifier la société dans laquelle ils vivent à l'aise et versé un argent durement gagné dans les caisses de retraite si exposées aux combines des politiciens.

Pour améliorer l'image des personnes âgées dans chaque pays, il fallait peut-être enrayer la détérioration des relations entre générations, qui profitait seulement à ceux qui occupent le pouvoir.

L'objectif qu'il fallait se fixer était de rétablir les relations entre jeunes et personnes âgées et de rééduquer nos sociétés, y compris les personnes âgées qui pourraient commencer à se considérer elles-mêmes comme ayant fait leur temps et ne servant plus à rien.

Cette année, l'AARP avait décidé de consacrer une grande partie de ses ressources en personnel et en moyens à améliorer l'image du travailleur âgé dans l'industrie américaine. Dans ce pays, à cause de l'image médiocre s'attachant à ces travailleurs et à leur capacité productive, leurs chances de trouver du travail étaient quasiment nulles.

L'AARP avait lancé une campagne très dynamique pour corriger cette situation, en axant ses efforts sur trois domaines clés. Il s'agit : d'élaborer, de rassembler et de diffuser des informations nouvelles sur les capacités, besoins et droits des travailleurs âgés (et des personnes âgées en général), d'éduquer les employeurs (c'est-à-dire tous les membres de la société et notamment des personnes âgées) sur les capacités de cette catégorie par le biais des médias, de mettre en oeuvre des programmes d'incitation visant à modifier les pratiques de travail (et pratiques sociales en général) qui font obstacle à la participation des personnes âgées, non pas seulement dans le commerce et l'industrie, mais dans tous les secteurs de la société.

Le fossé entre générations est élargi par l'urbanisation : les jeunes familles affluent dans les villes en laissant souvent derrière elles les personnes âgées. La mobilité actuelle de notre culture, imputable au commerce et à l'industrie, a souvent pour effet de disperser les familles dans tout le pays. Un enfant qui n'a pas de contact quotidien avec des grands-parents, des oncles ou tantes ou d'autres parents âgés reçoit en fait des médias ses notions sur les personnes âgées.

Or, comme l'écrivait M. Hobman, "les médias ont tendance à présenter les personnes âgées sous un jour plutôt négatif, comme des entraves au progrès. Elles sont objet de pitié lorsqu'elles sont inactives, mais elles suscitent l'étonnement si elles font preuve de compétence, d'énergie ou d'imagination".

Certes, on ne peut rien faire pour endiguer l'afflux des jeunes vers les centres urbains, ni pour maintenir les familles rassemblées dans une même ville, mais il est tout à fait possible par contre de demander aux médias de veiller à une représentation plus équitable et plus fidèle des personnes âgées. Pourquoi laissent-ils entendre qu'au-delà d'un certain âge, les individus deviennent un groupe où personne ne peut travailler, se distraire, ni fonctionner par lui-même ? Comme on le sait, les personnes de 60, 70 ou 80 ans, sont au moins aussi différentes entre elles que les personnes de 20, 30 ou 40 ans.

Jeune ou vieux, chacun souhaite vivre heureux, en bonne santé, à l'abri du besoin, ainsi que de toute discrimination arbitraire fondée sur le sexe, la race, la religion ou l'âge. Dans la mesure où l'image des personnes âgées dépend de la personne qui est décrite, de celle qui décrit et de celle qui voit cette description, il appartient et il incombe à chacun de faire ce qui est à sa portée pour répondre à ce vœu fondamental.

Le Dr J. Deboise, représentant la Fédération internationale des associations de personnes âgées, a posé la question de l'âge où devraient commencer les préparatifs de préretraite. Il lui semblait qu'en général ce délai était d'environ deux ans. Les préparatifs de préretraite devraient être axés sur les soins non professionnels et la prévention, et des efforts devraient être faits pour mettre en contact les personnes retraitées avec des membres de différentes générations. Les groupes d'intérêt et clubs offriraient aux personnes retraitées la possibilité de jouer un rôle actif dans leurs collectivités.

Pour beaucoup d'individus, le passage de l'emploi à plein temps à la situation de retraité cause de sérieux problèmes; ce n'est que récemment que l'on a porté l'attention voulue à cette question, surtout à cause de l'accroissement rapide du nombre de personnes âgées. Les gouvernements et les jeunes s'inquiètent des répercussions de ce phénomène pour eux. Les jeunes générations considèrent les générations âgées comme des bouches inutiles et comme enlevant des ressources aux générations actives. Il faut donc que les personnes âgées fassent front et défendent leurs intérêts, sinon elles seront privées des conditions nécessaires pour mener une vie satisfaisante.

Les personnes âgées forment un groupe marginal dans la société. En France par exemple, 71% des personnes à la retraite vivent séparées de leurs enfants. Cette marginalisation est une cause de dépression chez ces personnes. Le Dr Deboise a cité des statistiques indiquant que, chez les travailleurs manuels, 25% meurent dans un délai de deux ans après la retraite, ce chiffre restant de l'ordre de 15% pour les professions libérales.

De plus en plus l'opinion publique prend conscience du fait que l'on doit se préparer à la retraite. Une enquête de 1978 au sein de la Communauté économique européenne indiquait que 81% des personnes d'âge compris entre 50 et 55 ans pensent souvent à la retraite, un tiers d'entre eux avec une certaine appréhension, surtout à l'idée qu'ils vont perdre leur place dans la société et donc se sentir inutiles.

Certes, la Fédération se rend compte qu'une action isolée ne peut pas faire grand-chose pour changer les attitudes à l'égard des personnes âgées, mais les organisations peuvent donner aux personnes âgées le pouvoir et la possibilité de se rencontrer, de se comprendre et de se préparer en commun à l'avenir.

Le Dr Deboise explique comment la Fédération internationale des associations de personnes âgées encourage la préparation à la retraite. Il a souligné que chez les personnes âgées la valeur de l'individu ne doit plus être liée à son travail. La retraite ne doit pas être ignorée, mais acceptée comme une nouvelle période de vie qui peut être tout aussi riche que les périodes antérieures. La préparation à la retraite est la préparation à la vie.

La stratégie de la Fédération est de s'appuyer sur l'expérience des personnes déjà à la retraite pour aider les nouveaux arrivants. Elle cherche des meneurs au sein de la collectivité locale, dans un effort partant de la base, pour maintenir la bonne orientation. Elle s'efforce d'inclure tout individu, quelle que soit sa position dans la société, et d'empêcher une stratification sociale dans les clubs. Le but de la Fédération est de fournir des informations éducatives indispensables pour vivre bien la retraite et un programme actif, intéressant et varié. Elle s'efforce de faire participer les gens deux ans avant qu'ils partent à la retraite pour leur faciliter cette transition.

L'objectif du programme est de modifier des attitudes et des habitudes des gens avant la retraite, et de les aider à adapter leurs attentes aux réalités de la retraite. Trois points principaux préoccupent les personnes à la retraite : la santé, la vie sociale et familiale, les moyens économiques personnels. La Fédération encourage les clubs à organiser des ateliers et à fournir des informations se rapportant à chacun de ces problèmes. Tout en étant consciente que les attitudes déterminent dans une large mesure la réussite de la retraite, d'autres aspects tels que la connaissance des droits de l'individu, la connaissance des services existants, et la participation à des activités qui élargissent le champ de vision et stimulent la personne sont également importants.

L'orateur a conclu son exposé en disant que pour atteindre ces objectifs, il fallait que les clubs soient menés par des personnes ayant des qualités de contact humain et d'animation. Les nouveaux retraités devaient être accueillis dans les organisations par des personnes ayant ces qualités. Il a proposé aussi d'identifier des groupes naturels parmi les retraités, au niveau local, où des relations positives puissent se poursuivre après les années actives.

M. J. Murdoch, représentant la Commission médicale chrétienne, a présenté des observations sur la manière de modifier les attitudes générales à l'égard des personnes âgées.

Les orateurs antérieurs avaient dit que les trois principaux rôles des organisations non gouvernementales dans leurs activités en faveur des personnes âgées étaient l'incitation, le service et la promotion des soins non professionnels. Si l'on parle de modifier les attitudes générales à l'égard des personnes âgées, on peut estimer que c'est dans ce domaine d'incitation que les ONG accomplissent leur tâche la plus efficace.

Bien que l'on ne l'admette pas volontiers, presque toutes les sociétés valorisent ceux qui sont productifs économiquement, et ceux qui présentent les aptitudes et attributs de la productivité économique : force physique, agilité, vivacité de réaction et de perception. Ce système de valeurs pénalise évidemment de nombreuses personnes âgées, soit parce qu'elles sont dépendantes, soit parce qu'elles sont jugées l'être.

Les attitudes que nous avons au cours de notre jeunesse à l'égard des personnes âgées se reportent sur notre propre vieillissement et notre propre vieillesse. Si l'on veut éviter les attitudes négatives et injustes à l'égard de la vieillesse, il faut donc commencer à les combattre dès l'enfance.

Des mesures plus spécialisées de préparatifs à la retraite, même prises quelques années seulement avant la retraite, semblent améliorer les attitudes de l'individu envers son propre vieillissement; il est cependant préférable d'agir plus tôt.

Aux États-Unis, certains observateurs constatent une amélioration de la position des personnes âgées, et même dans une certaine mesure de leur rôle. Ils notent que la législation sur la

retraite tend à s'assouplir, que l'attirance physique des personnes âgées semble être mieux reconnue, et que de nombreux politiciens âgés occupent encore des postes importants.

De l'avis de l'orateur, la modification des attitudes envers les personnes âgées est en dernier ressort une question de pouvoir et de droits détenus; la propagande ne suffira pas. En ce qui concerne ce pouvoir, il faudra qu'il soit exercé par le groupe intéressé, en l'occurrence les gens âgés.

L'orateur rappelle que lorsqu'il travaillait au bureau national d'une église confessionnelle certaines mesures préliminaires avaient été prises. Pendant plusieurs années, on avait obtenu certains succès en "administrant aux" personnes âgées, c'est-à-dire en fournissant, des services et moyens à ceux qui en avaient besoin. Maintenant, on s'efforce d'"administrer avec" les personnes âgées. Récemment, on a instauré des moyens pour que les personnes âgées puissent agir pour leur propre compte. On peut espérer que ces mesures aideront à modifier les attitudes vis-à-vis de ce groupe de personnes.

M. Sykes a remercié les membres du groupe. Il a décrit les tâches de chacun des sous-groupes, et demandé des propositions précises sur les stratégies en vue de faire évoluer les attitudes négatives envers les personnes âgées. Les participants ont été répartis en trois groupes pour poursuivre les discussions à ce sujet.

5. Rapports des sous-groupes sur la modification des attitudes négatives envers les personnes âgées

Le sous-groupe A a noté l'importance de faire figurer des personnes âgées à des postes de responsabilité au niveau provincial et local, et de maintenir des personnes âgées au premier plan des campagnes devant le public. Le groupe a constaté que pour réaliser cet objectif il fallait prendre des mesures spéciales pour donner une formation à des personnes âgées qui joueraient le rôle de porte-parole et pour rendre publiques leurs préoccupations. Tant que les personnes âgées ne bénéficieraient pas de la position qui leur revenait, les ressources pour répondre aux besoins de cette catégorie resteraient très limitées.

Tout en reconnaissant l'importance des médias, le groupe a estimé nécessaire de créer au niveau de la collectivité des organisations dans lesquelles les personnes âgées prendraient part à des activités d'entreprise : créations artistique et artisanale, services dans des centres de la collectivité, communication de leurs capacités et partage de leur expérience avec les jeunes.

Le groupe A a recommandé que l'on diffuse dans tout le réseau des exemples de programmes efficaces qui donnaient une image juste et positive des personnes âgées. On a cité à cet égard des exemples de programmes en Colombie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Le groupe B a pris note de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées et a signalé qu'en l'an 2025, les trois quarts des personnes âgées vivront dans les pays qui sont actuellement les plus pauvres du monde. Il a aussi cité l'afflux de la population vers des villes déjà surpeuplées dans la plupart des pays, les personnes âgées demeurant livrées à elles-mêmes sans services sanitaires ni sociaux. Il a préconisé une stratégie de réintégration des générations par le biais de la création de centres dans la collectivité et d'une éducation officielle en gérontologie à tous les niveaux. Le groupe a insisté sur l'importance de souligner le rôle des familles et ce qu'elles peuvent faire pour améliorer l'image des personnes âgées. Il a demandé que le Plan d'action de Vienne soit mis en oeuvre et que l'échange de personnes et d'idées de part et d'autre des limites régionales soit encouragé. Grâce à la collaboration, le rôle des ONG, en tant que fournisseurs et porte-parole, s'exercera plus efficacement; les ONG peuvent jouer un rôle de meneurs dans les activités humanitaires qui, à long terme, amélioreront la condition des personnes âgées.

Le groupe C a jugé que le lieu de travail était un des principaux secteurs où l'attitude vis-à-vis des personnes âgées devait être améliorée. Il a souligné que la formation en matière de confiance en soi pouvait grandement aider les personnes âgées en tant qu'individus à prendre conscience de leur propre valeur et à aider les autres à le faire. On a ensuite souligné l'importance de l'apprentissage pendant toute la vie; les ONG, tout en ayant un rôle variable d'un pays à l'autre, pouvaient stimuler les campagnes d'opinion, la participation de la collectivité et les cours d'auto-affirmation. Les ONG devraient agir sur les médias pour que ceux-ci donnent une image juste des personnes âgées.

Il a été suggéré que, tandis que les groupes commençaient à discuter de la stratégie en vue de modifier les attitudes envers les personnes âgées, un comité établisse une résolution pour la présenter à la fin de la session de la journée. M. Sykes a accepté de le réunir.

6. Assurance de la qualité des soins à long terme au niveau de la collectivité : groupes de discussion et vidéo film

Le Dr Macfadyen a présenté le professeur L. Chambers, consultant engagé pour une courte durée par l'OMS (Copenhague), pour présider la séance sur l'assurance de la qualité.

Après la présentation d'un vidéo film sur l'entretien entre le Dr D. Macfadyen, directeur du programme mondial de l'OMS pour la santé des personnes âgées et le professeur L. Chambers, assistant à l'Université McMaster du Canada, le professeur Chambers a déclaré qu'une importante manière d'assurer la qualité des services de soins à long terme dans la collectivité était d'aider les dispensateurs à évaluer eux-mêmes leur capacité à fournir ces soins. Il a souligné que les stratégies étaient différentes dans les établissements de soins à long terme et dans la collectivité. Il a noté que des stratégies telles que la création de cercles de qualité pour l'auto-évaluation et l'éducation permanente fournie par et pour le personnel de ces établissements étaient indispensables.

Il a rappelé l'expérience de la Hollande, où une association nationale d'assurance de la qualité fournit des conseils gratuits à l'intention des établissements et programmes, en s'appuyant sur le concept de la maison de santé servant à la formation et en échangeant des informations sur les "meilleures pratiques".

Il a décrit les mesures des gouvernements dans divers pays pour encourager les organisations professionnelles à élaborer des normes, les établissements d'enseignement à organiser des cours et activités pour les dispensateurs de soins, et les institutions réglementaires à appliquer des mesures telles que délivrance de certificats, examen par les pairs et accréditation, pour améliorer la qualité des soins. Il a signalé que les incitations financières pouvaient être très utiles dans ces domaines. Il a enfin présenté un groupe de quatre personnes qui devaient discuter de la question générale de l'assurance de la qualité.

Mme S. Greengross, secrétaire général de la Fédération internationale des personnes âgées, a signalé qu'au Royaume-Uni il existait deux systèmes de pratiques, l'un pour les services de séjour, et l'autre pour les maisons de santé. Elle a parlé des difficultés de parvenir à une coopération entre les fonctionnaires des services de santé et ceux des services sociaux pour le contrôle et l'application de ces règles. Les contraintes rigoureuses s'appliquant aux dépenses faisaient qu'il était difficile aux dispensateurs d'assurer à tous les patients internes et patients externes la qualité de soins à laquelle ils avaient droit. Elle a préconisé de corriger les pratiques actuelles qui permettent aux administrateurs de travailler dans l'abstrait sans tenir compte de l'impact de ce travail sur les individus en cause. Le principe selon lequel "les soins extra-hospitaliers étaient toujours supérieurs aux soins en établissement" ne s'appliquait pas en fait au cas des nombreuses personnes pour lesquelles le choix n'existait pas. Elle a incité les établissements à acquérir la capacité et la souplesse voulues pour pouvoir fournir des services connexes tels que relève et soins de jour.

Parlant pour le Conseil international des infirmières, le Dr D. Krebs a pris acte du mouvement tendant à établir des normes pour les soins infirmiers, particulièrement importantes vu le rôle clé que jouent les infirmières dans la dispensation des soins à long terme. Elle a noté que ces normes devraient comprendre les aspects suivants : responsabilité professionnelle, objectifs bien définis, évaluation continue, fonctions clairement précisées, critères de coûts. Elle a constaté qu'il existait aussi un besoin de normes dans le secteur des soins primaires, pour l'évaluation sérieuse du nombre de travailleurs de santé nécessaires, les besoins en ce qui concerne leur formation, l'informatisation et l'importance d'établir des relations collégiales entre dispensateurs de soins de santé. Elle a rappelé que son organisation étudiait les lois ayant des incidences sur les soins infirmiers dans divers pays. Chez les infirmières, on portait beaucoup d'intérêt aux questions de la responsabilité, des normes et des manières d'aider une personne âgée à vivre aussi normalement que possible.

Le professeur J.T. Sykes, représentant le National Council on the Aging (Etats-Unis), a traité dans ses observations des personnes âgées vivant dans la collectivité et de certains problèmes dans l'application des normes d'assurance de la qualité des soins à domicile et dans d'autres lieux où sont donnés des soins à long terme en dehors des établissements. Son exposé, sur le thème "le problème de l'assurance de la qualité dans les soins à long terme dans la collectivité" est résumé ci-après.

Il est manifestement nécessaire d'établir des normes pour mesurer la qualité des soins, grandeur difficile à mesurer. Tout effort pour introduire des processus rigoureux d'évaluation de la qualité témoigne incontestablement d'un intérêt pour le bien-être de la personne âgée. En principe, l'expérience de l'assurance de la qualité dans le domaine des soins aux malades aigus ou chroniques devrait être applicable aux soins dans la collectivité.

Cependant, toute cette démarche soulève de nombreux problèmes :

- 1) L'élaboration de normes est un exercice louable, qui peut déboucher sur la formulation de grands idéaux et principes, mais dont l'utilité pratique est limitée par des facteurs tels que :
 - a) les capacités et la sensibilité des évaluateurs;
 - b) le fait que les résultats soient beaucoup plus importants que les procédures, mais pratiquement impossibles à mesurer, compte tenu de la complexité des maladies chroniques, de leurs difficultés de traitement et de l'interaction entre les composantes physiques et mentales;
 - c) le maintien d'un état de bien-être relatif, ou d'un niveau de satisfaction donné, est fonction d'un grand nombre de services et de conditions; des relations causales sont presque impossibles à établir.
- 2) Du fait que les soins sont fournis par les membres de la famille, les voisins et des personnels bénévoles, le facteur consistant à confier les soins à une personne formée est pratiquement dénué de signification. Qui applique les normes d'assurance de la qualité ? A qui ?
- 3) Bien que certains fassent valoir qu'il existe une technologie des soins et que les soins comprennent des procédures, des démarches, des étapes, il est très difficile de diviser le processus en éléments distincts et mesurables, qu'il faudrait évaluer pour déterminer la qualité.
- 4) Il est fréquent que l'on réclame des normes ou un contrôle soigneux lorsque l'on apprend des cas d'abus ou de négligence; or une réaction générale face à un problème particulier est souvent inefficace.
- 5) L'application pratique des instruments d'assurance de la qualité élaborés pour les établissements de soins aux malades aigus ou chroniques est très problématique. Dans ce cadre, on dispose de certaines bases : graphiques, diagnostics, traitements, formation de personnel, longueur de séjour, etc., pour l'évaluation et le jugement; dans la collectivité, ces informations ne sont pas enregistrées.
- 6) La préoccupation fondamentale, en assurance de la qualité, est l'efficacité pratique et économique des soins de santé. Pour appliquer des tests d'efficacité pratique (résultats obtenus) et d'efficacité économique (procédures, coûts), on doit disposer de normes acceptées et de mesures fiables, ainsi que d'un personnel compétent pour faire ces mesures, interpréter les données et arriver à des conclusions plausibles.

La démarche qui suit la fixation de normes consiste donc à définir et à quantifier les prestations, puis à comparer les prestations effectives avec un objectif hypothétique ou préférentiel. Cette démarche est difficile à suivre, mais, chose plus grave, elle risque de ne mener nulle part.

Considérons un instant une approche à première vue moins scientifique, moins systématique et moins fiable pour atteindre l'objectif : assurer le plus haut degré possible de qualité des soins aux patients dans la collectivité. Pour les personnes ayant trois ou quatre maladies chroniques, le bien-être dépend moins des traitements reçus que de leurs conditions de vie, de la présence d'une famille et d'amis attachés à eux, et enfin que de la manière dont ils voient eux-mêmes leur état.

Les soins dont ils ont besoin ont donc un caractère multiple. Pour ceux dont les maladies chroniques limitent gravement le degré de mobilité et l'aptitude à exécuter eux-mêmes les activités de la vie quotidienne, il faut de l'intérêt et de la présence plus que des médicaments et des thérapies. Les tâches qu'un dispensateur de soins assure sont plutôt simples : généralement cuisine, bain et habillage, quelquefois alimentation, et toujours intérêt, bonne humeur et chaleur humaine. Certes, des capacités sont nécessaires, mais les attitudes vis-à-vis de la personne à soigner sont encore plus importantes.

L'orateur rappelle que, dans un de ses ouvrages Caring with care, il a étudié les attitudes et attentions que devait avoir un fils ou une fille donnant des soins à un de ses parents. A son avis, la qualité des soins dans la collectivité dépend entièrement de celui qui donne les soins, beaucoup de l'attitude et de la santé de celui qui les reçoit, et très peu de démarches distinctes qui pourraient être identifiées, quantifiées et analysées pour déterminer si la qualité des soins a été bonne ou mauvaise, suffisante ou insuffisante.

Pour citer Carl Rogers, psychologue célèbre connu pour ses méthodes de traitement axées sur le client, il est vital de choisir des conseillers ayant les qualités de chaleur humaine, d'empathie et d'impartialité voulues et de les rendre sensibles aux besoins des clients; on obtiendra fatalement de bons résultats si le thérapeute s'intéresse vraiment au cas qui lui est confié.

C'est dans la mesure où les parents auront formé leurs enfants, surtout par l'exemple, à prendre soin des autres, qu'ils pourront compter recevoir à leur tour d'eux des soins de qualité. C'est dans la mesure où l'on s'efforcera de sensibiliser les voisins, y compris les professionnels de la santé, à tendre la main et à accorder un peu de leur temps et de leur chaleur à ceux qui en ont besoin, que l'on mènera une action utile et efficace pour assurer la qualité des soins dans la collectivité. Sinon, on pourra bien mesurer les procédures, définir des résultats hypothétiques, remplir des graphiques et élaborer un processus scientifique, sans atteindre le but vraiment visé : assurer la qualité des soins.

Dans le domaine des soins aux personnes âgées, il existe depuis longtemps un conflit entre le modèle médical et le modèle social : on veut absolument des techniciens alors qu'on a besoin d'humanistes. Bien que l'on ait déjà évoqué les limitations des modèles médicaux de la "santé", telle qu'une visite du médecin ou un séjour à l'hôpital est censée nous l'apporter, certains professionnels semblent prêts, une nouvelle fois, à s'en remettre aux instruments d'assurance de la qualité, élaborés pour les médecins, les professionnels de la santé et les établissements de soins aux malades aigus pour évaluer la qualité des soins dans la collectivité.

Nous en savons assez sur ce qui aide les gens à vivre avec la maladie, sur les limitations de la technologie médicale, sur le vieillissement et la condition humaine pour ne pas nous laisser leurrer par les symboles de la respectabilité scientifique. Mieux vaut poursuivre l'objectif de la qualité des soins en nous-mêmes, chez nos enfants, chez nos voisins. Pour influencer sur l'esprit dans lequel sont donnés les soins, il faut aider ceux qui portent le lourd fardeau d'avoir à donner des soins constants en leur apportant un soutien, tant personnel que public.

Certes, la présence d'un médecin, d'un thérapeute ou d'un conseiller qualifié peut être nécessaire à différents stades de la vie et de la maladie, mais, dans la collectivité, une personne qui souffre d'une maladie chronique incapacitante a besoin de la sollicitude de la famille et des amis. Rien ne sert de rechercher la solution du problème dans des instruments : examens par les pairs, résultats hypothétiques et mesures quantifiables. Le receveur et le donneur de soins savent si cette qualité a été atteinte, avec ou sans test selon des normes officielles.

Le professeur A.M. Davies, représentant l'Association des écoles de santé publique en Europe, a noté le rôle important que les ONG peuvent jouer dans l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de soins à long terme. Malgré les difficultés de tous genres : personnes âgées démunies placées d'office dans les établissements, dégradation de nombreux établissements, destruction d'installations anciennes sans construction de nouvelles, très forte proportion de personnes non formées parmi les soignants, on peut faire beaucoup.

Les ONG doivent accepter la responsabilité de faire tout leur possible pour améliorer les conditions dans les maisons de soins, pour fournir du personnel et pour faire en sorte que soit améliorée et contrôlée la qualité des soins.

D'autres aspects à étudier sont aussi les facteurs qui sont à l'origine de l'admission dans un établissement, tels qu'accidents ou chutes, et l'usage efficace d'instruments de dépistage qui permettent d'identifier ceux qui ont besoin d'être placés. Il faut mettre en place une stratégie préventive sur divers points : hygiène bucco-dentaire, mesure fréquente de la pression artérielle, surveillance de la perte d'acuité auditive. Le personnel des établissements travaillant sur le terrain ne doit pas renoncer à agir sur les problèmes qui sont corrigibles chez les personnes âgées.

Le professeur Chambers a remercié les présentateurs. Il a noté qu'une solution pour améliorer la qualité des soins est de fournir une aide technique à ceux qui ont le souci de bien faire. L'assurance de la qualité ne devrait pas être limitée à des aspects tels que rapport coût/efficacité et autres critères "politiques". Il faut trouver un équilibre entre le niveau de soins voulu et la capacité de la collectivité à fournir ces soins. Il a préconisé la publication de manuels, livrets d'instruction et documents qui permettent aux professionnels, aux non-professionnels et à d'autres de pratiquer l'art et la science des soins.

Le Dr Krebs a réaffirmé que le développement de normes est indispensable dans une activité où l'objectif est de soigner, et non pas de guérir, et où le principal résultat doit être de préserver la dignité du patient.

Mme Ostrander a discuté du système des groupes de diagnostics analogues et des incidences financières attendues de ce système sur la sortie prématurée de patients âgés des établissements, et les conséquences qui en résulteraient pour les maisons de soins. Les patients étaient renvoyés dans la collectivité avant qu'un système efficace de soins à domicile n'ait été mis en place. Faute de services suffisants au niveau de la collectivité, notamment en soins de jour, et sous la pression des mesures d'austérité, la qualité des soins à long terme souffrirait inévitablement.

Elle a souligné l'importance des efforts pour informer à la fois les consommateurs de services et leurs médecins sur les types et niveaux de soins qui pourraient être nécessaires et d'instaurer un mécanisme pour répondre, examiner et traiter les plaintes.

Le Dr Macfadyen a demandé que l'on fasse cesser les pratiques consistant à "entreposer" les personnes les plus fragiles de la société, et a proposé que, pour protéger la dignité de cette catégorie de personnes, les ONG et les institutions gouvernementales collaborent à la mise au point de documents et stratégies nécessaires pour leur garantir un traitement décent.

M. Hobman, tout en reconnaissant que les normes et règles pratiques sont indispensables, a déclaré qu'elles ne servaient à rien s'il n'était pas prévu de sanctions en cas de non-respect. Les institutions situées dans la collectivité même avaient un rôle actif à jouer pour garantir la qualité des soins.

Le Dr Davies a préconisé que l'on examine de près le concept de l'autonomie et sa relation avec la qualité de la vie de l'individu. M. Murdock a mis en garde contre le "culte du professionnalisme" et la multiplication des certificats d'aptitude, qui n'étaient pas un moyen effectif d'assurer la qualité des soins pour les patients de longue durée.

7. Rapports régionaux de groupes membres

M. J. Flesch, faisant rapport au nom du Centre international de gérontologie sociale, a parlé de la conférence africaine sur la gérontologie et a signalé que d'excellentes recommandations avaient été adoptées sur la base d'une évaluation réaliste des programmes et des possibilités. La plupart des gouvernements africains semblaient conscients des problèmes que posait le vieillissement pour leur société. Dans celle-ci, la famille jouait un rôle clé pour la protection des membres âgés. L'évolution technique avait fait des personnes âgées des marginaux dans leur société, effet aggravé par l'exode des jeunes vers les villes. Cependant, les nations africaines avaient de meilleures chances d'éviter le problème de l'image défavorable des personnes âgées, grâce à une éducation avisée des jeunes.

Parlant à propos de la Fédération internationale des personnes âgées, Mme S. Greengross a déclaré que la Fédération avait doublé le nombre de ses membres, qui comprenait maintenant 90 pays, et que, grâce à cette diversité, cette organisation avait accès à des individus qui disposaient de certaines capacités importantes pour la formation. Elle a noté que la production de manuels de formation avait été une activité majeure de la Fédération et que celle-ci répondait maintenant à de nombreuses demandes de pays en développement concernant des programmes de soins peu coûteux au niveau de la collectivité. Elle a conclu en disant que l'échange d'informations par les manuels et les individus se développait et continuerait d'être un élément fondamental du programme de la Fédération.

M. J. Mayo, directeur de Help the Aged, a décrit le programme de cette organisation et a insisté sur l'importance de reconnaître le rôle des personnes âgées à la fois comme producteurs de revenus et comme consommateurs dans toutes les sociétés. Il a insisté sur le rôle des activités touchant plusieurs générations pour faire naître un esprit de solidarité entre elles. Pour cette organisation, les personnes âgées doivent prendre part aux décisions qui les affectent. Il a mentionné des activités à Belize, en Inde et Colombie, où elle participe à des projets et programmes visant à améliorer le sort des personnes âgées économiquement faibles. Il était essentiel que les programmes de développement soient dépouillés de tout caractère caritatif et qu'ils apparaissent comme une collaboration pratique entre parties mutuellement intéressées.

Mme M. Esnard, représentant la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, a déclaré qu'il y avait 136 sociétés nationales ayant des mandats et programmes d'action différents, mais qu'elles portaient toutes une attention accrue aux besoins des personnes âgées. Elle a parlé d'une étude faite dans la zone de Méditerranée orientale sur la nutrition et la famine, auprès des sociétés nationales. La Ligue publie des informations importantes pour les donneurs de soins.

M. D. Hobman, parlant au nom de Age Concern, a signalé que son organisation comprenait 1300 groupes, dont 80 groupes nationaux travaillant en association dans le cadre de Euro Link-Age. Il a parlé des accords particuliers qui existent entre Age Concern et le Parlement européen et les possibilités qui s'offrent à l'organisation d'influer sur la politique dans les domaines des soins de relèvement, de la santé mentale des personnes âgées, du logement et des questions relatives aux femmes. Il a parlé des résultats fructueux du travail mené avec un groupe interparlementaire au Parlement européen. Le fait que huit pays aient présenté leur candidature à la présidence de ce groupe s'occupant de questions liées à l'âge témoigne du vif intérêt qui lui était porté.

Le Dr A.M. Davies, représentant l'Association des écoles de santé publique en Europe, a annoncé qu'en septembre l'Association tiendrait une conférence internationale à Jérusalem, qui

traiterait du rôle des écoles de santé publique dans une société vieillissante. L'Association avait entrepris de constituer une fédération mondiale des écoles de santé publique et de collaborer avec les ONG dans divers pays sur des projets et programmes spéciaux.

Le Dr J.D. Pathak, parlant au nom de Help the Aged - India, a discuté des implications de la mutation société rurale-société urbaine, dans laquelle les systèmes traditionnels se disloquent. Il a insisté sur l'urgence d'identifier, d'étudier et de résoudre les problèmes des pays d'Orient. Tout en reconnaissant la grande importance des facteurs économiques, il a fait remarquer que dans les sociétés en développement les personnes des classes sociales défavorisées vieillissent plus rapidement et que ce sont elles qui ont le plus besoin de formation pour pouvoir prendre des mesures pratiques en vue d'améliorer leurs conditions de vie.

Il a demandé aux ONG de jouer le rôle de coordination dans la formation à "la vie au troisième âge", pour intégrer diverses traditions et pratiques religieuses, pour fournir et former des auxiliaires médicaux, et pour appliquer dans les pays en développement les notions déjà connues en nutrition, en hygiène et en prévention.

En ce qui concerne l'Inde, il a rappelé que ce pays avait signé la résolution d'Alma-Ata, sur la "Santé pour tous d'ici l'an 2000". Cette entreprise devait être soigneusement préparée. La mortalité aussi bien chez les enfants que chez les adultes était plus élevée en Inde que dans les autres pays. La vie humaine y était interrompue beaucoup plus tôt, et c'est pourquoi les personnes de plus de 60 ans représentaient une proportion relativement faible de la population totale; cette situation allait cependant se modifier bientôt.

On ne disposait pas encore de statistiques valables à l'échelle du pays sur la santé des personnes âgées.

La santé était la seule richesse des personnes âgées. C'était l'âge où l'on avait besoin de plus d'attention et de services médicaux. Aucune clinique gériatrique, hôpital ou clinique de jour spéciaux n'étaient prévus dans les plans quinquennaux de l'Inde. Aucune mesure ou priorité spéciale n'était accordée aux personnes âgées pour l'admission aux hôpitaux même en cas d'urgence. Il était futile de s'attendre à ce que les services qui existent dans les pays en développement pour les personnes âgées puissent être offerts dans un avenir proche en Inde.

Il suffisait à cet égard de comparer le budget affecté aux personnes âgées aux Etats-Unis et en Inde. Les Etats-Unis ont presque autant de personnes de plus de 60 ans que l'Inde (33,9 millions). Dans ce dernier pays, les personnes âgées n'ont pas d'autres mesures de protection que leur système familial. Actuellement, avec le durcissement des conditions de vie, les personnes âgées risquent à long terme d'être mal vues, évolution impensable. On pourrait envisager le cas où le fils le plus dévoué ne soit pas en mesure de s'occuper de ses parents âgés à l'avenir.

Le Dr Pathak a donné des informations statistiques comparant les dépenses affectées aux Etats-Unis et en Inde pour les soins de santé, et les projections concernant les besoins de main-d'œuvre dans ces pays. Les dispositions existantes en matière de soins de santé en Inde pour la population sont très insuffisantes. Rien n'est prévu actuellement pour les soins gériatriques; c'est là une tâche impérative.

Tout programme nécessite des ressources financières. L'obstacle principal à la réalisation des objectifs et au développement des ressources dans les villages et les quartiers pauvres a été la pénurie d'argent. La santé et l'éducation font partie des services sociaux qui malheureusement ont reçu la plus faible priorité dans les affectations financières.

Certes, il ne serait pas raisonnable pour un pays pauvre comme l'Inde de vouloir copier toutes les mesures et institutions qui, même dans des pays riches, apparaissent comme difficiles à financer et à entretenir. Au lieu de vouloir viser trop haut, mieux vaut adopter un certain nombre de mesures pratiques :

- création de centres de conseil : destinés à aider les personnes avant et après le départ à la retraite, particulièrement pour les questions économiques, de santé, d'adaptation sociale et autres questions du même genre;
- octroi d'aides financières mineures : prise en charge partielle ou totale pour les dentiers, lunettes, cannes, etc., appareils auditifs, éléments nutritifs tels que protéines et vitamines; médicaments courants ou autres articles de base; priorités et réductions pour les voyages et transport; littérature, distractions, récréation; organisations des cérémonies funèbres;

- élargissement des services dans les centres médicaux existants : dans les hôpitaux, existence d'un guichet spécial et de conditions de priorité en faveur des personnes âgées dans les cliniques pour patients externes, et facilités d'admission dans les cas nécessaires, renforcement des services de physiothérapie et d'ergothérapie; lorsqu'il est possible, création de centres de jour, d'unités spécialisées séparées, de départements de gériatrie; formation des patients et parents sur les aspects de santé, de nutrition et de soins ordinaires;
- foyers pour personnes âgées : résidences temporaires : utilisation des sanatoriums vacants, des dharmashalas particulièrement dans les lieux de pèlerinage, avec un minimum de services : nourriture saine à un prix raisonnable, soins médicaux d'urgence, environnement décent;
- Institut indien de gérontologie : celui-ci établirait un modèle pour le lancement de programmes d'éducation en gériatrie, de recherche et d'activités intellectuelles, bibliographie, information, réunions et planification en fonction des conditions dans les pays, etc.;
- éducation gériatrique : introduction à la gériatrie dans la formation médicale de base, les cours paramédicaux, les diplômes d'études spécialisées, les cours de recyclage pour praticiens; dans tous les centres féminins d'éducation : enseignement des notions élémentaires de soins infirmiers, et des premiers secours; à l'adresse du grand public : publication, entretien, communiqués de presse, conférences radiodiffusées et télévisées sur le thème : comment préserver la santé.

Le Dr Pathak a conclu en déclarant que chaque citoyen s'acheminant vers cette période de sa vie doit commencer à se préoccuper de sa situation économique, de sa santé et de ses activités sociales, et accepter l'évolution des temps.

M. J. Murdock de la Commission médicale chrétienne a présenté à la réunion des renseignements sur la situation dans le Pacifique occidental. Il a cité les informations données par le Dr Tofesono Imo sur la condition des personnes âgées à Samoa, d'après lesquelles ces dernières font l'objet d'une profonde affection et d'un grand respect à cause de leur âge. Une place sûre leur est réservée dans la famille.

C'est pourquoi il n'a pas été adopté dans cette région de législation nationale pour les soins aux personnes âgées : ces soins sont donnés par des non-professionnels et par la famille. Cependant, le Dr Imo prévoit qu'inévitablement la durée de vie progressera grâce à divers progrès sanitaires et que sans doute l'accroissement de la proportion de personnes âgées et de la longévité contraindra la société à prévoir d'autres méthodes de soins et d'autres services.

Toutefois, il signale que les établissements du type occidental pour personnes âgées rencontrent une forte résistance dans cette région, où on estime que ces établissements ne sauraient remplacer la famille elle-même. Le Dr Imo estime que ce problème se pose aussi à propos des soins donnés aux patients âgés dans les hôpitaux. Pour lui, la santé est l'état d'"être en paix avec notre famille autour de nous", et la guérison vient donc plus de l'attouchement humain que de l'usage de la technologie.

A son avis, les maisons de retraite du type occidental ne sont rien d'autre que des endroits où une société indifférente relègue les personnes âgées pour qu'elles finissent leurs jours sans trop de souffrances.

Il observe que la situation est actuellement en train d'évoluer, avec l'accroissement considérable, au cours des vingt dernières années, de la proportion de personnes ayant plus de 75 ans. Il considère que les soins non professionnels sont indispensables pour les personnes âgées dans la région de Samoa et que les activités d'éducation sanitaire et de promotion de la santé visant cette catégorie doivent donc être considérablement renforcées.

Le Dr Imo, dans ses observations, cite les églises comme étant à l'origine de beaucoup d'activités positives, grâce à l'intérêt qu'elles portent depuis longtemps aux approches multidisciplinaires.

Le Dr M. Violaki-Paraskeva, parlant pour l'Association hellénique de gérontologie, a fait savoir que cette association avait fait des recherches sur les attitudes des enfants à l'égard des personnes âgées. La question à se poser à cet égard était "Quand commence la vieillesse ?". Si l'on veut créer un climat de respect à l'égard des personnes âgées, il faut que les jeunes puissent mieux comprendre les personnes âgées et leurs besoins. Les membres de l'Association s'intéressent beaucoup aux problèmes de la retraite en Grèce.

M. J. Sykes, représentant le National Council on the Aging - USA, a décrit les nombreuses activités du Conseil en vue de promouvoir des attitudes saines et positives à l'égard des personnes

âgées. Il a fait savoir que le Conseil continue d'œuvrer en faveur du renforcement et à la préservation du système de sécurité sociale et d'un programme d'assurance de soins de santé plus complet et moins coûteux. Le Conseil s'occupe des questions relatives aux soins à long terme et de la place que le logement a dans le système de soins de longue durée. La conférence annuelle du Conseil réunit des professionnels de ce domaine, y compris des représentants d'autres pays. Grâce à une alliance entre les groupes s'occupant des personnes âgées, ceux-ci disposent d'un poids important dans les débats politiques concernant l'âge et la retraite.

Faisant rapport pour le US Committee on World Aging (confédération ouverte de groupes s'intéressant à la mise en œuvre des recommandations du Plan d'action de Vienne), M. Sykes, en tant que président du Comité, a dit que celui-ci avait insisté auprès du Congrès et du gouvernement des Etats-Unis pour qu'ils travaillent à la mise en œuvre de certains éléments fondamentaux du Plan d'action. Le Comité avait entrepris une enquête pour déterminer l'importance des cours internationaux sur le troisième âge dans les établissements d'enseignement supérieur. Le Comité accueillera le réseau international sur le troisième âge en liaison avec le congrès international qui doit se tenir à New York en juillet.

Le Rev. K. Irwin, directeur du New Zealand Council of Christian Social Services, a énuméré les principaux sujets intéressant le Conseil à savoir la tâche d'organiser des soins dans la collectivité pour les groupes vulnérables, les besoins spécialement grands des individus les plus fragiles, les problèmes particuliers des femmes et de leurs conditions de vie. Il a déclaré que les églises devaient s'attaquer à ces problèmes et collaborer avec d'autres institutions pour instaurer une vie meilleure, voulue et méritée par tous.

Le Dr T. Hovaguimian, parlant pour l'Association internationale de gérontologie, a fait savoir que les buts de l'Association sont d'encourager la recherche et de faciliter l'accès à l'information en biologie, en médecine et en sciences sociales en ce qui concerne les personnes âgées. Il a brièvement retracé l'historique de l'Association et annoncé la tenue d'un congrès international en juillet à New York. L'Association et ses groupes membres nationaux se sont consacrés à la formation de personnel qualifié et au développement de possibilités de formation pour les diverses professions s'occupant de gérontologie. Outre ses activités de recherche et de formation, l'Association s'occupe de protéger les droits des organisations gérontologiques face à des problèmes nationaux ou internationaux.

Le Dr Hovaguimian a rappelé les nombreuses activités coopératives menées par l'Association avec l'OMS. Il a mentionné les réunions régionales ou internationales que l'Association avait organisées sur des sujets intéressant le vieillissement des sociétés et des individus. Il a parlé de travaux visant à élaborer un vocabulaire scientifique commun pour les personnes s'occupant de gérontologie au niveau international. Il a conclu en mentionnant l'attention accrue portée par l'Association aux questions des personnes âgées dans les pays du tiers monde.

Mme L. Fiori a décrit les activités menées par le Comité international des infirmières catholiques en vue de sensibiliser les associations membres à la condition des personnes âgées par des articles, conférences et bulletins. Le Comité porte une attention particulière aux questions de qualité de vie et à l'importance de la libre détermination et des soins non professionnels. Le Comité diffuse à grande échelle des articles, publie des manuels et organise des ateliers et des stages de formation sur les techniques de santé pour les infirmières. L'oratrice a cité un programme en Asie, où les soins aux personnes âgées dans la collectivité était le thème principal de la conférence.

Mme Kettlety, représentant Help the Aged - Africa, a formulé quelques observations sur la condition des personnes âgées en Afrique, résumées ci-après :

- il faut rechercher comment préserver les systèmes de valeurs et attitudes existants à l'égard des personnes âgées. On peut également appliquer la notion de famille élargie en encourageant les proches et la collectivité à porter une aide aux personnes âgées;
- il faut rechercher comment entrer en contact avec les personnes âgées isolées. Les personnes âgées malades et handicapées ne devraient pas être laissées à l'abandon;
- il faut encourager les personnes âgées à être autonomes et indépendantes. L'organisation Helped the Aged travaille dans ce sens en soutenant les projets d'entraide, les projets sources de revenus, etc.;
- enfin, en ce qui concerne l'amélioration de l'échange d'information entre les personnels sur le terrain, l'Association publie un bulletin régulier AGEWAYS, guide pratique sur les soins aux personnes âgées.

Mme V. Ostrander, parlant au nom de l'Association des retraités, a déclaré que l'Association avait eu des réunions avec des fonctionnaires de l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO) pour discuter d'un échange mutuel d'informations et de documents entre le système d'information en ligne de l'Organisation et le système AgeLine, l'important système informatisé de recherche de données sur le vieillissement exploité par l'Association. Cette dernière a accepté de mettre ce système à la disposition de PAHO soit en identifiant la littérature utile aux fonctions de cette dernière, soit en partageant des citations abrégées des rubriques qu'elle souhaite inclure dans sa propre base de données. PAHO s'intéresse en outre à la normalisation de la terminologie qu'elle utilise pour son système de documentation avec la terminologie de AgeLine. L'Association a fourni à PAHO un exemplaire du thesaurus actuel pour l'utilisation d'AgeLine. De son côté, l'Organisation partagera avec l'Association des bibliographies ou documents pour qu'ils soient incorporés à AgeLine.

L'Inter-University European Institute on Social Welfare avait envoyé une lettre pour qu'elle soit incorporée au rapport. Elle était signée du directeur général, Serge Mayence, et avait la teneur ci-après.

L'Institut n'avait pu, ce qui était regrettable, participer à la réunion parce qu'elle coïncidait avec le dixième anniversaire de la première université belge du troisième âge, créée par lui.

Cependant, l'Institut avait activement poursuivi ses travaux dans le domaine de la gérontologie sociale tant au niveau national qu'au niveau international. A ce propos, il avait préparé l'ouverture de la première université du troisième âge pour l'Afrique et le monde arabe, qui serait située à Tunis. En outre, en étroite collaboration avec les autorités tunisiennes et l'organisation tunisienne pour l'éducation et la famille, un centre de documentation en gérontologie sociale avait été créé; il disposait déjà d'une base bibliographique importante pour tous ceux qui s'intéressaient aux problèmes des personnes âgées. Le centre s'adressait principalement aux personnes travaillant dans la collectivité (médecins, personnel médical auxiliaire, travailleurs sociaux).

8. Observations du Dr Thomas Mahoney

Le président a présenté le Dr Mahoney, consultant auprès de la Chambre des représentants des Etats-Unis.

Le Dr Mahoney a dit qu'il était "surpris par le fait que les ONG ne portent pas attention aux aspects fondamentaux d'éthique et de morale soulevés par les questions de soins de santé". Il se préoccupait beaucoup de voir que les "facteurs économiques avaient remplacé les considérations cliniques" dans l'application des connaissances médicales aux soins des êtres humains. Il a cité l'instauration des "groupes de diagnostics analogues" aux Etats-Unis en vue de limiter le coût des soins de santé. Le résultat de cette nouvelle pratique avait été que de nombreuses personnes âgées avaient dû sortir prématurément des hôpitaux. Il a aussi demandé aux ONG de prendre position dans le débat sur le moment où les systèmes de maintien de la vie devaient être retirés. Enfin, il s'est inquiété du risque que certaines personnes ayant besoin de soins se voient refuser l'admission à l'hôpital parce que des administrateurs appliquaient au pied de la lettre des consignes financières.

Il a demandé que la recherche soit poussée en dépit des critiques politiques qui visaient la mise au point et l'utilisation des méthodes à haute technologie pour les soins aux individus. La recherche biomédicale offrait de grands espoirs pour l'avenir de ceux que l'on appelait "les grands vieillards", a-t-il noté; il fallait que les gouvernements financent la recherche nécessaire sur ce point.

Le Dr Mahoney a continué par un plaidoyer énergique pour la suppression de la mise à la retraite obligatoire. La personne qui se voit refuser la possibilité de continuer à travailler alors qu'elle est physiquement et mentalement apte à le faire, subit de graves dommages psychologiques. Il a cité des études qui démontrent que beaucoup de personnes régressent dans les trois ans qui suivent le départ à la retraite forcée. Ces personnes perdent leur sens de l'indépendance et de la dignité; par la suite, se sentant devenues un fardeau pour leur famille, elles perdent leur volonté de vivre.

En conclusion, il a vivement incité les ONG à montrer l'exemple en voyant plus loin que les entraves politiques et économiques immédiates, et en préparant la vie dans une société future où le nombre de personnes âgées continuera d'augmenter. Il fallait donner aux personnes âgées les meilleurs soins techniquement et humainement possibles.

A la suite de cet exposé, il y a eu une discussion à ce sujet, où les participants sont intervenus activement.

9. Recommandation du comité de rédaction sur le thème "Comment faire évoluer les attitudes à l'égard des personnes âgées"

Le groupe, tout en étant conscient que l'élaboration d'une stratégie pour faire évoluer les attitudes envers les personnes âgées ne saurait être une tâche d'une journée, voudrait cependant proposer les considérations suivantes pour qu'elles soient discutées, élargies et mises en oeuvre.

Nous estimons ensemble que notre objectif devrait être une société dans laquelle il n'y ait pas de discrimination à l'égard de l'âge, non plus qu'à l'égard du sexe, de la race, de la religion ou de la classe sociale. Nous sommes cependant conscients que cet objectif ne peut être atteint que grâce à la diffusion d'informations justes, complètes et équitables sur les personnes âgées.

Nous estimons que les personnes âgées sont, et doivent être, les premiers avocats de leur cause, et que les obstacles à leur pleine participation dans les lieux de délibération où sont prises d'importantes décisions à leur égard doivent être supprimés.

Nous considérons qu'une stratégie en vue d'inclure dans l'éducation de la population de tous les âges des informations sur les personnes âgées est indispensable.

Nous estimons que pour modifier les attitudes à l'égard des personnes âgées il faut d'abord commencer chez les personnes âgées elles-mêmes et que ce changement suppose une volonté de s'affirmer de la part des personnes âgées, ainsi que des activités de soutien et de formation de la part des ONG qui se sont vouées à la tâche d'aider les personnes âgées à vivre au mieux de leur potentiel.

Nous jugeons que les ONG peuvent jouer un rôle clé dans la lutte contre les politiques de discrimination fondées sur l'âge et dans l'action en faveur de pratiques souples en ce qui concerne le départ à la retraite.

Nous estimons que l'action pour modifier les attitudes sur l'âge devraient commencer par des efforts menés par nos organisations pour supprimer la discrimination basée sur l'âge et pour détruire les mythes entourant le troisième âge.

Nous recommandons qu'un comité formé de membres du groupe de collaboration ONG/OMS soit constitué pour mettre au point un plan précis sur les actions de coopération que peuvent mener les ONG, collectivement au niveau mondial et individuellement au niveau de chaque pays, pour lutter contre la désinformation, pour donner aux personnes âgées le pouvoir de mettre en valeur la diversité de leurs qualités et pour préconiser des politiques et pratiques orientées vers l'objectif de la société sans discrimination d'âge.

Nous estimons qu'un rôle fondamental des ONG est de contrôler l'application des recommandations du Plan de Vienne en ce qui concerne les attitudes, pratiques et politiques des sociétés qui ont une incidence matérielle sur le bien-être des personnes âgées.

Enfin, nous considérons que les ONG devraient suivre de près les actions à cet égard menées par l'Organisation des Nations Unies et de ses institutions spécialisées, y compris l'Organisation mondiale de la santé.

Après discussion, cette recommandation a été approuvée.

10. Informations données par le Dr David Macfadyen

Le président a demandé au Dr Macfadyen de renseigner les participants sur les questions examinées lors des discussions techniques sur les rôles des ONG dans la campagne de la "Santé pour tous".

Le Dr Macfadyen a incité les membres à participer activement aux discussions qui auraient lieu lors de l'Assemblée mondiale de la santé qui devait commencer le lendemain matin. Il a décrit comment les discussions seraient organisées, indiqué quel serait le document de travail discuté (voir Annexe 1), et fait savoir qu'après une session générale, la question serait examinée en six réunions de groupe. Il a dit que ce qui sortirait de ces discussions techniques déterminerait dans une large mesure la forme que prendraient les relations entre l'OMS et les ONG et pourrait avoir des effets sur les relations entre régions et entre nations.

(On trouvera dans l'Annexe 2 le texte de la résolution adoptée ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé sur "la collaboration avec les organisations non gouvernementales à l'application de la stratégie mondiale de la Santé pour tous" (WHA38.31).

11. Propositions pour l'ordre du jour de 1986

Sur l'invitation du président, les participants ont proposé les points suivants pour la réunion de 1986 :

1. Instauration d'une structure plus officielle entre le groupe de collaboration sur les personnes âgées et l'OMS.
2. Discussion sur les stratégies de collaboration axées sur les soins de santé primaires.
3. Examen des recommandations du Plan d'action de Vienne ayant trait à la santé, bilan des progrès accomplis et étude des mesures restant à prendre.
4. Discussion sur la manière de protéger les personnes placées en établissement, comme suite à la question de l'assurance de la qualité inscrite à l'ordre du jour de 1985.
5. Questions éthiques se rapportant aux soins de santé.
6. Stratégie pour prévenir certains problèmes chez les personnes actuellement âgées de 40 ans et plus, afin d'éviter des dépenses accrues par la suite.
7. Action des médias et impact de celle-ci sur les attitudes à l'égard des personnes âgées, et poursuite de la discussion sur la manière de changer les attitudes de l'ordre du jour de 1985.
8. Besoins particuliers des pays en développement.

Le groupe a proposé que son bureau examine la tenue d'une réunion de deux jours l'année prochaine, en liaison avec l'Assemblée mondiale de la santé (mai 1986).

12. Clôture

Le président et le Dr Macfadyen ont exprimé leurs remerciements aux participants, aux interprètes et traducteurs et au personnel qui, par leur travail, avait permis à la réunion d'être une réussite; le groupe a aussi rendu hommage au rôle d'animateurs joué par M. Mayo, le Dr Macfadyen, Mme Halvorsen et le professeur Chambers.



15 février 1985

TRENTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Discussions techniques

LA COLLABORATION AVEC LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
A L'APPLICATION DE LA STRATEGIE MONDIALE DE LA SANTE POUR TOUS

Document de base des discussions techniques de
la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, 1985

10-11 mai 1985

Les discussions techniques consacrées à "La collaboration avec les organisations non gouvernementales à l'application de la stratégie mondiale de la santé pour tous" privilégient l'action au niveau des pays. Elles sont l'occasion d'examiner la démarche associative - c'est-à-dire la démarche qui permet d'associer les populations, les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales (ONG) aux niveaux local, national, régional et international. Lorsqu'il s'agit de promouvoir, d'encourager et d'appuyer cette association au niveau de chaque pays, l'Organisation mondiale de la Santé a un rôle important à jouer.

Le présent document de base des discussions techniques repose sur les commentaires communiqués par des Etats Membres, des organisations non gouvernementales, des individus et des institutions, en réponse à un document qui leur a été envoyé en juillet 1984 (document CWO/TD/84.1). Certaines des questions concernant les discussions techniques ont trait au rôle, à la responsabilité et au domaine potentiel d'activités des organisations non gouvernementales aux niveaux national et international ainsi qu'aux mesures que pourraient prendre les gouvernements - individuellement et collectivement - pour faciliter la contribution des ONG à la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous. En vue de parvenir à des conclusions et à des recommandations concrètes pouvant déboucher sur une action future inspirée de ces discussions, un ensemble de questions précises portant sur ces problèmes ont été définies.

Sommaire

	<u>Pages</u>
I. INTRODUCTION	3
II. PORTEE DES DISCUSSIONS	4
Les réponses au document d'orientation	4
Association des populations aux stratégies de la santé pour tous	4
Perspective d'action des ONG	5
III. LES NOMBREUX PROFILS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES	5
Définition	5
Les organisations non gouvernementales nationales	5
Les groupes non gouvernementaux locaux	6
Les organisations non gouvernementales internationales	6
Les ONG collectrices de fonds : les fondations	7
Rôles divers des ONG internationales	7
Rôle au niveau des pays	8
Universités	8
IV. ASSOCIATION	9
Obstacles	9
Avantages de l'association	10
Contraintes	10
Le remède	10
V. EXEMPLES D'ACTIVITES	11
Exemples dans les pays	11
Exemples d'activités d'ONG internationales	11
Appui de l'OMS aux associations gouvernements/ONG	12
Activités conjointes	13
Initiative expérimentale	13
Une initiative en Afrique australe	13
Autres actions possibles	13
VI. TACHES A VENIR	14
VII. QUESTIONS A DEBATTRE	14

I. INTRODUCTION

1. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma-Ata en 1978 avec la participation de délégations de haut niveau de 134 gouvernements, ainsi que d'un grand nombre de représentants d'organisations non gouvernementales, a demandé à tous les gouvernements d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires en tant que clé de la réalisation de l'objectif universel de la santé pour tous d'ici l'an 2000.¹ En 1979, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Déclaration d'Alma-Ata et lancé la Stratégie mondiale destinée à la réalisation de cet objectif. Elle a instamment prié les Etats Membres d'agir individuellement pour formuler des stratégies nationales et collectivement en vue de formuler des stratégies régionales et mondiale. Dès 1981, l'Assemblée de la Santé pouvait adopter une Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 reposant sur la réponse collective des Etats Membres à cet appel. En adoptant cette stratégie, l'Assemblée de la Santé a reconnu que sa mise en oeuvre exigerait des efforts communs des gouvernements, des peuples et de l'OMS. En conséquence, elle a invité les Etats Membres "à mobiliser la participation des gens de tous états et conditions, au niveau de l'individu, de la famille, de la collectivité, ainsi que de toutes les catégories de personnels de santé, des organisations non gouvernementales et des autres associations concernées".²

2. La vague de développement et de reconstruction de l'après-guerre a coïncidé avec l'apparition d'un certain nombre de forces sociales. Sur le plan national et international, le secteur bénévole privé, ou non gouvernemental comme on l'appelle aux Nations Unies, compte incontestablement au nombre de ces forces importantes. La contribution qu'il a apportée à la cause du développement social, notamment à la santé, a été remarquable.

3. La collaboration entre l'OMS et les organisations non gouvernementales remonte à la Première Assemblée mondiale de la Santé, en 1948. La reconnaissance, dans la Stratégie mondiale de 1981, du fait que la santé pour tous ne sera réalisée que si les pouvoirs publics, les populations et l'OMS travaillent ensemble, a donné à cette collaboration une nouvelle signification et une nouvelle urgence. Les associations non gouvernementales, généralement constituées dans un but particulier relevant du secteur de la santé ou du développement, jouent déjà un rôle reconnu lorsqu'il s'agit de percevoir et de satisfaire les besoins de la collectivité selon des approches novatrices adaptées à la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Traditionnellement, elles ont fourni pour cela d'indispensables ressources sous forme de moyens de finance recueillis auprès du public et de personnels qualifiés ou non qualifiés, dont un grand nombre de bénévoles. Si certains gouvernements profitent consciemment de cet atout pour mener à bien leurs politiques sanitaires, beaucoup d'autres ne le font pas. De même, si certains groupes non gouvernementaux sont conscients du rôle qu'ils jouent dans la mise en oeuvre de la Stratégie de la santé pour tous, ce n'est pas toujours le cas.

4. Dans le présent document, le terme "organisation non gouvernementale" (ONG) vise nécessairement, dans une grande mesure, les organisations internationales et nationales réputées; mais, par leur intermédiaire et même indépendamment d'entre elles, on trouve de nombreux groupements moins officiels de populations locales, qu'il s'agisse d'associations bénévoles de santé, de groupes d'entraide, de coopératives, d'associations féminines (particulièrement importantes), de mouvements de jeunesse et d'associations oeuvrant au niveau communautaire. Ils n'ont pas toujours été créés spécifiquement pour la sauvegarde et la promotion de la santé des communautés qu'ils desservent. En effet, la santé est fonction de l'ensemble du développement humain, qui comprend le bien-être physique, mental, social et spirituel. Selon la Déclaration d'Alma-Ata,³ les soins de santé primaires comprennent "une éducation concernant les problèmes de santé qui

¹ Alma-Ata, 1978 : Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série "Santé pour tous", N° 1).

² Résolution WHA34.36.

³ Alma-Ata 1978 : Les soins de santé primaires. Op.cit., pages 2-6.

se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels". Ils comprennent également, outre le secteur de la santé, "tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs". Les groupes qui se sont constitués pour obtenir de meilleures conditions de logement, un meilleur approvisionnement en eau, une réforme du régime foncier, des rendements agricoles plus élevés, voire des objectifs purement sociaux peuvent tous intéresser la santé pour tous. L'important est que la collectivité soit activement associée à son propre perfectionnement. Les soins de santé ne doivent pas être octroyés comme un cadeau; il faut que les collectivités les adoptent elles-mêmes et qu'elles les maintiennent par leur propre effort, en fonction de leurs coutumes et de leurs besoins. Le bénévolat sous toutes ses formes est indispensable à la réalisation des soins de santé primaires et, à cet égard, il entrera dans le cadre des discussions techniques.

5. La consultation et la collaboration entre l'OMS, les pouvoirs publics et les ONG a déjà permis de faire beaucoup. Mais il existe des contraintes, des obstacles et des lacunes qui doivent être examinés en toute franchise si l'on veut accélérer les progrès au cours des prochaines années. Un des principaux buts des discussions techniques est d'étudier les mécanismes d'une collaboration plus étroite, de recenser et d'affronter les obstacles et les lacunes, et d'indiquer pour l'avenir immédiat les moyens d'action fructueux.

II. PORTEE DES DISCUSSIONS

Les réponses au document d'orientation

6. Le présent document est destiné à guider et à faciliter les discussions techniques. Il a été rédigé sur la vu des commentaires communiqués par les gouvernements en réponse à un document préliminaire envoyé par l'OMS en août 1984, ainsi que par des organisations non gouvernementales nationales et internationales, extrêmement différentes par la taille et appartenant à de nombreuses régions du monde. Les observations portent sur différents aspects du thème principal, en insistant sur la mesure dans laquelle les organisations non gouvernementales jouent consciemment leur rôle lorsqu'il s'agit de mettre en oeuvre la stratégie mondiale de la santé pour tous et sur les relations et les mécanismes permettant d'assurer une association efficace entre les gouvernements et les éléments non gouvernementaux pour réaliser cet objectif. Les réponses se sont révélées très précieuses pour la mise au point du présent document.

Association des populations aux stratégies de la santé pour tous

7. Lors de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, en 1982, les gouvernements ont été invités à établir des plans d'action spécifiques pour mettre en oeuvre la stratégie mondiale de la santé pour tous. Une des principales questions débattues lors de la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé (1984) a été celle du suivi de ces plans, dans la mesure où il en existait déjà. Il a été réaffirmé alors qu'ils doivent nécessairement associer "des gens de tous états et conditions, au niveau de l'individu, de la famille, de la collectivité, ainsi que de toutes les catégories de personnels de santé, des organisations non gouvernementales et des autres associations concernées".¹ Il est par conséquent opportun que les discussions techniques de 1985 s'interrogent sur la mesure dans laquelle - et les moyens par lesquels - ces populations extrêmement diverses sont associées à la promotion de la santé pour tous. Dans certains pays, l'initiative est déjà venue des gouvernements. Ils ont recherché, et trouvé, des moyens efficaces d'associer des groupes communautaires à la mise en oeuvre d'un plan national. Dans plusieurs pays, l'initiative procède désormais d'une action non gouvernementale passant par la formation de groupes consultatifs qui, ensuite, pressentent en commun les pouvoirs

¹ Résolution WHA34.36.

publics en vue d'obtenir sa collaboration à la mise en oeuvre d'un plan d'action national. Il est clair qu'il est universellement reconnu, tant dans les milieux gouvernementaux que non gouvernementaux, que les soins de santé primaires exigent que l'on prenne des mesures non seulement dans le domaine de la santé, mais également dans l'ensemble du secteur du développement communautaire, comme cela a été souligné dans la Déclaration d'Alma-Ata. Il en résulte que les organisations et groupes d'entraide mobilisés en vue d'une action commune avec le gouvernement englobent un vaste domaine relevant du développement. La santé, comme cela a déjà été souligné, est reconnue comme faisant partie intégrante du développement économique et social, exigeant, de la part des pouvoirs publics, une collaboration interministérielle à un haut niveau, notamment dans les secteurs qui portent sur l'amélioration de la nutrition, l'hygiène et la facilité d'accès à l'eau et à l'assainissement, ainsi que l'éducation pour la santé au sens le plus large. Ces éléments, ainsi que certains programmes spécifiques relevant du secteur de la santé, sont autant de sphères d'activités dans lesquelles les gouvernements de nombreux pays jugent la coopération des organismes non gouvernementaux extrêmement précieuse, sinon indispensable.

Perspective d'action des ONG

8. Les organisations non gouvernementales ont derrière elles une longue tradition de prestation de soins de santé. La compassion et la philanthropie continuent de pousser bien des personnes dans de nombreux pays à s'organiser pour recueillir des crédits et autres ressources et fournir des services répondant à des besoins spécifiques en matière de santé et de développement. La totalité des efforts de ces personnes représente un atout très important, tant au niveau local qu'au niveau mondial, pour l'instauration de la santé pour tous. Mais les intéressés eux-mêmes ne sont peut-être que partiellement conscients - s'ils n'en sont pas totalement inconscients - du rôle qu'ils jouent dans l'action nationale et internationale engagée afin d'appliquer la stratégie mondiale. Bon nombre d'entre eux risqueraient d'avoir une réaction négative s'il leur était suggéré que leurs efforts sont récupérés d'une manière quelconque par quelqu'un, surtout si ce quelqu'un était le gouvernement. Ils sont habités par un fort esprit d'indépendance et d'individualité qui, trop souvent, les empêche de travailler les uns avec les autres, et encore plus de collaborer avec les pouvoirs publics. Il est pourtant indubitable que leur rôle déjà très précieux se trouverait encore renforcé s'ils acceptaient de reconnaître que ce qu'ils font s'inscrit dans une action plus vaste et doit donc être coordonné avec les efforts d'autres institutions bénévoles et avec les activités du gouvernement en faveur de la santé et du développement dans la collectivité.

III. LES NOMBREUX PROFILS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Définition

9. Les réponses au questionnaire figurant dans le document CWO/TD/84.1 du 12 juillet 1984 montrent qu'il est nécessaire, pour les discussions techniques, de définir clairement l'expression "organisations non gouvernementales". Cette expression indique plutôt ce que ces organisations ne sont pas. Le présent document va donc chercher à définir ce qu'elles sont et aussi quel rapport elles ont avec la stratégie mondiale de la santé pour tous; elles seront désignées spécifiquement comme étant internationales, nationales ou locales, et l'expression générique d'ONG ne sera utilisée que dans le contexte général.

Les organisations non gouvernementales nationales

10. Ces organisations sont très nombreuses et variées. Leur champ d'action peut être plus ou moins grand, leur soutien financier peut venir de sources extérieures, de campagnes de collectes de fonds, de subventions du gouvernement ou de toutes ces sources à la fois. Leur principale activité peut être d'assurer directement des services aux personnes qui en ont besoin dans la collectivité, de promouvoir l'éducation pour la santé ou de faire de la recherche, que ce soit sur le terrain ou en laboratoire; elles peuvent se consacrer en grande partie à plaider en faveur de modifications dans les politiques gouvernementales. Leur action peut se limiter aux zones urbaines ou peut être délibérément axée sur les collectivités rurales sous-desservies.

Leur attitude à l'égard des politiques de santé des pouvoirs publics peut être positive, neutre, voire opposée, à l'occasion. Leurs efforts peuvent être concentrés sur l'établissement et le maintien d'institutions ou sur la prestation de soins aux personnes souffrant d'une maladie ou d'une infirmité particulière, et sur la lutte contre les causes de cette maladie ou infirmité, dans un but de prévention. Elles peuvent être réellement préoccupées par la santé générale de la collectivité, mais leur interprétation de ce qui est la priorité principale peut varier : maladies déterminées ? Approvisionnement en eau saine ? Assainissement ? Santé maternelle et infantile ? Sécurité routière ? Nutrition ? Education générale pour la santé ? Leur cible d'action peut, en conséquence, être constituée par les mères, les enfants, les planificateurs de l'environnement, le système d'éducation ou la collectivité dans son ensemble. Les personnes qui travaillent dans ces organisations comprennent des professionnels à plein temps et des agents bénévoles à temps partiel, certains ayant bénéficié d'une formation poussée, d'autres n'ayant aucune formation du tout. Leur motivation peut être religieuse ou être la compassion. Ce peut même être une motivation politique et, parfois, rien d'autre qu'un souci de promotion de soi.

Les groupes non gouvernementaux locaux

11. La description donnée dans le paragraphe précédent est trop proche de celles des "oeuvres de bienfaisance" traditionnelles, souvent urbaines, généralement bourgeoises, sinon élitistes, dont on raille parfois - à tort peut-être - la motivation qu'on dit née du désir de s'aider elles-mêmes en aidant de moins fortunés qu'elles. Leur coopération est aussi nécessaire maintenant que jamais. Mais il sera impossible d'instaurer la santé pour tous sans la pleine participation des individus, des familles et des groupes au sein de la collectivité, c'est-à-dire de tous ceux que la stratégie mondiale doit atteindre. Au lieu d'avoir des gens qui cherchent à aider les autres par charité, il faut avoir de bien plus grands nombres de personnes qui cherchent à s'aider elles-mêmes. Un mouvement se dessine déjà dans cette direction. Des actions capitales doivent être entreprises en vue de la réalisation des objectifs de la santé pour tous dans des domaines tels que la santé de la famille, en particulier la santé maternelle et infantile, planification familiale comprise; la vaccination contre les maladies évitables; la lutte contre les maladies diarrhéiques, et la nutrition. On ne peut faire que peu de chose dans ces domaines cruciaux sans la compréhension et la coopération des mères des enfants obtenues grâce à l'éducation pour la santé. La solution à long terme est en fait l'éducation pour la santé de tous, mais particulièrement des femmes. En attendant, les organisations tant gouvernementales que non gouvernementales devraient saisir toutes les occasions possibles d'encourager la formation de groupes informels de femmes à des fins sociales et de leur donner la motivation nécessaire pour faire vacciner leurs enfants et adopter des mesures d'hygiène et d'assainissement qui minimiseront ou du moins réduiront l'incidence de la diarrhée. De même, la bataille contre le fléau du paludisme ne pourra être gagnée que si les collectivités comprennent les raisons des opérations de pulvérisations et s'organisent pour les effectuer régulièrement. La participation communautaire dans tous les domaines, suscitée par des groupes locaux actifs, est des plus décisive pour la promotion de la santé pour tous. Bon nombre de ces groupes locaux se constituent sous l'influence d'agents de soins de santé primaires et d'autres formes d'administration locales. Bon nombre de ces groupes sont des formes traditionnelles de groupes d'action pour le développement communautaire local dans lesquels a été introduite la notion de santé pour tous. D'autres se constituent spontanément à des fins de développement général, si ce n'est pas spécifiquement dans le contexte des besoins de santé. Ce sont des mouvements propres à la culture de la population elle-même. C'est pourquoi ils ont une chance non seulement de réussir, mais de maintenir les résultats acquis. Trop souvent, en effet, des résultats réalisés au plan local dans le domaine de la santé grâce à une intervention extérieure se sont volatilisés une fois que cette intervention extérieure a pris fin. Si l'on peut encourager par divers moyens ces groupes spontanés, issus de la culture de la collectivité locale, et leur donner la possibilité de travailler avec les organisations gouvernementales comme avec les non gouvernementales pour faire face à des besoins de santé dont ils sont eux-mêmes conscients, alors la stratégie mondiale aura commencé à réaliser ses objectifs.

Les organisations non gouvernementales internationales

12. De nombreuses ONG internationales ont des membres affiliés dans plusieurs pays, certaines n'en ont pas. D'autres ont instauré ou renforcé des relations avec des sociétés nationales

affiliées, essentiellement pour leur donner des conseils professionnels, pour maintenir ou adapter certaines normes, ou pour offrir une formation appropriée et des avis concernant l'utilisation de matériels et d'équipements spécialisés; certaines, essentiellement situées dans les pays en développement, visent un objectif global tel que lutter contre la lèpre ou la tuberculose, faire accepter la planification familiale, prévenir la cécité ou assurer la réadaptation des handicapés. Certaines sont des fédérations de sociétés nationales affiliées ayant pour but d'intervenir en période de catastrophe ou de coopérer dans des domaines particuliers tels que les soins infirmiers et les soins aux enfants; d'autres entreprennent des actions de santé dans des domaines spéciaux. De nombreuses organisations non gouvernementales internationales assument les fonctions de défenseurs de certaines causes, en particulier dans ce que l'on est venu à appeler le dialogue Nord-Sud. Grâce à leur connaissance des conditions sanitaires dans les collectivités sous-desservies, elles peuvent influencer l'opinion mondiale et également orienter les décisions concernant les programmes d'aide. Elles peuvent attirer l'attention sur ce qu'elles jugent être des activités nuisibles, préjudiciables aux progrès de la santé pour tous. Elles peuvent aider à maintenir et renforcer dans les collectivités plus prospères du monde la prise de conscience de ce que la Déclaration d'Alma-Ata appelle "les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples [dans le monde, qui] sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables". Ces ONG peuvent elles-mêmes servir d'intermédiaire pour le transfert des connaissances, des crédits et des fournitures et matériels des sociétés prospères vers les populations défavorisées du monde. Elles coordonnent de plus en plus leurs activités aux niveaux international et national. Par ailleurs, les ONG tant nationales qu'internationales ont des difficultés à maintenir des contacts fructueux entre elles (le lien qui les relie est souvent jugé "tenu"), car il leur est difficile de faire face aux frais de voyage, de subsistance et même d'affranchissement du courrier aérien à l'aide des cotisations de leurs membres qui constituent souvent leur principale source de revenu.

Les ONG collectrices de fonds : les fondations

13. Il existe une autre catégorie d'organisations non gouvernementales que l'on appelle "Fondations" ou "fonds" qui s'occupent essentiellement de recueillir des ressources pour financer divers objectifs. Les fonds ainsi recueillis constituent un important transfert de ressources du monde développé vers le monde en développement. Dans le domaine de la santé, des calculs ont été faits qui suggèrent que l'ordre de grandeur de ces ressources dépassent plusieurs milliards de dollars des Etats-Unis. La participation de ces organisations au mouvement de la santé pour tous est donc aussi d'une importance cruciale pour sa réussite.

Rôles divers des ONG internationales

14. Ces catégories d'ONG ne s'excluent nullement, les unes les autres. Celles qui s'occupent essentiellement de recueillir des fonds pour financer des activités sur le terrain peuvent également s'engager dans la recherche et dispenser une formation appropriée. Une association dont la vocation essentielle est de promouvoir les connaissances professionnelles parmi ses membres nationaux et individuels peut entreprendre une tâche déterminée sur le terrain de sa propre initiative ou à la demande d'un gouvernement ou de l'OMS. La principale importance de ces ONG pour la stratégie mondiale peut tenir à leurs membres qu'il est précieux d'avoir au sein de comités de planification ou de comités consultatifs au niveau national ou au niveau de l'OMS en raison de leur longue expérience en matière de recherche, de technologie et de travail sur le terrain. L'OMS, pour sa part, a au cours des années jeté les bases nécessaires pour une collaboration croissante en ce sens.

15. La contribution des ONG internationales à l'instauration de la santé pour tous au niveau mondial et au niveau national est très diverse. Les associations internationales de professionnels, d'universitaires, de technologues et de techniciens apportent à leurs affiliés nationaux un stimulant intellectuel, leur permettent d'actualiser leurs connaissances, leur offrent des possibilités de renforcer leurs qualifications et d'échanger des expériences, leur prêtent leur concours pour résoudre des problèmes professionnels, s'emploient à promouvoir la recherche, à fournir des avis concernant l'équipement et le matériel, et représentent le moyen de surmonter un sentiment d'isolement. Bon nombre de ces organisations sont en relations officielles avec l'OMS et constituent donc un canal pour un flot bilatéral de communications entre les professionnels et les universitaires travaillant sur le terrain, l'organisme international

et l'OMS. De leur propre initiative ou avec l'appui et la participation de l'OMS, elles organisent des conférences ou des ateliers dans le domaine de leur compétence. Elles envoient également des représentants aux comités consultatifs de l'OMS ou à des consultations spéciales. Elles constituent une source de consultants pour les problèmes spécifiques facilement accessible aux gouvernements nationaux ainsi qu'à l'OMS.

Rôle au niveau des pays

16. Grâce à leur contact permanent avec leurs membres affiliés dans de nombreux pays - développés et en développement - les ONG sont tenues au courant des besoins actuels dans le monde, ce qui peut être très bénéfique si cela devient un moyen d'adapter la technologie - dans son sens le plus large - non seulement aux besoins des centres pilotes dans les zones urbaines de pays parvenus à des degrés de développement économique très différents, mais surtout aux besoins des services de soins de santé primaires. Ces organisations et leurs affiliés pourraient rendre un service aux pays où les ressources publiques pour le développement sont limitées en mettant au point des technologies appropriées pour la santé, en complément des efforts des pouvoirs publics. Elles doivent éviter de rendre un mauvais service en donnant à leurs membres affiliés le sentiment que la technologie appropriée qu'ils doivent nécessairement utiliser dans de nombreux pays est "inférieure" ou "de second ordre". La technologie doit être constamment améliorée, mais doit toujours rester à la portée de tous. Le mieux peut être l'ennemi du bien. La définition de ce qui est bien, c'est une technologie pertinente et mise à la disposition du très grand nombre de gens qui en ont besoin, et pas seulement de ceux qui peuvent y avoir facilement accès et qui ont les moyens de la payer, comme cela était trop souvent le cas jusqu'ici.

17. Des organisations internationales comme la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, la Commission médicale chrétienne, la Fédération internationale pour la Planification familiale et les nombreuses autres organisations qui oeuvrent pour atteindre les objectifs généraux des soins de santé primaires ainsi que des objectifs plus précis comme la prévention de la cécité et les soins aux aveugles, la santé maternelle et infantile et la santé de la famille, le secours aux victimes de la famine et l'amélioration de la nutrition, la prévention des incapacités et la réadaptation des personnes handicapées, coopèrent avec leurs sociétés membres dans les pays et contribuent à renforcer la participation au niveau local. Dans de nombreux pays en développement, les apports de ces organisations sous forme de crédits, de ressources matérielles et de personnels qualifiés (lorsqu'elles sont disposées à transmettre leurs compétences aux populations locales) contribuent sensiblement à améliorer les prestations de santé dans les collectivités. Dans certains pays, ces organisations ne peuvent travailler sans l'autorisation expresse des pouvoirs publics qui exercent sur elles un contrôle strict. Dans d'autres, on les laisse beaucoup plus libres d'agir car les gouvernements sont conscients de la contribution que peut apporter une aide extérieure au bien-être de la nation. Quoi qu'il en soit, ce contact avec l'extérieur permet aux associations nationales de coordonner leurs activités avec les plans nationaux de santé et de développement en général. L'aide de ces organisations non gouvernementales internationales n'est pas simplement financière et matérielle; elle constitue aussi une source d'encouragement et contribue à développer la formation et l'esprit d'équipe. Comme beaucoup de ces organisations s'occupent des plus nécessiteux, elles représentent avec leurs associations membres de sûres alliées du développement des soins de santé primaires. Dans certains pays développés, on constate que les organisations non gouvernementales donnent à leur action une orientation nouvelle : en effet, elles tendent, individuellement ou collectivement, à consacrer leurs efforts et leurs ressources au développement sanitaire national. C'est par exemple le cas de Save the Children Fund au Royaume-Uni et du National Council for International Health aux Etats-Unis d'Amérique. Cette tendance ouvre des perspectives nouvelles à la coopération internationale entre les organisations non gouvernementales ainsi qu'entre les ONG et les gouvernements nationaux.

Universités

18. "Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous" a été le thème des discussions techniques organisées en 1984. Les établissements universitaires sont de vastes réservoirs de talents, de compétences intellectuelles et techniques et, par tradition, sont axés vers l'enseignement, la recherche et la prestation de services. S'ils ont eu tendance dans

le passé à privilégier un enseignement traditionnel dispensé en milieu hospitalier et polarisé sur la spécialisation et la pathologie, ce qui a contribué à leur isolement, ils sont maintenant de plus en plus nombreux à admettre la nécessité de se préparer à une action pluridisciplinaire en rapport direct avec les soins de santé primaires. Il faudra pour cela abolir les barrières qui existent dans la plupart des pays entre les universités et les écoles de médecine d'un côté, les services nationaux de santé de l'autre. Les participants aux discussions techniques de 1984 ont recommandé aux ministères de la santé et autres ministères intéressés d'établir une collaboration plus efficace avec les universités cependant que les établissements d'enseignement supérieur et de recherche étaient invités pour leur part à revoir leurs priorités pour accorder la place voulue à l'action en faveur du développement rural et aux problèmes d'environnement et de soins de santé primaires afin de conférer à la recherche dans ce domaine le même statut qu'à la recherche technologique de pointe. Les universités ont en bref été invitées à faire fonction de centres animateurs susceptibles d'aider les ministères dans l'élaboration des politiques et la planification des stratégies pour la mise en oeuvre des programmes nationaux. Cette tâche ne sera certes pas facile car les universités sont notoirement très attachées à la tradition et hostiles au changement. Aussi, les efforts fournis pour axer l'action des universités sur les problèmes de santé et de développement représentent-ils une dimension nouvelle de l'engagement du secteur "privé" ou non gouvernemental en faveur du développement communautaire.

IV. ASSOCIATION

19. Par définition, la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 suppose pour sa mise en oeuvre une action conjointe des gouvernements, des populations et de l'OMS. Par association, on entend par conséquent que ce principe est largement admis et appliqué sous la forme d'une action collective : en d'autres termes, il faut que les gouvernements admettent cette nécessité, que les organisations non gouvernementales comprennent qu'elles ont un rôle capital à jouer en coopération avec les gouvernements et que soient mis en place des mécanismes efficaces de consultation et de collaboration sur le terrain. Il existe des gouvernements qui ont déjà invité les ONG à considérer leur action comme faisant partie intégrante des prestations globales de santé mais ils sont relativement peu nombreux. Inversement, il existe des pays où ce sont les organismes bénévoles qui ont pris l'initiative d'analyser ensemble quelle pourrait être leur action commune en faveur de la santé pour tous et d'engager le dialogue avec le gouvernement. Ces initiatives aussi sont relativement rares mais leur nombre va croissant. Il existe enfin une troisième catégorie de pays où s'est instauré un dialogue depuis déjà de nombreuses années : les organismes bénévoles ont toutes facilités pour consulter les responsables officiels et ministériels et leurs représentants siègent au sein des commissions nationales compétentes sans qu'existent toutefois des mécanismes officiels de consultations systématiques.

Obstacles

20. Généralement, la collaboration passe par des contacts personnels. Mais les hauts fonctionnaires peuvent être transférés, les ministres passent, et les figures marquantes de l'action philanthropique ne sont pas éternelles; en outre, les relations personnelles peuvent être bonnes, mais aussi très mauvaises. Aussi, ne serait-ce que pour des raisons de continuité, faudrait-il institutionnaliser, sans la bureaucratiser pour autant, la collaboration entre les gouvernements et les ONG. Cela sera cependant impossible tant que l'on confiera à des services ministériels distincts le soin de traiter séparément avec les milieux universitaires, les associations professionnelles et toute la gamme des groupes volontaires. Dans certains pays, c'est à peine si ce processus de collaboration a été amorcé. Parfois, c'est parce que les ministères compétents n'ont pas encore formulé de stratégie nationale de la santé pour tous, mais dans bien des cas, c'est tout simplement parce que le premier pas n'a pas encore été fait. Parfois encore, c'est parce que les modalités d'un dialogue entre les pouvoirs publics et les organismes non gouvernementaux n'existent pas, au niveau tant politique qu'opérationnel. Par ailleurs, il est bien connu que les organismes volontaires répugnent à toute forme d'ingérence des pouvoirs publics et conservent jalousement leur indépendance. Tous ces facteurs sont autant d'obstacles aux progrès des stratégies nationales de la santé pour tous.

Avantages de l'association

21. Pourquoi est-il si important d'encourager la collaboration entre les pouvoirs publics et les ONG ? Là où le principe d'une collaboration a été admis, les pouvoirs publics se sont rendu compte que les ONG sont pour eux des alliées précieuses dans la mesure où les fonds qu'elles collectent et les personnels bénévoles qui travaillent pour elles complètent les ressources nationales; elles sont proches de la population, à l'écoute de ses besoins et capables d'agir rapidement; leur efficacité est optimale par rapport aux dépenses engagées car les fonds limités dont elles disposent vont essentiellement à des actions concrètes sur le terrain, les dépenses générales de personnel étant réduites à un minimum; ces organisations sont en outre capables d'initiatives et d'une grande souplesse, car elles ne sont pas enfermées dans le carcan d'une programmation stricte; les opérations qu'elles lancent pour recueillir des fonds appellent l'attention du public sur les besoins réels de la communauté (si tel n'était pas le cas, elles ne pourraient pas survivre); c'est souvent par leur entremise que l'aide extérieure parvient à la population sous forme de crédits, de personnels, de matériel et de conseils; des secteurs entiers de l'action sanitaire peuvent leur être confiés en l'absence de prestations publiques ou parallèlement à elles et enfin, certaines de ces associations sont affiliées à des organisations internationales très spécialisées qui les tiennent au courant des derniers progrès techniques.

Contraintes

22. On peut cependant objecter que beaucoup de ces avantages représentent aussi des contraintes. Ainsi, les activités "indépendantes" des ONG peuvent fausser les priorités de l'action sanitaire soigneusement planifiées par les pouvoirs publics; la publicité donnée à leur action à l'occasion de collectes de fonds ou de campagnes de sensibilisation du public peut sérieusement embarrasser les pouvoirs publics; l'utilisation faite des crédits reçus de sources extérieures par ces organisations ne correspond pas forcément à ce que les gouvernements considèrent comme des objectifs prioritaires dans la mesure où l'aide extérieure est limitée; certains gouvernements estiment qu'ils devraient pouvoir contrôler toutes les formes d'aide extérieure; lorsque ces organisations reçoivent des équipements techniques très sophistiqués de leurs associations membres à l'étranger, il se peut que les pouvoirs publics les considèrent inadaptés aux besoins locaux; et, en tout état de cause, ils peuvent vouloir décider de l'utilisation à en faire.

Le remède

23. Il réside bien sûr dans la consultation à tous les niveaux. Les gouvernements répugneront à se voir imposer certaines actions et certaines ONG accueilleront avec une très vive susceptibilité le contrôle des pouvoirs publics. Cela étant, ces difficultés sont en voie d'être surmontées dans bien des pays, grâce au dialogue et à la consultation. Il faudra que l'association repose sur les éléments suivants : volonté, de la part des pouvoirs publics, de travailler avec les ONG sur la base de renseignements concernant leurs activités et leurs motivations, ce qui est actuellement trop rare; conscience, pour les ONG, que leur action est un facteur déterminant de l'entreprise nationale; mécanismes de consultation pouvant être mis sur place à l'initiative du gouvernement qui convoquerait un groupe de représentants, ou, comme c'est plus souvent le cas, un ensemble d'ONG ayant des contacts avec lui; arrangements mutuels (en vigueur depuis longtemps dans de nombreux pays) en vertu desquels les responsables d'ONG siègent au sein des commissions nationales de planification et de prise des décisions et des ministres ou hauts fonctionnaires prennent part aux délibérations et aux travaux des ONG; entretiens, à intervalles réguliers, sur des questions telles que les exemptions d'impôts, y compris le dédouanement d'équipements essentiels; étude des secteurs dans lesquels risquent de se produire des chevauchements d'activités; répartition des responsabilités pour la mise en place de services de santé dans les communautés sous-desservies; formation d'agents et de personnels d'encadrement pour les soins de santé; acquisition de fournitures et distribution de médicaments essentiels; renforcement de la structure hiérarchique du centre à la périphérie; allocation aux ONG de secteurs précis et contrôle des subventions ou aides à fonds perdus des gouvernements. Ces consultations seront fructueuses à la condition d'être confiées à un organe national permanent, de préférence officiel, spécialement constitué pour harmoniser le plan d'action national en faveur de la santé pour tous avec l'action des organismes non gouvernementaux et au sein duquel les ministères compétents travailleraient à la planification et la mise en oeuvre de projets aux côtés de représentants des ONG.

V. EXEMPLES D'ACTIVITES

Exemples dans les pays

24. Il existe plusieurs pays dans lesquels ce processus de consultation et de coopération au niveau national, provincial et local commence à bien fonctionner. On peut trouver dans différentes parties du monde plusieurs initiatives, expériences, projets et réussites qui illustrent parfaitement les éléments positifs de l'association. Seuls quelques exemples pourront être donnés ici.

25. Dans certains pays d'Asie, des ONG nationales ont constitué une association nationale d'organismes volontaires qui travaillent en groupe pour donner des conseils et fournir une aide en vue de la mise en oeuvre des plans nationaux. Individuellement et collectivement, ces associations assurent des soins de santé primaires, fournissent un soutien gestionnaire à de plus petites ONG et coopèrent dans différents domaines avec le ministère national de la santé. Leur groupe est l'un des plus ardents partisans de la Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Dans un autre pays d'Asie, une importante ONG nationale qui travaille surtout en milieu rural participe à des activités de lutte contre la maladie en collaboration avec les services publics concernés. Les moyens mis en oeuvre par cette organisation pour obtenir l'engagement de la communauté ont contribué pour beaucoup au succès d'un programme antipaludique. Dans ce même pays, les priorités des programmes de développement communautaire sont déterminées à la base en fonction de l'opinion de groupes d'ONG communautaires qui constituent officiellement les comités de développement au niveau des villages. Dans un autre pays encore, plusieurs ONG ont, avec le soutien financier des pouvoirs publics, créé une institution dont la mission est d'encourager l'action de petits groupes d'ONG communautaires en faveur des soins de santé primaires. Cette institution organise des cours de gestion, fournit des renseignements sur les technologies appropriées et aide les ONG à formuler et à mettre en oeuvre des projets.

26. Quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes attachent une importance grandissante à l'action des ONG en faveur de la santé pour tous. Dans certains de ces pays, des ONG ont institué des mécanismes tout à fait nouveaux et mis en place, par exemple, des fédérations nationales d'ONG pour faciliter la collaboration avec les programmes officiels.

27. Dans un pays d'Europe, un groupe de 11 associations bénévoles s'est constitué pour militer en faveur de la vaccination contre la rubéole. Il a utilisé à cette fin des méthodes tout à fait originales, par exemple la remise d'une "carte de mérite" à toute jeune fille qui était immunisée ou acceptait de se faire vacciner. Très vite, ces cartes ont été très demandées. Au tout début de la campagne, le groupe a reçu du gouvernement un soutien financier important pour l'"éradication" (c'étaient les termes mêmes du gouvernement) en trois ans du syndrome de la rubéole. Baptisé conseil national de la rubéole, le groupe a bénéficié de la participation active des pouvoirs publics. L'aide efficace fournie au niveau des régions par les services publics et les associations bénévoles du pays semble indiquer que cette campagne a pris un excellent départ.

Exemples d'activités d'ONG internationales

28. Si les activités des ONG internationales portent essentiellement sur des objectifs aux aspects multiples comme la défense de diverses causes et la direction de mouvements en leur faveur, la mobilisation d'experts dans des domaines déterminés, la constitution d'une base pour l'échange d'informations et la mise en oeuvre d'actions concertées sur le plan international et enfin, la formation au développement, leur contribution aux programmes nationaux ne saurait être sous-estimée. On peut citer de nombreux exemples d'initiatives d'ONG internationales qui ont donné un coup de fouet à d'importants programmes nationaux de santé. En voici quelques uns, pris parmi bien d'autres :

- Vieillesse et soins aux personnes âgées : à la suite de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, tenue à Vienne en 1982, une action concertée des ONG a facilité le lancement de programmes nationaux efficaces de soins aux personnes âgées dans un grand nombre de pays du monde entier.

- Population : c'est là un autre domaine où l'action concertée d'ONG a joué un rôle de premier plan en mobilisant les ressources, en orientant l'opinion publique et en fournissant des services techniques et des avis d'experts.

- Prévention de la cécité : les ONG internationales qui oeuvrent dans le domaine de la prévention de la cécité dépensent plus de US \$20 millions par an pour apporter un appui direct à de nombreux programmes de pays. Le programme OMS de prévention de la cécité collabore étroitement avec plus de dix de ces ONG à l'élaboration de programmes nationaux ayant trait à cette question. C'est ainsi que des ONG internationales sont associées aux activités de comités nationaux pour la prévention de la cécité dans de nombreux pays, à la formation ophtalmologique de personnels de divers niveaux, à l'exécution d'activités de terrain comme la mise en place de dispensaires ophtalmologiques et au renforcement général des services ophtalmologiques dans les zones rurales sous-desservies. Pour appuyer le développement des programmes nationaux de prévention de la cécité, les ONG et le programme OMS ont adopté une stratégie commune fondée sur l'administration de soins ophtalmologiques qui fassent partie intégrante des soins de santé primaires et sur un engagement actif de la communauté dans la prévention des cas de cécité évitables. Lors de l'exécution de grands projets auxquels participent plusieurs pays, certaines ONG se sont associées à l'OMS pour former un comité de coordination qui aide à canaliser les formes de soutien émanant de diverses sources. Cette approche est particulièrement utilisée dans la zone des Caraïbes et dans la sous-région du Sud de l'Afrique centrale pour les services ophtalmologiques et la formation du personnel auxiliaire. Plusieurs de ces ONG internationales ont également formé, sous les auspices de l'Association internationale de Prophylaxie de la Cécité, un comité consultatif du programme OMS qui a pour objet de renforcer et de favoriser les activités conjointes entreprises à l'appui des programmes de prévention de la cécité.

Appui de l'OMS aux associations gouvernements/ONG

29. Que fait l'OMS pour appuyer la notion d'association ? Conformément aux critères énoncés de temps à autre par les organes directeurs de l'Organisation, plus de 130 ONG internationales sont maintenant en relations officielles avec l'OMS. Ces relations sont périodiquement revues et évaluées. Un canevas pour l'établissement d'une collaboration étroite entre l'OMS et les ONG dans divers domaines du développement sanitaire a facilité le développement de la coopération. Les activités collectives ont augmenté en quantité et en qualité, notamment au cours de ces dernières années. Un répertoire indiquant le profil de chaque ONG et donnant des informations sur sa collaboration a été préparé à l'intention des participants aux réunions des organes directeurs de l'OMS, des administrateurs des programmes, des bureaux régionaux, des coordonnateurs des programmes OMS et des ONG elles-mêmes. Les activités communes portent sur toutes les zones de programmes prioritaires. Elles vont de la diffusion de renseignements par le truchement des réseaux d'ONG à la collecte de données pour une activité déterminée ainsi qu'à la préparation de manuels et à la formation d'agents de santé appelés à collaborer à la lutte contre la tuberculose, la lèpre, le cancer, la cécité, les maladies cardio-vasculaires, etc., ainsi qu'à des programmes de santé mentale, d'hygiène de l'environnement, de santé bucco-dentaire, de technologie de laboratoire et radiologique et d'éducation sanitaire. L'activité peut être conduite par une seule ONG internationale appropriée mais des groupes d'ONG s'associent de plus en plus souvent à l'OMS pour mener à bien des activités de collaboration dans des domaines comme les soins de santé primaires, l'alimentation des nourrissons, la santé maternelle et infantile, la planification familiale, la prévention de la cécité, la santé des personnes âgées, l'abus de l'alcool et des drogues, la réadaptation des enfants et adultes handicapés et la prévention des accidents.

30. Une fois que les gouvernements et les ONG auront fait le point de leur collaboration et forgé des liens solides en vue d'actions conjointes menées dans le cadre des stratégies de la santé pour tous, on définira clairement l'appui que l'OMS devra fournir aux niveaux national, régional et mondial. On précisera en outre les moyens à utiliser pour poursuivre et intensifier l'appui technique ou autre apporté par l'OMS et les autres organisations internationales (multilatérales, bilatérales, etc.) en vue d'accroître la participation des ONG à l'exécution de la stratégie mondiale. L'OMS revoit actuellement ses procédures et mécanismes de collaboration afin de faciliter ce processus.

Activités conjointes

31. Ces activités conjointes se déroulent généralement au niveau mondial et ont évidemment des incidences sur les plans nationaux de la santé pour tous. Elles sont planifiées et exécutées de concert avec l'OMS par des ONG internationales dont les filiales nationales y sont associées. En outre, les ONG régionales et nationales qui n'ont pas d'organisme international, ou dont l'organisme international n'est pas en relations officielles avec l'OMS, peuvent néanmoins établir avec celle-ci des relations de travail informelles. Ces contacts donnent des résultats mutuellement avantageux dans des domaines tels que :

- l'utilisation de l'expertise technique des ONG dans les tableaux d'experts de l'OMS;
- la participation à des conférences, séminaires ou colloques régionaux ou interrégionaux organisés ou parrainés par l'OMS ou encore, mis sur pied par des ONG internationales avec le concours de l'OMS;
- la diffusion d'informations techniques et de grandes orientations;
- la recherche sur les systèmes de santé à laquelle les ONG peuvent apporter une contribution notable du fait de leurs activités orientées vers le développement au niveau communautaire;
- la formation de toutes les catégories d'agents de santé.

Initiative expérimentale

32. En 1981, l'OMS a lancé, à titre d'expérience, une initiative visant à promouvoir et soutenir une collaboration efficace entre des gouvernements et des ONG nationales avec l'appui d'ONG internationales. Un programme d'action en trois étapes a été proposé et exécuté dans des pays appartenant à différentes régions. Ce programme comprend : a) la collecte systématique d'informations sur les activités des ONG au niveau des pays; b) l'analyse de cette information au regard des stratégies et du plan d'action nationaux de la santé pour tous; c) l'instauration d'un dialogue suivi en vue d'une collaboration efficace aux programmes et activités sanitaires prioritaires. Cette initiative, parvenue à divers stades d'exécution dans les différents pays, est déjà très avancée dans certains. Une telle entreprise doit constituer une précieuse expérience et a déjà fourni d'utiles indications pour une action future éventuelle qui viserait à promouvoir la démarche de l'association pour la collaboration entre les gouvernements et les ONG.

Une initiative en Afrique australe

33. L'OMS a également appuyé, avec le FISE, l'initiative concernant les soins de santé primaires qui a été lancée par un groupe d'ONG dans six pays d'Afrique australe. Ce groupe, composé d'un certain nombre d'ONG en relations officielles avec l'OMS, a préparé en 1982 un plan pour promouvoir la collaboration entre ONG ainsi qu'entre ONG et gouvernements au Botswana, au Lesotho, au Malawi, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe dans le domaine de la planification, de l'exécution et de l'analyse des programmes de soins de santé publique. La Commission médicale chrétienne du Conseil oecuménique des Eglises assure le secrétariat et la coordination de cette initiative et l'on commence à recevoir des rapports préliminaires faisant état d'un déroulement satisfaisant.

Autres actions possibles

34. Les initiatives expérimentales mentionnées aux paragraphes précédents témoignent du caractère prometteur de cette démarche à laquelle un nombre croissant de pays devraient adhérer en utilisant les ressources de l'OMS aux niveaux national, régional et mondial pour exercer un effet de catalyse. On pourrait mettre en place des groupes consultatifs d'ONG pour donner des avis et entreprendre certaines activités de collaboration avec le ministère de la santé. Des ONG nationales bien établies devraient stimuler et favoriser les activités d'ONG locales au niveau communautaire et les gouvernements pourraient organiser des cours de formation pour permettre notamment aux petites ONG d'acquérir des compétences gestionnaires. En outre, les ONG internationales pourraient se mobiliser, comme on l'a indiqué précédemment, afin de faciliter ce processus. L'OMS collaborerait alors à l'ensemble de cette action pour que la démarche de l'association soit une méthode viable.

VI. TACHES A VENIR

35. L'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, qui n'est maintenant distant que de quinze années, représente un défi de taille si l'on considère qu'il faudra nourrir et soigner chaque année un effectif additionnel de 82 millions de personnes. Vu l'insuffisance manifeste des ressources financières et humaines, il devient indispensable d'instaurer une association efficace entre les gouvernements, les ONG et les gens eux-mêmes. En faisant preuve d'imagination, on peut y parvenir. Dans le contexte du présent document et des discussions techniques de 1985, la première condition est que les gouvernements fassent savoir qu'ils n'ont pas seulement besoin des ONG mais qu'ils veulent en faire leurs associées. Que l'initiative émane des gouvernements ou des ONG, le dialogue doit s'établir et se poursuivre. Il faut recenser les domaines où les ONG peuvent travailler en collaboration avec les gouvernements ou à leur place. Le rôle des gouvernements ne doit pas se limiter à une reconnaissance publique de cette action; il doit aussi consister à fournir un soutien pratique, sous forme de subventions, de fournitures ou simplement de lettres de soutien, pour tout ce qui est conforme aux objectifs nationaux.

36. La portée et les objectifs des consultations régulières peuvent varier mais elles viseront dans tous les cas à replacer les activités des ONG dans le courant général des activités de développement sanitaire; dans ce contexte, elles pourraient s'étendre à l'examen des réglementations, des dispositions relatives aux impôts et subventions, des procédures d'enregistrement des ONG, etc. et être suivies d'actions visant à apporter les changements nécessaires pour soutenir les ONG. Les gouvernements devront faire connaître aux donateurs extérieurs qu'ils désirent voir les ONG bénéficier de dons en espèces, en fournitures et en personnels. En détachant du personnel et en organisant des cours de formation, ils aideront ces dernières à produire des ressources financières et matérielles, notamment dans leurs relations avec le secteur commercial, et à améliorer leur capacité gestionnaire. Les gouvernements, mais aussi les ONG nationales, voudront faire tout ce qui est en leur pouvoir pour favoriser la création et le développement d'organisations locales au sein des communautés.

37. L'OMS jouera un rôle essentiel dans cette tâche en continuant à promouvoir, soutenir et favoriser une telle association pour permettre d'atteindre, dans chaque pays, les objectifs de la santé pour tous.

VII. QUESTIONS A DEBATTRE

Les questions que devront examiner les représentants des gouvernements et des ONG au cours des discussions techniques sont les suivantes :

1. Les organisations non gouvernementales ont un rôle important à jouer dans l'exécution des stratégies de la santé pour tous, à tous les niveaux. Avec leur expérience, leurs compétences techniques, leur capacité d'innovation, leurs personnels et autres ressources, elles constituent un précieux atout.

Dans quelle mesure les gouvernements sont-ils disposés à considérer des organismes non gouvernementaux comme des partenaires de premier plan pour l'exécution des stratégies de la santé pour tous ?

Quels sont les obstacles à une telle reconnaissance ?

Comment peut-on les surmonter ?

2. Si l'on ne met pas en doute la valeur et le potentiel de la contribution des ONG au développement sanitaire, leurs activités doivent cependant être en rapport avec les objectifs de la santé pour tous et s'appuyer sur les soins de santé primaires considérés comme une démarche fondamentale. Dans ce contexte :

Dans quelle mesure les organisations non gouvernementales sont-elles disposées à s'associer à l'effort national et mondial entrepris en vue de l'exécution des stratégies de la santé pour tous ?

Quels sont les obstacles à ce processus ?

Comment peut-on les surmonter ?

3. Quelles sont la portée et les limites d'une association gouvernement/organisation non gouvernementale pour l'exécution des stratégies sanitaires ?

Dans les cas où des gouvernements et des ONG ont travaillé ensemble avec succès, comment a-t-on surmonté les obstacles ?

Leur expérience peut-elle être utilisée par les pays qui n'ont pas encore pleinement expérimenté une telle association ?

4. Dans quelle mesure existe-t-il des mécanismes de coordination a) entre ONG et b) entre ONG et gouvernements ?

Quelle est leur efficacité ?

Quelle est leur forme optimale ?

5. Quels sont les moyens les plus efficaces de recenser et d'encourager les groupes d'auto-assistance, notamment dans les communautés sous-desservies ?

Quelles indications peut-on donner aux gouvernements pour soutenir ces groupes aux fins de la santé pour tous sans détruire leur spontanéité et leur originalité ?

Les ONG nationales peuvent-elles soutenir ces groupes d'auto-assistance sans chercher à les incorporer à leur propre structure organique ?

6. Lors de l'exécution des stratégies de la santé pour tous au niveau national, quelles sont l'utilité et la force du lien entre les organisations non gouvernementales nationales et leurs fédérations internationales ?

7. Quel rôle l'OMS doit-elle jouer aux niveaux national, régional et mondial pour favoriser, soutenir et renforcer une association efficace entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales afin d'accélérer l'exécution des stratégies de la santé pour tous ?

8. Quelles sont les recommandations particulières que l'on peut formuler à la suite de ces discussions techniques ?

= = =



世界衛生大會 決議

قرار جمعية الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

ANNEXE 2

TRENTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

WHA38.31

Point 22,2 de l'ordre du jour

20 mai 1985

LA COLLABORATION AVEC LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
A L'APPLICATION DE LA STRATEGIE MONDIALE DE LA SANTE POUR TOUS

La Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA34.36 et réaffirmant son engagement envers la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 à travers les efforts collectifs solennellement décidés par les gouvernements, les peuples et l'OMS;

Consciente du fait que l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 fait partie intégrante du développement social et économique international et représente une contribution directe à la paix mondiale;

Soulignant la nécessité vitale d'une réelle association entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et l'OMS pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Reconnaissant l'engagement des organisations non gouvernementales et la complémentarité des ressources qu'elles peuvent mobiliser pour la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous;

Tenant compte des conclusions et recommandations des discussions techniques tenues durant la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur "La collaboration avec les organisations non gouvernementales à l'application de la stratégie mondiale de la santé pour tous";

1. LANCE un appel à la famille mondiale des organisations non gouvernementales pour qu'elles soutiennent les stratégies de la santé pour tous et participent à leur mise en oeuvre, et demande que soit développée l'utilisation de ressources nationales et internationales à cette fin;
2. INVITE les organisations non gouvernementales nationales :
 - 1) à s'engager dans la pratique à mettre en oeuvre les stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000;
 - 2) à instaurer une étroite collaboration avec les gouvernements, sur la base d'un véritable partenariat, pour exécuter les politiques et programmes nationaux de la santé pour tous;
 - 3) à encourager et appuyer par tous les moyens les groupes d'autoprise en charge et d'auto-assistance au niveau communautaire pour l'instauration effective des soins de santé primaires;
 - 4) à mettre en place des mécanismes nationaux de coordination, tels que conseils nationaux pour les organisations non gouvernementales, de manière à centraliser les activités non gouvernementales en santé et dans les domaines apparentés;
3. INVITE instamment les organisations non gouvernementales internationales :
 - 1) à prendre les mesures voulues pour intensifier la collaboration entre les organisations non gouvernementales nationales et les Etats Membres en vue de l'exécution des stratégies de la santé pour tous;

- 2) à collaborer avec l'OMS et d'autres organisations internationales en prêtant leur appui et leur coopération pour les activités de la santé pour tous;
- 3) à coordonner leurs activités en vue d'un appui et d'une coopération réciproques dans le domaine de la santé;

4. DEMANDE aux Etats Membres :

- 1) de promouvoir, favoriser et appuyer la démarche associative en faisant participer les organisations non gouvernementales à la formulation des politiques ainsi qu'à la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies nationales de la santé pour tous;
- 2) d'encourager et d'appuyer la création de groupes non gouvernementaux d'auto-assistance et d'autoprise en charge au niveau communautaire, en privilégiant les groupes de femmes, pour appliquer efficacement les approches fondées sur les soins de santé primaires;
- 3) de susciter la participation active des organisations de jeunes et d'étudiants, étant donné qu'elles représentent la génération qui sera chargée de la santé du monde en l'an 2000;
- 4) d'encourager et d'appuyer la mise en place de mécanismes non gouvernementaux de coordination ou d'autres mécanismes appropriés au niveau national pour faciliter le dialogue mutuel et d'étroites consultations pour les questions de santé;
- 5) d'utiliser les compétences et l'expérience des organisations non gouvernementales à travers des consultations et, pour ce faire, de préparer des inventaires de leurs ressources, capacités et activités de collaboration avec les gouvernements en matière de santé;
- 6) de faciliter la mobilisation des ressources nécessaires à l'action des organisations non gouvernementales nationales dans le domaine de la santé;

5. PRIE les comités régionaux d'examiner les moyens de renforcer la participation des organisations non gouvernementales nationales et régionales à la mise en oeuvre des stratégies régionales et nationales de la santé pour tous;

6. PRIE le Conseil exécutif de revoir le cadre actuel de la collaboration entre l'OMS et les organisations du secteur non gouvernemental, ainsi que les règles et procédures en vigueur, pour les renforcer et en accroître l'efficacité;

7. PRIE le Directeur général :

- 1) de poursuivre ses efforts pour encourager la participation des organisations non gouvernementales internationales à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous;
- 2) de promouvoir et d'appuyer les activités associant, dans le cadre d'un véritable partenariat, les Etats Membres, l'OMS et les organisations non gouvernementales pour la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous;
- 3) de revoir périodiquement les progrès réalisés en vue de promouvoir et favoriser la collaboration entre gouvernements et organisations non gouvernementales.

INTERNATIONAL EPIDEMIOLOGICAL ASSOCIATION (IEA)

c/o Copenhagen County Hospital
St. Elizabeth
DK-2300 Copenhagen, Denmark

Dr. C. Rumeau-Rocquette, Institute National de la Sante
et de la Recherche (INSERM), France

INTERNATIONAL FEDERATION FOR HYGIENE, PREVENTIVE AND SOCIAL MEDICINE

via Salaria 237
00199 Rome

Dr. E. Musil, Secretary-General, Vienna

INTERNATIONAL FEDERATION OF ELDERLY ASSOCIATIONS (FIAPA)

8/10 rue d'Astorg
75380 Paris Cedex, France

Mr. Y. Dinh, President

Dr. J. Deboise, Secretary, Scientific Council

INTERNATIONAL FEDERATION ON AGING (IFA)

c/o Age Concern England
Bernard Sunley House
60 Pitcairn Road
Mitchum

Surrey CR4 3LL, United Kingdom

Ms. S. Greengross, Secretary-General

Mr. D. Hobman, President

INTERNATIONAL UNION FOR CONSERVATION OF NATURE

Mr. P. Livingstone Armstrong, Fechy, Switzerland

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH EDUCATION

9 rue Newton, Paris 75116 France

Dr. P. Hindson, President

INTERNATIONAL UNION OF FAMILY ORGANIZATIONS

Mrs. A. M. Hofer, Geneva

LEAGUE OF RED CROSS SOCIETIES (LRCS)

P.O. Box 276

1211 Geneva 22, Switzerland

Ms. M. Esnard, Adviser, Social Work

NATIONAL COUNCIL ON AGING, (NCOA-USA)

600 Maryland Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20024, USA

Mr. J. Sykes, Assistant to the Vice Chancellor, Center
for Health Sciences, University of Wisconsin, Madison,
USA (Rapporter)

NEW ZEALAND COUNCIL OF CHRISTIAN SOCIAL SERVICES

Rev. Kenneth G. Irwin, Director

ROTARY INTERNATIONAL

Mr. C. Chesex

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY (WCPT)

16/19 Eastcastle Street

London, W1N 7PA, United Kingdom

Ms. E.M. McKay, Secretary-General

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

Ms. E. Morgan, (United Kingdom), President-Elect

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS

Ms. M. Schwarz, (Switzerland), Chairperson, International
Relations Committee

WORLD FEDERATION OF UNITED NATIONS ASSOCIATIONS

Pavillon du Petit-Saconex

Via Service Courrier ONU

1211 Geneva 10, Switzerland

Dr. D. P. Tripathi

UNITED NATIONS

United Nations Centre for Social Development and Humanitarian Affairs
(UNCSDHA), Vienna^a

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(UNESCO), Paris^a

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Ms. P.M. Elmiger*
External Relations Officer, Collaboration with the United Nations
System, Nongovernmental and other Organizations, Geneva

Ms. J. Gunby*
Administrative Assistant, Collaboration with the United Nations
System, Nongovernmental and other Organizations, Geneva

Dr. L. Chambers
Short-Term Consultant, Copenhagen

Dr. D.M. Macfadyen
Manager, Global Programme for Health of the Elderly, Copenhagen

Ms. D. Halvorsen
Assistant, Global Programmes, Copenhagen

Ms. M. Ropke* Coordinator, NGO/WHO Collaborative Group on Aging,
Director, EGV Dane Care, Strandlunden, Charlottenlund, Denmark

^a Invited, but unable to designate representative

* Unable to attend