



Convention relative aux droits des personnes handicapées

Distr. générale
29 septembre 2020
Français
Original : anglais

Conférence des États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées

Treizième session

New York, décembre 2020*

Point 5 b) ii) de l'ordre du jour provisoire**

**Questions relatives à l'application de la Convention :
tables rondes**

Répondre aux droits et aux besoins des personnes âgées en situation de handicap : vieillissement et tendances démographiques

Note du Secrétariat

La présente note a été établie par le Secrétariat en consultation avec des organismes des Nations Unies, des représentants de la société civile et d'autres parties prenantes en vue de faciliter la tenue de la table ronde sur le thème « Répondre aux droits et aux besoins des personnes âgées en situation de handicap : vieillissement et tendances démographiques ». Le Secrétariat transmet ci-après la note, approuvée par le Bureau de la Conférence, à la Conférence des États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées à sa treizième session.

* Les dates seront confirmées ultérieurement par le Comité des conférences du fait de la situation liée à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19):

** [CRPD/CSP/2020/1](#).



I. Introduction

1. Le monde compte aujourd'hui plus de 901 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, faisant des droits et des besoins des personnes âgées une question majeure qui concerne 12 % des habitants de la planète. Pourtant, cette question reste insuffisamment prise en compte¹. Le vieillissement et le handicap sont étroitement liés. À travers le monde, près de la moitié des personnes âgées de 60 ans et plus présentent une forme de handicap.

2. Malgré la forte prévalence du handicap chez les populations âgées, les besoins et les risques auxquels sont confrontées les personnes âgées présentant un handicap et les difficultés qu'elles rencontrent pour bénéficier de l'aide dont elles ont besoin ne sont pas suffisamment pris en compte et bien souvent laissés sans réponse. En effet, les programmes axés sur le handicap ont tendance à mettre l'accent sur les enfants ou les jeunes adultes, tandis que les grands programmes de développement, y compris lorsqu'ils concernent les personnes âgées, ignorent souvent la question du handicap.

3. Les préjugés et les idées reçues à l'égard des personnes âgées peuvent se traduire par une incapacité à reconnaître leur handicap. Les déficiences fonctionnelles sont considérées à tort comme une conséquence naturelle du vieillissement, tandis que les normes sociétales banalisent le handicap lié au vieillissement. Par conséquent, les personnes âgées elles-mêmes n'ont pas toujours conscience qu'elles présentent un handicap, bien qu'elles soient souvent confrontées à d'importantes difficultés au quotidien. Souvent, l'âge auquel apparaissent les premiers signes du handicap influence l'image que la personne a d'elle-même. Les personnes qui présentent un handicap avant de parvenir à un âge avancé et celles qui en acquièrent en vieillissant sont confrontées à de nombreuses difficultés, tant générales que propres à leur état.

4. Dans la présente note, les deux catégories sont examinées comme un seul et même groupe, les « personnes âgées en situation de handicap », tout en mentionnant, le cas échéant, les défis spécifiques que les personnes appartenant à chaque sous-catégorie peuvent rencontrer dans certaines circonstances.

II. Instruments internationaux applicables

5. Malgré la ratification quasi universelle de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et les mesures prises par les États parties aux fins de son application, nombre de personnes âgées handicapées continuent d'être confrontées à des obstacles qui entravent la pleine jouissance de leurs droits.

6. Les instruments internationaux relatifs au vieillissement et au handicap continuent d'évoluer à mesure que la communauté internationale prend acte de la question du vieillissement et de l'importance particulière qu'elle revêt.

7. Il n'existe aucun instrument international en matière de droits de la personne qui traite spécifiquement des droits des personnes âgées et de l'ensemble des difficultés qu'elles rencontrent. Les conventions internationales existantes en matière de droits de la personne s'appliquent à tous de la même manière, y compris aux personnes âgées. En 1991, dans sa résolution 46/91, l'Assemblée générale a adopté les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées, dans lesquels elle soulignait que les principes d'indépendance, de participation, de soins, d'épanouissement personnel et de dignité étaient essentiels pour garantir de bonnes conditions de vie aux personnes âgées et devaient être pris en compte dans les politiques sociales qui

¹ ONU, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Population Ageing 2015* (New York, 2015).

leur étaient destinées. La Convention est l'un des rares instruments où il est fait référence à la question de l'âge et aux personnes âgées. Le seul autre instrument qui fait mention de l'âge est la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. Bien qu'aucun article distinct ne soit consacré aux personnes âgées handicapées (ce qui est par contre le cas pour les femmes et les enfants handicapés), la Convention souligne que l'âge est une question transversale.

8. Dans son rapport de 2019 (A/74/186), la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées a attiré l'attention sur cet aspect de la Convention. Elle y rappelle que les formes de discrimination multiples et croisées auxquelles sont confrontées les personnes handicapées, notamment celles fondées sur l'âge, sont soulignées dans le préambule de la Convention ; l'obligation de lutter contre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques préjudiciables à l'égard des personnes handicapées, y compris ceux liés à l'âge est formulée à l'article 8 (Sensibilisation) ; la mise en place d'aménagements adaptés en fonction de l'âge est prévue à l'article 13 (Accès à la justice) ; l'importance de services d'assistance et de protection adaptés à l'âge est reconnue à l'article 16 (Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance) ; les personnes âgées sont explicitement mentionnées dans le cadre des services de soins de santé destinés à réduire et à prévenir les nouveaux handicaps à l'article 25 (Santé) ; et les États sont invités à garantir aux personnes âgées handicapées l'accès aux programmes de protection sociale et aux programmes de réduction de la pauvreté à l'article 28 (Niveau de vie adéquat et protection sociale).

9. La Déclaration politique et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (A/CONF.197/9, chapitre I, résolution 1), adoptés en 2002, constituent le principal document international d'orientation générale se rapportant aux personnes âgées. Aucun des 19 articles que compte la Déclaration politique ne fait référence aux personnes âgées handicapées. En revanche, le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement prévoit une stratégie en faveur de l'adoption de politiques relatives au vieillissement, propose un ensemble de recommandations et constitue par ailleurs, puisqu'il mentionne spécifiquement les personnes âgées handicapées, une précieuse ressource pour l'élaboration de politiques². Il s'articule autour de trois orientations prioritaires :

a) L'orientation prioritaire I (Les personnes âgées et le développement) stipule que les personnes âgées doivent être traitées avec équité et dignité, quels que soient leurs handicaps ou leur situation individuelle, et appréciées indépendamment de leur contribution économique. Elle souligne l'importance que revêtent les politiques qui prolongent la durée de la vie active, comme les nouvelles modalités de retraite « à la carte », l'assouplissement des conditions de travail et les services de réadaptation professionnelle pour les personnes âgées handicapées. Elle insiste également sur l'importance que revêtent les mesures en faveur de la sécurité des revenus et de la protection ou de la sécurité sociale, notamment les prestations d'assurance invalidité ;

b) L'orientation prioritaire II (Promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées) fait état de la nécessité de mettre au point des interventions précoces en vue de prévenir ou de différer l'apparition de maladies et de handicaps. Elle souligne que, partout dans le monde, les troubles mentaux constituent l'une des principales causes des handicaps et propose une série de mesures aux fins de la mise en place de services psychiatriques complets. Le Plan d'action appelle les organismes

² Le Plan d'action se distingue de la Convention dans la mesure où ses principes font référence à la vie au sein de la communauté « aussi longtemps [que les intéressés] le peuvent ».

chargés de la coordination des politiques et programmes nationaux à accorder davantage d'importance aux questions concernant les personnes âgées présentant un handicap et à mettre au point un ensemble de mesures visant à garantir, entre autres, le caractère abordable des services de soins de santé et de réadaptation, l'accessibilité des logements, des espaces publics, des locaux commerciaux ou de services, ainsi que la possibilité de bénéficier des technologies d'assistance ;

c) L'orientation prioritaire III (Créer un environnement favorable et porteur) préconise une meilleure conception des logements et du cadre de vie, afin de favoriser une vie indépendante, en tenant compte des besoins des personnes âgées, et particulièrement des besoins des personnes âgées handicapées. Elle souligne qu'il convient de mettre à la disposition des personnes âgées des moyens de transport plus accessibles et abordables, notamment en concevant une voirie plus sûre et en mettant au point de nouveaux types de véhicules qui répondent aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle préconise des stratégies visant à répondre aux besoins particuliers des personnes vieillissantes chargées de dispenser des soins à des personnes présentant un handicap cognitif. Elle recommande également de prendre des mesures visant à encourager les médias à promouvoir des images qui mettent en lumière la sagesse, les points forts, les contributions, le courage et les ressources des femmes et des hommes âgés, y compris des personnes âgées handicapées.

10. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 appelle lui aussi au respect des droits des personnes âgées handicapées³. En adoptant le Programme 2030, les États Membres se sont engagés à veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte, y compris les personnes handicapées, quel que soit leur âge, dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement durable. Les objectifs de développement durable abordent la question du handicap à plusieurs reprises, notamment ceux qui se rapportent à l'élimination de la pauvreté (objectif 1), à l'éducation et aux possibilités d'apprentissage tout au long de la vie (objectif 4), à la croissance et à l'emploi (objectif 8), à la réduction des inégalités, notamment au moyen de l'autonomisation de toutes les personnes et de leur intégration sociale, économique et politique (objectif 10), à l'accessibilité des établissements humains, notamment au moyen de systèmes de transport et d'espaces publics sûrs et accessibles (objectif 11), ainsi qu'au renforcement des capacités de collecte de données ventilées par handicap et de suivi de la réalisation des objectifs de développement durable (objectif 17). Tous les objectifs de développement durable présentent un intérêt pour l'intégration et l'épanouissement de toutes les personnes handicapées.

11. Au sein du système des Nations Unies, l'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution 69.3 du 29 mai 2016 intitulée « Stratégie et Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020 : vers un monde où chacun puisse vivre longtemps et en bonne santé », a établi un cadre visant à parvenir à un vieillissement en bonne santé pour tous, y compris pour les personnes âgées handicapées. En août 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030, à l'occasion de laquelle elle encourage les acteurs intéressés à créer, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, des environnements physiques et sociaux adaptés aux personnes âgées en s'appuyant sur les politiques, systèmes, services, produits et technologies nécessaires à cette fin.

³ Résolution 70/1 de l'Assemblée générale.

III. Vieillesse et handicap : enjeux et défis

12. L'ampleur et la rapidité de l'évolution démographique exigent d'accorder une plus grande attention à la question du vieillissement des populations, sachant que le pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus devrait représenter 21 % de la population mondiale d'ici à 2050 et que la majorité de ces populations vieillissantes vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. En chiffres absolus, les personnes âgées dans le monde devraient être deux fois plus nombreuses en 2050 qu'en 2015, avec près de 2,1 milliards de personnes. Le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus augmente encore plus rapidement ; il devrait plus que tripler entre 2015 et 2050⁴.

13. Le handicap est plus répandu chez les personnes âgées. Au niveau mondial, près de la moitié (46 %) des personnes âgées de 60 ans et plus présentent diverses invalidités⁵. La prévalence du handicap augmente avec l'âge, et le nombre de personnes handicapées est appelé à augmenter à mesure que les populations vieillissent et que les maladies chroniques entraînant des déficiences et des handicaps se multiplient. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, les taux d'invalidité sont particulièrement élevés.

14. La pandémie mondiale de coronavirus (COVID-19) expose les personnes âgées et les personnes atteintes de pathologies sous-jacentes, dont bon nombre présentent des handicaps, à un risque accru de maladie grave et de mortalité. En mai 2020, le Secrétaire général a publié deux notes de synthèse – l'une sur les conséquences de la COVID-19 sur les personnes âgées⁶ et l'autre sur l'inclusion du handicap dans la riposte à la pandémie⁷ – dans lesquelles il a énuméré une multitude de risques et de difficultés auxquels sont tout particulièrement confrontées les personnes âgées et les personnes handicapées, tout en appelant à tenir davantage compte des questions du handicap et de l'âge dans le cadre des mesures de lutte contre la pandémie. Pas moins de 146 États Membres ont fermement soutenu l'appel à promouvoir des mesures de lutte contre la pandémie qui respectent les droits et la dignité des personnes âgées et des personnes handicapées, de façon à œuvrer en faveur d'une société plus résiliente, inclusive, égalitaire et durable pour tous.

15. Les dernières données témoignent de l'impact disproportionné de la pandémie sur les personnes âgées ; le taux de mortalité chez les personnes âgées de 80 ans et plus est cinq fois plus élevé que la moyenne générale⁸. À titre d'exemple, 95 % des cas mortels recensés en Europe ont concerné des personnes de plus de 60 ans⁹, tandis que 80 % des cas mortels recensés aux États-Unis d'Amérique ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus¹⁰. En outre, les taux de mortalité chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans la région Asie-Pacifique ont été de 20 à 40 fois supérieurs

⁴ *Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018* (publication des Nations Unies, numéro de vente E.17.IV.2), p. 47 et 48.

⁵ Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et HelpAge International, *Vieillir au vingt et unième siècle : Une victoire et un défi*, (New York, 2012), p. 61.

⁶ ONU, « Les conséquences de la COVID-19 sur les personnes âgées », note de synthèse, mai 2020.

⁷ ONU, « Inclusion du handicap dans la riposte à la COVID-19 », note de synthèse, mai 2020.

⁸ Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Mise à jour de la stratégie COVID-19 », 14 avril 2020.

⁹ Hans Henri P. Kluge, déclaration – « Les seniors sont certes les plus exposés au risque de COVID-19, mais tout le monde doit agir pour empêcher la propagation dans la communauté », OMS, 2 avril 2020.

¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention, « Your health: older adults ». Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>.

à ceux du reste de la population¹¹. Bien que les conséquences à long terme de l'infection soient encore inconnues, il est probable qu'elle entraîne de nouvelles déficiences chez certaines personnes en raison de problèmes de santé chroniques sous-jacents ou du manque de soins de santé. Les périodes d'isolement prolongées peuvent avoir de graves conséquences sur la santé mentale et le bien-être, notamment lorsqu'elles sont associées à un manque d'accès aux soins. De fait, de récentes études sur les effets du confinement sur les personnes souffrant de démence font état de pertes d'autonomie fonctionnelle plus importantes, de troubles cognitifs plus marqués, de niveaux plus élevés d'agitation, d'apathie ou de dépression et d'une détérioration de leur état de santé¹².

16. Les taux d'invalidité sont nettement plus élevés chez les femmes âgées que chez les hommes âgés. Sur la période 2002-2004, les taux d'invalidité des personnes âgées de 65 ans et plus relevés dans 59 pays étaient de 10 points de pourcentage plus élevés pour les femmes que pour les hommes¹³. Les obstacles que rencontrent les femmes âgées handicapées pour bénéficier de soins de santé, participer à la vie politique et avoir accès à la justice conduisent à l'isolement et à l'exclusion. Les femmes âgées handicapées risquent davantage d'être placées en institution et d'être victimes de violence, de maltraitance et de négligence, sans que ces faits ne soient signalés dans de nombreux cas¹⁴. À l'origine de ces atteintes aux droits de la personne se trouvent la discrimination, la stigmatisation et les idées reçues dont sont victimes les femmes âgées handicapées¹⁵.

17. Ces problèmes se sont aggravés au cours de la pandémie de COVID-19. Par exemple, il a été fait état, pendant la crise, d'un risque accru de mauvais traitements et de violences à l'égard des femmes, y compris les femmes âgées handicapées, en particulier celles qui vivent en institution ou dans des établissements de soins de longue durée¹⁶. L'isolement social inhérent aux mesures de distanciation physique qui touchent les personnes âgées handicapées en général a des répercussions plus marquées sur les femmes âgées handicapées, en raison des inégalités dont elles font l'objet dans d'autres domaines. Dans la région des États arabes, par exemple, il y a deux fois plus de femmes âgées analphabètes (68 %) que d'hommes (36 %), ce qui désavantage considérablement les femmes en matière d'accès aux informations sur les mesures de prévention ou de recours aux technologies pour communiquer avec leurs proches¹⁷.

18. Les principales causes d'invalidité chez les personnes âgées sont la déficience visuelle, la perte de l'acuité auditive et l'arthrose¹⁸. La démence, dont la prévalence augmente avec l'âge, est la principale cause du recours au paramètre d'années de vie corrigées du facteur invalidité dans les pays développés et la deuxième dans le monde. Les femmes sont touchées de manière disproportionnée par la démence. La démence, cause majeure de décès et d'invalidité chez les personnes âgées, est classée par l'OMS

¹¹ Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, « The impact and policy responses for COVID-19 in Asia and the Pacific », 26 mars 2020.

¹² Aida Suárez-González, « Detrimental effects of confinement and isolation on the cognitive and psychological health of people living with dementia during COVID-19: emerging evidence », London School of Economics and Political Science, International Long-term Care Policy Network, 1^{er} juillet 2020.

¹³ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (Genève, 2011), p. 35.

¹⁴ Western University, Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children, « Violence against women who are older », *Learning Network*, vol. 18 (Londres, Canada, 2016).

¹⁵ Voir [CEDAW/C/GC/27](#), par. 13.

¹⁶ OMS, « Addressing violence against children, women and older people during the COVID-19 pandemic: key actions », 17 juin 2020.

¹⁷ Voir E/ESCWA/2020/POLICY BRIEF.12.

¹⁸ FNUAP et HelpAge International, *Vieillir au vingt et unième siècle*, p. 61.

comme la cinquième cause de décès chez les femmes dans le monde. En 2010, le nombre de personnes atteintes de démence était estimé à 35,6 millions. Il devrait presque doubler tous les 20 ans, pour atteindre 65,7 millions en 2030 et 115,4 millions en 2050. On recense dans le monde près de 7,7 millions de nouveaux cas de démence par an, ce qui équivaut à un nouveau cas toutes les quatre secondes¹⁹.

19. Les personnes âgées handicapées sont confrontées à diverses difficultés qui s'opposent à l'exercice de leurs droits. Certaines de ces difficultés sont présentées ci-après.

A. Des formes de discrimination multiples et croisées

20. Les personnes âgées handicapées peuvent être confrontées à des formes multiples et croisées de discrimination, lesquelles sont fondées sur des critères tels que l'âge, le genre ou le handicap. Il convient de tenir compte de cette problématique dans le cadre des efforts déployés en vue de garantir la pleine jouissance de tous leurs droits. Les préjugés déjà bien connus à l'égard des personnes handicapées sont par exemple accentués par la discrimination liée à l'âge, aussi appelée âgisme. L'âgisme est fondé sur des stéréotypes négatifs à l'égard des personnes âgées, comme le fait qu'elles arrivent en fin de vie, qu'elles sont dépendantes et improductives, qu'elles constituent une catégorie de personnes assistées qui ne sont plus en mesure de s'assumer seules, ou encore qu'elles sont privilégiées et donc peu méritantes²⁰. La crise de la COVID-19 a mis en lumière les attitudes discriminatoires fondées sur l'âge qui prévalent ; des cas de propos discriminatoires et haineux tenus à l'égard des personnes âgées au sein de l'opinion publique ont été signalés²¹. Les gouvernements doivent s'employer à disqualifier les stéréotypes négatifs pour mettre un terme à l'âgisme qui règne dans le cadre de la pandémie, tout en privilégiant un discours positif consistant à mettre en valeur les précieuses contributions des personnes âgées dans le cadre la crise sanitaire, à l'image des nombreux médecins, infirmières, scientifiques et chercheurs à la retraite qui ont répondu aux appels des gouvernements à reprendre le travail.

21. Les lois, politiques et pratiques nationales fournissent rarement une protection adéquate contre les formes multiples et croisées de discrimination. Ainsi, dans certains pays, les personnes handicapées sont susceptibles de perdre certains de leurs droits à partir d'un certain âge. Les mesures en faveur des personnes handicapées et les aides liées au handicap – comme les aides à l'achat d'un véhicule spécialement aménagé – sont souvent réservées aux moins de 70 ans. De même, les personnes qui présentent un handicap pour la première fois à un âge avancé risquent de ne jamais pouvoir bénéficier de prestations ou de services d'invalidité, tels que l'aide à la personne ou l'allocation de mobilité. Ces discriminations peuvent par ailleurs s'additionner tout au long de la vie de l'intéressé. Ainsi, une personne handicapée qui se trouve dans l'incapacité de travailler en raison de la discrimination dont elle fait l'objet risque d'être plus exposée à la pauvreté en vieillissant, tout en ne pouvant pas bénéficier d'une aide de subsistance ou avoir accès à des prestations financières du fait des limites d'âge applicables. Ces formes multiples et croisées de discrimination, qui contreviennent à l'article 5 de la Convention (Égalité et non-discrimination), entraînent à leur tour d'autres violations des droits de la personne, qui se traduisent,

¹⁹ FNUAP et HelpAge International, *Vieillir au vingt et unième siècle*, p. 63. Voir aussi OMS et Alzheimer's Disease International, *Dementia: A Public Health Priority* (Genève, 2012).

²⁰ Thomas Nicolaj Iversen, Lars Larsen et Per Erik Solem, « A conceptual analysis of ageism », *Nordic Psychology*, vol. 61, n° 3 (2009), p. 4 à 22 ; Frédéric Mégret, « The human rights of older persons: a growing challenge », *Human Rights Law Review*, vol. 11, n° 1 (mars 2011), p. 37 à 66.

²¹ ONU, « Les conséquences de la COVID-19 sur les personnes âgées ».

entre autres, par l'absence de services et d'accompagnement permettant à ces personnes de vivre de manière indépendante au sein de la société (conformément à l'article 19 de la Convention) et le déni de leur droit à la capacité et à la participation juridiques. Il convient d'accorder davantage d'attention aux personnes âgées qui présentent des handicaps en vieillissant et qui peuvent être confrontées à des obstacles spécifiques à la pleine et égale jouissance de leurs droits, par exemple lorsqu'elles ne peuvent pas accéder aux services et à l'aide aux personnes handicapées ou qu'elles sont placées sous curatelle.

B. Capacité juridique et autonomie de vie : augmentation des risques de violence, de maltraitance et de négligence

22. Les personnes âgées handicapées sont plus susceptibles que les personnes valides de faire l'objet d'une mise sous curatelle ou d'un placement en institution, de se retrouver isolées chez elles ou de se voir imposer un traitement de force²². Il s'agit en l'espèce d'une atteinte à leur droit à l'autonomie individuelle ainsi qu'au principe de la capacité juridique dans tous les domaines, tel qu'énoncé à l'article 12 de la Convention, qui prescrit l'égalité en droit de toutes les personnes handicapées, quel que soit leur âge. Plusieurs facteurs contribuent à priver les personnes âgées handicapées de leur autonomie et de leur capacité juridique, notamment les idées reçues et les préjugés sur l'âge et les capacités (comme le fait d'être considéré comme faible, sénile, ou plus ou moins dépourvu de capacités fonctionnelles), la perte de revenus et la désaffection familiale. Dans les faits, ce déni d'autonomie et de capacité juridique est susceptible d'affecter presque tous les aspects de la vie d'une personne âgée handicapée et conduire à la violation de ses droits : il peut par exemple se traduire par des traitements médicaux et des soins administrés sans consentement éclairé, donner lieu à des décisions imposées concernant les services d'accompagnement choisis, entraver l'accès aux ressources financières et la façon dont elles sont dépensées, influencer le choix du lieu de résidence et des personnes qui l'occupent, ou faire obstacle au droit de se marier, de rédiger un testament ou d'hériter.

23. La propagation de la COVID-19 dans les maisons de retraite et les établissements de soins a fait de nombreuses victimes parmi les personnes âgées handicapées. Bien que le taux d'infection dans les établissements de soins de longue durée, tels que les maisons de repos et les centres de réadaptation, varie considérablement d'un pays à l'autre comme au sein d'un même pays, certaines études préliminaires indiquent que le nombre de décès au sein de ce groupe représente entre 42 et 57 % de tous les décès dus à la COVID-19²³. Il a été démontré qu'une fois que la COVID-19 s'est déclarée dans un établissement, il est difficile d'en maîtriser la propagation, compte tenu de la grande proximité requise pour administrer les soins personnels. Dans ce contexte, les personnes âgées handicapées sont également davantage exposées au risque de négligence, de maltraitance et de violence. Leur autonomie est d'autant plus compromise lorsque la continuité des services assurés, par exemple, par les auxiliaires de vie, les médiateurs et les interprètes en langue des signes n'est plus garantie. La pandémie a donné lieu à un examen critique des systèmes de prise en charge de longue durée eu égard aux problèmes persistants qui les affectent, tels que le manque de moyens, l'absence de reconnaissance vis-à-vis du personnel, ainsi que le manque d'harmonisation entre les politiques des services de

²² Voir [A/74/186](#), par. 29.

²³ Adelina Comas-Herrera, Joseba Zalakain *et al.*, « Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence », London School of Economics and Political Science, International Long-term Care Policy Network (12 avril 2020), p. 5.

soins de santé et celles des services de soins de longue durée²⁴. Le renforcement de l'accompagnement et des services sociaux peut jouer un rôle déterminant en faveur d'un vieillissement des personnes âgées handicapées empreint de dignité et de respect.

24. Cependant, il n'est pas rare que les personnes âgées handicapées se voient refuser le droit de vivre de manière indépendante et d'être intégrées à la société, comme le prévoit l'article 19 de la Convention. L'origine de ce problème tient avant tout au manque de services d'accompagnement de qualité au sein de la société et au fait que les soins de longue durée ne sont généralement pas pris en charge par les régimes de protection sociale²⁵. Des limites d'âge sont imposées dans certains pays en matière de réadaptation. De plus, les personnes âgées sont confrontées à des attitudes sociétales discriminatoires fondées sur l'âge qui les poussent à accepter plus facilement d'être placées en institution, indépendamment de leur préférence personnelle en la matière. En conséquence, dans de nombreux pays, les personnes âgées handicapées continuent d'être placées dans des établissements de soins de longue durée, tels que les maisons de retraite et les centres de soins, où elles sont plus susceptibles d'être coupées des leurs, de ne pas pouvoir réellement décider des modalités de leur vie quotidienne (notamment en ce qui concerne leur alimentation et la façon dont elles s'habillent, ou encore pour ce qui est des horaires des repas et du coucher), et où elles risquent de subir des privations de liberté et des atteintes à leur vie privée. Ce manque de services d'accompagnement au sein de la collectivité conduit par ailleurs à un recours excessif à des modalités informelles de prise en charge, l'accompagnement étant alors le plus souvent assuré par les familles et l'entourage. Il est essentiel de garantir l'accès des personnes âgées handicapées aux services d'aide dans le cadre de la protection sociale, afin de leur permettre de jouir du droit au meilleur état de santé possible, tout en assurant leur participation et leur intégration à la société, comme le prévoient les articles 25 et 26 de la Convention.

25. Les personnes âgées handicapées sont très fortement exposées au risque de violence, de maltraitance et de négligence. En vertu de l'article 16 de la Convention, les États parties sont tenus de prendre toutes les mesures appropriées pour protéger les personnes handicapées de tous âges contre toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, y compris leurs aspects fondés sur le genre. Des études montrent toutefois que le handicap constitue un important facteur de risque de maltraitance chez les personnes âgées²⁶. Ces mauvais traitements prennent notamment la forme de violences physiques, psychologiques, financières, sexuelles et fondées sur le genre. Dans les institutions, les personnes âgées handicapées risquent de subir des violences et des mauvais traitements de la part des professionnels qui les prennent en charge. Au sein des hôpitaux, des établissements de soins et des résidences médicalisées, les violations des droits sont sous-estimées du fait de dispositifs de signalement et de dépistage insuffisants²⁷. Les mauvais traitements sont également sous-évalués au sein de la société, en particulier lorsque l'auteur des faits est un membre de la famille²⁸. Les personnes atteintes de démence y sont tout

²⁴ OMS, « Preventing and managing COVID-19 across long-term care services », note de synthèse, 24 juillet 2020.

²⁵ Xenia Scheil-Adlung, « Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries », Organisation internationale du Travail, *Extension of Social Security*, document de travail n° 50 (Genève, 2015).

²⁶ OMS, « Risk factors for elder abuse », Violence Info. Disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/violence-info/studies/?area=elder-abuse&aspect=risk-factors&risk-factorlevel=Individual&risk-factor-sub-levels=Victim>.

²⁷ Elizabeth M. Bloemen *et al.*, « Trends in reporting of abuse and neglect to long-term care ombudsmen: data from the National Ombudsman Reporting System from 2006 to 2013 » *Geriatric Nursing*, vol. 36, n° 4 (2015), p. 281 à 283.

²⁸ Dinesh Selhi *et al.* (éds.), *European Report on Preventing Elder Maltreatment*, OMS, Bureau régional pour l'Europe (Copenhague, 2011).

particulièrement exposées en raison de leurs besoins importants en matière de prise en charge et de leurs difficultés à se faire comprendre. Une étude a ainsi révélé que les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence étaient 4,8 fois plus susceptibles de subir des mauvais traitements que les autres²⁹. Le sort réservé aux personnes âgées atteintes de démence dans les établissements de soins de longue durée est particulièrement préoccupant. Il a été établi qu'il est courant dans certaines maisons de retraite d'administrer aux personnes âgées des médicaments contre la démence sans leur consentement afin de les discipliner, les forçant ainsi à dormir, ce qui entraîne des pertes de poids et de masse musculaire ainsi que des problèmes d'incontinence, tout en augmentant les risques de chute et même de décès³⁰.

26. Les femmes handicapées sont par ailleurs d'autant plus vulnérables du fait des formes croisées de violence, d'exploitation et de maltraitance fondées sur le genre et le handicap, ce qui les expose à un risque disproportionné d'interventions médicales et psychiatriques forcées ainsi qu'à des actes de violence et de maltraitance, le plus souvent imputables à leurs proches. On estime que les femmes handicapées sont 1,5 à 10 fois plus susceptibles que les autres femmes de subir des violences physiques ou sexuelles de la part d'un membre de la famille ou d'un aidant³¹. Pour veiller à la prise en compte de la question du handicap, il convient dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 d'accorder une plus grande priorité à la protection des femmes handicapées, y compris celles qui comptent parmi les aînées, en garantissant aux victimes des services d'assistance inclusifs et accessibles, pendant la pandémie comme par la suite³².

C. Technologies de l'information et des communications et équipements d'assistance

27. Dans l'article 9 de la Convention, il est demandé aux États parties de prendre les mesures appropriées pour que les personnes handicapées aient accès, au même titre que les autres, aux systèmes et technologies de l'information et des communications. Les évolutions rapides dans les domaines de la numérisation, de la robotique, de l'automatisation, de l'intelligence artificielle et d'autres technologies créent des possibilités en faveur d'une plus grande autonomie. Par ailleurs, la disponibilité, la maîtrise et l'utilisation d'équipements et de technologies d'assistance dans les domaines de l'adaptation et de la réadaptation, comme indiqué à l'article 26 de la Convention, sont tout aussi importantes pour l'autonomisation des personnes âgées handicapées. Dans les faits, toutefois, les personnes âgées handicapées rencontrent parfois des difficultés pour avoir accès à ces technologies. Ces obstacles sont parfois dus à la discrimination fondée sur l'âge, à un manque de disponibilité, aux coûts élevés, à des critères d'éligibilité restrictifs, au manque d'intégration au sein des régimes d'accompagnement existants, aux défauts de conception en matière d'accessibilité physique, au manque d'informations sur les services ou à un degré de maîtrise qui ne permet pas de tirer profit des innovations technologiques. En outre, certains groupes de la population handicapée sont particulièrement désavantagés en matière d'accès et d'utilisation des technologies de l'information et des communications et des équipements d'assistance en raison de plusieurs facteurs, tels

²⁹ Xin Qi Dong, « Elder abuse: systematic review and implications for practice », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, n° 6 (juin 2015), p. 1214 à 1238.

³⁰ Voir, par exemple, Hannah Flamm, « Why are nursing homes drugging dementia patients without their consent », *Washington Post*, 10 août 2018.

³¹ Human Rights Watch, « Human rights for women and children with disabilities » (2012), p. 5.

³² ONU, « Les conséquences de la COVID-19 sur les personnes âgées ».

que le manque d'éducation, l'appartenance à une minorité raciale ou ethnique, le manque de ressources, l'apparition tardive d'un handicap ou le handicap lié aux fonctions mentales et non aux fonctions physiques ou sensorielles³³.

28. La fracture numérique à laquelle se heurtent les personnes âgées handicapées, souvent aggravée par la dimension de genre, s'est accentuée au cours de la pandémie de COVID-19. Ce phénomène est particulièrement flagrant dans les pays à faible revenu et dans les pays en développement. Même dans les pays à revenu élevé, les solutions de télémédecine ne sont pas toujours disponibles ou accessibles aux personnes âgées handicapées. Alors que la moitié de la population mondiale a accès à l'Internet, les personnes âgées, plus que tout autre groupe de population, restent non connectées et incapables d'avoir recours à certains services, tels que les achats et les opérations bancaires en ligne ou la télémédecine³⁴. Nombre d'entre elles ne peuvent pas prendre connaissance des messages de santé publique dès leur diffusion, car les sites Web et autres supports d'information numériques leur sont souvent inaccessibles ou sont incompatibles avec leurs équipements d'assistance.

D. Services de santé et répercussions de la maladie à coronavirus

29. L'accès à l'ensemble des services de soins de santé de qualité demeure problématique pour les personnes âgées handicapées du fait de multiples obstacles en matière de disponibilité, d'accessibilité et de coût, ainsi qu'en raison des plafonds de prise en charge de l'assurance maladie. Ces personnes se heurtent également à des obstacles juridiques, institutionnels et comportementaux, ainsi qu'aux préjugés concernant les personnes handicapées et les personnes âgées qui prévalent au sein du système de soins de santé. Les personnes âgées handicapées sont par ailleurs plus susceptibles de se trouver dans différents types de cadres institutionnels formels et informels limitant leur accès aux soins de santé généraux fournis sur la base d'un choix libre et éclairé.

30. Les lacunes en matière d'accès aux services de santé sont dues aux obstacles matériels, financiers, comportementaux, informationnels et de communication auxquels se heurtent les personnes âgées handicapées. Les obstacles matériels, souvent cités comme posant problème, renvoient aux bâtiments inaccessibles et au manque d'accès aux équipements de diagnostic et de traitement médicaux. Dans un cadre plus large, les problèmes des moyens de transport inaccessibles ou trop onéreux, des mauvais revêtements de voirie et du manque d'installations de soins de santé en milieu rural constituent des obstacles indéniables pour les personnes présentant des handicaps sensoriels, moteurs et cognitifs³⁵. Lorsqu'il s'avère impossible de communiquer au moyen de la langue des signes, la communication entre les patients malentendants et les médecins est compromise. Il a également été démontré que ces problèmes de communication nuisent à la qualité des soins de santé reçus et entravent le recours aux services de prévention³⁶. La plupart des pays à revenu faible ou

³³ H. Stephen Kaye, Patricia Yeager et Myisha Reed, « Disparities in usage of assistive technology among people with disabilities », *Assistive Technology*, vol. 20, n° 4 (2008), p. 194 à 203.

³⁴ FNUAP et HelpAge International, *Vieillir au vingt et unième siècle*.

³⁵ Jean-François Trani *et al.*, « Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys », *Lancet Global Health*, vol. 5, n° 8 (août 2017).

³⁶ Neuma Chaveiro, Celmo Celso Porto et Maria Alves Barbosa, « The relation between deaf patients and the doctor », *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, n° 1 (janvier-février 2009) ; Michael M. McKee *et al.*, « Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 1 (juillet 2011) ; Rachel E. Hommes *et al.*, « American sign language interpreters' perceptions

intermédiaire ne disposent pas de moyens de communication améliorée et alternative ou d'autres solutions d'accessibilité numérique et informationnelle nécessaires pour garantir l'accès aux soins généraux, spécialisés ou d'urgence. Dans certains pays, plus de 30 % des personnes handicapées déclarent que les établissements de soins de santé leur sont inaccessibles³⁷.

31. Les formes multiples et croisées de discrimination, y compris celles fondées sur l'âge et le genre, constituent également un obstacle majeur. Il arrive qu'il soit décidé au sein des systèmes de soins de santé ou par les prestataires de soins indépendants de rationner les soins, ce qui prive les personnes âgées handicapées de l'égalité d'accès. Les personnes handicapées s'avèrent quatre fois plus susceptibles d'être maltraitées lorsqu'elles se font soigner (14 % contre 4 % pour le reste de la population) et trois fois plus susceptibles de ne pas recevoir de soins du tout (26 % contre 3 % pour le reste de la population)³⁸.

32. Dans nombre de pays, les coûts liés aux soins de santé posent de grandes difficultés. L'accessibilité des soins de santé fait partie intégrante du droit à la santé ; pourtant, 39 % des personnes âgées handicapées déclarent ne pas avoir suffisamment de moyens pour se rendre à une consultation médicale³⁹. Le coût des soins de santé ne permet pas aux personnes âgées handicapées de bénéficier des prestations dont elles ont besoin. Cette situation est aggravée par le fait que de nombreuses personnes handicapées ont des revenus plus faibles et des ressources moins importantes que les personnes valides et par le fait qu'en règle générale, les ménages comptant des personnes handicapées font face à des dépenses médicales plus élevées que les autres.

33. L'accès aux soins palliatifs pose des difficultés particulières aux personnes âgées handicapées. Sachant que les services de soins de fin de vie ne bénéficient pas de moyens suffisants pour répondre aux besoins, les personnes handicapées sont sous-représentées dans le domaine des soins palliatifs. En outre, les choix des personnes handicapées ne sont souvent pas respectés dans le cadre des décisions concernant la fin de vie. Souvent, la capacité des personnes présentant une déficience intellectuelle à exprimer leurs souhaits et leurs préférences est tout particulièrement négligée. Par ailleurs, on constate que les personnes de plus de 85 ans ont moins de chances d'accéder à des soins palliatifs que les personnes moins âgées et que les personnes âgées atteintes de démence sont particulièrement susceptibles de ne pas avoir accès à ce type de soins⁴⁰.

34. Les personnes âgées handicapées risquent davantage de contracter la COVID-19. Les mesures d'hygiène préventive, notamment l'hygiène corporelle et le nettoyage fréquent des surfaces, peuvent poser problème aux personnes âgées handicapées en raison de handicaps physiques, de la discontinuité des prestations de services ou d'obstacles environnementaux. Certaines d'entre elles ne peuvent se passer de certaines surfaces tactiles, comme les personnes en fauteuils roulants ou celles qui ont recours au braille, et sont donc davantage amenées à entrer en contact avec des surfaces non désinfectées, tandis que d'autres sont tributaires des soignants, ce qui rend l'auto-isolément impossible. En outre, certaines personnes âgées présentant une déficience intellectuelle ou atteintes d'une maladie mentale ou d'un handicap psychosocial ne sont pas en mesure de rester longtemps confinées chez elles.

of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients », *Journal of Community Health*, vol. 43, n° 5 (octobre 2018).

³⁷ ONU, Département des affaires économiques et sociales, *Disability and Development Report: Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities 2018* (New York, 2019).

³⁸ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, p. 64.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ OMS, *Better Palliative Care for Older People* (Copenhague, 2004).

35. Les personnes âgées handicapées sont également confrontées à une discrimination fondée sur l'âge en raison de la forte pression exercée sur le système de santé et de l'insuffisance des ressources. Dans certains pays, des protocoles et des lignes directrices de triage ont été élaborés sur la base de critères discriminatoires ou non médicaux, tels que l'âge chronologique, ou des postulats discriminatoires sur la qualité ou la valeur de la vie fondés sur le handicap ou la fragilité⁴¹. Il est toutefois encourageant de constater que des bonnes pratiques sont définies à l'intention des professionnels de santé dans divers domaines, comme la prise en charge des personnes atteintes de démence. Il est par ailleurs possible d'étendre et d'adapter ces pratiques à d'autres contextes⁴². Lors d'une crise sanitaire, on ne tient souvent pas suffisamment compte de la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé de divers secteurs, y compris les services d'urgence, à la protection des droits des personnes âgées handicapées.

E. Participation à la vie politique et à la vie publique

36. Bien que leur droit d'y prendre part soit établi dans l'article 29 de la Convention, les personnes âgées handicapées sont souvent exclues de la vie politique, publique et sociale. Elles peuvent rencontrer des difficultés pour assister à des manifestations politiques, telles que les meetings ou les activités d'éducation électorale, ou pour se rendre aux urnes le jour de l'élection, pour remplir et déposer un bulletin de vote de manière indépendante ou pour participer à l'organisation du scrutin. Par conséquent, elles risquent d'être moins susceptibles de participer au suffrage aux côtés de leurs concitoyens. La discrimination et les préjugés peuvent dissuader les personnes âgées handicapées de se présenter aux élections ou les pousser à quitter leurs fonctions lorsqu'il n'est pas procédé à des aménagements raisonnables pour leur permettre d'exercer leurs fonctions en tant qu'élus. Les personnes âgées handicapées atteintes de démence sont aussi susceptibles d'être déchués de leur droit de vote, en violation des articles 12 et 29 de la Convention. En outre, nombre de pays conçoivent et mettent en œuvre des politiques et des lois en matière de handicap qui s'appliquent aux personnes âgées présentant diverses incapacités sans consulter systématiquement les organisations qui représentent les intéressés.

F. Vivre dans la pauvreté faute de mesures de protection sociale adéquates

37. Les personnes âgées handicapées risquent davantage de vivre dans la pauvreté que les personnes valides⁴³. Il est manifeste que les personnes handicapées sont confrontées à des taux de pauvreté plus élevés que les autres. Les femmes âgées handicapées sont particulièrement exposées au risque de vivre dans la pauvreté en raison des rôles de genre qui favorisent la pauvreté et la dépendance économique. À tous les âges de la vie, les femmes du monde entier sont moins bien payées que les hommes et occupent plus souvent un emploi à temps partiel, de façon à pouvoir également effectuer des tâches non rémunérées. Par conséquent, les femmes âgées, qui présentent des taux de handicap plus élevés que les hommes âgés, possèdent en

⁴¹ Samuel R. Bagenstos (2020), « May hospitals withhold ventilators from COVID-19 patients with pre-existing disabilities? Notes on the law and ethics of disability-based medical rationing », Public Law and Legal Theory Research Paper Series, document n° 670 (Université du Michigan, mars 2020).

⁴² Hannah Kuper *et al.*, « Disability-inclusive COVID-19 response: what it is, why it is important and what we can learn from the United Kingdom's response », *Wellcome Open Research*, vol. 5, n° 79 (2020).

⁴³ ONU, *Disability and Development Report*.

général moins de ressources que leurs pairs masculins. Il leur faut en outre en faire usage sur une plus longue période, sachant qu'elles jouissent en moyenne d'une plus grande espérance de vie que les hommes. S'agissant des systèmes de protection sociale participatifs, les femmes âgées handicapées sont plus susceptibles de percevoir des sommes moindres en raison des facteurs énumérés ci-dessus⁴⁴ et elles se heurtent à davantage d'obstacles pour hériter d'un logement, de terres et de biens du fait de lois et de pratiques discriminatoires.

38. Cette inégalité face à la pauvreté est due à plusieurs facteurs conjugués. Les personnes âgées handicapées ont moins de chances d'être employées que les personnes valides. Les personnes handicapées de plus de 60 ans ont plus de deux fois moins de chances de participer au marché du travail que leurs pairs valides (10,4 % et 26,8 %, respectivement)⁴⁵. En outre, les personnes âgées handicapées doivent faire face à un ensemble de frais liés à leur handicap, notamment en ce qui concerne les soins de santé, le transport, l'aide personnelle, les produits d'assistance et l'aménagement des logements.⁴⁶ Des données recueillies dans sept pays montrent que le fait de présenter un handicap modéré augmente le coût de la vie d'environ un tiers par rapport au revenu moyen, contre une hausse de plus de 40 % pour un handicap grave⁴⁷.

39. Le ralentissement économique dû à la COVID-19 touche de manière disproportionnée les femmes âgées handicapées, dont les possibilités d'emploi sont souvent limitées et pour qui les pensions et la protection sociale ne suffisent pas à couvrir les coûts supplémentaires liés à leur handicap. Il est possible d'atténuer cette inégalité pendant la crise de la COVID-19 dans les pays qui sont dotés de systèmes de protection sociale assez complets et inclusifs, en particulier dans ceux qui disposent d'un registre exhaustif des handicaps, ainsi que dans les pays qui ont été en mesure de fournir l'aide d'urgence requise⁴⁸. Des mesures de protection sociale ciblées, adaptées au genre, à l'âge et au handicap, sont indispensables pour permettre aux personnes âgées handicapées de continuer à recevoir des soins durant l'état d'urgence. Il est ainsi possible, à titre d'exemple, d'accorder une indemnisation directe aux femmes âgées handicapées qui travaillent dans le secteur informel ou aux femmes âgées qui prennent soin de membres de leur famille handicapés en effectuant des virements d'espèces en leur faveur et en leur accordant un accès prioritaire aux vivres, au logement et à d'autres formes d'aides⁴⁹.

40. Même si le droit à la protection sociale sans discrimination des personnes âgées handicapées est reconnu à l'article 28 de la Convention, il n'est pas rare qu'elles ne bénéficient pas de services ou de prestations d'invalidité puisqu'il est considéré que les pensions de retraite constituent une forme de revenu de remplacement adaptée. Cependant, compte tenu de leurs taux de chômage et d'inactivité plus élevés, bon nombre de personnes handicapées ne sont pas en mesure au cours de leur vie de cotiser à des régimes de retraite suffisamment longtemps pour pouvoir bénéficier d'une pension. Plus globalement, on observe d'importantes disparités régionales en matière de régimes de retraite : dans certaines régions du monde, plus de 95 % des personnes

⁴⁴ Women Enabled International, « Submission to the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on older women with disabilities » (Washington, D.C., 15 avril 2019), p. 5.

⁴⁵ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. 238.

⁴⁶ Sophie Mitra *et al.*, « Extra costs of living with a disability: a review and agenda for research », *Disability and Health Journal*, vol. 10, n° 4 (2017).

⁴⁷ ONU, *Disability and Development Report*.

⁴⁸ Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes handicapées, « Initial overview of social protection measures for persons with disabilities in response to COVID-19 crisis », version préliminaire non éditée (mai 2020).

⁴⁹ ONU, Département des affaires économiques et sociales, « Leaving no one behind: the COVID-19 crisis through the disability and gender lens », note de synthèse n° 69, mai 2020.

ayant dépassé l'âge de la retraite perçoivent une pension, contre seulement 23 % dans d'autres⁵⁰. De nombreux pays ont mis en place des régimes de pension non participatifs pour garantir aux personnes âgées un revenu minimum, mais ces régimes offrent souvent des prestations financières inférieures à celles des régimes participatifs et ne permettent pas toujours aux personnes âgées handicapées d'assumer leurs frais de subsistance. Cette situation est encore aggravée par le fait que, le plus souvent, les régimes de protection sociale ne prennent pas en charge les soins de longue durée.

G. Situations à risque et situations d'urgence humanitaire

41. Toutes les personnes handicapées, y compris âgées, ont droit à la promotion et à la protection de leurs droits dans les situations à risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles, comme indiqué à l'article 11 de la Convention. Cependant, les études semblent montrer que les personnes âgées handicapées rencontrent encore plus de difficultés que leurs pairs valides et qu'un certain nombre d'obstacles font qu'il est plus difficile pour elles d'échapper au danger et d'exercer leur droit à l'aide humanitaire. Selon les estimations, pas moins de 14 millions de personnes âgées handicapées sont touchées par des catastrophes humanitaires⁵¹. Néanmoins, leur vécu reste largement méconnu et leurs droits et besoins sont en grande partie ignorés dans le cadre des interventions humanitaires. Le fait que les personnes âgées handicapées rencontrent davantage de difficultés que leurs pairs valides est dû aux obstacles matériels et institutionnels qui s'opposent à l'exercice de leur droit à l'aide humanitaire et à leur participation. S'agissant des obstacles matériels, il s'agit le plus souvent des difficultés rencontrées pour accéder aux établissements de santé et autres bâtiments, des moyens de transport non accessibles et des points de distribution trop éloignés. Les personnes âgées handicapées qui vivent dans des camps de réfugiés, des établissements informels et des centres de détention rencontrent en outre des difficultés pour accéder aux services de soins de santé, aux installations d'eau et d'assainissement et à l'aide humanitaire, ce qui accroît la proximité et donc le risque de contracter la COVID-19.

H. Données ventilées par sexe, âge et handicap

42. Enfin, il convient d'aborder la question de l'exclusion des personnes âgées handicapées des politiques sociales nationales et internationales, ce qui s'explique par le manque de données ventilées par âge sur le handicap. Le principal problème tient au fait que de nombreuses personnes âgées ne considèrent pas toujours qu'elles souffrent d'un handicap, malgré d'importantes difficultés en matière de capacités fonctionnelles et de participation. Par ailleurs, dans les enquêtes et les travaux de recherche menés sur le handicap, les indicateurs qui ont tendance à être utilisés se rapportent aux personnes en âge de travailler, de sorte que les difficultés qui apparaissent à un âge avancé ne sont pas prises en compte. De la même façon, de nombreuses enquêtes nationales ne prennent pas en compte les personnes âgées handicapées qui vivent en institution. En outre, les enquêtes sont parfois basées sur des limites d'âge qui excluent purement et simplement les personnes âgées⁵². Les pays peuvent se référer à l'enquête modèle sur le handicap élaborée par l'OMS et le Groupe

⁵⁰ ONU, Département des affaires économiques et sociales, *Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018* (publication des Nations Unies, numéro de vente E.17.IV.2), p. 47.

⁵¹ Phillip Sheppard et Sarah Polack, *Missing Millions: How Older People with Disabilities Are Excluded from Humanitarian Response* (Londres, HelpAge International, 2018).

⁵² Voir [A/HRC/45/14](#).

de Washington sur les statistiques du handicap, qui tient lieu d'enquête générale sur les ménages permettant de recenser les interventions qui s'imposent en vue d'améliorer les conditions de vie des personnes handicapées. Cette enquête est ventilée en fonction de divers critères sociaux et démographiques qui ne se rapportent pas au handicap, notamment celui de l'âge. Il convient de recueillir davantage de données ventilées par âge et qui tiennent compte du caractère transversal de la problématique, de multiplier les études et de mettre en place de nouveaux modes de collaboration et d'innovation.

43. La crise de la COVID-19 a mis en évidence le manque de données systématiques ventilées par sexe, âge et handicap. Lorsqu'elles sont disponibles, les données relatives aux personnes âgées ont été recueillies comme s'il s'agissait d'un groupe homogène de personnes âgées de 60 ans et plus, ce qui ne permet pas de tenir compte des multiples risques auxquels sont confrontés les différents sous-groupes⁵³. Il est indispensable de disposer de données ventilées pour être en mesure d'appréhender les différentes incidences de la COVID-19 sur les personnes âgées handicapées et pour y répondre en mettant en œuvre des politiques et des pratiques fondées sur des données probantes, notamment en ce qui concerne la répartition des ressources destinées au relèvement. La collecte systématique de données fiables, récentes et comparables aux échelles nationale, régionale et mondiale permettra de remédier aux inégalités auxquelles sont confrontées les personnes âgées handicapées. Il est crucial de veiller à consulter les personnes âgées handicapées et les organisations qui les représentent à tous les stades de la lutte contre la COVID-19 et de les faire activement participer au processus. Il s'agit là du seul moyen de faire de la crise une occasion de « reconstruire en mieux » en faveur d'une société plus accessible, durable et résiliente, y compris pour les personnes âgées handicapées.

IV. La voie à suivre : surmonter les difficultés et exploiter les possibilités

44. Afin de promouvoir les droits des personnes âgées handicapées, il convient notamment de s'employer à :

a) Renforcer la législation et les politiques nationales conformément aux dispositions de la Convention et mettre en œuvre une approche fondée sur les droits de la personne. Pour ce faire, il convient de mobiliser l'ensemble des parties concernées – notamment les organisations de personnes handicapées et les organisations de personnes âgées – en vue d'assurer leur participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des lois et des politiques ; d'abroger les lois en vertu desquelles les personnes handicapées sont dépossédées de leur capacité juridique, privées de leur liberté, placées en institution ou soumises de force à un traitement du fait de leur handicap ou de leur âge ; ainsi que de veiller à la prise en compte des droits des personnes âgées handicapées dans toutes les politiques et tous les programmes ;

b) Interdire toute discrimination et combattre et éliminer les préjugés et la stigmatisation fondés sur l'âge et le handicap. Il convient, par exemple, de protéger le droit à une reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité et du droit de vivre de façon autonome et d'être intégré dans la société. Il faut également s'employer à abroger les dispositions discriminatoires à l'égard des personnes âgées handicapées qui ont besoin d'accéder à certains services et prestations, ainsi qu'à modifier les protocoles de triage applicables en situation de crise sanitaire ;

⁵³ ONU, « Les conséquences de la COVID-19 sur les personnes âgées ».

c) Garantir l'accès à un large éventail de services et de dispositifs sociaux financièrement abordables. Il s'agit notamment de l'aide personnelle, de la réadaptation de proximité, de l'aide à la vie quotidienne, des aides à la mobilité, des équipements et technologies d'assistance, des soins palliatifs et des services de proximité, tout en veillant à la continuité de ces services à tout moment, y compris en cas de pandémie ;

d) Veiller à l'harmonisation des différentes composantes des systèmes de santé et des régimes sociaux, afin de pouvoir répondre aux besoins des personnes âgées handicapées. Celles-ci doivent bénéficier d'un accès non discriminatoire à des services de soins de santé essentiels de qualité comprenant des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé ainsi que des soins curatifs, de réadaptation, palliatifs, de fin de vie et de longue durée pour ceux qui en ont besoin ;

e) Assurer l'accessibilité à l'environnement physique, aux transports, aux technologies de l'information et des communications ainsi qu'à d'autres installations et services, aux fins de l'édification de sociétés inclusives dans lesquelles les personnes âgées handicapées ont la possibilité de vivre de manière autonome et de participer pleinement à la vie de la société ;

f) Garantir un accès effectif à la justice et prendre toutes les mesures voulues pour lutter contre toutes les formes de violence et de maltraitance à l'égard des personnes âgées handicapées. Pour renforcer l'accès aux procédures judiciaires, il convient d'éliminer un certain nombre d'entraves, telles que la non-reconnaissance du statut juridique et les obstacles à l'accessibilité. Lutter contre toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance implique de prendre des mesures visant à prévenir ces actes et à mener l'enquête, notamment en procédant régulièrement au contrôle des établissements résidentiels, en renforçant les dispositifs de signalement et en enquêtant sur les plaintes ;

g) Mettre en place des mesures et des programmes visant à améliorer la façon dont les personnes âgées handicapées sont perçues et à sensibiliser l'ensemble de la société à leurs droits. Il convient en ce sens de se défaire de tout stéréotype négatif à l'égard des personnes âgées, en luttant contre les discours qui présentent les personnes âgées handicapées comme des victimes et en informant celles-ci sur leurs droits, tout en faisant mieux connaître ces droits aux membres de leur famille, aux aidants et aux professionnels qui prennent en charge ces personnes. À cet égard, l'OMS a récemment lancé une application numérique interactive appelée ICOPE (Integrated care for older people) en vue d'améliorer la formation des travailleurs sociaux et de santé en matière de programmes de soins individualisés. L'application fournit des conseils pratiques, étape par étape, sur la manière d'appréhender les pathologies prioritaires, telles que les déficiences motrices, la malnutrition, les déficiences visuelles et auditives, le déclin des fonctions cognitives, les troubles dépressifs, ainsi que des renseignements en matière de protection sociale. Pour finir, il convient de mieux faire connaître la Convention auprès des défenseurs des personnes âgées, de façon à accroître l'autonomie des personnes âgées ainsi que leur participation au suivi de la mise en œuvre de la Convention ;

h) Promouvoir la participation des personnes âgées handicapées et des organisations qui les représentent à tous les processus décisionnels liés à l'exercice de leurs droits, notamment en se mobilisant en faveur d'une riposte à la COVID-19 qui tienne compte de l'âge et du handicap, en favorisant le soutien par les pairs et en mettant en relation les personnes handicapées de tous âges ;

i) Veiller à ce que les personnes âgées handicapées aient accès à des régimes de protection sociale adéquats et durables, éventuellement assortis d'un système universel de pension sociale (non participatif) pour les personnes âgées, et renforcer

la protection sociale intégrée et ciblée en vue d'apporter soutien et secours aux personnes âgées handicapées et à leurs familles en période de crise et dans les situations d'urgence ;

j) Veiller à ce que les systèmes de soins de santé prévoient des soins de réadaptation. À cet égard, il convient de renforcer et d'élargir l'accès aux services de réadaptation pour toutes les personnes handicapées, conformément aux recommandations de l'OMS sur la réadaptation dans les systèmes de soins de santé ; de s'interroger sur la place qu'occupent les services de réadaptation dans l'éventail des soins assurés à tous les stades de la vie et pour diverses pathologies ; d'étendre et de décentraliser la prestation des services, en particulier dans les zones rurales et isolées ; et d'adopter une approche permettant d'offrir des services de réadaptation essentiels à la fois dans le cadre des soins de santé primaires ainsi qu'au moyen de programmes de réadaptation de proximité dûment financés ;

k) Améliorer la collecte de données comparables, ventilées par handicap et par âge, afin de recenser les obstacles rencontrés par les personnes âgées handicapées dans l'exercice de leurs droits et d'y remédier. Il convient notamment d'assurer la participation des personnes âgées handicapées et des organisations qui les représentent à tous les stades de la collecte, de l'analyse et de l'exploitation des données.

V. Questions à examiner

45. Les participants à la table ronde sont invités à examiner les questions suivantes :

a) Quelles mesures juridiques, stratégiques et pratiques doivent être prises pour éliminer les formes multiples et croisées de discrimination à l'égard des personnes âgées handicapées ? Quelles mesures doivent être adoptées ou renforcées pour lutter contre les discours qui tendent à stigmatiser les personnes âgées handicapées ?

b) Comment les gouvernements peuvent-ils garantir l'exercice du droit des personnes âgées handicapées à vivre de manière autonome et à être intégrées dans la société sur la base de l'égalité avec les autres ? Quels moyens novateurs les gouvernements, la société civile et les autres parties prenantes peuvent-ils mettre au point en faveur de la refonte des systèmes de soins de longue durée pour les personnes âgées handicapées ?

c) Comment les gouvernements, la société civile et les autres parties prenantes peuvent-ils veiller à ce que les personnes âgées handicapées participent pleinement à la vie publique et soient impliquées, consultées, représentées et écoutées, le but étant de les faire participer au processus décisionnel à tous les niveaux ?

d) Que peuvent faire les gouvernements, la société civile et les autres parties prenantes pour que les personnes âgées handicapées aient accès aux technologies d'assistance et pour veiller à ce que de nouveaux produits d'assistance continuent d'être mis au point, afin de permettre aux personnes âgées handicapées de mener une vie indépendante, autonome et digne et de participer pleinement à la vie de la société sur la base de l'égalité avec les autres ?

e) Quelles sont les nouvelles bonnes pratiques en matière de mesures de protection sociale ciblées et intégrées qui ont été ou qui sont mises en œuvre pour protéger les personnes âgées handicapées dans le cadre de l'atténuation des effets de la pandémie de COVID-19, de la lutte contre sa propagation et du relèvement ? Quels efforts les gouvernements peuvent-ils intensifier pour que les taux élevés de mortalité

des personnes âgées handicapées observés pendant la pandémie ne se reproduisent pas ?

f) Quelles sont les mesures juridiques, stratégiques et pratiques à prendre pour résoudre les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes âgées handicapées dans les situations humanitaires ? Comment renforcer l'application du principe de responsabilité à tous les acteurs qui prennent part aux interventions en réponse aux crises humanitaires et aux pandémies en vue de garantir le respect des droits des personnes âgées handicapées, notamment dans le cadre du processus de réponse et de relèvement lié à la COVID-19 ?

g) Comment les gouvernements peuvent-ils s'acquitter de leur obligation de garantir l'accès des personnes âgées handicapées à l'environnement physique, aux transports et aux technologies de l'information et des communications ?

h) Quels sont les types d'approches pédagogiques à mettre au point en vue de mieux préparer les personnes – et la société dans son ensemble – au vieillissement de la population et à l'adaptation de l'environnement pour permettre aux personnes âgées de vivre de manière autonome ?
