



Organisation
mondiale de la Santé

RAPPORT
MONDIAL
SUR
LE
VIEILLISSEMENT
ET LA SANTÉ



Organisation
mondiale de la Santé

RAPPORT
MONDIAL
SUR
**LE
VIEILLISSEMENT
ET LA SANTÉ**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.

1.Vieillesse. 2.Espérance de vie. 3.Sujet âgé. 4.Services de santé pour personnes âgées. 5.Santé mondiale. 6.Dynamique des populations. 7.Prestations des soins de santé. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256504 1

(Classification NLM : WT 104)

ISBN 978 92 4 069482 8 (ePub)

ISBN 978 92 4 069483 5 (Daisy)

ISBN 978 92 4 069484 2 (PDF)

© **Organisation mondiale de la Santé 2016**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int.

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part 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. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Contenu

Préface	vii
Remerciements	ix
1. Ajouter une bonne santé aux années	3
Introduction	3
Le cadre d'action	4
Les cadres juridiques et stratégiques internationaux	4
Politique actuelle de santé publique – s'en tenir à la même chose ne suffira pas	5
Les défis en matière d'élaboration des politiques	7
La diversité des personnes âgées	7
L'impact de l'iniquité	9
Stéréotypes dépassés et nouvelles attentes	11
Le monde aussi change	13
Pourquoi agir sur le vieillissement et la santé ?	16
Les droits des personnes âgées	16
Vieillesse, santé et développement	17
L'impératif économique	18
Conclusion	20
2. Vieillir en bonne santé	29
Qu'est-ce que le vieillissement ?	29
Vieillesse, santé et aptitudes fonctionnelles	30
Un cadre d'action sur le vieillissement et la santé	31
<i>Vieillir en bonne santé</i>	32
Trajectoires du <i>Vieillesse en bonne santé</i>	36
Un cadre de santé publique relatif au <i>Vieillesse en bonne santé</i>	37
Les domaines clés pour une intervention de santé publique	40
S'adapter à la diversité	40
Réduire les iniquités	40
Permettre le choix	41
Vieillir chez soi	42

3. La santé des personnes âgées	49
Les changements démographiques et épidémiologiques	49
Le vieillissement de la population	49
Pourquoi les populations vieillissent-elles ?	51
L'augmentation de la longévité s'accompagne-t-elle d'une bonne santé ?	55
Caractéristiques de santé des personnes âgées	59
Les changements sous-jacents	59
Les problèmes de santé du troisième âge	65
Autres problèmes de santé complexes chez les personnes âgées	71
Capacités intrinsèques et aptitudes fonctionnelles	73
Les capacités intrinsèques au cours de la vie	74
Tendances des aptitudes fonctionnelles dans les pays à différents niveaux de développement socio-économique	76
Altération significative des aptitudes fonctionnelles et dépendance aux soins	77
Les comportements clés qui influent sur le <i>Vieillessement en bonne santé</i>	79
Activité physique	80
Nutrition	81
Les principaux risques environnementaux	83
Situations d'urgence	83
La maltraitance envers les personnes âgées	84
4. Les systèmes de santé	99
Introduction	99
Demande croissante, obstacles à l'utilisation des services et services inadéquats	99
Demande de services de santé	99
Obstacles à l'utilisation des services	101
Des systèmes conçus pour des problèmes différents	103
L'impact économique du vieillissement de la population sur les systèmes de santé	106
Interventions	110
Objectif : optimiser la trajectoire des capacités intrinsèques	110
Adapter les interventions aux individus et à leur niveau de capacités	112
Mettre en œuvre des soins intégrés et centrés sur la personne âgée	115
Adapter les systèmes de santé	120
Conclusion	129
5. Systèmes de soins de longue durée	141
Introduction	141
Le besoin croissant en soins de longue durée	143
Approches actuelles en matière de soins de longue durée	143
Le personnel de santé des soins de longue durée : souvent sous-estimé et manquant de soutien et de formation	144
Financer les soins de longue durée : cela a toujours un coût	146
La prestation de soins : archaïque et fragmentée	148

Relever le défi des soins de longue durée	149
Évoluer vers un système intégré : un programme révolutionnaire	149
Principes généraux d'un système intégré de soins de longue durée	150
Vieillir en un lieu opportun	152
Renforcer les capacités du personnel et soutenir les aidants familiaux	152
Promouvoir les soins intégrés grâce à la gestion de cas et à une collaboration élargie	159
Assurer un financement durable et équitable	160
Changer les mentalités au sujet des soins de longue durée : un défi politique et social	164
Conclusion	165
6. Vers un monde ami des aînés	177
Introduction	177
Capacité à satisfaire les besoins fondamentaux	179
Sécurité financière, logement, et sécurité personnelle	180
Les mesures efficaces pour améliorer la sécurité financière	182
Les mesures efficaces pour assurer un logement adéquat	184
Les moyens efficaces en matière de sécurité personnelle	190
Capacités à apprendre, à s'épanouir et à prendre des décisions	195
Les mesures efficaces pour promouvoir les capacités à apprendre, à s'épanouir et à prendre des décisions	196
Capacité à se déplacer	202
Les mesures efficaces pour préserver la mobilité chez les personnes âgées	203
Aptitudes à développer et entretenir des relations	207
Les mesures efficaces pour développer et entretenir des relations	210
Capacité à apporter sa contribution	213
Les mesures efficaces pour encourager les capacités à apporter sa contribution	214
La voie à suivre	219
7. Les étapes suivantes	239
Introduction	239
Principaux domaines d'action en matière de <i>Vieillesse en bonne santé</i>	242
Adapter les systèmes de santé aux besoins des populations âgées auxquelles ils s'adressent à présent	242
Élaborer des systèmes pour assurer les soins de longue durée	244
Créer un environnement favorable aux personnes âgées	247
Améliorer l'évaluation, le suivi et les connaissances	251
Conclusion	253
Glossaire	257
Index	265

Préface

À une époque de défis imprévisibles en matière de santé, que ce soit en raison du changement climatique, de maladies infectieuses émergentes, ou du prochain germe qui développera une résistance aux médicaments, une tendance est certaine : le vieillissement des populations s'accélère rapidement dans le monde entier. Pour la première fois dans l'histoire, la plupart des gens peuvent espérer vivre jusqu'à 60 ans et même au-delà. Les répercussions sur la santé, les systèmes de santé, le personnel de santé et les budgets sont considérables.



Le *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* répond à ces défis en recommandant des changements tout aussi considérables dans la manière dont les politiques de santé relatives au vieillissement des populations sont formulées et dont les services sont assurés. Le rapport se base, pour ses recommandations, sur ce que les dernières données probantes révèlent à propos du processus de vieillissement, constatant que de nombreuses perceptions et présomptions courantes sur les personnes âgées sont fondées sur des stéréotypes dépassés.

Comme l'attestent les éléments de preuve, la perte des capacités habituellement associée au vieillissement n'est que faiblement liée à l'âge chronologique d'une personne. Il n'existe pas de âgée-type de la personne âgée. Cette diversité de capacités et de besoins de santé des personnes âgées qui en découle n'est pas aléatoire, mais est ancrée dans des événements vécus tout au long de la vie, que l'on peut souvent modifier; ce qui souligne l'importance d'une approche fondée sur le parcours de vie. Bien que la plupart des personnes âgées finiront par être confrontées à de multiples problèmes de santé, l'âge avancé n'implique pas forcément la dépendance. En outre, contrairement aux idées reçues, le vieillissement a beaucoup moins d'incidence sur les dépenses de santé que d'autres facteurs, y compris le coût élevé des nouvelles technologies médicales.

Se basant sur ces éléments de cette preuve, le rapport a pour objectif de déplacer le débat relatif aux réponses de santé publique les plus appropriées au vieillissement de la population, vers un champ nouveau—et beaucoup plus vaste. Le principal message est optimiste: avec les politiques et les services adéquats mis en

place, le vieillissement de la population peut être considéré comme une excellente nouvelle opportunité, autant pour les individus que pour les sociétés. Le cadre d'action de santé publique qui en résulte, propose un programme de mesures concrètes pouvant être adaptées aux différents pays, à tous les niveaux de développement économique.

En fixant ainsi ce cadre, le rapport souligne que le vieillissement en bonne santé représente bien plus que l'absence de maladie. Pour la plupart des personnes âgées, le maintien de leurs capacités fonctionnelles revêt la plus haute importance. Les coûts les plus importants pour la société ne sont pas les dépenses engagées pour renforcer ces capacités fonctionnelles, mais les bénéfices dont nous serions privés si nous ne parvenons pas à faire les adaptations et les investissements adéquats. L'approche sociétale préconisée en matière de vieillissement de la population, qui inclut l'objectif de construire un monde favorable aux personnes âgées, exige une transformation des systèmes de santé, qui abandonnent le modèle curatif basé sur les maladies, au profit de prestations de soins intégrés, centrées sur les besoins des personnes âgées.

Les recommandations du rapport sont basées sur des données probantes ; elles sont globales et de nature prospective, et cependant, elles sont éminemment pratiques. Tout au long du rapport, les exemples d'expériences de différents pays illustrent de quelle façon les problèmes spécifiques peuvent être résolus, grâce à des solutions innovantes. Les questions abordées vont des stratégies pour offrir aux populations âgées des prestations complètes et centrées sur la personne, à des politiques qui permettent aux personnes âgées de vivre dans le confort et la sécurité, et enfin aux moyens de réparer les injustices et les problèmes inhérents aux systèmes actuels de soins de longue durée.

À mon sens, le *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* est susceptible de transformer la façon dont les décideurs et les prestataires de services perçoivent le vieillissement de la population - et permet d'en tirer le meilleur profit.



Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la santé

Remerciements

Le rapport a été élaboré par une équipe de rédaction composée de John Beard, Alana Officer et Andrew Cassels, sous la supervision générale de Flavia Bustreo, Sous-Directeur général en charge de la Santé des femmes et des enfants ; Anne Marie Worning ; ainsi qu'Anarfi Asamoah -Baah, Directeur général adjoint. De nombreux autres membres du personnel des bureaux régionaux de l'OMS et plusieurs services ont contribué à la fois à des rubriques spécifiques concernant leur domaine d'action, et à l'élaboration du cadre conceptuel global. Sans leur dévouement, leur soutien et leur expertise, ce rapport n'aurait pas été possible.

Un groupe principal chargé d'élaborer le cadre conceptuel et la rédaction du rapport était composé d'Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Somnath Chatterji, JoAnne Epping Jordan, Alison Harvey, Norah Keating, Aki Kuroda, Wahyu Retno Mahanani, Jean-Pierre Michel, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Ritu Sadana, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan et Lisa Warth. La rédaction des chapitres a été dirigée par John Beard et Ritu Sadana (Chapitre 1), John Beard et Jean-Pierre Michel (Chapitre 2), John Beard et Somnath Chatterji (Chapitre 3), Islene Araujo de Carvalho et JoAnne Epping Jordan (Chapitre 4), Anne Margriet Pot et Peter Lloyd-Sherlock (Chapitre 5) et Alana Officer et John Beard (Chapitre 6).

Meredith Newlin, Jannis Pähler vor der Holte et Harleen Rai ont apporté un soutien à la recherche d'une manière générale, et l'analyse des données a été réalisée par Colin Mathers, Nirmala Naidoo, Gretchen Stevens et Emese Verdes. Les données concernant le volontariat ont été obtenues grâce à Gallup World Poll, et fournies par Gallup, Inc. Les photos ont été fournies par HelpAge International.

Le rapport a bénéficié des riches contributions d'un certain nombre d'experts et d'universitaires. Il a également profité d'informations avisées de nombreuses personnes issues de diverses institutions, qui ont fourni des documents de référence, sous la coordination de Catherine d'Arcangues. Leurs noms figurent comme contributeurs.

Le rapport a également bénéficié des efforts de nombreuses autres personnes, en particulier Miriam Pinchuk, qui a révisé le texte final du rapport.

Ces remerciements s'adressent également à : Christopher Black, Alison Brunier, Anna Gruending, Giles Reboux, Sarah Russell, Marta Seoane Aguilo et Sari Setiogi pour les médias et la communication ; Amanda Milligan pour la relecture, et Laurence Errington pour le référencement ; Eddie Hill et Sue Hobbs pour la conception graphique ; Christelle Cazabat et Mélanie Lauckner pour l'établissement du rap-

port en formats alternatifs ; Mira Schneiders pour la coordination de la traduction et de l'impression ; et Charlotte Wristberg pour son soutien administratif.

L'Organisation mondiale de la Santé tient également à remercier les gouvernements du Japon et des Pays-Bas pour leur généreux soutien financier pour la rédaction, la traduction et la publication de ce rapport. L'élaboration du rapport a été soutenue par les Contributions Volontaires de base (CVC).

Contributeurs

Autres collaborateurs

Sharon Anderson, Yumiko Arai, Alanna Armitage, Marie-Charlotte Bouesseau, Francesco Branca, Mathias Braubach, David Burnes, Esteban Calvo, James Campbell, Matteo Cesari, Shelly Chadha, Hannie Comijs, Catherine d'Arcangues, Adrian Davis, Jens Deerberg, Joan Dzenowagis, Robert Enderbeek, Laura Ferguson, Ruth Finkelstein, Kelly Fitzgerald, Pascale Fritsch, Loic Garçon, Francisco Javier Gomez Batiste-Alentorn, Mike Hodin, Manfred Huber, Elif Islek, Josephine Jackisch, Matthew Jowett, Rania Kawar, Ed Kelley, Silvio Mariotti, Mike Martin, Hernan Montenegro, John Morris, Wendy Moyle, Karl Pillemer, Alex Ross, Martin Smalbrugge, Nuria Toro Polanco, Bill Reichman, Kelly Tremblay, Bruno Vellas, Armin Von Gunten, Robert Wallace, Huali Wang, Martin Webber.

Révision collégiale

Isabella Aboderin, Maysoon Al-Amoud, George Alleyne, Yumiko Arai, Alanna Armitage, Said Arnaout, Senarath Attanayake, Julie Byles, Matteo Cesari, Heung Cha, Shelly Chadha, Sung Choi, Alexandre Cote, June Crown, Joan Dzenowagis, Robert Eendebak, Ruth Finkelstein, Loic Garçon, Emmanuel Gonzalez-Bautista, Gustavo Gonzalez-Canali, Sally Greengross, Luis Miguel Gutierrez Robledo, Anna Howe, Manfred Huber, Alexandre Kalache, Rania Kawar, Rajat Khosla, Michael Kidd, Hyo Jeong Kim, Tom Kirkwood, Hans-Horst Konkolewsky, Nabil Kronfol, Ritchard Ledgerd, Bengt Lindstom, Stephen Lungaro-Mifsud, John McCallum, Roar Maagaard, Melissa Medich, Verena Menec, Juan Mezzich, Tim Muir, Leendert Nederveen, Triphonie Nkurunziza, S.Jay Olshansky, Desmond O'Neill, Paul Ong, Du Peng, Silvia Perel-Levin, Poul Erik Petersen, Toby Porter, Vinayak Mohan Prasad, Thomas Prohaska, Parminder Raina, Glenn Rees, William Reichman, Andreas Alois Reis, Nathalie Roebbel, Perminder Sachdev, Xenia Scheil-Adlung, Dorothea Schmidt, Shoji Shinkai, Alan Sinclair, Martin Smalbrugge, Mike Splaine, Victor Tabbush, Virpi Timonen, Andreas Ullrich, Enrique Vega, Adriana Velazquez Berumen, Armin von Gunten, Huali Wang, Ruth Warick, Jennifer Wenborn, Anthony Woolf, Tom Wright, Tuohong Zhang.

Auteurs ayant rédigé les encadrés

John Beard et Laura Ferguson (1.1) ; Michael Marmot (1.2) ; Paul Nash (1.3) ; David Phillips (1.4) ; Ursula Staudinger (3.1) ; Tarun Dua et Shekhar Saxena (3.2, 3.3) ; Hiroshi Ogawa et Poul Erik Petersen (3.4) ; Ebtisam Alhuwaidi (4.1) ; Islene Araujo de Carvalho (4.2) ; Kiran Iyer, Nandita Kshetrimayum et Ganesh Shenoy Panchmal (4.3) ; Islene Araujo de Carvalho (4.4, 4.5) ; Silvia Costa, Alexandre Kalache, et Ina Voelcker (4.6) ; Islene Araujo de Carvalho (4.7) ; Islene Araujo de Carvalho, Luc Besançon et Alison Roberts (4.8) ; Eduardo Augusto Duque Bezerra (4.9) ; Loïc Garçon (5.1) ; Amit Dias (5.2) ; Anne Margriet Pot (5.3) ; John Beard (5.4) ; Anne Margriet Pot (5.5) ; Dawn Brooker (5.6) ; Hussain Jafri et Theresa Lee (5.7) ; Marie-Charlotte Bouesseau, Xavier Gomez et Nuria Toro (5.8) ; Elif Islek (5.9) ; Fred Lafeber (5.10) ; Anne Margriet Pot (5.11) ; Jim Pearson (5.12) ; Lindsey Goldman et Lisa Warth (6.1) ; Laura Ferguson (6.2) ; HelpAge International (6.3) ; Lindy Clemson, Monica R Perracini, Vicky Scott, Catherine Sherrington, Anne Tiedemann et Sebastiana Zimba Kalula (6.4) ; Frances Heywood (6.5) ; Bobby Grewal (6.6) ; Jannis Pahler vor der Holte (6.7) ; David Hutton (6.8) ; Alana Officer (6.9) ; Thuy Bich Tran et Quyen Ngoc Tran (6.10) ; Adrian Bauman, David Buchner, Fiona Bull, Maria Fiatarone Singh, Alison Harvey et Dafna Merom (6.11) ; Jaclyn Kelly, Anne Berit Rafoss et Lisa Warth (6.12) ; Senarath Attanayake (6.13) ; Alana Officer et Lisa Warth (6.14) ; Lisa Warth (6.15) ; Jaclyn Kelly et Lisa Warth (6.16) ; Alana Officer et Lisa Warth (6.17) ; Stéphane Birchmeier (6.18) ; Islene Araujo de Carvalho et JoAnne Epping Jordan (7.1) ; Mitch Besser et Sarah Rohde (7.2) ; Jaclyn Kelly et Lisa Warth (7.3) ; Suzanne Garon (7.4) ; Tine Buffel (7.5).

Auteurs des documents de référence

- *Affections et maladies de la peau associées à l'âge : perspectives actuelles et alternatives futures.* Ulrike Blume-Peytavi, Jan Kottner, Wolfram Sterry, Michael W Hodin, Tamara W Griffiths, Rachel EB Watson, Roderick J Hay, Christopher EM Griffiths.
- *Vieillesse et santé de l'audition.* Adrian Davis, Catherine McMahon, Kathleen Pichora-Fuller, Shirley Russ, Frank Lin, Bolajoko Olusanya, Shelly Chadha, Kelly Tremblay.
- *Vieillesse, travail et santé.* Ursula Staudinger, Ruth Finkelstein, Esteban Calvo, Kavita Sivaramakrishnan.
- *Aspects liés au développement d'une approche pour le vieillissement en bonne santé selon le parcours de vie.* Mark Hanson, Cyrus Cooper, Avan Aihie-Sayer, John Beard.
- *La maltraitance des personnes âgées.* Karl Pillemer, David Burnes, Catherine Riffin Mark S Lachs.
- *Éthique et personnes âgées.* Julian C Hughes.
- *Les chutes chez les personnes âgées : lacunes dans les données probantes actuelles, et défis prioritaires.* Monica Perracini, Lindy Clemson, Anne Tiedemann, Sebastiana Zimba Kalula, Vicky Scott, Catherine Sherrington.

- *La fragilité : une priorité de santé publique émergente.* Matteo Cesari, Martin Prince, Roberto Bernabei, Piu Chan, Luis Miguel Gutierrez-Robledo, Jean-Pierre Michel, John E Morley, Paul Ong, Leocadio Rodriguez Manas, Alan Sinclair, Chang Won Won, Bruno Vellas.
- *Genre et vieillissement.* Julie Byles, Cate D'Este, Paul Kowal, Cassie Curryer, Louise Thomas, Adam Yates, Britta Baer, Anjana Bhushan, Joanna Vogel, Lilia Jara.
- *Influences génétiques sur les aptitudes fonctionnelles lors du vieillissement.* Andrea D Foebel, Nancy L Pedersen.
- *Vieillir en bonne santé : sensibiliser aux inégalités et aux déterminants, et ce qu'on pourrait faire pour améliorer l'équité en matière de santé.* Ritu Sadana, Erik Blas, Suman Budhwani, Theadora Koller, Guillermo Paraje.
- *Investir dans la santé pour créer un troisième dividende démographique.* Linda P Fried.
- *Technologies médicales et aides techniques de santé : répondre aux besoins des populations vieillissantes dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.* Chapal Khasnabis, Loic Garçon, Lloyd Walker, Yukiko Nakatani, Jostacio Lapitan, Alex Ross, Adriana Velazquez Berumen, Johan Borg.
- *La santé de l'appareil locomoteur et l'impact des troubles musculo-squelettiques chez les personnes âgées.* Anthony Woolf, Lyn March, Alana Officer, Marita J Cross, Andrew M Briggs, Damian Hoy, Lidia Sanchez Riera, Fiona Blyth.
- *Les personnes âgées comme ressources pour leur propre santé.* Paul Ong.
- *Les personnes âgées dans des contextes humanitaires : l'impact des catastrophes sur les personnes âgées, et les moyens de répondre à leurs besoins.* Hyo-Jeong Kim, Pascale Fritsch.
- *L'activité physique chez les personnes âgées.* Adrian Bauman, Maria Fiatarone Singh, David Buchner, Dafna Merom, Fiona Bull.
- *Le droit à la santé des personnes âgées.* Britta Baer, Anjana Bhushan, Hala Abou Taleb, Javier Vasquez, Rebekah Thomas.
- *Qu'apporte la réadaptation à une population vieillissante ?* Alarcos Cieza Moreno, Marta Imamura.

Conflit d'intérêts

Aucun des experts impliqués dans l'élaboration de ce rapport n'a déclaré de conflit d'intérêts.



Chapitre 1
Ajouter une bonne santé aux années

Yolande, 56 ans, Haïti

Yolande est le seul soutien de famille pour ses enfants, ses deux petits-enfants et un petit garçon qu'elle a recueilli parce qu'il avait besoin qu'on s'occupe de lui. Yolande a perdu sa maison dans le tremblement de terre de 2011 à Port-au-Prince, et elle vit dans un logement temporaire sur le même emplacement.

Elle vend des bonbons et d'autres produits sur un étal de marché, qu'elle a aménagé grâce à un prêt à faible intérêt.

«Un de mes rêves pour les enfants serait que je puisse me permettre de les envoyer à l'école.»

© Frederic Dupoux / HelpAge International 2011

1

Ajouter une bonne santé aux années

Introduction

Aujourd'hui, pour la première fois dans l'histoire, la majorité des populations peut espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà (1). Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, cela est largement dû à la forte diminution des taux de mortalité des populations plus jeunes, en particulier pendant l'enfance et lors de l'accouchement, ainsi que grâce à la baisse marquée des maladies infectieuses (2). Dans les pays à revenus élevés, l'augmentation continue de l'espérance de vie est maintenant principalement due à la baisse de mortalité des personnes les plus âgées (3).

Ces changements sont considérables. Un enfant né au Brésil ou au Myanmar en 2015 peut espérer vivre 20 années de plus qu'un enfant né il y a tout juste 50 ans. Conjuguées à une baisse marquée des taux de fécondité, qui s'observe dans presque tous les pays, ces tendances ont des répercussions tout aussi importantes sur la structure des populations. En République islamique d'Iran en 2015, environ 10 % de la population a plus de 60 ans. En seulement 35 ans, ce ratio sera passé à environ 33 % de la population.

Ces années de vie supplémentaires et ces changements démographiques ont des implications profondes pour chacun de nous, ainsi que pour les sociétés dans lesquelles nous vivons. Elles offrent des opportunités sans précédent, et auront probablement un impact fondamental sur la façon dont nous menons nos vies, les choses auxquelles nous aspirons, et le type de relations que nous entretenons les uns avec les autres (4). De plus, contrairement à la plupart des changements que les sociétés connaîtront au cours des 50 prochaines années, ces évolutions sous-jacentes sont largement prévisibles. Nous savons que la transition démographique vers des populations vieillissantes se produira, et nous pouvons prévoir d'en tirer le meilleur profit.

Les personnes âgées apportent une contribution à la société à bien des égards - que ce soit au sein de leurs familles, dans leur communauté locale, ou à la société de façon plus générale. Toutefois, l'ampleur de ces ressources humaines et sociales, et les opportunités qui s'offrent à chacun de nous alors que nous vieillissons, dépendra fortement d'une caractéristique-clé : notre santé. Si les personnes jouissent d'une bonne santé pendant ces années de vie supplémentaires, leurs capacités à réaliser des activités qu'elles apprécient ne connaîtront

que peu de limites. Si ces années supplémentaires sont dominées par une baisse des capacités physiques et intellectuelles, les implications pour les personnes âgées et pour la société pourraient s'avérer bien plus négatives.

Même si l'on présume souvent que l'augmentation de la longévité s'accompagne d'une plus longue période de vie en bonne santé, les éléments de preuve indiquant que les personnes âgées aujourd'hui sont en meilleure santé que leurs parents, sont moins encourageants (Chapitre 3). Certains travaux de recherche longitudinale suggèrent que la prévalence du taux d'invalidité sévère peut avoir diminué dans les pays riches, mais cette tendance ne semble pas s'appliquer aux taux d'invalidité moins sévère, et pourrait même avoir stagné (5–9). La situation des pays à revenus faibles et intermédiaires est encore moins claire (10).

Cependant, un mauvais état de santé ne doit pas nécessairement constituer la caractéristique dominante et limitative des populations âgées. La plupart des problèmes de santé de l'âge avancé sont le résultat des maladies chroniques. Nombre d'entre elles peuvent être prévenues ou retardées en adoptant des comportements sains. En effet, même à des âges très avancés, une activité physique et une bonne alimentation peuvent apporter des effets bénéfiques considérables pour la santé et le bien-être. D'autres problèmes de santé peuvent être traités efficacement, en particulier s'ils sont dépistés suffisamment tôt. Même pour des personnes ayant une diminution des capacités, un environnement favorable peut garantir qu'elles continuent à se déplacer là où elles veulent, et à réaliser les activités nécessaires. Les systèmes de soins de longue durée et de soutien peuvent garantir que les aînés vivent une vie digne, avec des opportunités de développement personnel continu. Toutefois, les comportements préjudiciables restent courants chez les personnes âgées ; les systèmes de santé sont mal adaptés aux besoins des populations plus âgées auxquelles ils s'adressent désormais ; dans de nombreuses parties du monde, il est dange-

reux et impossible pour une personne âgée de quitter son domicile ; les aidants familiaux ne sont souvent pas formés ; et au moins 1 personne âgée sur 10 est victime d'une certaine forme de maltraitance (Chapitre 3).

Le vieillissement des populations exige par conséquent une réponse globale en termes de santé publique. Néanmoins, le débat concernant ce que cela pourrait représenter précisément a manqué d'envergure (11). Dans de nombreux domaines, on ne dispose que de peu de données probantes quant à ce qui est efficace (12).

Le cadre d'action

Les cadres juridiques et stratégiques internationaux

Deux instruments de politique internationale ont guidé l'action en matière de vieillissement depuis 2002 : la *Déclaration politique et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* (13), et le document '*Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*', de l'Organisation mondiale de la Santé (14) (Encadré 1.1). Ces documents s'inscrivent dans le contexte d'un cadre juridique international garantissant les droits de l'homme. Ils se félicitent de l'augmentation de l'espérance de vie, et du potentiel que représentent les populations âgées comme puissantes ressources de développement pour le futur (Encadré 1.1). Ils soulignent les compétences, l'expérience et la sagesse des personnes âgées, et les contributions qu'elles apportent. Ils cartographient un large éventail de domaines où une action politique peut permettre ces contributions, et assurer la sécurité pendant la vieillesse. Chaque instrument identifie l'importance de la santé à un âge avancé, à la fois en tant que telle, mais également pour les bénéfices essentiels qu'elle offre en permettant la participation des personnes âgées (et les bénéfices que cela, à son tour, peut avoir sur la santé) (14). Cependant, peu de détails sont apportés quant aux changements systémiques nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Par ailleurs, une étude récente des progrès réalisés à l'échelle mondiale depuis 2002, concernant plus de 130 pays, a noté, « dans les politiques de santé, une faible priorité est accordée au défi de la transition démographique » ; « de faibles niveaux de formation en gériatrie et en gérontologie dans les professions de la santé, malgré le nombre croissant de personnes âgées » ; et « les soins et le soutien aux aidants... ne constituent pas un objectif prioritaire de l'action gouvernementale en matière de vieillissement » (17).

Cette absence de progrès, persistant malgré des opportunités claires d'intervention, est doublement importante, car le vieillissement de la population est inextricablement lié à de nombreux autres programmes mondiaux de santé publique, notamment en matière de couverture de santé universelle, de maladies non transmissibles et de handicap, ainsi que le programme de développement pour l'après 2015, et plus particulièrement les Objectifs de développement durable (18). Si l'on ne tient pas compte de la santé et du bien-être des personnes âgées, la plupart de ces programmes n'ont aucun sens ou seront tout simplement impossibles à réaliser.

Politique actuelle de santé publique – s'en tenir à la même chose ne suffira pas

Atteindre les objectifs énoncés dans la *Déclaration politique et le plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* et dans le document *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*, ne consiste pas simplement à faire plus que ce qui ne se fait déjà, ou à faire mieux. Un changement systémique est nécessaire. Dans les pays à revenus élevés, les systèmes de santé sont souvent mieux conçus pour soigner les affections aiguës que pour prendre en charge et minimiser les conséquences des affections chroniques qui sont fréquentes chez les personnes âgées (19-21). En outre, ces systèmes sont souvent développés de façon cloisonnée, et par conséquent, ils abordent

chacune de ces questions séparément. Cela peut conduire à une polymédication, à des interventions inutiles et à des soins qui sont loin d'être adéquats (22, 23).

Par exemple, en 2015, il a été estimé que, dans l'un des plus grands hôpitaux de France, 20 % de l'ensemble des patients âgés de plus de 70 ans étaient sensiblement moins aptes à effectuer les tâches élémentaires nécessaires aux activités de la vie quotidienne au moment de leur sortie, qu'ils ne l'étaient quand ils sont entrés à l'hôpital. Or, l'état présenté par le patient expliquait cette diminution des capacités dans moins de la moitié des cas. Dans les autres cas, la diminution des aptitudes fonctionnelles étaient liées aux soins limités que les patients avaient reçus. Dans 80 % des cas, le problème aurait pu être évité, le plus souvent par l'utilisation de modèles de soins alternatifs simples et abordables, comme par exemple en encourageant la mobilisation et le mouvement, ou par une meilleure gestion de l'incontinence (24).

Les services de santé dans les pays à revenu élevé ne sont pas non plus adéquatement intégrés aux systèmes de soins de longue durée. Cela peut conduire à des services de soins aigus coûteux, qui sont utilisés pour répondre aux besoins de soins de longue durée, et aboutir à un échec lorsqu'il s'agit de favoriser pleinement les aptitudes fonctionnelles des personnes âgées recevant des soins de longue durée (23, 25).

Dans les pays à faibles revenus ou dans les milieux pauvres en ressources à travers le monde, l'accès aux services de santé est souvent limité. Il se peut que les agents de santé aient reçu une formation insuffisante sur la façon de traiter les problèmes courants à un âge avancé, comme la démence ou la fragilité, et les possibilités de diagnostic précoce et de prise en charge des maladies, telles que l'hypertension artérielle (un facteur de risque clé pour les affections les plus mortelles chez les personnes âgées : les maladies cardiaques et les AVC), peuvent être négligées.

On peut le constater dans les résultats de l'étude de l'OMS sur le vieillissement et la santé

Encadré 1.1. Cadres juridiques et stratégiques internationaux en matière de vieillissement

Le droit international relatif aux droits humains

Les droits humains sont les droits et les libertés universels des individus et des groupes de personnes qui sont protégés par la loi. Ils comprennent les droits civils et politiques, comme le droit à la vie, ainsi que les droits sociaux, économiques et culturels, notamment les droits à la santé, à la sécurité sociale et au logement. Tous les droits sont indissociables, interdépendants et inaliénables. Les droits de l'homme ne peuvent pas être retirés en raison de l'âge ou de l'état de santé d'une personne. L'Article 1 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* proscrit toute discrimination fondée sur le statut individuel, et cette interdiction inclut l'âge (15). Par définition, les droits de l'homme s'appliquent à tous les individus, y compris les personnes âgées, même si, dans le texte, aucune référence spécifique n'est faite aux personnes âgées ou au vieillissement.

Au cours des deux dernières décennies, des progrès majeurs ont été accomplis pour faire progresser les droits humains, y compris ceux des personnes âgées. Plusieurs traités et instruments internationaux de droits de l'homme se réfèrent au vieillissement ou aux personnes âgées, consacrant la protection contre la discrimination des femmes âgées, des migrants âgés et des personnes handicapées âgées ; traitant de la santé, de la sécurité sociale et d'un niveau de vie adéquate ; et défendant le droit d'être protégé contre l'exploitation, la violence et la maltraitance.

Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement

En 2002, l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé la *déclaration politique et le plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* (13). Trois orientations prioritaires ont été identifiées dans leurs recommandations : « les personnes âgées et le développement ; promouvoir la santé et le bien-être jusqu'à un âge avancé ; et garantir que les personnes âgées bénéficient d'environnements facilitateurs et propices ».

Plusieurs questions clés ont été signalées dans le plan d'action. Celles-ci demeurent pertinentes en 2015, et sont soulignées dans ce rapport. Elles incluent : la promotion de la santé et le bien-être tout au long de la vie ; assurer l'accès universel et équitable aux services de santé ; assurer des prestations adéquates aux personnes âgées vivant avec le VIH ou le Sida ; former les prestataires de soins et les professionnels de santé ; répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé mentale ; fournir des services appropriés aux personnes âgées handicapées (traitées dans les priorités de santé) ; assurer des soins et un soutien aux aidants familiaux ; et prévenir la maltraitance, les abus, et la violence envers les personnes âgées (traitées dans les priorités en matière d'environnement). Le plan d'action souligne également l'importance de vieillir chez soi.

Vieillir en restant actif

L'idée de 'vieillir en restant actif' est apparue comme une tentative de réunir de manière cohérente des domaines politiques fortement compartimentés (16). En 2002, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié le document *'Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation'* (14). Ce cadre définit le concept de 'vieillir en restant actif' comme étant « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse ». Il souligne la nécessité de prendre des mesures dans de multiples secteurs, et vise l'objectif de garantir que « les personnes âgées demeurent une ressource pour leurs familles, leurs communautés et l'économie ».

Le cadre d'orientation de l'OMS identifie six déterminants clés du vieillissement actif : économique, comportemental, personnel, social, les services de santé et les services sociaux, et l'environnement physique. Il recommande quatre mesures nécessaires pour une réponse en termes de politique de santé :

- prévenir et réduire la charge excessive du risque d'invalidité, de maladies chroniques et de mortalité prématurée ;
- réduire les facteurs de risque associés aux principales maladies et augmenter les facteurs qui protègent la santé tout au long de la vie ;
- développer un continuum de services sanitaires et sociaux abordables, accessibles, de haute qualité et adaptés aux personnes âgées, et qui répondent aux besoins et respectent les droits des personnes lorsqu'elles vieillissent ;
- assurer une formation et un enseignement aux aidants familiaux.

des adultes dans le monde (SAGE), qui s'appuie sur des échantillons de personnes âgées représentatifs au niveau national, en Chine, au Ghana, en Inde, au Mexique, en Fédération de Russie et en Afrique du Sud (26). Dans les pays inclus dans l'étude SAGE, la couverture de santé effective a été estimée entre 21 % des patients au Mexique, et 48 % en Afrique du Sud. Cela indique qu'un grand nombre de personnes âgées, sont soit privées de services de santé, soit les sous-utilisent, ou encore, finissent appauvries en raison de la nécessité de payer pour des services de santé qui peuvent, ou peuvent ne pas être en mesure de fournir les soins dont elles ont besoin (27). Ainsi, alors qu'on a découvert une hypertension artérielle chez près de 53 % des personnes âgées incluses dans l'étude SAGE, seules 4 à 14 % d'entre elles recevaient un traitement efficace (28). Les dépenses de santé catastrophiques sont également très élevées, allant d'environ 8 % à 46 % du revenu, même parmi les personnes âgées bénéficiant d'une assurance maladie (27).

Ces lacunes en matière de soins dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, se traduisent par un taux élevé de personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles (Chapitre 3). Parce que dans ces milieux, les infrastructures de soins de longue durée sont souvent limitées ou inexistantes, ce sont les familles qui endossent cette responsabilité, mais elles ne disposent généralement ni de formation ni de soutien pour prodiguer les soins nécessaires. Cette situation peut exiger qu'un autre membre de la famille, généralement une femme, abandonne son travail.

Une réponse de santé publique globale et mondiale au vieillissement des populations devra par conséquent transformer les systèmes qui sont foncièrement inadaptés aux populations auxquelles ils s'adressent de plus en plus. Pour atteindre une telle adéquation, il faudra une compréhension claire de la santé des personnes âgées, et une conceptualisation se concentrant sur ce qui peut être fait pour l'améliorer. Ceci devra être formulé de manière à toucher tous les secteurs, car la santé des personnes âgées

est influencée non seulement par les systèmes assurant des prestations de santé et des soins de longue durée, mais aussi par les milieux où elles vivent et où elles ont vécu toute leur vie.

En vue d'atteindre cet objectif, ce rapport vise à rassembler ce que nous savons au sujet de la santé et du vieillissement, et à élaborer un cadre stratégique de santé publique pour une action pertinente dans les pays, à tous les niveaux de développement. Ainsi, le rapport peut être considéré comme donnant corps aux priorités de santé identifiées il y a plus de 10 ans dans la *Déclaration politique et le plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* ainsi que dans le document '*Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*'. Cependant, étant donné l'importance de cette tâche, le manque de mesures prises jusqu'à présent, et la nécessité d'inciter à une réponse globale de santé publique, nous proposons une approche à deux voies en matière de stratégie politique, qui mette l'accent sur la nécessité 1/ de *Vieillir en bonne santé*, et 2/ tout en restant actif. Ce souci est conforme aux récentes initiatives entreprises au sein de l'Union européenne (29). Vu que les déterminants de la santé au troisième âge sont établis avant même que nous soyons nés, ce rapport adopte une approche sur l'ensemble du parcours de vie (30, 31), mais se concentre cependant sur la seconde moitié de la vie.

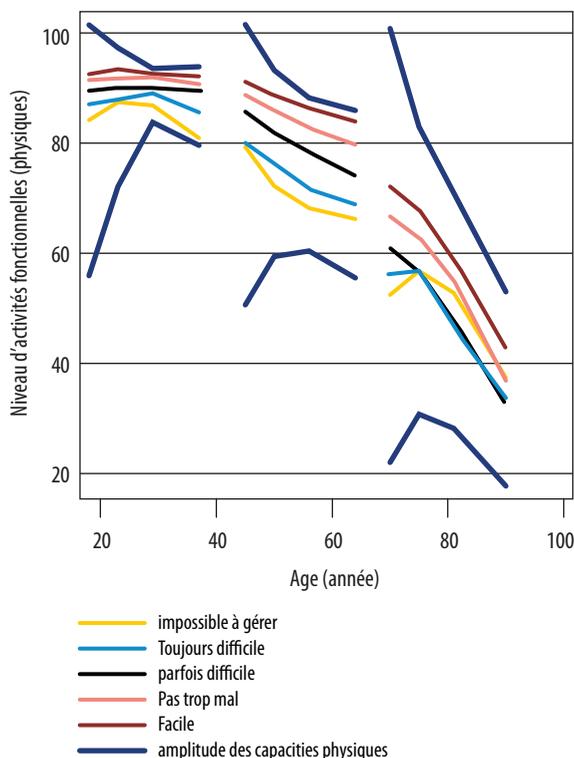
Les défis en matière d'élaboration des politiques

Quatre principaux défis devront être surmontés pour garantir le succès d'une réponse globale de santé publique au vieillissement de la population.

La diversité des personnes âgées

Un défi majeur provient de la diversité absolue des états de santé et des niveaux fonctionnels des personnes âgées. Ceux-ci reflètent les changements physiologiques subtils qui se produisent au fil du temps, mais ne sont que vaguement associés à l'âge chronologique.

Fig. 1.1. Capacités physiques au cours de la vie, stratifiées par capacité à gérer le revenu courant



Source : G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson ; analyse non publiée issue de l'étude longitudinale australienne sur la santé des femmes.

Par exemple, la Fig. 1.1 illustre la trajectoire des capacités physiques tout au long de la vie, reposant sur les données d'une vaste étude longitudinale australienne sur la santé des femmes (32). L'éventail des capacités physiques (indiquées par les lignes noires en haut et en bas de la Fig. 1.1) est bien plus important à un âge avancé qu'à un plus jeune âge. Cette diversité est une des particularités de la vieillesse. Ceci signifie que certaines personnes de 80 ans ont des capacités physiques et intellectuelles comparables à celles de nombreux jeunes de 20 ans. Les politiques de santé publique doivent être conçues de manière à permettre à autant de personnes que possible de réaliser ces trajectoires positives du vieillissement.

Et cela doit servir à briser les nombreux obstacles qui limitent leur participation sociale et leur contribution continues. Mais la Fig. 1.1 met également en évidence le fait que de nombreuses autres personnes subiront une altération significative de leurs capacités à un âge beaucoup plus précoce. Certaines personnes de 60 ans ou de 70 ans nécessiteront l'aide d'une tierce personne pour réaliser certaines activités élémentaires. Une réponse globale de santé publique au vieillissement de la population se doit également de répondre à leurs besoins.

Il est préférable de considérer cette diversité des besoins des personnes âgées comme un continuum fonctionnel. Cependant, les réponses politiques semblent souvent incohérentes, se concentrant sur une extrémité ou l'autre du continuum. Ceci est le reflet d'un plus large débat public, souvent polarisé entre deux perspectives du vieillissement très différentes.

D'une part, si l'on conceptualise la vieillesse à travers la perspective du déficit, cela la confine dans une phase de vulnérabilité et de retrait (33). Dans cette perspective, le déclin et l'altération de la pertinence paraissent inévitables, et les décideurs se concentrent sur les « soins des personnes âgées » et se préoccupent de ce qui est présenté comme une dépendance et une demande croissante de soins, d'allocations de retraite et de services sociaux.

D'autre part, il existe des modèles qui mettent l'accent sur l'importance de la participation sociale chez les personnes âgées, la contribution que les personnes âgées peuvent apporter à tous les niveaux de la société, et le potentiel pour faire de cela la norme plutôt que l'exception (16, 33-37). De ce point de vue, les personnes de 70 ans représentent la nouvelle génération des 60 ans, et les décideurs cherchent à combattre les stéréotypes désuets et à encourager une vieillesse active ou prospère pour créer une société où la contribution des personnes âgées l'emporte de manière générale sur les investissements sociaux réalisés (38).

Le débat concernant ces deux modèles peut devenir assez houleux. Par exemple, alors que

la perspective la plus optimiste peut être considérée comme une « tentative d'opposer quelque chose de positif aux stéréotypes sociaux négatifs à l'égard du vieillissement », elle a également été critiquée comme étant un « nouveau dogme » comportant de profondes lacunes, susceptibles d'avoir des conséquences négatives pour les membres les plus vulnérables des populations âgées (39). D'autres ont suggéré que ces approches auront peut-être contribué à transformer les perceptions politiques et celles du public sur les personnes âgées, passant de l'idée d'un « groupe homogène de 'pauvres méritants' incapables de travailler » à une image « encore plus négative de 'vieux cupidés' qui ne veulent pas travailler » (40).

En 1961, Robert J. Havighurst, l'un des pères de la gérontologie moderne, suggérait que chacune des positions dans ce débat polarisé était « une affirmation de certaines valeurs » (35). Dans une certaine mesure, cela reste vrai aujourd'hui. En outre, la grande diversité de l'expérience des plus âgés suggère qu'il y a une part de vérité dans chacune des perspectives. Bien que de nombreuses personnes continuent de faire l'expérience d'un développement personnel pendant leur vieillesse, certaines se désengagent. Certaines sont en bonne santé, mais d'autres subissent une perte de capacités significative et nécessitent des soins importants. Les politiques ne peuvent pas se contenter de cibler une seule extrémité de ce spectre.

Par conséquent, l'un des objectifs de ce rapport est d'élaborer, en matière de santé publique, un cadre d'action sur le vieillissement, qui soit pertinent pour toutes les personnes âgées.

L'impact de l'iniquité

La diversité observée chez les personnes âgées n'est pas aléatoire. Bien qu'une part de la diversité reflète le patrimoine génétique (41) ou les choix adoptés par les individus durant leur vie, une grande part est nourrie par des phénomènes sur lesquels ils n'ont souvent aucun contrôle, ou

qui ne font pas partie des options qui s'offrent à eux. Ces éléments émanent de l'environnement physique et social dans lequel les gens vivent, qui peuvent avoir un impact sur la santé, de manière directe, ou à travers des obstacles ou des éléments facilitateurs, qui affectent les opportunités, les décisions et le comportement (Chapitre 6).

En outre, la relation que nous avons avec notre environnement varie en fonction de plusieurs caractéristiques personnelles, y compris la famille dans laquelle nous sommes nés, notre sexe et notre appartenance ethnique. L'influence de l'environnement est souvent fondamentalement biaisée par ces caractéristiques, conduisant à des inégalités en matière de santé, et lorsqu'elles sont injustes et évitables, à des iniquités (42). En effet, une part importante de la grande diversité des capacités et des situations que nous observons chez les personnes âgées est probablement sous-tendue par l'impact de ces iniquités en santé, qui s'accumule sur l'ensemble du cycle de vie. C'est ce qu'on appelle parfois les avantages / les désavantages cumulatifs (43).

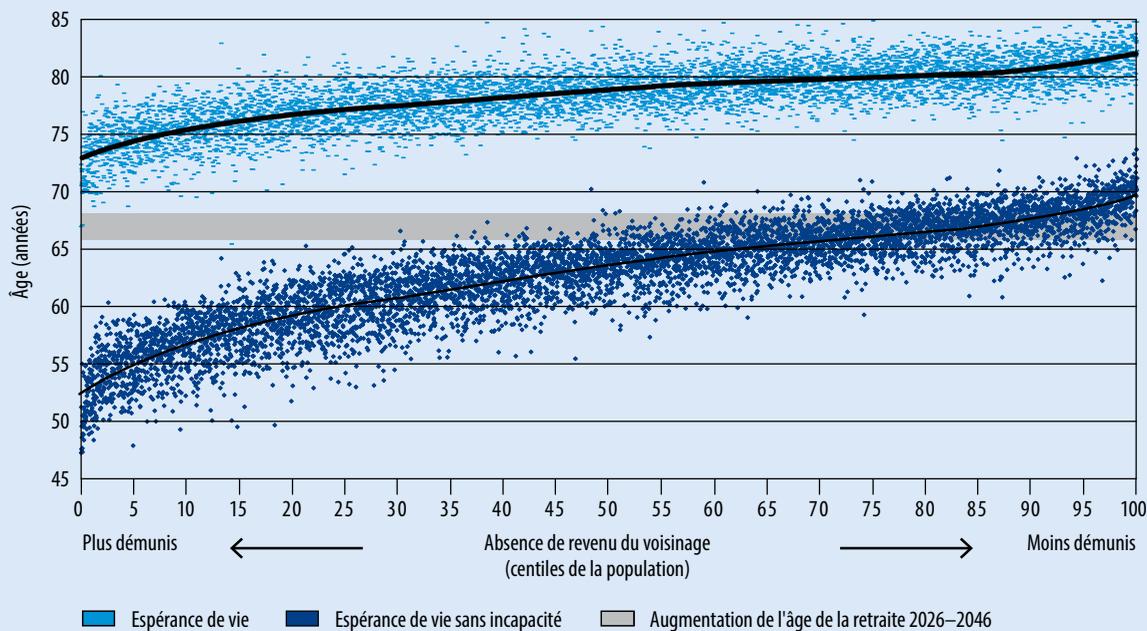
Ainsi, sur la Fig. 1.2, les lignes entre les zones plus sombres des capacités physiques montrent la cohorte répartie en quintiles de revenu adéquat. Les personnes avec le niveau de revenu adéquat le plus faible à la base, ont le pic de capacités physiques le plus bas, et ces disparités tendent à persister tout au long de la vie. Vu que la majorité des gens seraient d'accord pour affirmer que les écarts en matière de capacités physiques ne devraient pas être liés au revenu, nous estimons dans ce rapport que ces différences et leur persistance sont inéquitables.

Ces implications sont importantes pour les décideurs politiques, pour deux raisons. Premièrement, ils doivent être conscients que les personnes ayant les besoins en matière de santé les plus importants à n'importe quel moment de leur vie, peuvent également être celles qui ont le moins de ressources pour y remédier. Deuxièmement, les politiques de santé publique doivent être élaborées de manière à surmonter et non pas renforcer ces inéquités (Encadré 1.2). On

Encadré 1.2. Iniquités en matière de santé et de retraites

Une étude sur les inégalités en santé depuis 2010 au Royaume-Uni a montré que si, en moyenne, les gens pouvaient espérer vivre jusqu'à 77 ans, 15 de ces années seraient vécues avec une forme quelconque de handicap. En outre, à la fois l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité variaient selon le lieu où la personne avait vécu. En moyenne, les personnes vivant dans les quartiers les plus riches en Angleterre mourraient environ 6 ans plus tard que celles vivant dans les quartiers pauvres. La différence pour l'espérance de vie sans incapacité est encore plus importante : elle est de 13 ans. Par conséquent, les personnes vivant dans les zones les plus pauvres, non seulement meurent plus tôt, mais passent également une plus longue partie de leur vie plus brève avec des limitations fonctionnelles (44). De plus, les zones les plus pauvres manquent souvent de l'infrastructure et des ressources qui pourraient permettre à quelqu'un avec des limitations fonctionnelles d'accomplir les activités qui lui sont nécessaires.

Fig. 1.2. Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à la naissance, selon le niveau de revenu du quartier, Angleterre, 1999 à 2003



L'analyse a également comparé l'espérance de vie sans incapacité avec l'âge prévu d'éligibilité à la retraite au Royaume-Uni, qui est de 68 ans. Plus de trois quarts des personnes avaient subi une forme quelconque de handicap à l'âge de 68 ans, et la plupart vivaient dans les quartiers pauvres. En outre, le nombre d'années pendant laquelle une personne handicapée peut espérer vivre au-delà de 68 ans (et par conséquent, bénéficier d'une retraite) est susceptible d'être beaucoup moins important que pour quelqu'un en bonne santé. Ainsi, les politiques qui limitent la disponibilité des ressources exclusivement sur la base de l'âge chronologique, risquent de renforcer et d'accroître les inégalités, car elles peuvent refuser des ressources à ceux qui en ont le plus besoin et, en même temps, en offrir pendant une plus longue durée à ceux qui en ont moins besoin.

Encadré 1.3. L'âgisme

L'âgisme désigne les stéréotypes et la discrimination à l'encontre d'individus ou de groupes de personnes, basés sur leur âge. L'âgisme peut prendre plusieurs formes, y compris les préjugés, les pratiques discriminatoires ou les politiques et les pratiques institutionnelles qui perpétuent ces stéréotypes (46).

Les attitudes négatives de l'âgisme sont largement partagées dans toutes les sociétés et ne se limitent pas à un groupe social ou ethnique. Les recherches indiquent que l'âgisme pourrait constituer une forme de discrimination encore plus universelle que le sexisme ou le racisme (48, 49). Cela a des conséquences graves autant pour les personnes âgées que la société en général. Ces attitudes peuvent constituer un obstacle majeur à l'élaboration de politiques adéquates, car elles restreignent drastiquement le champ d'action politique. Elles peuvent également avoir un impact important sur la qualité des soins médicaux et des interventions sociales dont les personnes âgées bénéficient.

Ces stéréotypes négatifs sont si répandus que même ceux qui extériorisent les meilleures intentions, peuvent avoir des difficultés à éviter de se livrer à des actions et à des expressions négatives. En outre, les attitudes négatives en matière d'âgisme sont souvent considérées comme étant humoristiques et fondées, dans une certaine mesure, sur des faits ; ainsi, on suppose souvent à tort que l'humour permet de contrecarrer les effets néfastes sur la personne âgée. Pourtant, il est prouvé que l'âgisme provoque une baisse du sentiment d'auto-efficacité, une diminution de la productivité, et un stress cardiovasculaire (50). Et ces stéréotypes peuvent devenir une prédiction qui se réalise, renforçant ainsi l'inaction et les défaillances qui résultent du fait de leur intériorisation. Ces attitudes négatives sont également largement présentes au sein même des structures sanitaires et sociales, où les personnes âgées sont au fait de leur vulnérabilité.

Une partie de ces préjugés découle d'un déclin observable sur le plan biologique. Ce soi-disant point de départ objectif concernant le stéréotype sur la vieillesse peut être faussé par la connaissance de troubles tels que la démence, qui peuvent être faussement interprétés comme reflétant le vieillissement normal. En outre, parce que l'âgisme est supposé être basé sur ces faits physiologiques et psychologiques présumés, on prend très peu en compte, voire pas du tout, les adaptations moins évidentes réalisées par les personnes âgées afin de minimiser les effets de la diminution de capacités liés à l'âge, les aspects positifs du vieillissement comme le développement personnel auquel on peut parvenir pendant cette période de la vie, ou les contributions faites par les personnes âgées.

Cet âgisme enraciné socialement peut s'auto-entretenir en attribuant aux personnes âgées les stéréotypes de l'isolement social, du déclin physique et cognitif, du manque d'activité physique et du fardeau économique (51).

retrouve ces thématiques transversales tout au long de ce rapport.

Stéréotypes dépassés et nouvelles attentes

Certains des obstacles majeurs à l'élaboration d'une politique de santé publique adéquate concernant le vieillissement, consistent en l'omniprésence de perceptions, d'attitudes et de croyances erronées sur les personnes âgées (45, 46). Bien qu'il existe des preuves substantielles indiquant que les personnes âgées contribuent à la société à bien des égards, on les considère au contraire plutôt comme étant fragiles, déconnectées, pénibles ou dépendantes (47). Ces attitudes âgistes (Encadré 1.3) limitent la

manière dont les problèmes sont conceptualisés, limitent les questions qui sont posées, et la capacité à saisir les opportunités innovantes (46). Quand ces attitudes constituent le point de départ de l'élaboration des politiques, elles conduisent souvent à mettre l'accent sur la maîtrise des coûts.

Ces stéréotypes dépassés s'étendent à la façon dont nous concevons le parcours de la vie, supposant que celui-ci est inévitablement caractérisé par une succession rigide d'étapes. Dans les pays à revenu élevé, ces étapes sont habituellement la petite enfance, les années d'études, une période définie d'âge actif sur le plan professionnel, et enfin la retraite. Pourtant, ce sont des constructions sociales qui ont peu de fondement sur le plan physiologique. La notion de retraite

est relativement nouvelle, et pour de nombreuses personnes dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, elle reste abstraite. L'idée que l'apprentissage est quelque chose qui ne devrait être possible que pendant les premiers stades de la vie, reflète des habitudes de travail obsolètes, selon lesquelles une personne est formée pour assurer un rôle et, avec de la chance, elle y aura travaillé toute sa vie, parfois avec un seul employeur (52).

Une conséquence de cette délimitation rigide du parcours de vie est que les années supplémentaires qui découlent de la longévité sont souvent considérées comme prolongeant simplement la période de la retraite. Cependant, si pendant ces années de vie supplémentaires les personnes jouissent d'une bonne santé, alors cette approche de la façon dont elles pourraient être mises à profit est très restrictive. Par exemple, la perspective de vivre plus longtemps pourrait inciter les gens à élever leurs enfants puis à se lancer dans une carrière à 40 ans ou même 60 ans, à modifier leur parcours professionnel à n'importe quelle étape de leur vie, ou peut-être choisir de partir à la retraite pour un moment à 35 ans, puis revenir sur le marché du travail. La retraite elle-même pourrait évoluer vers des choix qui sont moins rigides.

Ainsi, si les politiques le permettent, la combinaison d'une longévité accrue et d'une bonne santé peut permettre une infinité de variations par rapport aux types classiques de parcours de vie. De tels changements pourraient bénéficier non seulement à l'individu, mais aussi plus largement à la société, en offrant des perspectives élargies aux personnes âgées, d'apporter leur contribution, à travers leur participation à la vie active ainsi qu'à travers d'autres activités sociales.

La recherche indique, au moins dans certains pays à revenu élevé, que les personnes âgées sont à la recherche d'alternatives novatrices par rapport au cadre de vie traditionnel (53). Des enquêtes menées aux États-Unis, par exemple, ont constaté que la majorité des personnes approchant l'âge habituel de la retraite ne désire pas réellement partir à la retraite (53). Pour certaines d'entre elles, cela peut refléter les

effets de la pauvreté et la nécessité de continuer à travailler, mais pour la plupart, il semblerait qu'il y ait un plus large intérêt à continuer à prendre part activement à la vie sociale. Cependant, ce que les répondants ont déclaré rechercher, n'était pas de continuer à faire la même chose. Ce qu'ils recherchaient plutôt, était de la flexibilité, et la possibilité de réorienter leur carrière, de travailler à temps partiel ou de démarrer une entreprise. En effet, il existe des données probantes indiquant que les personnes âgées poursuivent ces ambitions et qu'elles excellent dans ce type de transitions. Aux États-Unis, 23 % des nouveaux entrepreneurs en 2011 et 2012 étaient âgés de 55 à 64 ans (54), et deux fois plus d'entrepreneurs prospères étaient âgés de plus de 50 ans, en comparaison à ceux de moins de 25 ans (55).

Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, le parcours de vie peut être moins clairement délimité. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes pauvres, qui peuvent n'avoir bénéficié que de possibilités d'éducation limitées dans leur jeunesse, et qui sont susceptibles d'avoir à travailler jusqu'à un âge avancé pour vivre, sauf s'ils ont de la famille pouvant les aider (56).

Pourtant, il serait faux d'enfermer dans un stéréotype la situation dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Par exemple, le développement socio-économique permet d'introduire de nombreuses allocations minimales de retraite financées par les impôts. Ceci est vital pour la sécurité financière des populations âgées (57), et particulièrement important pour les personnes qui ont travaillé sur le marché du travail informel (par exemple, les femmes qui se sont occupé des membres de leur famille tout au long de leur vie, ou pour les travailleurs agricoles) et qui n'ont pas eu la possibilité de bénéficier de prestations telles que la retraite ou l'assurance maladie.

Cependant, certaines attitudes et certains obstacles sur le parcours de vie dans les pays à revenu élevé sont également apparents dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Par exemple, les couches privilégiées de la population, comme les travailleurs du secteur public,

peuvent avoir accès à de généreuses retraites qui sont similaires, et parfois même plus clémentes que celles observées dans les pays à revenus élevés (58). Avoir accès à ces avantages peut devenir une aspiration d'autres groupes de la communauté, et les hypothèses au sein de ces objectifs peuvent influencer sur le développement de politiques plus vastes.

L'élaboration de politiques qui peuvent assurer la sécurité financière essentielle pour le bien-être des personnes âgées, tout en offrant la souplesse d'approches novatrices par rapport au parcours de vie et, en même temps, soient financièrement viables et équitables, constituera un défi majeur pour tous les gouvernements au 21^{ème} siècle. Quant à déterminer la manière de réaliser ces objectifs, cela dépasse la portée de ce rapport. Toutefois, le fait de veiller à la santé des populations âgées, et que ces prestations soit équitablement réparties, est une condition préalable à l'élaboration efficace de politiques dans ce domaine.

Pour atteindre ces objectifs, les politiques de santé publique devront tenir compte de la remise en question importante qui est en cours, à propos de ce qu'est le troisième âge et de ce qu'il pourrait constituer. Cependant, bien que les réponses politiques ne puissent être fondées sur des stéréotypes dépassés, prédire comment les attitudes et les comportements vont évoluer dans l'avenir est périlleux. Plutôt que de conduire les personnes âgées vers des objectifs sociaux prédéterminés, la politique de santé publique devrait plutôt viser l'autonomisation des personnes âgées de façon à ce qu'elles puissent réaliser des choses que les générations précédentes n'auraient jamais imaginé être possibles.

Le monde aussi change

Non seulement une personne âgée aujourd'hui peut espérer vivre plus longtemps qu'auparavant, mais le monde autour d'elle a changé (59). Par exemple, les 50 dernières années ont connu une migration démographique massive des régions rurales vers les régions urbaines. Aujourd'hui,

pour la première fois, la majorité de la population mondiale vit dans les villes (60). Le monde est devenu aussi beaucoup plus riche, grâce au développement socio-économique quasi mondial, bien que dans de nombreux endroits, cela ait été associé à une augmentation des disparités, dont une grande partie est évitable. Les progrès dans les transports et les communications ont vu apparaître une mondialisation rapide des activités économiques et culturelles, avec un accroissement des flux migratoires, une déréglementation des marchés du travail, et un transfert des emplois de ceux traditionnellement assurés par de nombreuses personnes qui sont aujourd'hui des personnes âgées, vers de nouveaux secteurs de l'économie (61, 62).

Pour certaines personnes âgées, en particulier celles ayant les connaissances, les compétences et la flexibilité financière souhaitables, ces changements créent de nouvelles opportunités. Pour d'autres, ces changements pourraient ôter les filets de protection sociale qui auraient autrement été disponibles. Par exemple, alors que la mondialisation et la connectivité mondiale peuvent permettre aux jeunes générations de migrer plus facilement vers les zones de croissance, cela peut avoir comme conséquence que les membres de la famille les plus âgés soient abandonnés dans les zones rurales pauvres, sans les structures familiales traditionnelles qui leur apportaient un soutien.

D'autres changements se produisent également au sein des familles. Certains de ces changements reflètent les normes culturelles locales, les réactions à des événements extérieurs, ou des facteurs spécifiques à la famille (63). En Zambie, par exemple, en raison de migrations internes et de l'impact du Sida, 30 % des femmes âgées sont à la tête de ménages avec une génération manquante, dans lesquels elles ont la responsabilité d'au moins un petit-fils/une petite-fille sans la présence des membres de la famille de la génération intermédiaire (64).

Mais des tendances plus générales sont également en cours. À mesure que l'espérance de vie augmente, les chances que différentes générations vivent en même temps au sein d'une famille, augmentent également. Cependant, bien que le nombre de générations vivantes dans une même famille puisse avoir augmenté, aujourd'hui, ces générations sont plus susceptibles de vivre séparément que dans le passé. En effet, dans de nombreux pays, la proportion des personnes âgées vivant seules augmente de façon spectaculaire. Par exemple, dans certains pays européens, plus de 40 % des femmes âgées de 65 ans et plus, vivent seules aujourd'hui (65).

Dans les sociétés avec une forte tradition de parents plus âgés vivant avec leurs enfants, comme au Japon, les modes de vie traditionnels, multi-générationnels, sont également en régression (66). Même en Inde, un pays où l'on a souvent supposé que les solides liens familiaux se perpétuaient, seuls 20 % des ménages comprennent des personnes vivant dans des familles mixtes ou élargies (67).

La diminution de la taille des familles peut être liée à moins d'occasions de profiter d'arrangements réciproques de garde/de soins ou de partage de produits qui peuvent généralement être disponibles dans un foyer élargi, mais cela peut aussi augmenter le risque de pauvreté (68). Les personnes âgées vivant seules peuvent être exposées à un risque accru d'isolement et de suicide (69). Cependant, comme cela sera abordé dans les chapitres suivants de ce rapport, de nombreuses personnes âgées préfèrent encore vivre dans leur propre foyer et communauté, aussi longtemps que possible (70).

Ces changements dans la structure familiale sont renforcés par deux autres tendances importantes. Des baisses spectaculaires du taux de fécondité dans de nombreuses parties du monde signifient que le nombre relatif de jeunes dans une famille est beaucoup plus faible qu'auparavant (Fig. 3.8). En même temps, il y a eu des changements majeurs dans les normes en matière de genre et d'opportunités pour les femmes. Aupa-

ravant, un rôle clé pour les femmes était souvent celui d'aidant familial, à la fois auprès des enfants et des parents âgés. Ceci limitait la participation des femmes à l'emploi rémunéré, ce qui avait de nombreuses conséquences négatives pour elles plus tard dans la vie, y compris un plus grand risque de pauvreté, un accès plus limité aux services sociaux et de santé de qualité, un risque plus élevé de maltraitance, de problèmes de santé, et un accès limité aux régimes de retraite. Aujourd'hui, les femmes assurent de plus en plus d'autres rôles, ce qui leur procure une plus grande sécurité à un âge avancé. Mais ces bouleversements limitent aussi la capacité des femmes et des familles à assurer les soins aux personnes âgées qui en ont besoin. Les anciens modèles de prise en charge par la famille ne pourront probablement pas être pérennes.

D'autres changements sociaux influenceront en outre davantage sur ce que cela signifie d'être une personne âgée au 21^{ème} siècle. Par exemple, dans de nombreuses parties du monde, la tradition consistant à être respecté en tant que personne âgée dans une famille ou une société peut ne plus être aussi forte ou tout au moins être différente (Encadré 1.4). Cependant, de nouvelles aides techniques, et des environnements favorables peuvent améliorer la capacité des personnes âgées à faire les choses qui ont de la valeur à leurs yeux, malgré d'importantes limitations fonctionnelles ; par exemple, internet permet de fournir un accès vidéo à la famille qui est éloignée, et des possibilités d'apprentissage en ligne ; et les pénuries de main d'œuvre, l'encouragement du gouvernement et l'évolution des mentalités signifient que les possibilités d'emploi dans certains secteurs sont en augmentation.

C'est dans ce monde dynamique que de plus en plus de gens vivent jusqu'à un âge avancé.

Encadré 1.4. Mutation sociale, piété filiale et vieillissement dans la région Asie-Pacifique

La région Asie-Pacifique est en tête de nombreuses tendances démographiques mondiales. De nombreux pays ont connu un développement économique et industriel et une urbanisation considérables. Dans le même temps, la région a connu et continuera à connaître, d'énormes évolutions de la taille et de la composition des familles. Ceci a été accompagné par des changements dans les relations intergénérationnelles dans presque tous les pays, mais plus particulièrement en Chine, au Japon, en République de Corée, à Singapour et en Thaïlande (71).

Dans toute la région, beaucoup estiment que les symboles traditionnels, tels que la piété filiale, ont été affaiblis ou sont en constante évolution. La piété filiale (孝, Xiao) implique un ensemble complexe de relations et de devoirs affectifs et tangibles réciproques entre un parent et un enfant. Respect, obéissance, loyauté et soutien concret sont des éléments importants et peuvent aller au-delà des générations immédiates pour englober la vénération des ancêtres (par exemple, par le culte des ancêtres et l'entretien des tombes) (71, 72).

Les tensions augmentent dans de nombreux pays à mesure que les jeunes générations sentent avoir soit moins de raisons, soit moins la capacité de remplir leurs devoirs filiaux. L'augmentation des familles de tailles réduites et l'accroissement des migrations économiques signifient souvent que moins d'enfants sont à la maison pour partager les responsabilités physiques, affectives et financières avec leurs parents et grands-parents vieillissants. Il est possible que cela conduise à l'exclusion sociale, l'isolement, la pauvreté et même la maltraitance des personnes âgées, ainsi qu'un décalage de plus en plus important entre les attentes intergénérationnelles (72).

En réponse, certains pays ont introduit ou étendu la législation pour forcer les enfants à soutenir, rendre visite ou prendre soin de parents âgés, bien que cela pose des problèmes d'équité et de force exécutoire. Par exemple, certains groupes - tels que les personnes âgées sans enfants, ceux dont les enfants ont émigré et avec lesquels ils ont perdu le contact, ou des familles ayant connu des divorces et des remariages - n'ont effectivement pas d'enfants pouvant assurer un soutien, et risquent d'être laissés pour compte (72).

Pourtant, les normes en matière d'obligations filiales semblent rester solides, bien que les expressions concrètes du devoir filial deviennent bien plus variées que la prestation de soins personnels directe. Les personnes âgées, les enfants et, dans de nombreux endroits, les pouvoirs publics, acceptent de plus en plus cette réalité. Ces changements peuvent être illustrés par la substitution du contact direct par la messagerie et les appels téléphoniques. Pour beaucoup, l'envoi de rétributions financières et le paiement des soins, coûts qui sont parfois partagés entre les enfants avec différentes ressources, sont devenues les expressions modernes du devoir filial.

En outre, les tendances observées ailleurs sont en augmentation, y compris le recours aux soins en établissement pour les personnes âgées, et la délégation des soins personnels, de santé et des prestations sociales aux secteurs publics et privés. En Chine, par exemple, certains parents estiment qu'il s'agit d'un signe de succès si leurs enfants peuvent leur payer une institution de soins coûteuse, ou un aide familial à domicile (73, 74).

Des débats sont nécessaires concernant la dépendance future sur les familles, l'État ou le secteur privé, quant à la prise en charge personnes âgées. Dans plusieurs endroits, la prise en charge par la famille était supposée être la norme, mais de nombreuses sociétés reconnaissent maintenant qu'une dépendance excessive sur le soutien de la famille peut être préjudiciable au bien-être des personnes âgées, et place un fardeau particulier sur les femmes, en leur qualité traditionnelle d'aidants familiaux. En outre, de nombreuses personnes âgées voudront travailler ou prendre soin d'elles-mêmes, ou faire les deux. Certaines personnes âgées sentent indubitablement qu'elles pourraient être un fardeau pour leurs enfants, et donc choisissent de vivre séparément. Une meilleure compréhension de l'impact de ces changements et de l'isolement social qui peut les accompagner, sera cruciale pour l'élaboration de politiques.

Pourquoi agir sur le vieillissement et la santé ?

Les droits des personnes âgées

De nombreux éléments justifient de consacrer des ressources publiques pour améliorer la santé des populations âgées (4). Le premier est le droit humain que les personnes âgées ont de jouir du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre (75). Ce droit est inscrit dans le droit international. Pourtant, les personnes sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination, de violation de leurs droits au niveau individuel, communautaire et institutionnel, simplement en raison de leur âge. Une approche basée sur le droit au *Vieillessement en bonne santé* peut aider à surmonter les obstacles juridiques, sociaux et structurels à la bonne santé des personnes âgées, et à clarifier les obligations juridiques des acteurs étatiques et non étatiques de respecter, protéger et réaliser ces droits (76, 77).

Une approche basée sur les droits humains en matière de santé stipule que le droit à la santé « englobe un large éventail de facteurs socio-économiques qui favorisent les conditions dans lesquelles les gens peuvent mener une vie saine, et s'étend aux déterminants sous-jacents de la santé, tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau potable et salubre, à l'assainissement, à des conditions de travail sûres et saines, et à un environnement sain » (78). Un large ensemble de lois, de politiques et de mesures est par conséquent nécessaire pour aider à créer les conditions appropriées pour que les personnes âgées puissent jouir du meilleur état de santé qu'elles puissent atteindre. En effet, en vertu du droit à la santé, les États sont tenus de procurer, sans discrimination d'aucune sorte, des établissements de santé, des biens et des services qui soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Les États parties doivent aller de l'avant, conformément au principe de réalisation progressive, qui exige qu'ils

prennent des mesures en utilisant le maximum de leurs ressources disponibles pour s'employer à la pleine réalisation du droit à la santé et des autres droits de l'homme relatifs aux personnes âgées.

La disponibilité consiste à avoir une quantité suffisante de structures de santé publique et de soins, de produits et de services, ainsi que de programmes opérationnels. Dans le contexte du vieillissement, la disponibilité implique de considérer la mesure dans laquelle les établissements de santé, les produits et les services répondent aux besoins de santé spécifiques des personnes âgées. Ce rapport précisera clairement que ces services sont assez différents des services le plus souvent offerts par les systèmes de santé.

L'accessibilité des établissements de santé, des produits et des services comporte quatre sous-dimensions : la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité financière (ou à un coût abordable), et l'accessibilité des informations. Chacune est particulièrement pertinente pour les personnes âgées qui peuvent faire face à un rationnement des services basé sur l'âge, des limitations physiques qui rendent leur accès particulièrement difficile, une insécurité financière en raison de leur âge, et des obstacles en matière d'information, qui peuvent aller de l'alphabétisation à la capacité à utiliser un contenu basé sur le Web, un aspect qu'ils peuvent ne pas maîtriser, ou auquel ils peuvent ne pas avoir accès.

Le droit des personnes âgées à la santé fait également prévaloir le concept 'd'acceptabilité' des établissements de santé, des produits et des services, en référence aux normes d'éthique médicale et d'utilisation d'approches sensibles au genre et culturellement appropriées. Par exemple, évaluer l'acceptabilité consisterait notamment à juger si les services sont favorables aux aînés ou répondent aux besoins des personnes âgées, tout en tenant compte de la diversité des personnes âgées, qui ne constituent pas un groupe homogène, mais sont exposées à divers risques et situations en matière de santé. Dans certains pays à faibles revenus, les services peuvent être disponibles, mais exigent de faire la

queue pendant de longues heures, ce qui peut être difficile pour certaines personnes âgées en raison de limitations physiques ou de la nécessité d'aller fréquemment aux toilettes. Certains pays ont pris des mesures pour répondre à ces besoins, en réservant certains horaires consacrés uniquement à la consultation des personnes âgées, en fournissant des chaises pour s'asseoir, et en veillant à ce que les personnes âgées puissent aller aux toilettes sans perdre leur place dans la file d'attente.

Le quatrième élément du droit à la santé souligne l'importance de la bonne qualité des installations, des produits et des services. Lorsque les services sont restructurés pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, les systèmes doivent garantir que ces améliorations continuent d'être mises en œuvre. En outre, s'axer sur les droits humains exige que les États surveillent l'accès aux services des personnes âgées en se basant sur ces critères, ce qui souligne encore une fois l'importance de disposer d'éléments de preuves solides et systématiques.

Plus largement, le droit à la non-discrimination englobe le droit de ne pas être discriminé sur la base de l'âge. Cela signifie non seulement que les personnes âgées ont les mêmes droits que tout le monde, mais également que les États ont l'obligation de faire des efforts particuliers pour atteindre les groupes de personnes âgées qui sont défavorisés ou vulnérables, et de réserver des ressources ciblant ces groupes, dans un effort de promouvoir l'égalité.

Une approche basée sur les droits de l'homme repose sur l'idée que les personnes âgées participent activement et prennent des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être ; cela constitue également un élément central de l'approche de santé publique centrée sur la personne. Les politiques et programmes doivent renforcer le potentiel des personnes âgées à apporter leur contribution, et à rester des membres actifs de leurs communautés, aussi longtemps que possible, en fonction de leur capacités (79). Toutefois, garantir une participation significative et un leadership communautaire soutenu, nécessite un

soutien financier et technique adéquat. Le fait de garantir que l'attention soit accordée aux droits de l'homme, ajoute également une plus-value aux efforts visant à favoriser le vieillissement et la santé, en reconnaissant l'importance de la responsabilité publique. La reddition des comptes renforce la capacité des individus à revendiquer leurs droits. La Reddition des comptes en matière de santé peut être améliorée par l'utilisation de plusieurs mécanismes, y compris les instruments de droits humains aux niveaux international, régional et national, ainsi que par la création de comités nationaux ou d'autres processus de surveillance, de plaintes et de recours concernant le vieillissement. Ceux-ci peuvent aider à repérer des problèmes occultés, tels que la violence envers les personnes âgées. Par exemple, le Forum Asie-Pacifique des institutions nationales de droits de l'homme a contribué à attirer l'attention sur la vulnérabilité à la discrimination et à la maltraitance des personnes âgées en institution, en soulignant sa nature « systémique plutôt qu'individuelle », qui nécessite une action à travers tous les secteurs et domaines, y compris par les défenseurs des droits de l'homme, la santé publique et les personnes âgées (80).

Vieillesse, santé et développement

Le deuxième élément clé justifiant de prendre des mesures sur le vieillissement et la santé, est de favoriser le développement durable (81). Aujourd'hui, la plupart des gens vivent jusqu'à un âge avancé, et une proportion croissante de la population consistera en des personnes âgées. Si nous voulons bâtir des sociétés qui soient solidaires, pacifiques, équitables et sûres, le développement devra tenir compte de cette transition démographique et les mesures devront à la fois exploiter les contributions que les personnes âgées apportent au développement, et veiller à ce qu'elles ne restent pas à la traîne (13).

Les personnes âgées contribuent au développement de plusieurs façons, par exemple en pro-

duisant des denrées alimentaires ou en élevant les générations futures (82). Les inclure dans le processus de développement contribue non seulement à bâtir une société plus équitable, mais peut vraisemblablement renforcer le développement en soutenant ces contributions. Exclure les personnes âgées de ce processus, compromet non seulement leur bien-être et leur participation, mais peut également avoir d'importantes répercussions sur le bien-être et la productivité des autres générations. Par exemple, un manque de soins accessibles ou abordables financièrement, peut signifier que l'hypertension artérielle d'une personne âgée n'est pas traitée, et cela peut entraîner un accident vasculaire cérébral. Cela pourra non seulement mettre en péril sa future contribution à la sécurité de la famille, mais peut exiger de la part d'autres membres de la famille (généralement des femmes et des filles) d'assurer ses soins et son soutien, qui se révéleront par la suite elles-mêmes incapables de poursuivre leur travail ou l'école. Négliger les besoins des personnes âgées a des ramifications pour le développement qui vont bien au-delà des individus eux-mêmes.

Parce que les personnes âgées sont souvent étiquetées comme faisant partie du passé, elles peuvent être négligées dans la progression vers le futur. Le développement durable exige que l'on s'attaque au nombre inacceptable de personnes âgées qui vivent dans la pauvreté, qui manquent de sécurité en matière de revenus, qui se sentent menacées dans leur sécurité personnelle (à cause de maltraitance envers elles ou de besoins non satisfaits lors de catastrophes, par exemple), et qui ont un accès limité aux soins de santé et aux services sociaux (81). Assurer un « développement pour tous », exigera que l'on s'attaque aux causes profondes de l'inéquité et que toutes les générations obtiennent un égal accès aux soins et aux services sociaux, à la formation tout au long de la vie, et à l'opportunité d'apporter leur contribution. Une attention particulière devra être accordée aux besoins des personnes âgées afin d'assurer que les environnements soient accessibles, y com-

pris le domicile, les espaces et bâtiments publics, les lieux de travail et les transports.

Évaluer étroitement l'impact des politiques sur les personnes âgées dans les différents groupes d'âge, de sexe, de groupes socio-économiques, géographiques et ethniques, peut aider à identifier les politiques qui pourraient améliorer l'équité, ou qui pourraient aggraver la situation des personnes âgées. Par exemple, plusieurs pays à revenus élevés ont envisagé d'augmenter les frais encourus pour les services de santé comme moyen de réduire les dépenses de santé, et diminuer la surconsommation des services. Cependant, une enquête en Allemagne sur les dépenses directes des personnes âgées en matière de santé a constaté que cela imposait une charge financière nettement plus faible sur le quintile le plus riche de la population, par rapport à celui le plus pauvre (83). Si l'objectif des politiques de développement vise à contenir les coûts ou étendre la couverture médicale, de telles informations sont cruciales lorsque l'on réfléchit à diverses options pour améliorer l'équité au sein et entre les différents groupes d'âge. Impliquer les personnes âgées dans la prise de décisions sur les questions qui les concernent ainsi que leurs familles, peut assurer que les réponses soient plus pertinentes.

L'impératif économique

Une troisième raison de prendre des mesures, consiste en l'impératif économique de s'adapter aux mutations dans la pyramide des âges, de façon à minimiser les dépenses liées au vieillissement de la population, tout en optimisant les nombreuses contributions que les personnes âgées apportent. Ces contributions peuvent être apportées par une participation directe de la population active formelle ou informelle, par des impôts et de la consommation, par des transferts d'argent et de biens aux jeunes générations, et à travers une multitude d'avantages moins tangibles qu'elles apportent à leurs familles et à leurs communautés.

Cependant, l'analyse économique des conséquences du vieillissement de la population évolue, et les modèles qui sont souvent utilisés aujourd'hui pourraient conduire à des réponses inappropriées. Par exemple, un indicateur économique communément utilisé est ce que l'on appelle le 'taux de dépendance des personnes âgées', et qui a été défini comme le ratio des personnes âgées (de 65 ans ou plus) dépendant de la population en âge de travailler (âgée de 15 à 64 ans) (84). Comme point de départ pour l'élaboration des politiques, ceci conduit à se focaliser sur les coûts qui pourraient découler du fait de soutenir ce que l'on suppose être une population dépendante.

En outre, cette mesure comporte plusieurs failles, et notamment l'hypothèse selon laquelle l'âge chronologique est un marqueur fiable du comportement. L'une des caractéristiques de la vieillesse est la diversité, et l'âge chronologique n'est que vaguement associé à un niveau fonctionnel. Pourtant, le taux de dépendance suppose que tout le monde, entre 15 et 65 ans travaille (même si en 2009, plus d'un tiers de ce que l'on considère comme la population active dans l'Union européenne ne travaillait pas), et que toute personne âgée de plus de 64 ans est considérée comme dépendante (alors que beaucoup de personnes de plus de 64 ans participent activement au marché du travail formel) (85). Il fait également abstraction de l'influence que les politiques et d'autres facteurs externes peuvent avoir sur la proportion de personnes âgées qui participent à la population active formelle.

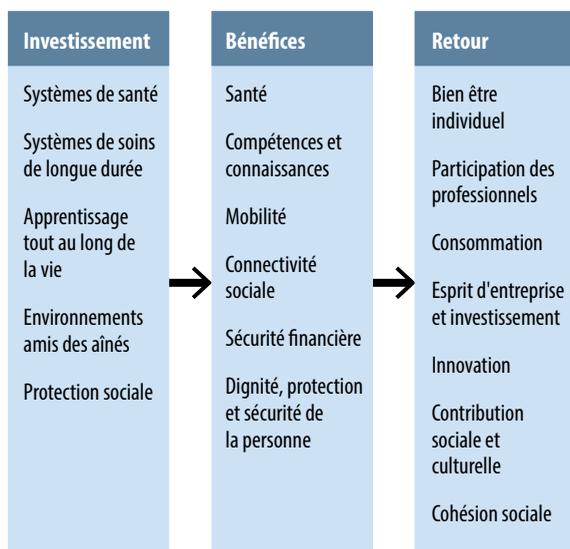
De plus, l'utilisation généralisée du terme 'dépendance' repose sur des hypothèses issues de l'âgisme. De nombreuses personnes âgées peuvent ne plus faire partie de la population active, mais être malgré tout indépendantes financièrement, sécurisées par les actifs qu'elles ont accumulés au cours de leur vie, ou par les cotisations versées à leurs fonds de pension. Des analyses détaillées au sein des familles montrent que, contrairement à l'idée présumée de dépendance, dans de nombreux pays, les

flux de trésorerie passent des personnes âgées vers les plus jeunes membres de la famille, alors que les personnes ont dépassé depuis longtemps leurs quatre-vingts ans (86). En outre, les personnes âgées apportent d'importantes contributions économiques à la société par le biais de la consommation. Aux États-Unis, les personnes âgées de plus de 55 ans contrôleront 70 % de l'ensemble du revenu disponible en 2017 (87). En France, les plus de 55 ans seront responsables des deux tiers de l'augmentation totale de la consommation entre 2015 et 2030 (88).

Une recherche menée au Royaume-Uni en 2010 met en lumière la façon dont la situation économique concernant les populations âgées pourrait apparaître différente, si ces diverses contributions avaient été prises en compte. Cela suggère que les dépenses publiques consacrées aux personnes âgées (à travers les prestations de retraites, de santé et d'autres aides sociales) ont totalisé 136 milliards £ (Livre sterling). Cependant, en retour, les personnes âgées ont contribué par leurs impôts à hauteur de 45 milliards £ et d'autres contributions financières directes d'une valeur de 10 milliards £. Elles ont également ajouté 76 milliards £ supplémentaires à l'économie nationale grâce à leurs dépenses, et 44 milliards £ par des prestations économiquement tangibles comme en assurant des prestations sociales et du bénévolat. En effet, lorsque les coûts et les contributions des personnes âgées ont été pris en compte, on estime que les personnes âgées ont apporté une contribution nette à la société de près de 40 milliards de Livres (£), et on estime que celle-ci passera à 77 milliards de £ en 2030 (47).

La recherche en provenance des pays à faibles revenus est plus limitée, mais elle souligne la contribution que les personnes âgées apportent, parfois de manière suprenante. Par exemple, l'âge moyen des petits exploitants agricoles au Kenya est supérieur à 60 ans (82) : ils sont par conséquent essentiels au maintien de la sécurité alimentaire. De nombreuses autres personnes âgées dans les

Fig. 1.3. Investissement et retour sur investissement au profit des populations vieillissantes



Source : adapté d'informations non publiées du Conseil de l'Agenda mondial sur le vieillissement du Forum économique mondial, 2013

pays à faibles revenus jouent un rôle important quand il s'agit d'élever la génération future.

Par conséquent, ce rapport adopte une approche différente s'agissant des implications économiques du vieillissement de la population. Plutôt que de représenter les dépenses au titre des personnes âgées comme un coût, elles sont considérées comme des investissements, qui encouragent le bien-être et les multiples contributions des personnes âgées (Fig. 1.3). Ces investissements incluent les dépenses au profit des systèmes de santé, des soins de longue durée, et rendant l'environnement plus largement favorable. Le bénéfice de certains de ces investissements est palpable (une meilleure santé grâce à des investissements adéquats dans les systèmes de santé conduisent à une plus importante participation). D'autres types de bénéfices peuvent être moins évidents mais exigent une égale considération : par exemple, investir dans les soins à long terme ne bénéficiera pas uniquement aux

personnes âgées avec d'importantes limitations fonctionnelles, mais peut également permettre aux femmes de rester sur le marché du travail, au lieu d'être à la maison pour s'occuper des personnes âgées de la famille ; la disponibilité des soins de longue durée peut aussi encourager la cohésion sociale grâce au partage des risques au sein de la communauté. Il sera crucial de quantifier et de prendre en compte pleinement l'ampleur des dividendes sur les investissements en matière de vieillissement, si les décideurs veulent concevoir des politiques réellement éclairées.

En outre, ce rapport considère les investissements dans la perspective du parcours de vie et dans le but d'assurer une répartition équitable des ressources de la société. Cela ne nécessite pas que les personnes dans chaque groupe d'âge soient traitées exactement de la même manière (compte tenu de leurs besoins différents), mais plutôt, qu'elles soient traitées équitablement tout au long de leur vie (89).

Reformuler les questions économiques de cette manière déplace le débat : à la focalisation sur la minimisation des coûts du vieillissement de la population, il faut substituer une analyse qui prenne en considération les bénéfices dont la société serait privée si elle ne parvenait pas à réaliser les adaptations et les investissements adéquats. Les chapitres suivants de ce rapport suggéreront de quelle façon certains de ces investissements peuvent être prioritaires.

Conclusion

Les approches actuelles de santé publique en matière de vieillissement de la population ont clairement été inefficaces. La santé des personnes âgées ne suit pas le rythme d'une longévité accrue (5, 9) ; les inégalités de santé flagrantes se reflètent dans l'état de santé des personnes âgées ; les systèmes de santé actuels ne sont pas en phase avec les soins que nécessitent les populations âgées, même dans les pays à revenus élevés (17-21) ; les modèles de soins de longue durée sont à la fois insuffisants et non pérennes (Chapitre 5) ; et

les environnements physiques et sociaux présentent de multiples obstacles et entraves à la fois à la santé et à la participation (Chapitre 6) (90).

Un nouveau cadre stratégique mondial est nécessaire. Il devra tenir compte de la grande diversité des populations âgées et répondre aux inégalités qui la sous-tendent. Il devra conduire à l'élaboration de nouveaux systèmes de santé et de soins de longue durée, qui soient plus en phase avec les besoins des personnes âgées, et devront s'assurer que tous les secteurs conjuguent leurs efforts vers des objectifs communs, afin que l'action puisse être coordonnée et équilibrée. Mais avant tout, il devra transcender les modes de pensée obsolètes quant au vieillissement, et encourager un changement majeur dans la façon dont nous comprenons le vieillissement et la santé, et inspirer le développement d'approches novatrices. Vu que le changement social est continu et imprévisible, ces approches ne pourront pas être normatives, mais, plutôt, devraient chercher à renforcer les capacités des personnes âgées à prospérer dans

l'environnement mouvementé, dans lequel elles sont susceptibles de vivre.

Ce rapport propose un cadre pour ces réponses. Le Chapitre 2 explore ce que la santé pourrait signifier pour une personne âgée, et de quelle manière une stratégie de santé publique pourrait être orientée afin de favoriser la santé. Le chapitre 3 utilise ce modèle comme base pour évaluer les tendances et les priorités en matière de santé à un âge avancé. Les derniers chapitres explorent en détail les mesures qui pourraient être prises dans des secteurs clés : le Chapitre 4 examine les systèmes de santé, le Chapitre 5 étudie les systèmes de soins de longue durée, et le Chapitre 6 se penche sur le rôle des autres secteurs. Cependant, tout au long de ce rapport, il est souligné que tous ces aspects de l'environnement d'une personne âgée doivent œuvrer ensemble, de façon concertée, pour que le *Vieillessement en bonne santé* soit réalisable. Le Chapitre 7, le dernier chapitre, identifie les étapes clés à suivre.

Liste des références

1. World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations Department of Social and Economic Affairs; 2007 (Report No. E/2007/50/Rev.1 ST/ESA/314; http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 4 June 2015).
2. Bloom DE. 7 billion and counting. *Science*. 2011 Jul 29;333(6042):562–9.doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1209290> PMID: 21798935
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009 Oct 3;374(9696):1196–208.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID: 19801098
4. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. *Global population ageing: peril or promise?* Geneva: World Economic Forum; 2012:4–13. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 24 July 2015).
5. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
6. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9.doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
7. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63.doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
8. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
9. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):563–75.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158
10. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. PMID: 22084524
11. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
12. Smith A. *Grand challenges of our aging society*. Washington DC: National Academies Press; 2010.
13. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 4 June 2015).
14. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8; http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 4 June 2015).
15. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>, accessed 7 June 2015).
16. Walker A. A strategy for active ageing. *Int Soc Secur Rev*. 2002;55(1):121–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
17. Overview of available policies and legislation, data and research, and institutional arrangements relating to older persons – progress since Madrid. New York: United Nations Population Fund, Help Age International; 2011 (http://www.ctc-health.org.cn/file/Older_Persons_Report.pdf, accessed 4 June 2015).
18. Sustainable development. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>, accessed 17 June 2015).
19. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 4 June 2015).
20. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. King's Fund March 2014. *Age Ageing*. 2014 Sep;43(5):731.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105> PMID: 25074536
21. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205.doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5205> PMID: 22945950
22. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011 Dec;9(6):378–91.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.10.002> PMID: 22057096
23. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93.doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010

24. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Aug 1;16(8):674–81. PMID: 25922117
25. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
26. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al.; SAGE Collaborators. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Int J Epidemiol*. 2012 Dec;41(6):1639–49. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dys210> PMID: 23283715
27. Goepfel C, Frenz P, Tinnemann P, Grabenhenrich L. Universal health coverage for elderly people with non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: a cross-sectional analysis. *Lancet*. 2014 Oct;384:S6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61869-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61869-9)
28. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014 Feb;43(1):116–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215> PMID: 24505082
29. Stegeman I, Otte-Trojel T, Costongs C, Considine J. Healthy and active ageing. Brussels: EuroHealthNet and Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA); 2012 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>, accessed 4 June 2015).
30. Alwin DF. Integrating varieties of life course concepts. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012 Mar;67(2):206–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr146> PMID: 22399576
31. Liu S, Jones RN, Glymour MM. Implications of lifecourse epidemiology for research on determinants of adult disease. *Public Health Rev*. 2010 Nov;32(2):489–511. PMID: 24639598
32. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591
33. Cumming E, Henry W. Growing old, the process of disengagement. New York: Arno; 1979.
34. Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *J Gerontol*. 1972 Oct;27(4):511–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/27.4.511> PMID: 5075497
35. Havighurst RJ. Successful aging. *Gerontologist*. 1961;1(1):8–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
36. Butler RN. The study of productive aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002 Nov;57(6):S323. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/57.6.S323> PMID: 12426440
37. Knapp MR. The activity theory of aging: an examination in the English context. *Gerontologist*. 1977 Dec;17(6):553–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/17.6.553> PMID: 924178
38. Steverink N. Successful development and ageing: theory and intervention. In: Pachana N, Laidlaw K, editors. *Oxford handbook of geropsychology*. Oxford: Oxford University Press; 2014:84–103.
39. Schroeter KR. [The Doxa of the social-gerontological field: successful and productive aging-orthodoxy, heterodoxy or allodoxy?]. *Z Gerontol Geriatr*. 2004 Feb;37(1):51–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-004-0163-z> PMID: 14991297
40. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
41. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
42. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 5 June 2015).
43. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
44. Fair society. Healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: UCL Institute of Health Equity; 2010 (The Marmot Review; <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, accessed 4 June 2015).
45. Tam T, Hewstone M, Harwood J, Voci A, Kenworthy J. Intergroup contact and grandparent–grandchild communication: the effects of self-disclosure on implicit and explicit biases against older people. *Group Process Intergroup Relat*. 2006;9(3):413–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1368430206064642>
46. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
47. Cook J. The socioeconomic contribution of older people in the UK. *Working Older People*. 2011;15(4):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé

48. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:127–8.
49. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61.
50. Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega* (Westport). 1999-2000;40(3):409–20. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NF0E-83VR> PMID: 12557880
51. Angus J, Reeve P. Ageism: a threat to “aging well” in the 21st century. *J Appl Gerontol*. 2006;25(2):137–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464805285745>
52. Guillemard A-M. The advent of a flexible life course and the reconfigurations of welfare. In: Goul Andersen J, Guillemard A-M, Jensen PH, Pfau-Effinger B, editors. *The changing face of welfare: consequences and outcomes from a citizenship perspective*. Bristol: Policy Press Scholarship Online; 2005:55–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781861345929.003.0004>
53. The SunAmerica Retirement Re-Set Study: redefining retirement post recession. Los Angeles: SunAmerica Financial Group; 2011 (<http://www.agewave.com/research/retirementresetreport.pdf>, accessed 4 June 2015).
54. Lin LP, Hsia YC, Hsu SW, Loh CH, Wu CL, Lin JD. Caregivers’ reported functional limitations in activities of daily living among middle-aged adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2013 Dec;34(12):4559–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.038> PMID: 24139711
55. Holly K. Why great entrepreneurs are older than you think. In: *Forbes Tech* [website]. 2014 (<http://www.forbes.com/sites/krisztinaholly/2014/01/15/why-great-entrepreneurs-are-older-than-you-think/>, accessed 4 June 2015).
56. Lloyd-Sherlock P. *Population ageing and international development: from generalisation to evidence*. Bristol: Policy Press; 2010.
57. Palacios R, Knox-Vydmann C. The growing role of social pensions: history, taxonomy and key performance indicators. *Public Adm Dev*. 2014;34(4):251–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pad.1682>
58. Palacios R, Whitehouse E. *Civil-service pension schemes around the world*. Washington (DC): World Bank; 2006.
59. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. *Global population ageing: peril or promise?* Geneva: World Economic Forum; 2012. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 4 June 2015).
60. *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Kobe: World Health Organization, WHO Centre for Health Development, United Nations Human Settlements Programme; 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_web.pdf, accessed 4 June 2015).
61. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
62. Arxer SL, Murphy JW. *The symbolism of globalization, development, and aging*. Dordrecht: Springer; 2012. (<http://www.springer.com/us/book/9781461445074>, accessed 17 June 2015).
63. Suzman R, Beard J. *Global health and ageing*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, World Health Organization; 2011 (NIH Publication no. 11-7737; http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, accessed 4 June 2015).
64. *Living arrangements of older persons around the world*. New York: United Nations; 2005 (<http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/report.htm>, accessed 4 June 2015).
65. *Ageing in Ireland*. 2007. Dublin: Central Statistics Office; 2007. (<http://www.cso.ie/en/media/csoie/releasespublications/documents/otherreleases/2007/ageinginireland.pdf>, accessed 17 June 2015).
66. *Household projections for Japan 2010–2035*. Tokyo: National Institute of Population and Social Security Research; 2013 (http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/e/hhprj2013/t-page_e.asp, accessed 4 June 2015).
67. *National Family Health Survey Mumbai*. India: International Institute of Population Sciences and ORC Macro; 2007.
68. Casey B, Yamada A. Getting older, getting poorer? A study of the earnings, pensions, assets and living arrangements of older people in nine countries. Paris: OECD Publishing; 2002 (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 60; http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/getting-older-getting-poorer_345816633534, accessed 4 June 2015).
69. Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, et al.; Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Differences in suicide risk according to living arrangements in Japanese men and women—the Japan Public Health Center-based (JPHC) prospective study. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1-3):113–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.027> PMID: 21168916
70. *Healthy aging & the built environment*. In: Centers for Disease Control and Prevention [website]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (<http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyaging.htm>, accessed 17 June 2015).

71. Phillips DR. Overview of health and ageing issues in the Asia-Pacific region. In: Chan W, editor. Singapore's ageing population: managing healthcare and end of life decisions. Abingdon, Oxford: Routledge; 2011:13–39.
72. Phillips DR, Cheng KHC. The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating NC, editors. From exclusion to inclusion in old age. Bristol: Policy Press; 2012:109–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007>
73. Phillips DR, Cheng KHC. Challenges for the ageing family in the People's Republic of China. *Can J Aging*. 2015;34(3):1–15. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=25511315&dopt=Abstractdoi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000203> PMID: 25511315
74. Yeh KH, Yi CC, Tsao WC, Wan PS. Filial piety in contemporary Chinese societies: a comparative study of Taiwan, Hong Kong, and China. *Int Sociol*. 2013;28(3):277–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0268580913484345>
75. Baera B, Bhushan A, Abou Taleb H, Vasquez J, Thomas R, Ferguson L. The right to health of older people. *Gerontologist*. 2016 (In press).
76. Doron I, Apter I. The debate around the need for an international convention on the rights of older persons. *Gerontologist*. 2010 Oct;50(5):586–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq016> PMID: 20185521
77. Kalache A. Human rights in older age. In: Beard JS, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012: 89–92. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 4 June 2015).
78. The right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations; 2000 (E/C.12/2000/4, General Comments; http://www.nesri.org/sites/default/files/Right_to_health_Comment_14.pdf, accessed 4 June 2015).
79. Kornfeld-Matte R, editor. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. [website]. New York: United Nations; 2014. (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15148&LangID=E>, accessed 4 June 2015).
80. Open-ended working group on ageing for the purpose of strengthening the protection of the human rights of older persons: General Assembly resolution 65/182. New York: United Nations; 2011 (http://social.un.org/ageing-working-group/documents/Chair_summary_2nd_session_OEWG_final.pdf, accessed 4 June 2015).
81. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, London: United Nations Population Fund; HelpAge International; 2012 (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>, accessed 20 July 2015).
82. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0) PMID: 25468150
83. Bock J-O, Matschinger H, Brenner H, Wild B, Haefeli WE, Quinzler R, et al. Inequalities in out-of-pocket payments for health care services among elderly Germans—results of a population-based cross-sectional study. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):3. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-13-3> PMID: 24397544
84. World population prospects: the 2012 revision. Methodology of the United Nations population estimates and projections. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2014. (http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Methodology.pdf, accessed 4 June 2015).
85. Wöss J, Türk E. Dependency ratios and demographic change. The labour market as a key element. Brussels: European Trade Union Institute; 2011.
86. Lee R, Mason A. Population aging and the generational economy. a global perspective. Cheltenham: Edward Elgar; 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.4337/9780857930583>
87. Introducing boomers: marketing's most valuable generation. New York: Nielsen; 2012 (<http://www.nielsen.com/us/en/reports/2012/introducing-boomers--marketing-s-most-valuable-generation.html>, accessed 4 June 2015).
88. Desvaux G, Regout B. Older, smarter, more value conscious: the French consumer transformation. *McKinsey Quarterly*. 2010 Jun; (http://www.mckinsey.com/insights/consumer_and_retail/older_smarter_more_value_conscious_the_french_consumer_transformation, accessed 4 June 2015).
89. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press; 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511809514>
90. Beard JR, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev*. 2011;32(2):427–50.



Chapitre 2
Vieillir en bonne santé

Moon, 88 ans, Thaïlande

Moon mène une vie active. Joyeux et dynamique, il aime aider les gens de sa communauté.

«Je tiens à rester actif, et je me déplace en bicyclette», explique-t-il, ajoutant: «être triste n'est pas une bonne chose».

Il espère continuer à investir son énergie à faire ce qu'il peut pour sa communauté.

© Robin Wyatt / HelpAge International 2013

2

Vieillir en bonne santé

Qu'est-ce que le vieillissement ?

Les changements qui constituent et influencent le vieillissement sont complexes (1). Sur un plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires (2, 3). Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort.

Cependant, ces altérations ne sont ni linéaires, ni constantes, et elles ne sont que vaguement associées à l'âge d'une personne en années révolues (2). En effet, alors que certaines personnes de 70 ans jouissent de bonnes aptitudes fonctionnelles physiques et mentales, d'autres peuvent être fragilisées et peuvent nécessiter une aide significative pour assurer leurs besoins élémentaires. Cela s'explique en partie parce que la plupart des mécanismes du vieillissement sont aléatoires. Mais aussi parce que ces changements sont fortement influencés par l'environnement et les comportements de l'individu (Chapitre 1).

Au-delà des altérations biologiques, l'âge avancé implique souvent d'autres changements significatifs. Ces changements entraînent une modification des rôles et des positions sociales, et exigent de faire face à la perte de proches. En réaction à cela, les personnes âgées ont tendance à cibler des objectifs et des activités moins nombreux mais plus significatifs, à optimiser leurs capacités actuelles grâce à l'exercice et aux nouvelles technologies, et à compenser la réduction de certaines capacités en trouvant d'autres moyens de réaliser les activités (4). Les objectifs, les priorités en matière de motivation, et les préférences, semblent également évoluer (5), certains suggérant que l'âge peut même se révéler être un stimulus pour le passage de perspectives matérialistes à des perspectives plus transcendantes (6, 7). Bien que certains de ces changements puissent être dictés par une adaptation à la perte de capacités, d'autres reflètent une évolution psychologique permanente chez les personnes âgées, qui peut être associée au "développement de nouveaux rôles et points de vue, et à de nombreux contextes sociaux interdépendants" (4,8). Ces bouleversements psychosociaux peuvent expliquer pourquoi dans de nombreuses situations, l'âge mûr peut constituer une période de bien-être subjectif accru (9).

Lorsqu'on élabore une intervention de santé publique relative au vieillissement, il est par conséquent important de ne pas uniquement envisager les

approches qui atténuent la diminution des capacités liée à l'âge, mais également celles qui ont le pouvoir de renforcer la récupération, la résilience et le développement psychosocial. Ces atouts peuvent être particulièrement importants pour aider les gens à s'orienter dans les systèmes, et à mobiliser les ressources qui leur permettront de faire face aux problèmes de santé qui surviennent souvent à un âge avancé (10).

Vieillesse, santé et aptitudes fonctionnelles

La dynamique de la santé à un âge avancé est complexe, et sera plus amplement décrite au chapitre suivant. Les répercussions de cette dynamique s'expriment notamment à travers les aptitudes fonctionnelles physiques et mentales des personnes âgées.

Avec l'âge, de nombreux changements physiologiques sous-jacents se produisent, et le risque de maladies chroniques augmente. À l'âge de 60 ans, la charge principale des déficiences et de la mortalité résulte des altérations liées à l'âge : perte auditive, visuelle, et mobilité réduite, et maladies non transmissibles, notamment maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, affections respiratoires chroniques, cancer et démence (Chapitre 3). Ce ne sont pas seulement des problèmes de pays riches. En fait, la charge associée à ces affections chez les personnes âgées est généralement beaucoup plus lourde dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

Cependant, la présence de ces problèmes de santé ne révèle rien sur l'impact qu'ils peuvent avoir sur la vie d'une personne âgée (11). L'hypertension artérielle chez une personne âgée peut être facilement contrôlée par des médicaments, tandis que chez une autre, elle peut nécessiter de multiples traitements qui entraînent des effets secondaires significatifs. De la même façon, les personnes âgées ayant une déficience visuelle liée à l'âge peuvent conserver leurs pleines aptitudes fonctionnelles grâce à des lunettes, mais

sans elles, seront incapables d'accomplir des tâches simples, comme lire ou préparer un repas.

En outre, comme le vieillissement est également associé à un risque accru de subir plus d'une maladie chronique simultanément (ce que l'on appelle la « multimorbidité »), il serait simple d'étudier l'impact de chacune de ces affections séparément. Par exemple, en Allemagne, on estime que 24 % des personnes âgées de 70 à 85 ans sont atteintes de cinq ou plus de cinq maladies simultanément (12) (Chapitre 3). L'impact de la multimorbidité sur les aptitudes fonctionnelles d'une personne âgée, l'utilisation des services de santé et le coût des soins, est souvent bien plus important que ce que l'on pourrait supposer, si l'on additionnait les effets de chacune de ces affections séparément (13).

En outre, la dynamique multidimensionnelle dans les changements physiologiques sous-jacents, la maladie et la multimorbidité, peuvent entraîner des états de santé chez les personnes âgées qui ne répondent pas aux systèmes classiques de classification des maladies. Ces problèmes de santé peuvent être chroniques (comme par exemple la fragilité, qui peut avoir une prévalence de l'ordre de 10 % chez les personnes de plus de 65 ans) (14), ou aigus (par exemple, l'état confusionnel, qui peut résulter de multiples déterminants, aussi variés que les effets secondaires d'un traitement médicamenteux ou d'une intervention chirurgicale) (15).

Ces problèmes de santé complexes ne sont pas non plus stables. Les personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, par exemple, peuvent suivre plusieurs trajectoires classiques de la maladie, et leurs besoins, ainsi que ceux de leurs aidants, peuvent varier de façon prévisible, en fonction de la trajectoire empruntée (16).

Lorsqu'on évalue les besoins de santé d'une personne âgée, il est important de prendre en compte non pas uniquement la présence chez elle de maladies spécifiques, mais comment celles-ci interagissent et quel impact elles ont sur la trajectoire des aptitudes fonctionnelles. Les évaluations

tions exhaustives de ces problèmes de santé à un âge avancé constituent des indicateurs de survie ou d'autres résultats nettement plus fiables que la présence de maladies isolées, ou même que l'ampleur des comorbidités (17). En outre, les actions de santé qui prennent en compte et répondent aux exigences complexes de l'âge avancé de manière intégrée, se sont révélées plus efficaces que les services qui interviennent simplement pour des maladies spécifiques de manière individuelle (18–20). Les approches fondées sur les aptitudes fonctionnelles peuvent également être utiles dans l'élaboration d'une réponse de santé publique au vieillissement de la population.

Cependant, les aptitudes fonctionnelles sont déterminées non seulement par l'évaluation des capacités physiques et intellectuelles, mais aussi par les interactions que chacun de nous entretient avec les milieux dans lesquels nous avons habité tout au long de notre vie (21). L'influence de l'environnement sur la santé à un âge avancé peut revêtir plusieurs formes, et notamment : les politiques générales qui nous concernent, la situation économique, les attitudes ou les normes en vigueur dans une communauté, les caractéristiques physiques des environnements naturels et bâtis, les réseaux sociaux sur lesquels nous pouvons nous appuyer, et même les appareillages et les aides techniques dont nous pouvons disposer. Ceux-ci façonnent à la fois les capacités physiques et mentales dont nous disposons à tout moment (par exemple, en influençant les alternatives qui s'offrent à nous et nos choix en matière de comportements de santé), et également, si, pour un niveau donné de capacités, nous pouvons réaliser les activités que nous voulons (par exemple, si nous voulons nous rendre quelque part, existe-t-il un moyen de transport pour nous y amener ?) (22). Comprendre le rôle de ces facteurs contextuels de grande envergure doit être au cœur de toute stratégie visant à promouvoir la santé à un âge avancé.

Un cadre d'action sur le vieillissement et la santé

Comme cela a été décrit au Chapitre 1, en élaborant le cadre de santé publique sur le vieillissement décrit dans ce rapport, l'OMS a cherché à tirer parti de la plateforme fournie par la *Déclaration politique et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* (23), le document de l'OMS « *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation* » (24), ainsi que les normes et règles internationales en matière de droits de l'Homme. Le rapport s'est également efforcé de puiser dans les travaux en cours sur plusieurs autres cadres stratégiques dans des domaines connexes, et espère pouvoir y apporter sa contribution, comme la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (21) ; la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* (25) ; le *Plan d'action mondial 2013-2020 pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* (26) ; la *Déclaration et le Programme d'action de Beijing* pour la promotion des droits des femmes (27) ; et le rapport final de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (28). Une attention particulière a été accordée aux questions clés qui sont ressorties dans le chapitre précédent. Celles-ci incluent la nécessité de :

- prendre en considération l'hétérogénéité des expériences des aînés, et que les interventions soient pertinentes pour toutes les personnes âgées, quel que soit leur état de santé ;
- s'attaquer aux inégalités qui sous-tendent cette diversité ;
- éviter les stéréotypes et les préjugés âgistes ;
- renforcer les capacités des personnes âgées à s'adapter et à identifier les défis auxquels elles sont confrontées, et le changement social qui accompagne le vieillissement de la population ;
- tenir compte de l'environnement dans lequel vit la personne âgée ;

- envisager la santé en partant de la perspective des trajectoires fonctionnelles d'une personne âgée, plutôt que de celle des maladies ou des comorbidités dont elle est atteinte à un moment donné.

En outre, ce rapport a tenté d'éviter les normes et les attitudes négatives qui guident souvent la conceptualisation des problèmes liés au vieillissement de la population, et les réponses de la société à ces problèmes. Au lieu de cela, il part de l'hypothèse que le vieillissement est un processus précieux, même si souvent complexe, et que les personnes âgées font de nombreuses contributions essentielles à la société. Ce rapport estime que vieillir est une bonne chose, et que les sociétés se portent mieux grâce à la présence des personnes âgées. En même temps, il constate que de nombreuses personnes âgées connaîtront des pertes très significatives, qu'il s'agisse de limitations de leurs capacités physiques ou cognitives, ou du fait de la perte de membres de la famille et d'amis, et aussi, de rôles qu'ils avaient plus tôt dans la vie. Certaines de ces pertes peuvent être évitées, et des efforts devraient être réalisés par les individus et les sociétés pour les éviter. Mais d'autres seront inéluctables. Les réponses des sociétés au vieillissement ne doivent pas nier ces défis, mais devraient plutôt encourager la récupération et l'adaptation.

Ce sont des considérations complexes qui ne peuvent être traitées par une conceptualisation étroite de la santé des personnes âgées, la considérant comme un état défini par l'absence de maladie. Au lieu de cela, ce rapport considère la santé comme une caractéristique fondamentale et holistique qui permet aux personnes âgées de réaliser les choses qui sont importantes pour elles. Ceci est cohérent avec le travail sur les capacités, mené dans d'autres domaines (29-38). Par ailleurs, plutôt que de considérer la santé chez les personnes âgées comme un état statique, le rapport l'appréhende sous l'angle de changements dynamiques, dans lesquels les altérations subtiles en matière de capacités ou d'environ-

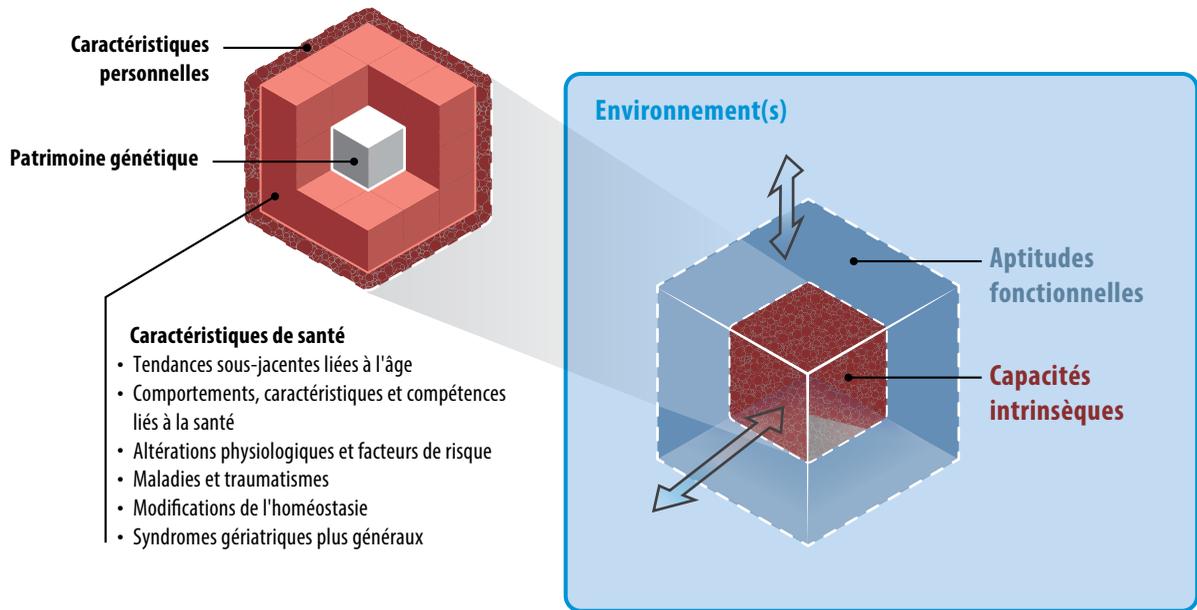
nement peuvent avoir des conséquences importantes à long terme.

Enfin, dans l'élaboration d'une intervention de santé publique qui pourrait renforcer la capacité d'une personne âgée à manœuvrer et à s'adapter à ces dynamiques et aux pertes qu'elle est susceptible de subir, nous nous sommes inspirés du concept de résilience. Initialement conceptualisé en gérontologie comme une caractéristique psychologique inhérente à l'individu, ce concept a plus récemment été étudié comme étant « un processus dynamique d'adaptation positive face à l'adversité » (39), ou un processus rendu possible autant par « des caractéristiques internes, comme la résistance ou le fort sentiment d'efficacité personnelle » que par des « facteurs externes, comme le soutien social, qui favorisent la capacité à faire face » (40). Cette capacité d'adaptation est une ressource cruciale pour les personnes âgées, et permet la distinction entre les individus qui pourraient autrement avoir des niveaux comparables si l'on considère les autres caractéristiques. En outre, il existe de plus en plus d'éléments de preuve suggérant que la résilience n'est pas un phénomène statique, mais qu'elle varie tout au long de la vie d'un individu, ce qui en fait une cible potentielle pour les politiques de santé publique (41).

Vieillir en bonne santé

L'expression « vieillir en bonne santé » est largement utilisée dans les cercles universitaires et politiques, mais étonnamment, il existe peu de consensus sur ce que cela comporte ou comment cela pourrait être défini ou mesuré (42-46). En outre, la formule est souvent utilisée pour identifier un état positif d'absence de maladie, qui fait une distinction entre des individus en bonne santé et des individus malades. Ceci pose problème chez les personnes âgées, parce que nombre d'entre elles peuvent avoir un ou plusieurs problèmes de santé qui sont bien maîtrisés, et qui ont peu d'influence sur leurs

Fig. 2.1. Vieillir en bonne santé



aptitudes fonctionnelles. Par conséquent, dans l'élaboration de l'objectif d'une stratégie de santé publique sur le vieillissement, l'OMS considère *Vieillir en bonne santé* dans un sens plus holistique, fondé sur les parcours de vie et les perspectives fonctionnelles.

Ce rapport définit le « *Vieillessement en bonne santé* » comme étant le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être. (Fig. 2.1).

Les **aptitudes fonctionnelles** incluent les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant. Elles sont constituées des capacités intrinsèques de l'individu, des caractéristiques pertinentes de l'environnement, et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques.

Les **capacités intrinsèques** constituent l'ensemble de toutes les capacités physiques et mentales d'un individu.

L'**environnement** englobe l'ensemble des facteurs du monde externe qui constitue le contexte dans lequel vit un individu. Celui-ci inclut – du

niveau micro au niveau macro- le foyer, les communautés et la société en général. Au sein de ces environnements, il existe une série de facteurs, y compris l'environnement bâti, les individus et leurs relations, les attitudes et les valeurs, la santé et les politiques sociales, les systèmes qui les produisent, et les services qu'ils mettent en œuvre (21).

Le **bien-être** est considéré dans le sens le plus large, et comprend des sentiments tels que le bonheur, la satisfaction et le sens de plénitude.

Le processus de *Vieillessement en bonne santé* est décrit à la Fig. 2.1 : *Vieillir en bonne santé* débute à la naissance, avec notre **patrimoine génétique**. L'expression de ces gènes peut être influencée par des expériences ressenties dans le ventre de la mère, et ultérieurement, par des comportements et des expositions à l'environnement.

Mais chacun de nous est aussi né dans un milieu social. Les **caractéristiques personnelles** incluent celles qui sont habituellement inamovibles, comme notre sexe et notre appartenance ethnique, ainsi que celles qui ont une certaine mobilité ou qui reflètent les normes sociales, comme notre activité professionnelle, notre

niveau d'instruction, notre genre et la fortune dont nous disposons. Celles-ci contribuent à notre position sociale dans un contexte et un moment particuliers, qui façonnent les expositions, les opportunités et les obstacles auxquels nous sommes confrontés, ainsi que notre accès aux ressources. Ces interactions peuvent être injustes ou inéquitables, car notre part d'opportunités et de ressources ne peuvent être fondées sur un besoin ou sur un droit, mais sur notre situation sociale ou économique (28).

À mesure que les personnes vieillissent, elles connaissent une accumulation graduelle de lésions moléculaires et cellulaires, qui résultent en une réduction générale des réserves physiologiques. Ces importantes mutations physiologiques et homéostatiques sont en grande partie inévitables, bien que leur étendue puisse varier de manière significative entre les individus à n'importe quel âge chronologique spécifique. En plus de ces changements sous-jacents, l'exposition à une série d'influences environnementales positives et négatives sur l'ensemble du cycle de vie peut influencer le développement d'autres **caractéristiques de santé**, telles que les facteurs de risque physiologiques (par exemple, l'hypertension artérielle), les maladies, les traumatismes et les syndromes gériatriques plus généraux.

L'interaction entre ces caractéristiques de santé déterminera, en définitive, **les capacités intrinsèques** de l'individu – c'est à dire, la combinaison de l'ensemble des capacités physiques et mentales dans lesquelles un individu peut puiser.

Toutefois, le fait de savoir si les personnes âgées pourront réaliser les activités qu'elles ont raison de valoriser, sera déterminé non seulement par ces capacités, mais également par différentes interactions avec l'environnement dans lequel elles vivent à un moment donné. Par exemple, les personnes âgées ayant des limitations physiques peuvent encore bénéficier de la mobilité nécessaire si elles utilisent une aide technique, et si elles vivent à proximité de transports en commun qui garantissent un accès aux personnes handicapées. Une autre personne,

avec les mêmes limitations physiques, mais qui vit dans un environnement moins propice, pourra trouver beaucoup plus de difficultés. Cette conjonction finale entre l'individu et son environnement, et l'interaction entre eux, représente les **aptitudes fonctionnelles** de l'individu.

À tout moment, un individu peut avoir des réserves de aptitudes fonctionnelles dans lesquelles il ne puise pas. Ces réserves contribuent à la **résilience** d'une personne âgée. Bien que cela ne soit pas représenté sur la [Fig. 2.1](#), le modèle du *Vieillissement en bonne santé* conceptualise la résilience comme étant la capacité à maintenir ou à améliorer un certain niveau de aptitudes fonctionnelles dans l'adversité (soit par la capacité à résister, à récupérer ou encore à s'adapter). Cette capacité comprend à la fois les composantes intrinsèques à chaque individu (par exemple, des caractéristiques psychologiques qui aident à cerner des problèmes individuels de manière à mener à un résultat positif, ou des réserves physiologiques qui permettent à une personne âgée de récupérer rapidement après une chute), et les composantes environnementales qui peuvent atténuer les carences (par exemple, des réseaux sociaux solides qui peuvent apporter leur soutien en cas de besoin, ou un bon accès aux soins et aux services sociaux).

Les personnes et les actions que les gens ont des raisons de valoriser diffèrent selon les individus, et varient au cours de leur vie (5). Bien que la recherche soit limitée sur ce sujet, quelques-uns des éléments que les personnes âgées identifient comme étant importants, sont, entre autres, le fait d'avoir (46-49) :

- **un rôle ou une identité ;**
- **des relations ;**
- **l'opportunité de s'amuser ;**
- **l'autonomie** (être indépendant et être capable de prendre ses propres décisions) ;
- **la sécurité ;**
- **le potentiel nécessaire au développement personnel.**

De nombreux domaines de aptitudes fonctionnelles semblent cruciaux pour permettre aux gens de parvenir à ces fins. Ces questions seront abordées plus loin dans ce rapport, en particulier au Chapitre 6, qui se penche sur l'impact plus large de l'environnement dans lequel vit la personne âgée. Ce sont les capacités à :

- se déplacer ;
- construire et maintenir des relations ;
- satisfaire ses propres besoins élémentaires ;
- apprendre, se développer sur le plan personnel et prendre des décisions ;
- apporter sa contribution.

La plus grande variation que nous observons à un âge avancé à la fois en matière de durée de vie que de capacités intrinsèques, peut être expliquée par notre interaction avec les environnements que nous avons connus tout au long de la vie (50, 51). Ces expériences peuvent prendre plusieurs formes. Par exemple, des milieux sûrs et propices à la marche peuvent encourager l'activité physique, et avoir des bénéfices multiples en termes de santé pour les personnes, à presque toutes les étapes de la vie. L'accès aux services de prévention peut conduire au diagnostic et au traitement de l'hypertension artérielle et à la prévention d'une cardiopathie ischémique. Si les personnes âgées ont un accident vasculaire cérébral, leur capacité à récupérer leurs capacités intrinsèques sera influencée en grande partie par leur accès à la réadaptation.

L'environnement peut constituer une influence encore plus forte sur les aptitudes fonctionnelles parce qu'il détermine, en fin de compte, si, à n'importe quel niveau de capacités nous sommes en mesure de réaliser les activités qui sont importantes pour nous. Une façon d'évaluer l'interaction entre les individus et leur environnement peut se faire par le concept **de concordance personne-environnement**. Il reflète la relation dynamique et réciproque entre les individus et leur environnement (Chapitre 6) (52). Lorsqu'il existe une bonne adéquation entre les personnes et leur environnement, celles-ci

pourront profiter de plus grandes opportunités pour bâtir et entretenir à la fois leurs capacités intrinsèques et leurs aptitudes fonctionnelles. Le concept d'ajustement personne-environnement prend en considération :

- les individus et leurs caractéristiques en matière de santé et de capacités ;
- les besoins et les ressources de la société ;
- la nature dynamique et interactive de la relation entre les personnes âgées et l'environnement dans lequel elles vivent ;
- les changements qui surviennent au fil du temps chez les personnes et dans les lieux.

Toutefois, un environnement n'est pas neutre dans ses relations avec les différents individus. En effet, un même environnement peut influencer sur diverses personnes de façons très différentes, ces dernières étant influencées fortement par l'ensemble des caractéristiques personnelles permettant de déterminer le statut social d'une personne. Ces caractéristiques influencent non seulement la nature des environnements qui nous entourent (par exemple, si nous vivons dans une communauté pauvre ou riche), mais également notre relation avec l'environnement (par exemple, un homme peut se sentir en sécurité dans un environnement où une femme peut ne pas l'être). Le résultat peut être une attribution inégale systématique aux ressources, ou une exposition à des caractéristiques environnementales négatives, ou les deux à la fois.

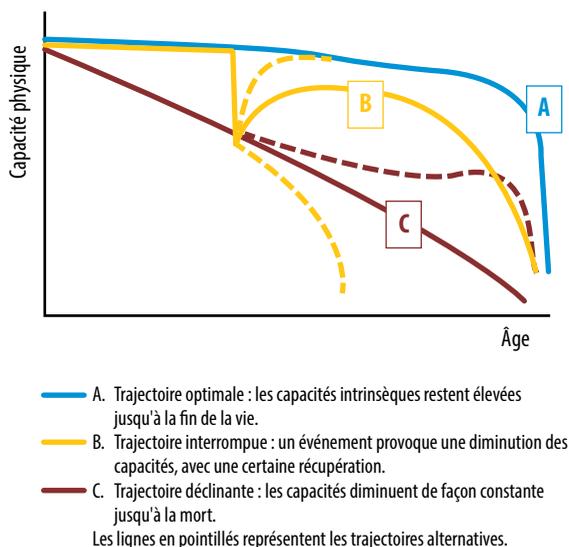
Lorsque ces interactions sont injustes, il en résulte des iniquités en santé. L'impact cumulatif de ces iniquités sur l'ensemble de notre parcours de vie exerce une forte incidence sur le *Vieillissement en bonne santé*. Par exemple, le fait d'être pauvre peut avoir de nombreux effets tout au long de la vie, y compris limiter l'accès à des aliments sains ou à des informations importantes pour prendre des décisions en matière de santé. Cela peut mener une personne âgée à développer de l'athérosclérose et ainsi, à une diminution de ses capacités intrinsèques. En outre, si la personne est toujours pauvre en prenant de l'âge,

elle risque aussi de pouvoir uniquement se permettre de vivre dans un quartier défavorisé, où l'accès aux ressources de la communauté et aux ressources personnelles, est moindre que celui disponible pour une personne plus à l'aise financièrement, du même âge et avec des capacités équivalentes. Les aptitudes fonctionnelles et la résilience de la personne la plus pauvre risquent par conséquent d'être également comparativement plus faibles.

Trajectoires du Vieillissement en bonne santé

Vieillir en bonne santé reflète l'interaction permanente entre les individus et les environnements dans lesquels ils vivent. Cette interaction se traduit autant par la trajectoire des capacités intrinsèques que de celle des aptitudes fonctionnelles. Pour illustrer comment celles-ci pourraient être conceptualisées et utilisées, la Fig. 2.2 indique trois trajectoires hypothétiques de capacités physiques débutant au même point de départ, de personnes ayant la quarantaine.

Fig. 2.2. Trois trajectoires hypothétiques de capacités physiques



Sur la Fig. 2.2, la personne A peut être considérée comme ayant une trajectoire optimale, dans laquelle les capacités intrinsèques restent élevées jusqu'à la fin de la vie. La personne B a une trajectoire similaire jusqu'à un certain point, lorsqu'un événement provoque une chute brutale des capacités, suivie par une certaine récupération, puis de nouveau une dégradation progressive. La personne C présente une détérioration fonctionnelle régulière. Chaque trajectoire voit la personne mourir à peu près au même âge, mais les niveaux de capacités physiques dont elles ont bénéficié dans l'intervalle sont très différents.

En partant du point de départ initial à la Fig. 2.2, l'objectif serait pour chaque individu, de vivre la même trajectoire que la personne A. L'expérience de la surveillance des trajectoires de capacités intrinsèques suggère qu'il est déjà possible d'effectuer une évaluation des personnes, et de prévoir leurs probables trajectoires futures, considérant les informations sur leurs comportements, leurs caractéristiques de santé, leurs gènes et leurs facteurs personnels. Ces modèles prédictifs sont susceptibles d'être de plus en plus précis et utiles, au fur et à mesure que de nouvelles données sont collectées. Ces modèles pourraient être l'occasion d'intervenir par des moyens spécifiques pour aider à atteindre cet objectif idéal.

La Fig. 2.2 montre également des trajectoires alternatives pour les personnes B et C. Pour l'individu B, une trajectoire plus positive pourrait, par exemple, résulter de l'accès à la réadaptation, alors qu'une trajectoire négative pourrait résulter d'un manque d'accès aux soins (en raison d'éventuelles restrictions dans une communauté pauvre ou au sein d'un sous-groupe de la population socialement exclus). Pour la personne C, une trajectoire plus positive pourrait résulter d'un changement de comportement en matière de santé, ou du fait d'avoir accès aux médicaments. Le fait de mesurer l'état fonctionnel dans la durée, de comprendre les parcours possibles qui ont conduit à cet état, et d'évaluer l'influence des événements à différents moments dans le temps, pourraient ainsi contribuer à identifier les

interventions qui ont les répercussions les plus significatives sur la vie d'une personne.

Ces courbes théoriques sont un exemple de la diversité de l'âge avancé et reflètent le maillon faible au niveau individuel, entre les capacités intrinsèques et l'âge chronologique. Cependant, au niveau de la population, davantage de tendances générales peuvent être observées, avec des capacités moyennes à 65 ans très différentes de celles observées à 80 ans. Ces moyennes au niveau de la population peuvent être observées à la Fig. 3.16. Il convient toutefois de noter que même au niveau de la population, il existe des différences significatives dans ces trajectoires moyennes indiquant les capacités intrinsèques. Lorsqu'on élabore une réponse spécifique à chaque pays en matière de vieillissement de la population, une première étape pourrait consister à identifier ces différences et les raisons pour lesquelles elles existent.

Même si les capacités intrinsèques d'une personne ont diminué en dessous de leur point culminant, elle peut encore être capable de faire les choses qui comptent pour elle, si elle vit dans un environnement favorable. Cela reflète le concept des aptitudes fonctionnelles : le but ultime du *Vieillessement en bonne santé*. Ici aussi, le concept des trajectoires peut être appliqué. Ainsi, la Fig. 2.3 indique les tendances moyennes de la quarantaine en matière de capacités intrinsèques et de aptitudes fonctionnelles. Le niveau fonctionnel additionnel associé aux aptitudes fonctionnelles reflète les bénéfices nets que confère l'environnement dans lequel la personne vit. Ceci pourrait devenir de plus en plus important au fur et à mesure qu'augmente la diminution des capacités d'une personne. Bien sûr, l'environnement aura également contribué au niveau de capacités qu'un individu a atteint à n'importe quel moment.

À la Fig. 2.3, on suppose que l'environnement permet toujours que les aptitudes fonctionnelles soient optimales par rapport à ce qu'il serait possible d'atteindre grâce aux capacités intrinsèques seules. Même dans un pays pauvre, par exemple,

une route et une bicyclette constituent une plus-value en termes de mobilité, et l'opportunité de jouer un rôle peut améliorer le sentiment de bien-être. Cependant, il est possible que dans certains contextes, les obstacles que l'environnement dresse sur le chemin des personnes âgées peuvent être plus importants que les ressources qu'il offre. Des exemples d'obstacles en matière d'environnement pourraient inclure les obstacles à l'éducation qui se traduisent par l'analphabétisme, ou les lois qui empêchent une partie de la population de participer à certaines activités fondamentales (par exemple, en imposant un âge de retraite obligatoire ou une exclusion des rôles clés fondée sur le genre).

Un cadre de santé publique relatif au Vieillessement en bonne santé

De nombreuses portes d'entrée peuvent être identifiées pour les mesures visant à favoriser un *Vieillessement en bonne santé*, mais toutes auront un seul but : optimiser les aptitudes fonctionnelles (Fig. 2.4). Ceci peut être réalisé de deux façons : en renforçant et en entretenant les capacités intrin-

Fig. 2.3. Trajectoires des aptitudes fonctionnelles et des capacités intrinsèques

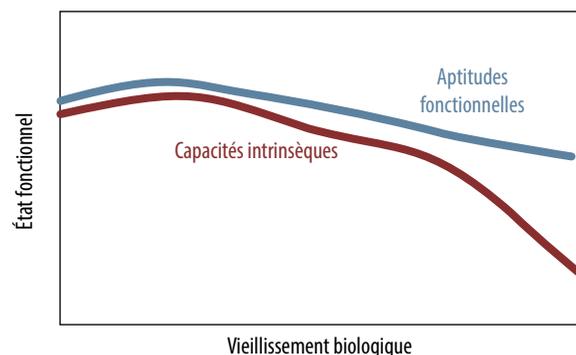
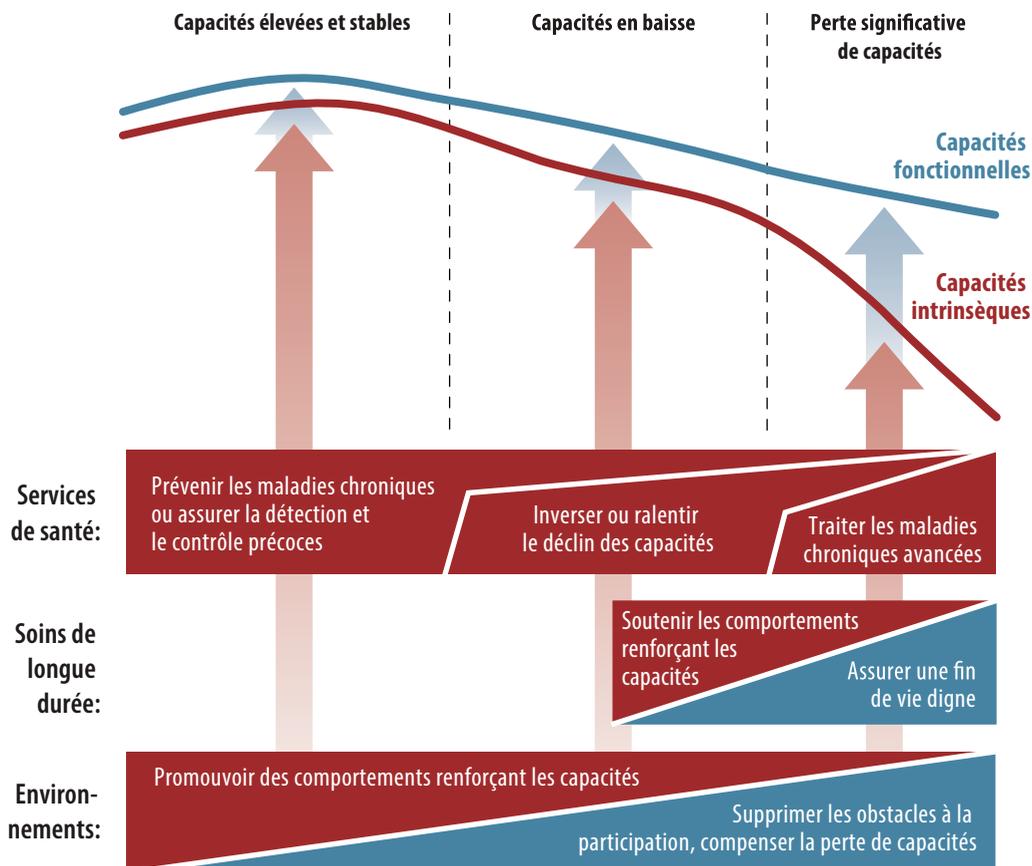


Fig. 2.4. Un cadre de santé publique relatif au *Vieillesse en bonne santé* : opportunités pour des actions de santé publique sur tout le parcours de vie



sèques, et en permettant à une personne présentant une limitation des aptitudes fonctionnelles de réaliser les activités qui lui sont importantes.

La Fig. 2.3. et la Fig. 2.4 montrent de quelle façon, lorsque l'on considère la population dans son ensemble, les aptitudes fonctionnelles et les capacités intrinsèques peuvent varier au cours de la seconde moitié du cycle de vie. Ces trajectoires générales peuvent être divisées en trois périodes communes : une période avec des capacités relativement élevées et stables, une période de diminution des capacités, et une période de perte significative des capacités. Il est important de noter que ces périodes ne sont pas définies selon l'âge chronologique, ne sont pas nécessairement

linéaires (c'est à dire en constante décroissance) et que les trajectoires diffèrent nettement entre les individus (et peuvent être perturbées intégralement par un événement inattendu comme un accident). Certaines personnes peuvent, par exemple, mourir subitement de diverses possibles causes alors qu'elles se situent toujours dans la période de capacités élevées et stables.

Toutefois, si l'on prend un échantillon aléatoire de personnes âgées à un âge donné, il sera susceptible d'inclure des personnes dans chacune de ces phases, reflétant ainsi une grande partie de l'hétérogénéité observée à un âge avancé. En outre, les besoins des individus dans ces différentes phases du cycle de vie sont très

différents (Chapitre 4). Par conséquent, elles sont utilisées ici pour aider à formuler les actions de santé publique qui pourraient être appliquées à la seconde moitié de la vie.

L'objet principal des stratégies de santé publique visant les personnes ayant des niveaux élevés et stables de capacités intrinsèques, devrait se concentrer sur le développement et le maintien de ces capacités aussi longtemps que possible. Les systèmes de santé devront dépister et contrôler de manière précoce les maladies et les facteurs de risque. Les stratégies visant l'environnement seront essentielles pour encourager des comportements sains, à la fois par le développement de compétences et de connaissances personnelles, et à travers la mise en œuvre de stratégies plus générales, telles que les taxes sur le tabac ou le fait d'assurer un environnement sécurisé et agréable pour l'activité physique. L'environnement aura également comme fonction de favoriser les aptitudes fonctionnelles pendant cette période, avec un accent particulier sur l'élimination des obstacles à l'expression de ces capacités.

Les interventions de santé publique ciblant la partie de la population avec une baisse des capacités requièrent un accent différent. À ce stade, il se peut que les maladies soient déjà installées, et les systèmes de santé seront généralement passés d'une approche de prévention ou de traitement à une approche permettant de minimiser les impacts de ces affections sur les capacités globales de la personne. Par conséquent, des prestations sont nécessaires pour contribuer à stopper, ralentir, ou inverser la diminution des capacités. En outre, le rôle de l'environnement favorisant les aptitudes fonctionnelles s'amplifiera à mesure que les capacités diminuent, avec les stratégies aidant les personnes à surmonter ces diminutions devenant de plus en plus importantes. Par exemple, lorsque les capacités physiques s'ameublissent, des bancs publics pourraient permettre de faire ses courses plus facilement, en offrant un endroit pour se reposer aux personnes âgées, tout comme un éclairage adéquat dans la rue

peut permettre à une personne âgée avec une légère déficience visuelle de rentrer chez elle le soir. Le rôle de l'environnement consistant à permettre les comportements sains continuera d'être important pour cette partie de la population âgée, mais son importance peut changer. Par exemple, l'activité physique peut être promue autant pour le développement et le maintien de la masse musculaire et de l'équilibre, que pour réduire le risque de maladie.

L'objectif principal d'une réponse de santé publique aux besoins des personnes âgées qui ont, ou qui pourraient avoir, un risque élevé de limitations fonctionnelles significatives sera d'assurer des soins de longue durée (Chapitre 5). Le rôle des systèmes de soins de longue durée devrait être de permettre aux personnes âgées de maintenir un niveau de aptitudes fonctionnelles qui soit conforme à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine. Cela nécessite à la fois d'assurer une trajectoire optimale des capacités intrinsèques et de permettre aux personnes âgées de réaliser avec dignité les activités élémentaires qui sont nécessaires à leur bien-être. Ceci peut prendre de nombreuses formes. Par exemple, une prise en charge précoce pour réduire la diminution des capacités pourrait consister à ce que des membres de la famille encouragent leurs aînés à être plus actifs et à les y aider, ainsi qu'à les encourager à bien manger. Plus tard, la prise en charge pourra inclure un soutien pour des tâches simples, comme la lessive et la cuisine, mais devra également être pleinement intégrée aux systèmes de santé afin de s'assurer que la trajectoire des capacités soit optimisée. Ces activités seront facilitées si la personne âgée vit dans un environnement favorable (par exemple, dans un logement entièrement accessible en fauteuil roulant, ou dans une communauté soucieuse des personnes atteintes de démence pour quelqu'un avec une diminution des fonctions cognitives).

Bien que les stratégies de santé publique doivent être formulées afin de répondre aux besoins spécifiques de ces sous-populations

caractéristiques, et adaptées à la structure et aux besoins de la population dans son ensemble, le *Vieillissement en bonne santé* considère ces phases de la vieillesse comme faisant partie d'une progression continue des capacités et des capacités. Les interventions de santé publique devraient également être continues pour rester pertinentes pour les personnes âgées, alors qu'elles passent d'une phase à l'autre.

Les domaines clés pour une intervention de santé publique

S'adapter à la diversité

L'élaboration de politiques pour favoriser le *Vieillissement en bonne santé* exigera des efforts actifs pour mieux comprendre les différents besoins des populations âgées. Ceci pourrait commencer par la collecte de données qui soient mieux désagrégées et nuancées, pour permettre d'identifier les besoins des personnes âgées et les insuffisances en matière de services, pour mieux décrire le processus du *Vieillissement en bonne santé*, et mieux comprendre les différentes trajectoires des déterminants des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles. Une autre approche de plus en plus utilisée est le concept **centré sur la personne**. Cette approche a été développée en psychothérapie, mais a été étendue aux établissements de santé et de soins de longue durée, et elle est au centre de la *stratégie mondiale de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne* (53). Cette stratégie vise à encourager un changement de paradigme fondamental dans la façon dont les services de santé sont financés, gérés et assurés de telle sorte que toutes les personnes aient accès à des services de santé qui répondent à leurs demandes, sont organisés autour de leurs besoins, et sont sûrs, efficaces, obtenus en temps opportun, efficaces et d'une qualité acceptable.

Cette stratégie peut également être appliquée aux soins de longue durée. Par exemple, en 2003, le gouvernement japonais a introduit le concept du modèle de l'unité de soins, qui déplace l'accent sur des pratiques de soins standardisés vers l'importance de la structure et des effectifs nécessaires pour ces soins. Il a été démontré que ce modèle facilitait la flexibilité en matière de soins, par exemple en offrant le choix pour les repas, et les activités de loisirs pour les patients (54). De même, la prestation de soins dans des institutions de petite taille imitant l'atmosphère familiale pour les personnes atteintes de démence aux Pays-Bas a démontré une plus grande implication des résidents dans l'ensemble des activités ainsi que dans leurs activités préférées (55). En fait, le principe de la prise en charge centrée sur la personne peut être appliqué à n'importe quelle interaction dans un établissement de soins, que ce soit pour aider quelqu'un à aller aux toilettes ou lorsque vous demandez l'avis d'une personne.

Une approche centrée sur la personne peut aussi être utile pour aider les autres secteurs à adapter et prioriser leurs réponses au vieillissement de la population. Par exemple, le Réseau mondial de l'OMS des villes et des communautés amies des aînés rassemble les municipalités à travers le monde qui se sont engagées à faire de leurs communautés de meilleurs lieux de vie pour les personnes âgées. Un des éléments essentiels de cette initiative est de faire participer les personnes âgées pour aider à la fois à définir les questions clés, et à en élaborer les réponses. Ceci a été réalisé, même dans des mégalo-poles comme New York, qui ont des populations diversifiées en termes de caractéristiques personnelles et de gradients socio-économiques (56).

Réduire les iniquités

Si les iniquités qui sous-tendent souvent la diversité observée chez les personnes âgées doivent être traitées, les stratégies ne doivent pas seulement se focaliser sur l'amélioration des conditions de vie de la personne âgée la mieux lotie

ou de la personne ordinaire ; une attention particulière doit également être accordée au nivellement par le haut des capacités et des aptitudes fonctionnelles dans tous les gradients sociaux, et à réduire les écarts dans l'ensemble des inégalités observées chez les personnes âgées, en particulier en apportant une aide à celles qui sont au bas de l'échelle. Ce type d'action reflète les principes d'égalité et de non-discrimination des droits humains, en particulier parce qu'ils exigent que les gouvernements fassent d'énormes efforts pour atteindre les groupes qui sont particulièrement défavorisés.

Plusieurs mesures peuvent contribuer à garantir que les choix politiques améliorent l'équité (57, 58). Celles-ci incluent :

- s'engager à ce que toutes les personnes âgées bénéficient d'équales opportunités pour améliorer leur santé ou demeurer en bonne santé ;
- évaluer les politiques et programmes de santé relatifs en matière d'inégalités, depuis les intrants jusqu'aux résultats, et évaluer dans quelle mesure ceux-ci sont équitables ou non. Par exemple, lorsque seules les personnes les plus pauvres n'ont pas accès à un service, les politiques devront s'orienter vers l'élargissement de l'accès à ce service aux groupes spécifiques qui sont exclus ou marginalisés. Lorsque quasi personne n'a accès à un service, des stratégies de plus grande envergure sont habituellement exigées. Dans de nombreux contextes, un ensemble de stratégies sera nécessaire (52) ;
- impliquer les personnes âgées et d'autres intervenants pour identifier les interventions qui s'appuient sur les preuves de ce qui fonctionne localement et ailleurs.

Les politiques visant à niveler par le haut les gradients sociaux ne sont pas seulement équitables, mais peuvent aussi générer des bénéfices importants en matière de santé pour les personnes âgées. Par exemple, environ 1 à 5 cas de maladie d'Alzheimer dans le monde sont esti-

més être, d'une certaine mesure, imputables à un faible niveau d'instruction (fraction de risque attribuable : 19,1 %), avec près de 6,5 millions de cas attribuables survenant dans le monde pendant la seule année 2010 (59). On estime que l'incidence pourrait être considérablement réduite grâce à un meilleur accès à l'éducation et à l'utilisation de méthodes efficaces visant à réduire la prévalence des facteurs de risques vasculaires et de dépression (60).

Permettre le choix

Les personnes âgées ne sont pas passives dans leur relation avec leur environnement. Cette interaction est plutôt façonnée, à des degrés variables, par les choix qu'elles font pour réagir à leur situation, ou la modifier. Le fait de conserver la capacité et le droit de choisir, est étroitement lié aux notions de rôle actif et d'autonomie (61, 62), qui ont fait preuve de leur forte influence sur la dignité, l'intégrité, la liberté et l'indépendance d'une personne âgée (63, 64). Cela reste valable, qu'elles vivent dans la communauté, dans un établissement d'aide à la vie autonome ou dans une institution (65, 66).

Notre capacité à réaliser les meilleurs choix à différentes étapes de notre vie est influencée par un ensemble de ressources personnelles et environnementales. Comme avec les capacités intrinsèques d'une façon plus générale, les personnes âgées les plus aisées financièrement, qui ont un meilleur niveau d'instruction et un réseau social plus important, sont susceptibles de bénéficier du meilleur accès à ces ressources. Comprendre ce lien est crucial, car il signifie que les personnes âgées avec les capacités intrinsèques et les aptitudes fonctionnelles les plus faibles à n'importe quel âge, ont non seulement moins de chances de bénéficier d'une sécurité sur le plan financier et d'un bon niveau d'éducation, mais elles auront également eu moins l'occasion de développer les compétences et les connaissances, qui leur auraient permis de faire les meilleurs choix compte tenu de leur situation. Par conséquent, favoriser les capacités à choisir et à s'autogérer

elles-mêmes pour ce groupe de personnes peut constituer une stratégie utile pour surmonter certaines des iniquités vécues à un âge avancé.

Les stratégies de santé publique qui pourraient renforcer les capacités des personnes âgées à conserver un contrôle sur leurs vies, et à prendre les meilleures décisions dans leur propre intérêt, sont discutées plus en détail au Chapitre 6, vu qu'elles relèvent du domaine des aptitudes fonctionnelles à apprendre, à se développer et à prendre des décisions.

Vieillir chez soi

La diminution des capacités exige souvent que les personnes âgées réalisent des transformations dans leurs milieux de vie, soit en adaptant leur logement actuel, soit en déménageant dans un environnement plus favorable (67). En décidant où elles souhaitent vivre, les personnes âgées considèrent souvent leur logement ou leur communauté actuels comme comportant les avantages de conserver un sentiment de lien social, de sécurité et de familiarité, et comme étant associés à leur sentiment d'identité et d'autonomie (68). En effet, le droit de toute personne présentant certaines limitations fonctionnelles à vivre et à être incluse dans sa communauté, figure en tête des priorités de *la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* (25). En outre, les milieux institutionnels sont parfois perçus comme étant déshumanisants, et comme posant des obstacles structurels et culturels qui empêchent les interactions sociales (69).

Une solution politique courante en matière de vieillissement de la population, a par conséquent consisté à encourager ce que l'on appelle « vieillir chez soi » - qui signifie la capacité des personnes âgées à vivre dans leurs propres logements et communautés en toute sécurité, de façon autonome, et confortablement, indépendamment de l'âge, du revenu ou du niveau de capacités intrinsèques (70). On considère généralement

que cette solution est préférable pour la personne âgée, et qu'elle pourrait également présenter des avantages financiers significatifs en termes de dépenses de santé (71).

Les technologies émergentes, en particulier celles qui favorisent la communication et la participation, et offrent des occasions d'apprendre et de contrôler et d'assurer la sécurité d'une personne âgée, peuvent rendre cet objectif plus réalisable dans le futur. La possibilité de vieillir chez soi peut être renforcée par la création d'environnements favorables aux aînés, facilitant la mobilité et permettant aux personnes âgées de participer à des activités élémentaires, telles que faire ses courses.

Cependant, comme toute autre politique sur le vieillissement, privilégier de manière trop rigide des solutions standard peut présenter des problèmes. Par exemple, vieillir chez soi peut ne pas être l'objectif principal pour les personnes âgées isolées, pour celles qui ont d'importants besoins de soins non satisfaits et un logement inadéquat, ou pour celles qui vivent dans des quartiers dangereux ou qui ne sont guère favorables (72). En outre, vieillir chez soi ne devrait pas être considéré comme une politique qui permette aux gouvernements d'uniquement minimiser les coûts, sans offrir des alternatives plus coûteuses. En effet, il a été suggéré que le vieillissement chez soi nécessitait un dispositif d'aidants familiaux, et requerrait également des soins médicaux adéquats pour que cela soit possible (73).

En outre, les personnes âgées ont généralement un point de vue nuancé et réaliste sur les décisions d'institutionnalisation auxquelles elles sont confrontées. Les récents progrès dans le développement de nouvelles formes d'assistance à la vie autonome et de soins en maison de repos, offrent de nombreuses alternatives au choix stéréotypé consistant à opter soit pour une vie à domicile soit en maison de retraite (73). Ces alternatives peuvent permettre à une personne âgée de prospérer d'une manière qui pourrait ne pas être possible dans leur communauté d'origine.

Liste des références

1. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
2. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
3. Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkers of aging. *Front Biosci (Schol Ed)*. 2010;2(1):392–402. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/> PMID: 20036955
4. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
5. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
6. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X> PMID: 15259878
7. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socio-emotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
8. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
9. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. PMID: 25468152
10. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163> PMID: 21791490
11. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb;10(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID: 19187875
12. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
13. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003> PMID: 21402176
14. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60(8):1487–92. PMID: 22881367
15. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):210–20. PMID: 19347026
16. Kheirbek RE, Alemi F, Citron BA, Afaq MA, Wu H, Fletcher RD. Trajectory of illness for patients with congestive heart failure. *J Palliat Med*. 2013 May;16(5):478–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0510> PMID: 23545095
17. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczeky M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. PMID: 18729815
18. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
19. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
20. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
21. The international classification of functioning. Disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
22. Beard J, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev*. 2011;32(2):427–50.
23. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 14 June 2015).
24. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 14 June 2015).
25. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 14 June 2015).

26. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf, accessed 14 June 2015).
27. Beijing declaration and platform for action: Beijing+5 political declaration and outcome. New York: United Nations; 1995. (http://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa_e_final_web.pdf, accessed 14 June 2015).
28. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 14 June, 2015).
29. Venkatapuram S. Health justice: an argument from the capabilities approach. Hoboken (NJ): Wiley; 2013. (<http://USYD.ebiblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1174277>, accessed 23 April, 2015).
30. Nussbaum M. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
31. Nussbaum MC. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674061200>
32. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1328\(199703\)9:2<281:AID-JID438>3.0.CO;2-K](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1328(199703)9:2<281:AID-JID438>3.0.CO;2-K)
33. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2003;4(2):123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1521-9488.00258>
34. Sen A. Capability and wellbeing. In: Nussbaum M, Sen A, editors. *The quality of life*. Oxford: Oxford University Press; 1993. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/0198287976.003.0003>
35. Alkire S. Why the capability approach? *J Hum Dev*. 2005;6(1):115–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/146498805200034275>
36. Robeyns I. The capability approach: a theoretical survey. *J Hum Dev*. 2005;6(1):93–117. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/146498805200034266>
37. Gasper D. What is the capability approach? Its core, rationale, partners and dangers. *J Socioecon*. 2007;36(3):335–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socec.2006.12.001>
38. Kimberly H, Gruhn R, Huggins S. Valuing capabilities in later life: the capability approach and the Brotherhood of St Laurence aged services. Fitzroy, VIC: Brotherhood of St Laurence; 2012 (http://www.bsl.org.au/KimberleyGruhnHuggins_Valuing_capabilities_in_later_life_2012.pdf, accessed 14 June, 2015).
39. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Oct;57(10):778–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.10.778> PMID: 14573579
40. Hardy SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Feb;52(2):257–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x> PMID: 14728637
41. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000 May-Jun;71(3):543–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164> PMID: 10953923
42. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: how is it defined and measured? *Australas J Ageing*. 2004;23(3):115–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x>
43. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T, Mergenthaler A, Stein J, Riedel-Heller SG, et al. Indicators for healthy ageing—a debate. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Dec;10(12):6630–44. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10126630> PMID: 24317381
44. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. Successful aging as a continuum of functional independence: lessons from physical disability models of aging. *Aging Dis*. 2012 Feb;3(1):5–15. PMID: 22500268
45. Lara J, Godfrey A, Evans E, Heaven B, Brown LJ, Barron E, et al. Towards measurement of the Healthy Ageing Phenotype in lifestyle-based intervention studies. *Maturitas*. 2013 Oct;76(2):189–99. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.007> PMID: 23932426
46. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012 Jun;67(7):783–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glr234> PMID: 22367432
47. Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J. Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? *Soc Sci Med*. 2006 Apr;62(8):1891–901. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2005.08.023> PMID: 16168542
48. Ward L, Barnes M, Gahagan B. Well-being in old age: findings from participatory research. Brighton: University of Brighton, Age Concern Brighton, Hove and Portslade; 2012 (https://www.brighton.ac.uk/_pdf/research/ssparc/wellbeing-in-old-age-final-report.pdf, accessed 14 June 2015).
49. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ*. 2005 Dec 24;331(7531):1548–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548> PMID: 16373748

50. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. *Hum Genet.* 2013 Dec;132(12):1323–38.doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z> PMID: 23925498
51. Dato S, Montesanto A, Lagani V, Jeune B, Christensen K, Passarino G. Frailty phenotypes in the elderly based on cluster analysis: a longitudinal study of two Danish cohorts. Evidence for a genetic influence on frailty. *Age (Dordr).* 2012 Jun;34(3):571–82.doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-011-9257-x> PMID: 21567248
52. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing ‘best-fit’. *Can J Aging.* 2013 Dec;32(4):319–32. PMID: 24128863
53. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>, accessed 14 June 2015).
54. Sawamura K, Nakashima T, Nakanishi M. Provision of individualized care and built environment of nursing homes in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013 May-Jun;56(3):416–24.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.11.009> PMID: 23260333
55. Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM. The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2012 May;24(5):722–32.doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610211002377> PMID: 22221709
56. Age friendly NYC: a progress report. New York: City of New York, New York Academy of Medicine; 2011 (http://www.nyam.org/agefriendlynyc/Age-Friendly-NYC-Report-Final-High-Res2_new.pdf, accessed 14 June 2015).
57. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva, World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/78335>, accessed 19 June 2015).
58. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? *Public Health Rep.* 2013 Nov;128(Suppl 3) Suppl 3:12–20. PMID: 24179274
59. Lee JT, Huang Z, Basu S, Millett C. The inverse equity hypothesis: does it apply to coverage of cancer screening in middle-income countries? *J Epidemiol Community Health.* 2015 Feb;69(2):149–55.doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204355> PMID: 25311479
60. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer’s disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8):788–94.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X) PMID: 25030513
61. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychol Health.* 2014;30(6):715–31. PMID: 24678916
62. Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *J Adv Nurs.* 1997 Aug;26(2):408–17.doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026408.x> PMID: 9292377
63. Welford C, Murphy K, Rodgers V, Frauenlob T. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. *Int J Older People Nurs.* 2012 Mar;7(1):65–9.doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x> PMID: 22348264
64. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs.* 2014 Oct;70(10):2208–21.doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12412> PMID: 25209751
65. Hillcoat-Nallétambay S. The meaning of “independence” for older people in different residential settings. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2014 May;69(3):419–30.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbu008> PMID: 24578371
66. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health Soc Care Community.* 2004 May;12(3):212–20.doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x> PMID: 19777711
67. Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB. Relocation remembered: perspectives on senior transitions in the living environment. *Gerontologist.* 2014 Feb;54(1):75–81.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt070> PMID: 23840021
68. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RE. The meaning of “aging in place” to older people. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):357–66.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098> PMID: 21983126
69. Bonifas RP, Simons K, Biel B, Kramer C. Aging and place in long-term care settings: influences on social relationships. *J Aging Health.* 2014 Dec;26(8):1320–39.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264314535632> PMID: 25502244
70. Healthy Ageing & the Built Environment [website]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (<http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyaging.htm>, accessed 17 June 2015).
71. Marek KD, Stetzer F, Adams SJ, Popejoy LL, Rantz M. Aging in place versus nursing home care: comparison of costs to Medicare and Medicaid. *Res Gerontol Nurs.* 2012 Apr;5(2):123–9.doi: <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20110802-01> PMID: 21846081
72. Golant SM. Commentary: irrational exuberance for the aging in place of vulnerable low-income older homeowners. *J Aging Soc Policy.* 2008;20(4):379–97.doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420802131437> PMID: 19042553
73. Morley JE. Aging in place. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 Jul;13(6):489–92.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011> PMID: 22682696



Chapitre 3
La santé des personnes âgées

Zenul, âge inconnu, Pakistan

Lors des inondations au Pakistan de 2011, les villageois ont perdu leur bétail et les terres arables ont été ravagées.

Grâce à une subvention, distribuée après l'inondation, Zenul a pu acheter une vache.

«Je suis veuve depuis au moins 10 ans. J'ai trois fils et une fille, et ils sont tous ouvriers agricoles ici - mais maintenant, bien sûr, ils ne peuvent rien faire pousser. J'ai reçu 15.000 roupies ... et je les ai dépensées pour cette génisse. Je vais traire son lait, et j'en garderai une partie pour moi et le reste, je pourrai le vendre pour 40 roupies le litre. Espérons qu'elle aura aussi des veaux que je vendrai. »

«Je vis dans une tente parce que ma maison est fragile à cause des inondations, et effectivement nous avons senti un tremblement de terre la semaine dernière. Normalement, la couche de boue avec laquelle nous recouvrons la maison la protège – elle protège très efficacement contre la chaleur extrême et le froid en hiver. Mais elle s'est écroulée dans les inondations. Je ne sais pas comment je vais reconstruire la maison. Si nous avions de l'argent, nous achèterions du ciment. La boue est gratuite, mais le ciment est cher. Je vais devoir attendre que la vache grandisse ! »

3

La santé des personnes âgées

Les changements démographiques et épidémiologiques

Le vieillissement de la population

Une des raisons pour lesquelles le vieillissement est en train de devenir un enjeu politique majeur, est qu'à la fois la proportion et le nombre absolu de personnes âgées dans les populations à travers le monde connaissent un accroissement spectaculaire. Les [Fig. 3.1](#) et [Fig. 3.2](#) montrent la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus, par pays, en 2012, ainsi que les projections pour 2050. Il n'existe actuellement qu'un seul pays où cette proportion dépasse 30 % : le Japon. Toutefois, d'ici le milieu du siècle, de nombreux pays auront une proportion de personnes âgées similaire à celle du Japon en 2012. Ceux-ci incluent des pays en Europe et en Amérique du Nord, mais également le Chili, la Chine, la République islamique d'Iran, la République de Corée, la Fédération de Russie, la Thaïlande et le Vietnam.

Sur les [Fig. 3.1](#) et [Fig. 3.2](#), le vieillissement de la population peut sembler moins pertinent pour l'Afrique subsaharienne. Pourtant, bien que la structure de la population en Afrique subsaharienne reste jeune, de façon relative, cette région compte déjà le double du nombre de personnes âgées par rapport à l'Europe du Nord, et ce chiffre devrait croître plus rapidement que partout ailleurs, passant de 46 millions en 2015 à 157 millions d'ici 2050 (1). En outre, l'espérance de vie à 60 ans en Afrique sub-saharienne est de 16 ans pour les femmes et de 14 ans pour les hommes, ce qui suggère que pour ceux qui survivent aux périls initiaux de la vie, une longue vieillesse est déjà une réalité. Les personnes âgées en Afrique sub-saharienne ont également des rôles extrêmement importants pour le développement socio-économique continu (1).

Le rythme de vieillissement de la population dans de nombreux pays est également beaucoup plus rapide que cela n'a été le cas dans le passé ([Fig. 3.3](#)). Par exemple, alors que la France a eu près de 150 ans pour s'adapter à un passage de 10 % à 20 % de la proportion de la population âgée de plus de 60 ans, des pays tels que le Brésil, la Chine et l'Inde auront un peu plus de 20 ans pour réaliser le même ajustement. Cela signifie que l'adaptation à laquelle ces pays devront pro-

Fig. 3.1. Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus, par pays, 2015

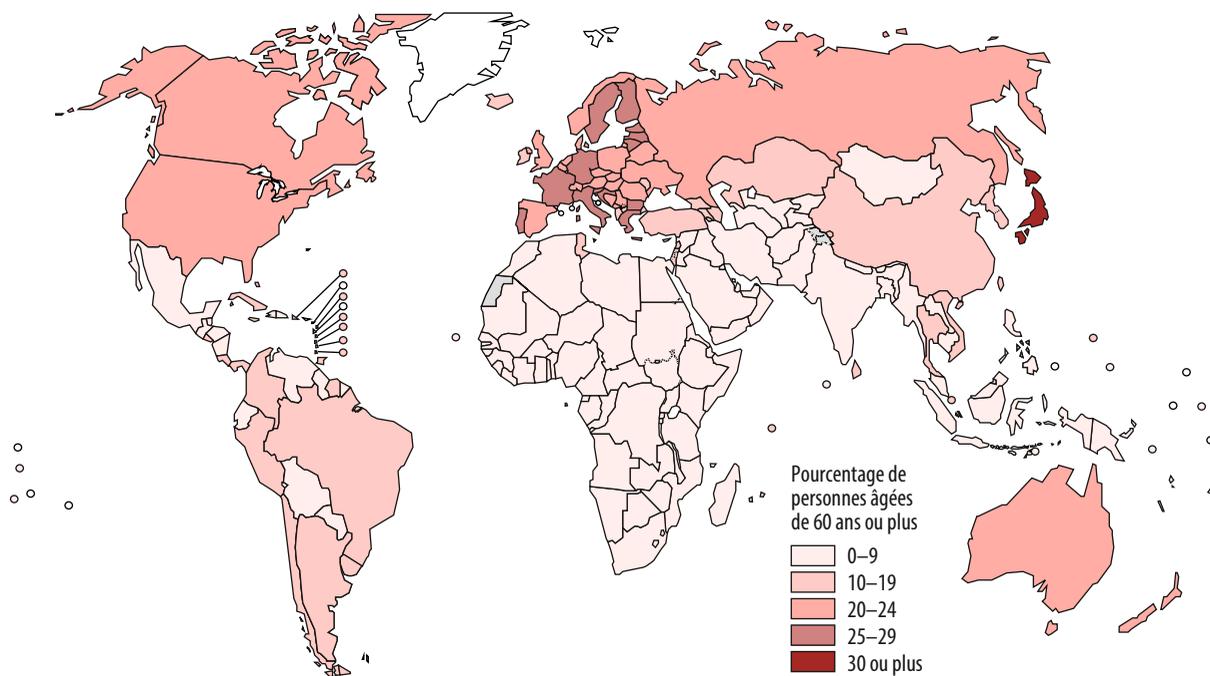


Fig. 3.2. Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus, par pays, projections pour 2050

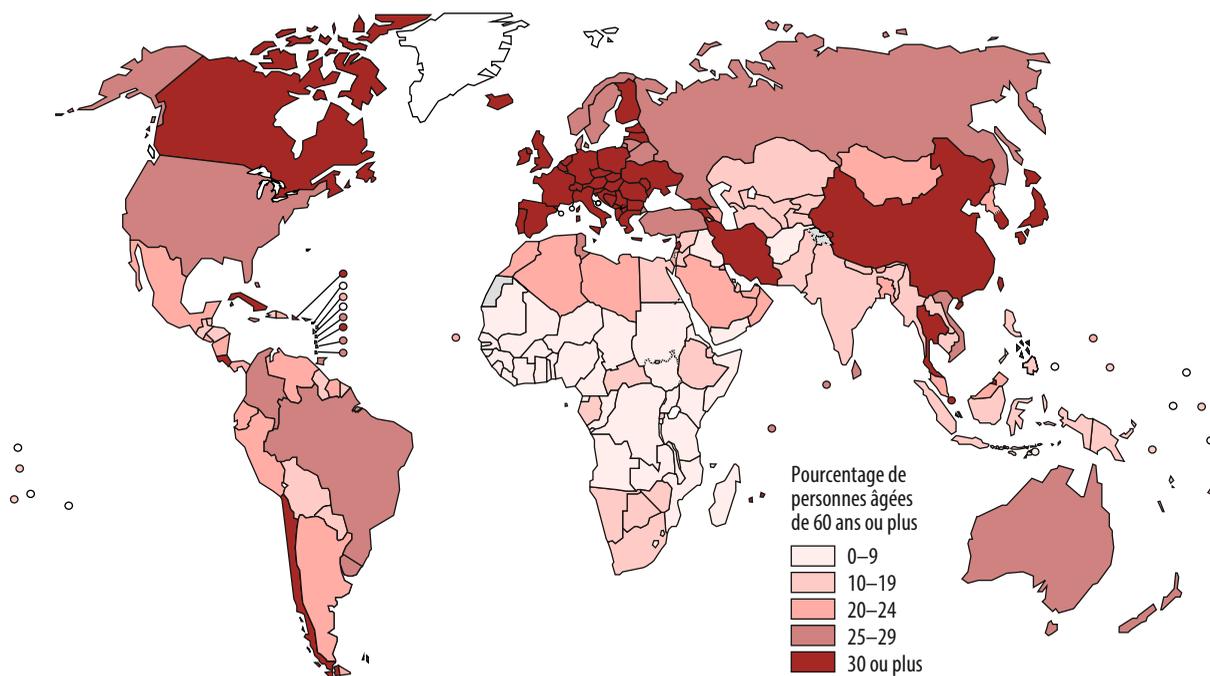
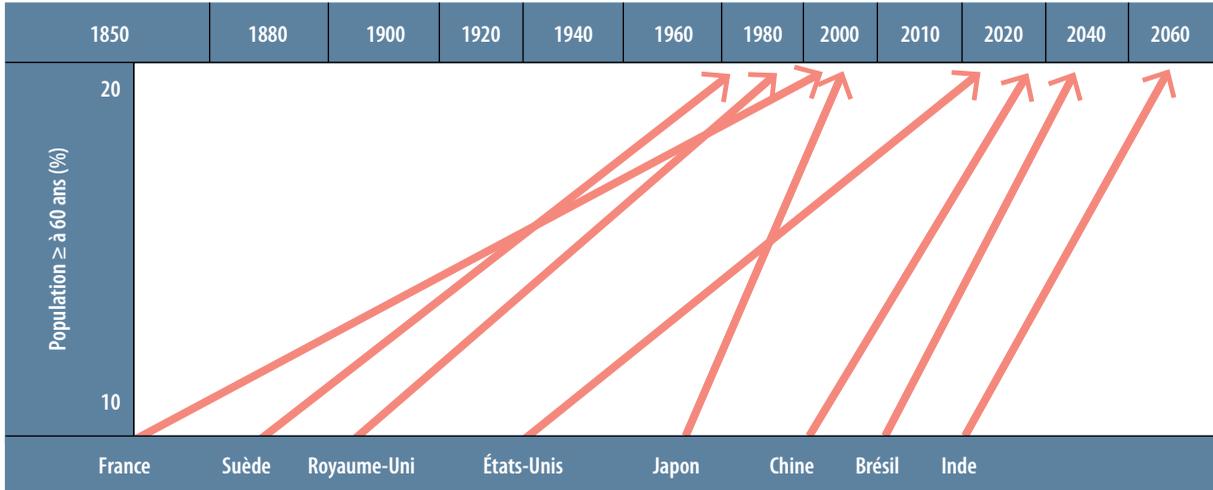


Fig. 3.3. Période nécessaire ou estimée pour que le pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus passe de 10 % à 20 %



céder devra être entreprise beaucoup plus rapidement que ce ne fut souvent le cas dans le passé.

Pourquoi les populations vieillissent-elles ?

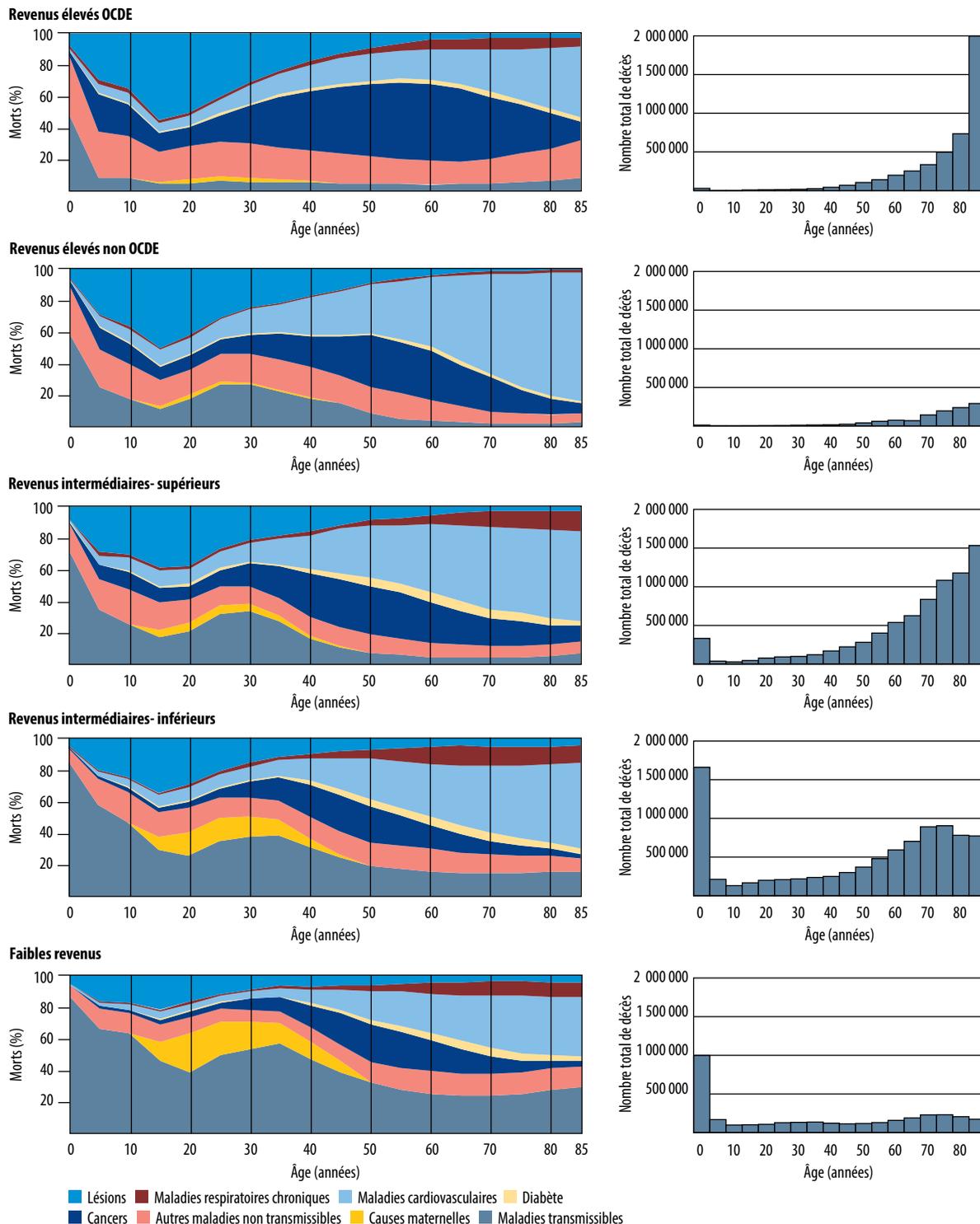
Il existe deux facteurs clés de vieillissement de la population. Le premier est l'augmentation de l'espérance de vie : en moyenne, les populations à travers le monde vivent plus longtemps. Bien qu'une infime partie de cette croissance globale soit due à l'amélioration de la survie des personnes âgées, la majeure partie reflète un meilleur taux de survie chez les plus jeunes. Ceci a accompagné le développement socio-économique inédit qui s'est produit dans le monde au cours des 50 dernières années.

Les Fig. 3.4 et Fig. 3.5 montrent à quel point le niveau de développement socio-économique d'un pays est associé aux tendances des taux de mortalité tout au long de la vie. Les graphiques sur le côté droit de la Fig. 3.4 et de la Fig. 3.5 montrent les âges auxquels les décès se produisent dans les pays à revenus faibles, inter-

médiaires et élevés. Notez que les pays à revenus élevés qui sont membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sont présentés séparément des autres pays à revenus élevés, car ils sont assez différents sur le plan épidémiologique. Dans les milieux les plus pauvres en ressources, le décès survient le plus souvent dans la petite enfance. Les décès sont ensuite répartis de manière plus uniforme sur le reste du parcours de vie. À mesure que les pays se développent, une santé publique de meilleure qualité signifie que plus de gens survivent pendant l'enfance, et le schéma de mortalité se transforme : les personnes sont plus susceptibles de mourir pendant leur vie d'adultes. Dans les milieux à revenus élevés, la mortalité est encore plus prononcée pendant le troisième âge, de sorte que la plupart des décès surviennent chez des personnes de plus de 70 ans.

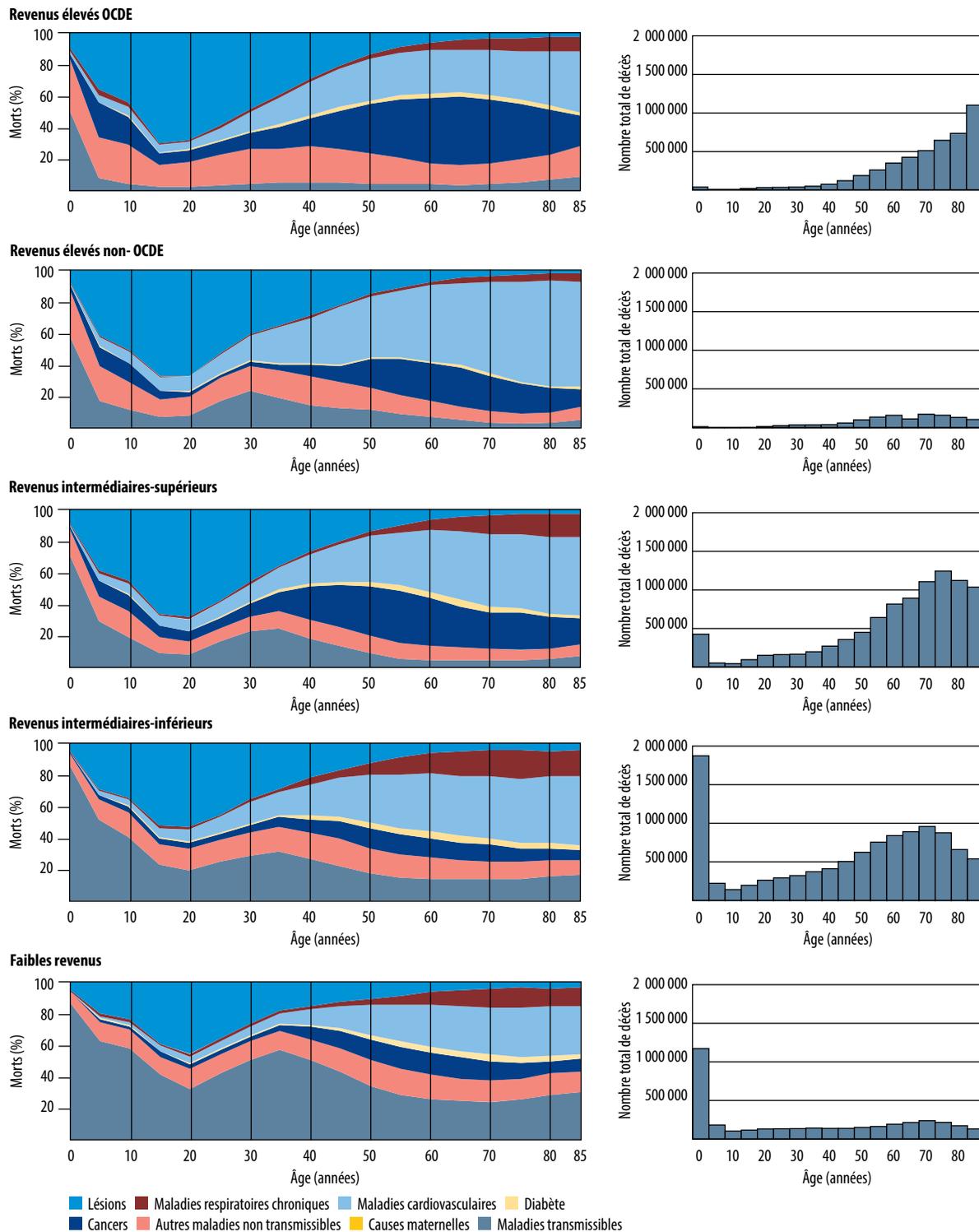
De manière déterminante, ces mutations sont accompagnées par un changement des causes de décès (indiquées sur le côté gauche de la Fig. 3.4 et de la Fig. 3.5). Dans tous les milieux, les causes principales de décès chez les personnes

Fig. 3.4. Décès chez les femmes à différents âges, dans les pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés, 2012



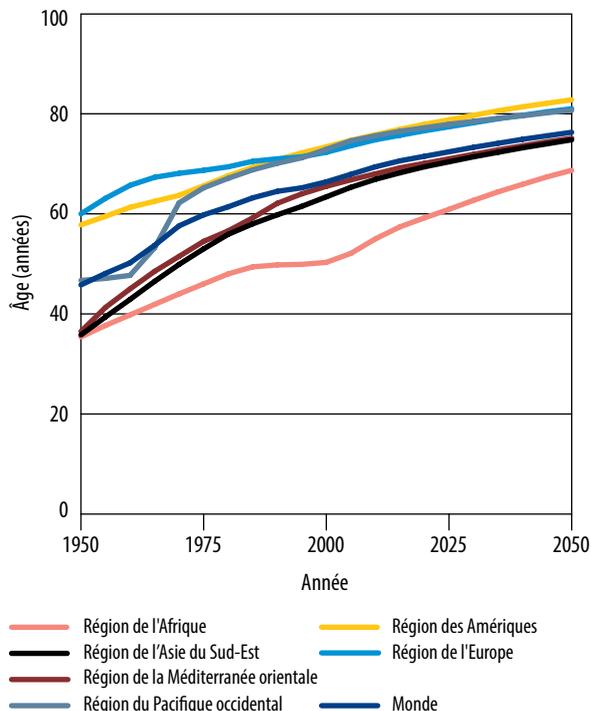
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques. *Source* : (2).

Fig. 3.5. Décès chez les hommes à différents âges, dans les pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés, 2012



OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques. *Source* : (2).

Fig. 3.6. Évolutions de l'espérance de vie depuis 1950, avec projection jusqu'en 2050, par région de l'OMS et dans le monde

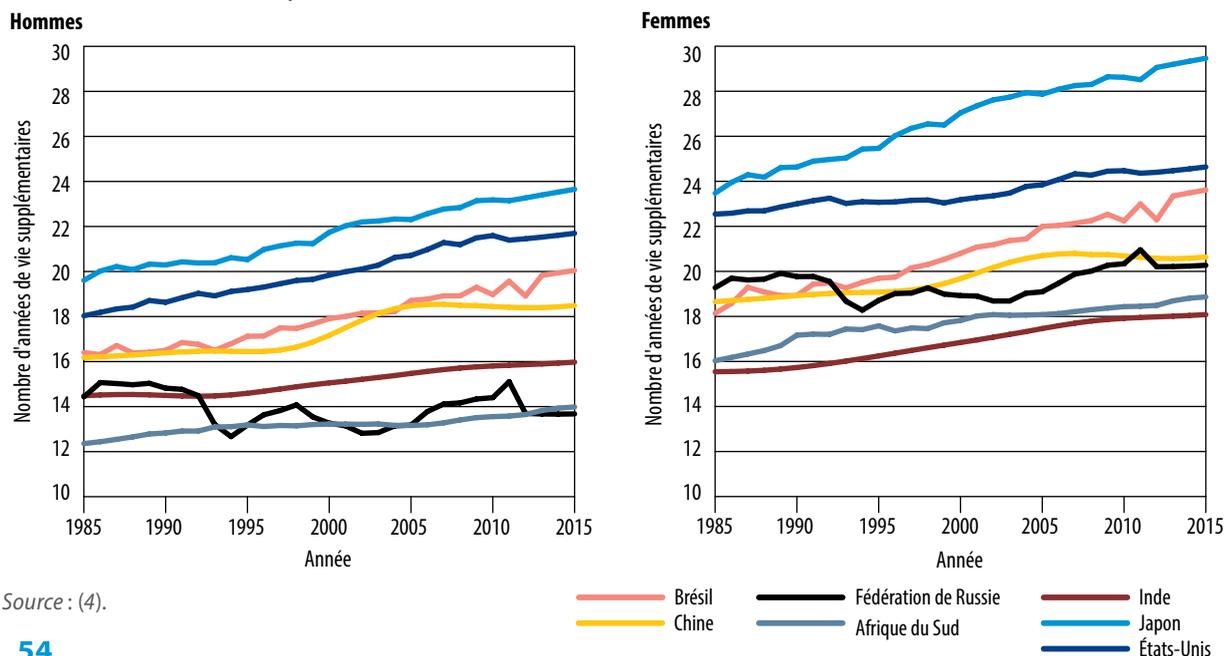


âgées sont les maladies non transmissibles, bien que les décès dus à ces causes aient tendance à se produire plus tôt dans les pays à revenus faibles et intermédiaires que dans les pays à revenus élevés. Cependant, autant dans les milieux à faibles revenus qu'à revenus intermédiaires, les maladies transmissibles restent une cause importante de décès tout au long de la vie.

Ces changements signifient qu'à mesure que les pays se développent économiquement, plus de gens vivent jusqu'à l'âge adulte, et par conséquent, l'espérance de vie à la naissance augmente. La part prépondérante de l'accroissement de l'espérance de vie observée à travers le monde au cours des 100 dernières années (Fig. 3.6), reflète cette réduction de la mortalité en bas âge, plutôt que le fait de personnes âgées vivant plus longtemps.

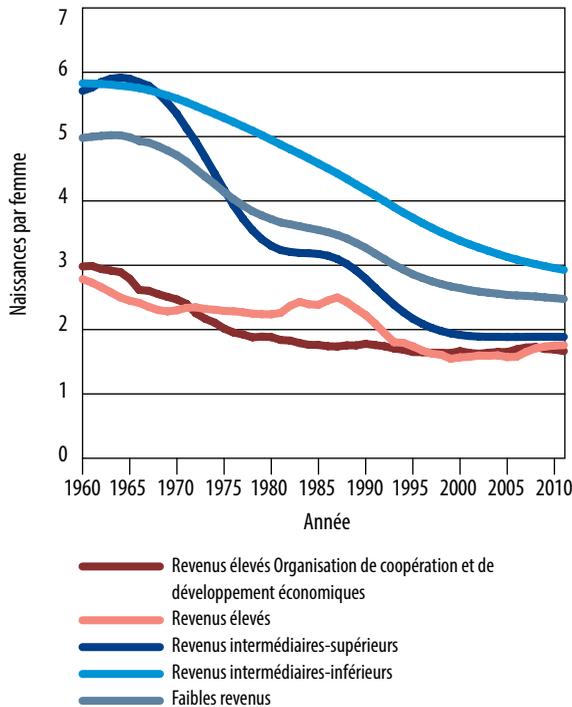
Plus récemment, une autre tendance a contribué de manière significative à l'augmentation de l'espérance de vie, en particulier dans les pays à revenu élevé : il s'agit de l'accroissement du taux

Fig. 3.7. Espérance de vie des hommes et des femmes à l'âge de 60 ans, dans les pays sélectionnés, de 1985 à 2015



Source : (4).

Fig. 3.8. Taux de fécondité dans les pays à revenus faibles, intermédiaires, et élevés, 1960 à 2011



Source : (5).

de survie des personnes âgées (3) (Fig. 3.7). Ainsi, en 1985, une femme de 60 ans au Japon pouvait espérer vivre encore 23 ans. En 2015, ce gain en années sera passé à près de 30 ans. Cette progression pourrait provenir d'une combinaison de meilleurs soins de santé, d'initiatives de santé publique, et de différences dans le mode de vie des gens plus tôt dans leur vie.

Toutefois, le rythme de cette croissance varie à travers le monde. L'espérance de vie à un âge avancé augmente à un rythme beaucoup plus rapide dans les pays à revenu élevé que dans les milieux à faibles ressources, même si cela varie selon les pays, ainsi qu'entre hommes et femmes.

La deuxième raison pour laquelle les populations vieillissent, est la baisse des taux de fécondité (Fig. 3.8). Ceci pourrait être dû au fait que les parents estiment que leurs enfants sont

aujourd'hui plus susceptibles de survivre que ce ne fut le cas dans le passé, ainsi qu'à un meilleur accès à la contraception, et enfin, à l'évolution des normes relatives au genre. Avant les récents progrès dans le développement socio-économique, les taux de fécondité dans de nombreuses parties du monde variaient entre 5 et 7 naissances par femme (bien que beaucoup de ces enfants ne survivaient pas jusqu'à l'âge adulte). En 2015, ces taux plafonnent autour du seuil nécessaire pour maintenir les populations à leur taille actuelle, ou ont chuté en dessous de ce seuil. L'exception notable à ces chutes spectaculaires des taux de fécondité se trouve en Afrique, où une chute plus lente a été observée et où les taux de fécondité persistent généralement à encore plus de 4 naissances par femme. Le Moyen-Orient a également connu une chute plus lente que les autres parties du monde. Parce que la baisse du taux de fécondité s'observe souvent plus tard que la baisse de la mortalité infantile, cela a souvent donné lieu à une explosion de la population jeune. Dans de nombreux pays à revenus élevés, cette explosion démographique a été constatée peu de temps après la Seconde Guerre mondiale, et on appelle communément ce segment de la population les « baby-boomers ». À mesure que les membres de la population de « baby boomers » avancent en âge, le vieillissement de la population est accéléré de façon temporaire, en particulier lorsqu'il est combiné à un faible taux de mortalité des adultes ainsi qu'à un taux de fécondité continuellement bas.

L'augmentation de la longévité s'accompagne-t-elle d'une bonne santé ?

Déterminer si les gens vivent plus longtemps et en meilleure santé, ou si cette longévité accrue s'accompagne principalement d'une santé précaire, est crucial pour l'élaboration des politiques. Si les années supplémentaires s'accompagnent d'une plus longue période en bonne santé, le vieillissement de la population sera associé de manière

similaire à une augmentation des ressources humaines, qui pourraient très probablement apporter leur contribution à la société à bien des égards (par exemple, par une vie professionnelle plus longue). Ceci pourrait se résumer par l'adage « les personnes de 70 ans représentent la nouvelle tranche d'âge des 60 ans ». Toutefois, si les gens vivent plus longtemps, mais éprouvent des limitations fonctionnelles à des niveaux similaires ou supérieurs à leurs parents au même âge, cela signifie que la demande en soins de santé et en services sociaux sera nettement plus importante, et les contributions sociales que les personnes âgées seront en mesure d'apporter seront plus limitées.

Il est crucial de comprendre lequel de ces scénarios est en cours, afin d'établir des priorités dans les différents domaines d'action politique, et veiller à ce que toute réponse politique soit équitable. Par exemple, si tout le monde vit plus longtemps et en meilleure santé, un moyen d'assurer la viabilité financière des systèmes de protection sociale pourrait être d'augmenter l'âge auquel une personne est en mesure de prétendre à une prestation telle que la retraite. Cependant, si les années supplémentaires sont accompagnées d'un mauvais état de santé, cela pourrait ne pas être aussi opportun, car cela pourrait obliger des personnes ayant des limitations importantes des capacités intrinsèques, de rester plus longtemps au travail. Cette situation pourrait être irréaliste pour l'individu, et loin d'être idéale pour l'employeur. En outre, si les personnes au statut socio-économique élevé vivent plus longtemps et en meilleure santé, alors que celles au statut socio-économique faible vivent plus longtemps, mais ont une santé précaire, les conséquences négatives d'une réponse politique générale, comme l'augmentation de l'âge de la retraite, seront réparties de façon inéquitable.

Malheureusement, bien qu'il y ait des éléments indéniables prouvant que les personnes âgées vivent plus longtemps, en particulier dans les pays à revenus élevés, la qualité de vie au cours de ces années supplémentaires est bien moins évidente qu'il n'y paraît (6). Ceci n'est pas simple-

ment faute de recherches dans le domaine. Bien qu'il y ait eu peu d'études dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, de très nombreuses analyses ont été entreprises, portant sur des données recueillies au cours des 30 dernières années aux États-Unis et dans d'autres milieux à revenus élevés. Cependant, les résultats de ces recherches de grande ampleur sont incohérents : certaines études suggèrent une baisse des taux d'invalidité sévère chez les personnes âgées de 65 ans, alors que d'autres études dans le même groupe d'âge indiquent plutôt une hausse du nombre de maladies chroniques et de comorbidités, mais des taux d'invalidité stables, et d'autres encore présentent une prévalence croissante des situations de handicap dans la tranche d'âge des 60 à 70 ans (7-10). Une étude qui reliait de multiples collectes de données a constaté une augmentation de l'espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence, même si elle était limitée en raison de l'obésité et d'une certaine diminution des capacités, tandis qu'une autre a observé que les baisses de prévalence du handicap sur toute la cohorte était inversée après ajustement, au titre des caractéristiques telles que la race, l'éducation, l'état matrimonial, la situation en matière d'emploi, le revenu et l'indice de masse corporelle.

Ces tendances peuvent aussi varier géographiquement. La recherche en Europe indique que les espérances de santé diffèrent considérablement d'un pays à l'autre (13). Par exemple, une évaluation sur plusieurs pays concernant des tendances de taux d'invalidité plus faibles dans l'OCDE, a constaté qu'ils avaient diminué dans certains pays, augmenté dans d'autres, ou étaient restés les mêmes dans le reste des pays (14). L'analyse combinée de vastes études longitudinales menées par l'OMS en 2014 dans des pays à revenus élevés a montré que, bien que la prévalence des déficiences sévères (c'est à dire une situation de handicap nécessitant l'aide d'une tierce personne pour réaliser des activités élémentaires comme manger et se laver) puisse être en légère baisse, aucun changement significatif quant aux déficiences moins sévères n'a été observé au cours

Fig. 3.9. Prévalence des limitations d'activités instrumentales de la vie quotidienne par année de naissance, de 1916 à 1958 (après ajustement pour l'âge et la période) (16)

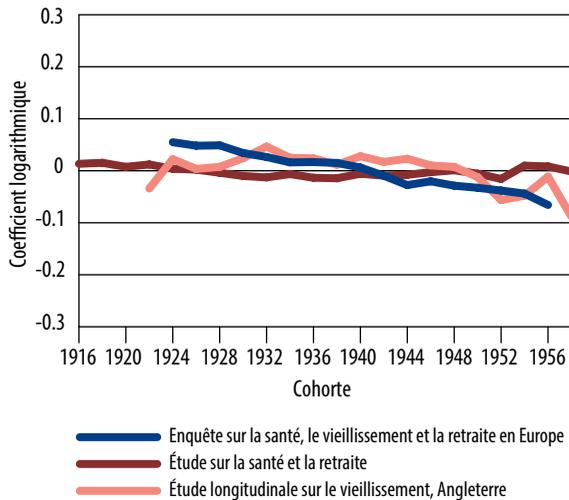
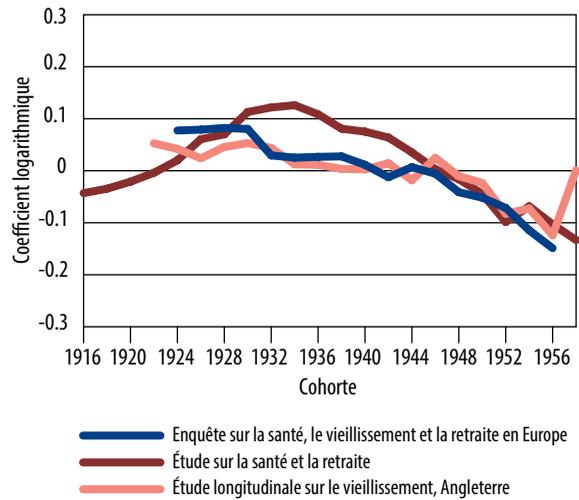


Fig. 3.10. Prévalence des limitations d'activités de la vie quotidienne par année de naissance, de 1916 à 1958 (après ajustement pour l'âge et la période) (16)



des 30 dernières années (15) (Fig. 3.9 et Fig. 3.10). Par conséquent, les données actuelles des pays à revenus élevés prêtent à confusion, mais suggèrent qu'il pourrait y avoir une légère baisse de certaines formes de handicap à un certain âge, même s'il est peu probable que cela se poursuive avec ces années de vie supplémentaires.

Cette absence de clarté est exacerbée par d'importantes insuffisances en matière de recherche. Premièrement, le handicap est généralement considéré comme étant un état déterminé à la fois par les caractéristiques sous-jacentes d'une personne (c'est à dire ses capacités intrinsèques) et par l'environnement dans lequel elle vit (17). À moins que les chercheurs n'envisagent des changements à ces deux niveaux, ils seront incapables de faire la distinction entre les deux. Par exemple, dans les années 1950, les personnes avec une arthrose de la hanche peuvent avoir vu leurs capacités compromises quant aux activités qu'elles devaient effectuer, parce qu'elles manquaient d'opportunités de transport. En 2015,

les mêmes personnes pourraient être en mesure de bénéficier de transports en commun accessibles aux personnes handicapées et, par conséquent, trouver que leurs aptitudes fonctionnelles sont nettement meilleures, malgré des capacités intrinsèques similaires. Distinguer entre les tendances des capacités intrinsèques et les changements de l'environnement afin de mieux mesurer les aptitudes fonctionnelles, requière par conséquent des questions spécifiques, mais les outils utilisés couramment ne font généralement pas cette distinction.

En outre, la plupart des données n'identifient le handicap qu'à l'extrémité la plus sévère du spectre, se produisant souvent pendant les dernières années de la vie. La baisse des capacités intrinsèques commence généralement beaucoup plus tôt, et elle est souvent d'abord minime. Bien que la plupart des personnes âgées vivent ces changements plus subtils et mineurs, il existe très peu d'informations concernant les tendances des capacités au cours de cette phase de la vie.

En outre, dans les pays à revenus élevés, la plupart des études n'ont porté que sur des données relativement récentes, qui se limitaient essentiellement à une période où la transition épidémiologique décrite sur les Fig. 3.4 et Fig. 3.5 avait déjà eu lieu. L'allongement de l'espérance de vie dans ces milieux est maintenant en grande partie dû à l'amélioration du taux de survie chez les personnes âgées, et cela peut être le résultat du prolongement du dernier stade de la vie grâce à des traitements médicaux, plutôt que le corollaire de progrès plus vastes en termes de santé publique, qui auraient pu entraîner des changements épidémiologiques antérieurement. Ces résultats peuvent fournir une comparaison équitable entre notre santé et celle de nos parents, mais il est possible que le phénomène entre nos parents et leurs parents eut été complètement différent. Une étude qui appréhende les évolutions durant cette période précédente, adhère au principe selon lequel la santé des personnes âgées est nettement meilleure que celle de leurs grands-parents et arrière-grands-parents (18). Celle-ci a observé la baisse du taux de prévalence des maladies chroniques spécifiques chez les recrues de l'armée aux États-Unis au 20^{ème} siècle en comparaison avec les recrues de la guerre civile (18).

Enfin, les personnes âgées se caractérisent par une grande diversité. Les tendances au sein des différents sous-groupes de chaque population peuvent être très contrastées. Aux États-Unis, par exemple, l'espérance de vie des adultes afro-américains avec un faible niveau d'instruction semble avoir peu changé depuis les années 1950 (19, 20).

Alors que les éléments de preuves des pays à revenus élevés prêtent à confusion, les données en provenance des pays à revenus faibles et intermédiaires sont en grande partie inexistantes. Seule la Chine fait exception, puisqu'une comparaison de vastes enquêtes représentatives menées en 1987 et 2006 révèle une augmentation significative, à la fois des limitations physiques et intellectuelles au cours des deux dernières décennies, mais également une baisse importante des limitations visuelles, auditives, cognitives et du langage (21).

Les pays à revenus faibles et intermédiaires sont actuellement confrontés à une transition épidémiologique telle que représentée à la Fig. 3.4 et à la Fig. 3.5. Des pays comme la Chine arrivent au terme de cette transition, et l'évolution des taux d'incapacité normalisé selon l'âge décrits par cette étude reflètent cette situation, avec une diminution des incapacités liées aux maladies infectieuses et une hausse marquée des incapacités liées aux accidents vasculaires cérébraux et à l'arthrose (qui étaient inclus dans la catégorie du handicap physique) (21). La diversité de la population ressort également de ces résultats, avec une diminution des situations de handicap principalement constatée dans les zones urbaines.

Les pays à revenus faibles et intermédiaires qui connaissent cette transition depuis moins longtemps, continuent de subir une double charge de morbidité, avec des taux élevés de maladies transmissibles et non transmissibles, et avec de nombreuses personnes dans ces pays confrontées à une exposition beaucoup plus élevée aux polluants environnementaux et professionnels, et aux facteurs de stress, que dans les milieux à revenus élevés. Il est probable que cette combinaison de maladies et de facteurs de stress environnementaux puisse avoir des répercussions imprévisibles sur la morbidité ultérieure chez les personnes âgées. Les répercussions pourraient survenir, par exemple, si ces expositions renforçaient l'« *inflammageing* » (*regroupant inflammation et vieillissement*¹), qui a été considéré comme un facteur probable de maladies cardiovasculaires (22, 23). Par conséquent, il ne suffit pas simplement d'extrapoler aux milieux à faibles revenus les tendances de morbidité observées dans les pays à revenus élevés.

Caractéristiques de santé des personnes âgées

Le reste de ce chapitre étudie plus en détail certaines des caractéristiques liées à la santé pendant la seconde moitié de la vie, et l'incidence qu'elles finiront par avoir sur les capacités intrinsèques et les aptitudes fonctionnelles. Compte tenu de la complexité de ces mutations, l'analyse ne vise pas à résumer chaque maladie et tendance, mais souligne les questions clés qui peuvent aider à comprendre l'évolution de la santé à un âge avancé.

Les changements sous-jacents

Comme cela est décrit au Chapitre 1, le vieillissement, à un niveau biologique, est caractérisé par une accumulation graduelle et continue de lésions moléculaires et cellulaires, qui se traduisent par une altération généralisée et progressive de nombreuses fonctions de l'organisme, et d'une vulnérabilité accrue aux défis de l'environnement, ainsi qu'un risque croissant de morbidité et de mortalité (24). Ceci est accompagné par une série de bouleversements psychosociaux.

Nous résumons ci-dessous quelques-uns des changements sous-jacents qui se manifestent généralement, et dans une certaine mesure, chez tous les êtres humains à mesure qu'ils vieillissent. Bien qu'il y ait une différence marquée dans la façon dont ces changements sont vécus à un niveau individuel, des tendances générales s'observent lorsqu'on considère la population dans son ensemble (25). Toutefois, cette baisse de capacités intrinsèques peut être compensée par certaines adaptations, et s'accompagne souvent d'acquisitions en matière d'expérience et de connaissances. Cela pourrait expliquer pourquoi la productivité au travail ne semble pas diminuer avec l'âge (Encadré 3.1).

En outre, il est difficile de dissocier les répercussions fonctionnelles de ces tendances sous-jacentes, des conséquences des maladies auxquelles les individus peuvent aussi avoir à

faire face sur l'ensemble de leur parcours de vie. Ainsi, alors que les tendances sur tout le parcours de vie sont présentées dans ce chapitre pour l'ensemble de la population, par exemple pour la force de préhension et la vitesse de marche, celles-ci reflètent les tendances sous-jacentes en matière de fonctionnement musculo-squelettique et d'influences additionnelles provenant du type d'activités et de nutrition, ainsi que de problèmes de santé.

Les fonctions du mouvement

Après un point culminant au début de l'âge adulte, la masse musculaire a tendance à diminuer avec l'âge, et ceci peut être associé à une baisse de la force et de la fonction musculo-squelettique (31). Une façon d'évaluer la fonction musculaire est de mesurer la force de préhension manuelle, qui est un bon prédicteur de la mortalité, car indépendant de toute influence liée aux maladies (32, 33).

La baisse de la force de préhension moyenne liée à l'âge dans les pays figurant dans l'étude SAGE et dans l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), sont présentés à la Fig. 3.11. Les femmes ont tendance à avoir une plus faible force de préhension que les hommes, et pour les deux sexes, la force diminue avec l'âge. Le taux de diminution de la force de préhension était similaire dans la plupart des pays étudiés. Cependant, le niveau culminant atteint variait considérablement, avec des personnes en Inde et au Mexique ayant généralement une force plus faible à tous les âges et dans les deux sexes. Ces disparités peuvent refléter un mélange de facteurs génétiques et relatifs au début de la vie, comme la nutrition.

Le vieillissement est également associé à des changements significatifs au niveau des os et des articulations. Avec l'âge, la masse osseuse ou densité osseuse a tendance à diminuer, en particulier chez les femmes post-ménopausées. Cela peut progresser au point où le risque de fracture est majoré de manière significative (un trouble que l'on appelle l'ostéoporose), et qui a des consé-

Encadré 3.1. Vieillesse et productivité

Les effets des changements sous-jacents liés à l'âge sur la productivité au travail en termes de capacités intrinsèques, commencent tout juste à être étudiés. Une raison pour laquelle la productivité est difficile à mesurer objectivement, est que les évaluations par les collègues et les superviseurs représentent souvent des conceptions stéréotypées plutôt que les performances réelles des employés plus âgés (26). Deuxièmement, toutes les professions ne se prêtent pas à une mesure objective de la productivité. Pour ces raisons, le peu de recherches qui ont été entreprises sont souvent limitées aux lieux de travail qui permettent des mesures objectives, telles que le nombre d'erreurs ou le nombre de ventes.

Dans l'ensemble, la productivité ne semble pas diminuer avec l'âge, même si elle peut diminuer à mesure que le temps passé dans un poste en particulier augmente, avec l'effet de routine conduisant à une baisse de motivation, ou à une répétition excessive d'un geste entraînant des lésions corporelles (27). Ainsi, une étude a révélé que le nombre d'erreurs par équipe commises sur les chaînes d'assemblage dans une usine automobile, avait légèrement diminué avec l'âge, après contrôle de la sélectivité décroissante (c'est-à-dire une retraite anticipée, ou une incapacité) et de la sélectivité croissante (c'est-à-dire une promotion). Les auteurs ont conclu que « les employés les plus âgés étaient particulièrement capables de saisir les situations complexes, et ensuite de se concentrer sur les tâches essentielles » (28).

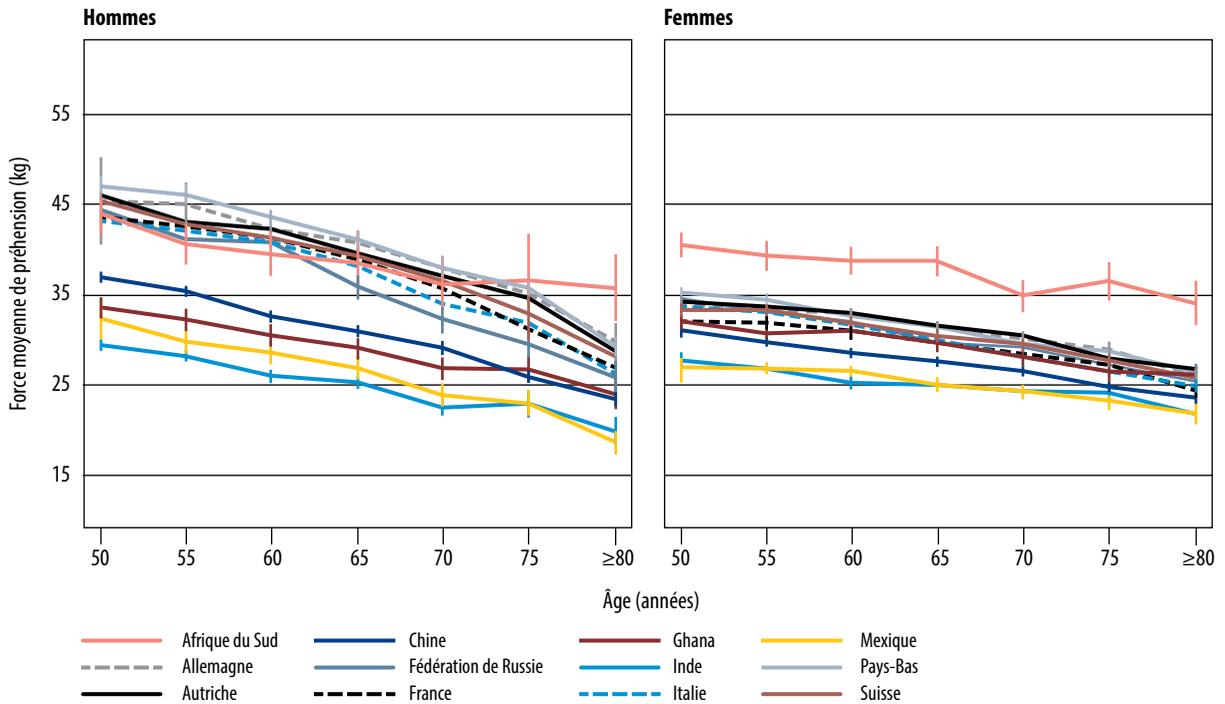
Ce constat met en évidence le fait que la baisse des facultés liée à l'âge, comme le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, ou la baisse des capacités à effectuer plusieurs tâches, peut ne pas avoir nécessairement des impacts négatifs sur la productivité du travail parce qu'ils peuvent être compensés, dans une certaine mesure, par l'expérience de la vie et du travail qu'ont les personnes âgées. En outre, certaines baisses des capacités physiques peuvent être retardées par le fait de l'activité professionnelle. Par exemple, la diminution de la force de préhension observée au niveau de la population ne l'est pas dans les sous-groupes qui doivent utiliser leurs mains dans leur travail quotidien, bien que cette différence puisse s'inverser plus tard dans la vie. Ainsi, après l'âge de 80 ans, les travailleurs manuels ont un niveau inférieur de force physique par rapport à celui des cols blancs (29). Cela peut refléter l'accumulation des dommages physiques dans ces professions.

L'hétérogénéité de l'âge dans les équipes de travail peut également être un facteur déterminant de la productivité. Un lien positif a été établi entre un degré intermédiaire de diversité des âges et la productivité, reflétant peut-être le fait que la diversité des âges a un coût (en termes de communication et d'intégration sociale) mais aussi des avantages (du fait de bénéficier d'un réservoir de connaissances plus vaste pour y puiser des solutions). Cet effet a aussi été modéré par la nature du travail qui prévaut au sein de l'entreprise. Les entreprises mettant l'accent sur le travail créatif ont tiré profit de la diversité des âges, alors que les entreprises axées sur les tâches de routine ont eu de moins bons résultats dans un contexte de diversité des âges (30).

quences graves en termes de handicap, de qualité de vie réduite et de mortalité. Les fractures de la hanche représentent un type particulièrement dévastateur de fractures ostéoporotiques, et en raison du vieillissement de la population, elles seront plus fréquentes, atteignant une incidence mondiale annuelle estimée à 4,5 millions en 2050 (35). Les taux médians normalisés selon l'âge pour les fractures liées à l'ostéoporose varient géographiquement, avec le taux le plus haut observé en Amérique du Nord et en Europe, suivies par l'Asie, le Moyen-Orient, l'Océanie, l'Amérique latine et l'Afrique (36).

Le cartilage articulaire subit d'importants changements structurels, moléculaires, cellulaires et mécaniques avec l'âge, ce qui augmente la vulnérabilité du tissu à la dégénérescence. Au fur et à mesure que le cartilage s'érode et que le liquide articulaire diminue, l'articulation devient plus rigide et plus fragile (37). Bien qu'un ramollissement du cartilage se produise généralement avec l'âge, cela n'entraîne pas toujours des douleurs articulaires ou une dégénérescence responsable de l'arthrose, bien que la prévalence de cette affection soit fortement associée à l'âge (38). En outre, l'activité physique modérée régu-

Fig. 3.11. Force de préhension manuelle, hommes et femmes âgés de 50 ans et plus



Remarque : Ce schéma met l'accent sur la quatrième vague de SHARE (2010-2011) parce que le calendrier de mise en œuvre du projet a coïncidé à peu près avec la première vague de SAGE (2007-2010). Les données ne sont pas corrigées par taille et par poids. Sources : (16, 34).

lière a démontré qu'elle améliorerait les propriétés biomécaniques et biologiques du cartilage articulaire (37).

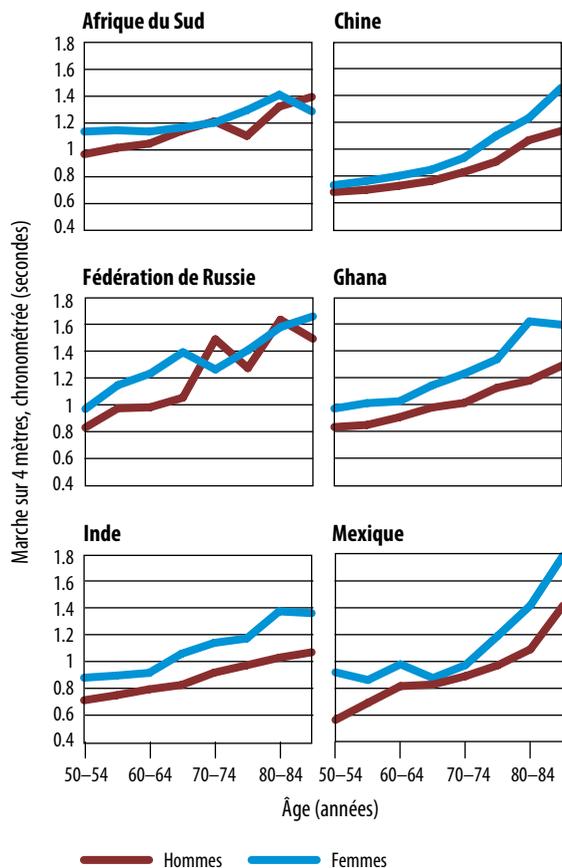
Ces problèmes, ainsi que d'autres détériorations liées à l'âge ont des répercussions, en définitive, sur la fonction musculo-squelettique et le mouvement, de manière plus large. Cela se traduit par une diminution de la vitesse de marche – soit le temps qu'une personne met pour parcourir, en marchant, une distance spécifique. La vitesse de la marche est influencée par la force musculaire, les limitations articulaires ainsi que d'autres facteurs, tels que la coordination et la proprioception, et s'est avéré être l'un des plus solides indicateurs permettant de prévoir les conséquences futures à un âge avancé (39). La Fig. 3.12 montre la vitesse de marche à différents âges dans les six pays de l'étude SAGE, et

montre un ralentissement général de la vitesse de marche avec l'âge.

Fonctions sensorielles

Le vieillissement est souvent associé à la fois à une baisse de la vision et de l'audition, mais il existe une diversité marquée dans la façon dont cela est vécu à un niveau individuel. La perte d'audition liée à l'âge (connue sous le nom de presbycusis) est bilatérale, et marquée davantage à des fréquences plus élevées. Elle résulte du vieillissement cochléaire ; de l'exposition à un environnement tel que le bruit ; de la prédisposition génétique ; et d'une vulnérabilité accrue à des facteurs de stress physiologiques et à des habitudes de vie modifiables (40). Dans le monde, plus de 180 millions de personnes de plus de 65 ans ont une perte auditive qui les empêche

Fig. 3.12. Vitesse de marche (temps nécessaire pour parcourir 4 mètres en marchant), selon l'âge, le sexe et le pays



Source : (34).

de comprendre une conversation articulée d'une voix normale (41-45).

L'âge est également associé à des altérations fonctionnelles complexes au niveau de l'œil, qui se traduisent par une presbytie, soit la diminution de la capacité de focalisation conduisant à une vision floue de près, qui apparaît souvent à la quarantaine (46). Une autre altération courante associée au vieillissement consiste en l'opacité accrue du cristallin, qui peut finalement entraîner une cataracte. L'âge d'apparition, le taux de progression et le niveau de la baisse

de la vision varient considérablement entre les individus, reflétant des tendances génétiques et une exposition à l'environnement différents (47). Le vieillissement est aussi fortement associé à la dégénérescence maculaire liée à l'âge, qui provoque des lésions rétiniennes et conduit rapidement à une déficience visuelle sévère ; elle est très répandue chez les personnes âgées de plus de 70 ans, et est une cause majeure de cécité dans les pays à revenus élevés et dans les pays à revenus moyens-supérieurs.

Ces changements peuvent avoir des implications importantes pour la vie quotidienne des personnes âgées. Une perte auditive non traitée affecte la communication et peut contribuer à l'isolement social et à la perte d'autonomie, à une anxiété et à une dépression qui y sont liées, et à un déclin sur le plan cognitif (48). L'impact d'une importante perte auditive sur la vie d'un individu est souvent mal comprise par les personnes qui n'ont pas de problème d'audition, et la lenteur de compréhension du langage est souvent assimilée à une déficience intellectuelle, entraînant souvent la personne âgée à se retirer davantage pour éviter d'être étiquetée comme « lente » ou « déficiente intellectuelle » (49). Les déficiences visuelles peuvent limiter la mobilité, affecter les relations interpersonnelles, déclencher une dépression, constituer un obstacle à l'accès à l'information et aux médias sociaux, augmenter le risque de chutes et d'accidents, et rendre la conduite dangereuse (50). En outre, comme les personnes âgées développent des stratégies pour compenser la baisse des fonctions sensorielles, la façon dont elles effectuent d'autres tâches cognitives peut également être altérée et être moins efficace.

Pourtant, ces limitations courantes des capacités intrinsèques peuvent généralement être gérées de manière efficace. Quelques mesures et adaptations simples pour la perte auditive comprennent des aménagements de l'environnement, comme les dispositifs de réduction des bruits de fond parasites, et les adaptations du comportement pour la personne ayant une déficience auditive comme pour ses interlocuteurs

(par exemple, en utilisant des techniques de communication simples, comme parler de manière distincte). Le diagnostic précoce, les soins ophtalmologiques complets et la réadaptation sont extrêmement efficaces dans la réduction des limitations fonctionnelles. Les aménagements de l'environnement tels qu'une amélioration de l'éclairage et de la signalisation (par exemple, en utilisant des fonds mats et très contrastés, placés au niveau des yeux) peuvent également être utiles. Les aides techniques, telles que les dispositifs de sonorisation et les lentilles réfractives, sont aussi très répandus et efficaces. Ils ne sont pas forcément coûteux. On peut même se doter désormais de prothèses auditives de haute qualité à un coût abordable, et les lunettes de lecture achetées en libre service sont largement disponibles et généralement adéquates. La cataracte peut être traitée de manière optimale par une chirurgie de haute qualité peu coûteuse. Les implants cochléaires sont également efficaces, mais moins accessibles et moins abordables.

Les fonctions cognitives

Les fonctions cognitives varient considérablement entre les individus et sont étroitement liées aux années de scolarité. De nombreuses fonctions cognitives commencent à diminuer à un âge relativement jeune, avec plusieurs fonctions s'atténuant à des degrés différents. Par conséquent, le fonctionnement devient de plus en plus hétérogène avec l'âge (51).

Certaines altérations de la mémoire et de la vitesse de traitement de l'information sont courantes, et les plaintes à ce sujet sont fréquemment signalées par les personnes âgées. Cependant, bien que le vieillissement soit associé à une diminution de la capacité à réaliser des tâches complexes qui nécessitent de dissocier ou de fractionner son attention, il ne semble pas réduire la capacité à soutenir la concentration ou à éviter les distractions.

De même, bien que le vieillissement soit associé à une baisse de la capacité à apprendre et à maîtriser des tâches élémentaires consistant

à manier activement, à réorganiser, intégrer ou anticiper divers éléments de la mémoire, il y a peu d'association avec la mémoire des informations factuelles, la connaissance des mots et des concepts, la mémoire liée au passé personnel, et la mémoire procédurale (par exemple, les compétences nécessaires pour faire de la bicyclette) (52). Ainsi, les fonctions cognitives ne se détériorent pas toutes avec l'âge, et les caractéristiques linguistiques, telles que la compréhension, la lecture et le vocabulaire, en particulier, restent stables tout au long de la vie.

Les variations du déclin des fonctions cognitives avec l'âge d'une personne à l'autre sont influencées par de nombreux facteurs, y compris le statut socio-économique, le mode de vie, la présence de maladies chroniques et la prise de médicaments, ce qui suggère qu'il existe des possibilités d'interventions en santé publique au cours de la vie. Il existe aussi des preuves que le déclin cognitif normal lié à l'âge peut être partiellement compensé par les compétences pratiques et l'expérience acquises au cours de la vie (53), et peut être atténué grâce à l'exercice mental et l'activité physique (54).

Fondamentalement, les altérations subtiles et hétérogènes des fonctions cognitives qui sont observées chez les personnes âgées en bonne santé sont tout à fait distinctes des altérations associées à la démence.

Sexualité

Bien que les données sur l'activité sexuelle des personnes âgées soient limitées, en particulier en provenance des pays à faibles revenus, les enquêtes de population montrent régulièrement que les gens restent souvent sexuellement actifs jusqu'à un âge avancé. Par exemple, dans une étude longitudinale, 73 % des participants âgés de 57 à 64 ans, 53 % âgés de 65 à 74 ans, et 26 % âgés de 75 à 85 étaient sexuellement actifs. Dans le groupe le plus âgé, 23 % des participants actifs sexuellement ont déclaré avoir des rapports sexuels une fois par semaine ou plus (55).

La sexualité des personnes âgées est influencée par de nombreux changements physiologiques qui se produisent dans le cadre du processus de vieillissement chez les hommes et les femmes, ainsi que par de multiples facteurs psychosociaux et socio-environnementaux (56). Parce que la vieillesse est aussi une période de risque accru de maladie, ces changements sous-jacents seront souvent compliqués par la nécessité de lutter contre les maladies qui peuvent avoir des effets physiques sur la fonction sexuelle. Ces répercussions peuvent être directes (par exemple, les maladies vasculaires entraînent une dysfonction érectile) ou indirectes (par exemple, les médicaments nécessaires pour traiter une maladie peuvent provoquer une diminution de la libido), ou entraîner des conséquences psychosociales de la maladie ou de son traitement (par exemple, la transformation de l'image de soi qui peuvent survenir chez les femmes après une mastectomie). En effet, les défis posés par les maladies peuvent être plus fortement liés à des problèmes sexuels qu'à l'âge en soi (55).

Conformément aux attitudes socioculturelles qui prédominent, la recherche sur la sexualité chez les personnes âgées se concentre souvent sur ces vulnérabilités et ces dysfonctionnements sexuels plutôt que sur les aspects positifs de la sexualité (57). Ainsi, un récent sondage auprès de personnes d'âge moyen et de personnes âgées dans 29 pays a identifié les dysfonctionnements les plus courants chez les femmes comme étant le manque d'intérêt sexuel (21 %), l'incapacité à atteindre l'orgasme (16 %) et les problèmes de lubrification (16 %) (58). Chez les hommes, les dysfonctionnements les plus courants semblaient être les difficultés à atteindre ou à maintenir une érection (37 %), le manque d'intérêt pour le sexe (28 %), l'orgasme trop rapide (28 %), l'anxiété par rapport à la performance (27 %) et l'incapacité à atteindre l'orgasme (20 %).

Malgré ces défis, ou avec l'aide de traitements médicaux largement répandus, la sexualité reste importante chez les personnes âgées et revêt de multiples formes. Allant à l'encontre

des stéréotypes cisgenres, le peu de recherches entreprises dans ce domaine suggère qu'une fonction sexuelle de niveau plus élevé est importante pour la satisfaction de la relation à la fois chez les femmes âgées et les hommes âgés (bien que cette association puisse fonctionner dans les deux sens), et que l'intimité physique impliquant des baisers et des caresses peut être encore plus importante pour les hommes âgés que pour les femmes âgées (58).

On néglige souvent le sujet de la sexualité chez les personnes âgées vivant en maison de retraite ou en institution (Chapitre 4). Il s'agit d'une question complexe touchant à la fois aux droits de ces personnes âgées d'exprimer leur sexualité, et à la nécessité de protéger les personnes vulnérables contre les comportements prédateurs. Des dilemmes éthiques particuliers peuvent se poser en matière de sexualité dans le cadre de la démence (59). Le besoin est urgent de disposer de davantage de recherches et de meilleures directives sur la façon de gérer ces situations délicates et complexes.

La fonction immunitaire

La fonction immunitaire, et en particulier l'activité des lymphocytes T, diminue avec l'âge (23, 60, 61). Ces altérations signifient que la capacité à répondre à de nouvelles infections (et à la vaccination) diminue à l'âge mûr, une tendance que l'on appelle immunosénescence (62). Il existe également des éléments de preuves indiquant que le stress chronique (par exemple, la nécessité d'assurer des soins) peut réduire la réponse immunitaire et l'efficacité des vaccins chez les personnes âgées, et une augmentation des taux sériques de cytokines inflammatoires liée à l'âge, connue sous le nom « d'inflammageing sérique », serait liée à de multiples conséquences, comme la fragilité, l'athérosclérose et la sarcopénie (22, 23, 63-65). Bien que l'association précise de ces tendances avec les changements physiologiques plus larges liés au vieillissement soit encore sujet à débat, il est clair que la fonction immunitaire a un rôle important à jouer, et peut présen-

ter des opportunités pour de futures interventions. Cette possibilité a été renforcée par des recherches sur les souris, suggérant que la dépuration efficace des cellules sénescentes, un autre rôle du système immunitaire, pourrait retarder de nombreux troubles liés au vieillissement (66).

Fonctions de la peau

La peau souffre d'altérations progressives avec l'âge qui sont le résultat de dommages causés par des mécanismes physiologiques, la prédisposition génétique et les agressions externes, en particulier l'exposition au soleil (67, 68). Les changements liés à l'âge qui s'opèrent au niveau cellulaire peuvent avoir de nombreux affects, notamment une baisse de la capacité de la peau à constituer une barrière (69). En outre, la perte de fibres de collagène et d'élastine dans le derme peut réduire la résistance à la traction de la peau, et l'atrophie vasculaire progressive peut entraîner une vulnérabilité accrue aux dermatoses, aux escarres et aux lésions cutanées. Ensemble, ces altérations peuvent entraîner chez les personnes âgées une sensibilité accrue à de nombreux troubles dermatologiques (70). En outre, les effets cumulatifs des agressions de l'environnement, en particulier l'exposition au soleil, contribuent à une augmentation marquée du risque d'affections néoplasiques.

Les répercussions potentielles de ces altérations ne sont pas seulement physiques. De nombreuses maladies de la peau peuvent affecter la santé émotionnelle des individus ou mener à des changements dans la façon dont ils sont perçus par les autres ; elles peuvent aussi causer un désengagement des activités sociales, empêchant ainsi la pleine participation à la vie dans la communauté et dans le milieu du travail.

Les problèmes de santé du troisième âge

L'âge augmente le risque de nombreux troubles de santé, et ceux-ci peuvent avoir des répercussions importantes sur les capacités intrinsèques,

au-delà des tendances décrites au chapitre sur les changements sous-jacents. Cependant, il serait faux de penser que la présence d'une maladie à un âge avancé signifie que la personne n'est plus en bonne santé (71). De nombreuses personnes âgées conservent de bonnes aptitudes fonctionnelles, et connaissent un niveau très satisfaisant de bien-être, malgré la présence d'une ou de plusieurs maladies.

La Fig. 3.13 se base sur les données du « Projet sur la charge mondiale de morbidité » (2), afin d'identifier les causes habituelles d'années de vie en bonne santé perdues pour cause d'invalidité chez les personnes âgées de plus de 60 ans ; les données sont présentées pour les pays regroupés en fonction de leur niveau de développement économique. Ces données donnent à la fois une indication sur l'incidence et la sévérité des différentes maladies, et sur la durée moyenne pendant laquelle une personne en sera affectée.

Partant de ces données, on estime que la plus grande charge d'incapacité provient des déficiences sensorielles (en particulier dans les pays à revenus faibles et moyens-inférieurs), des douleurs du dos et du cou, des broncho-pneumopathies obstructives chroniques (en particulier dans les pays à revenus faibles et moyens-inférieurs), des troubles dépressifs (Encadré 3.2), des chutes, du diabète, de la démence (en particulier dans les pays à revenus élevés) (Encadré 3.3) et de l'arthrose. La charge supérieure de démence dans les pays à revenus élevés peut refléter, au moins en partie, le fait que l'âge moyen soit supérieur dans ces pays, et qu'il existe un meilleur diagnostic et une prise de conscience plus importante de ces problèmes. La plus grande charge de déficiences sensorielles dans les pays à revenus faibles et moyens- inférieurs est susceptible de refléter de nombreux éléments, notamment une exposition plus importante au bruit et au soleil au cours de la vie. Un taux plus élevé de broncho-pneumopathies chroniques obstructives dans les pays à revenus faibles et moyens-inférieurs est probablement une conséquence d'une plus grande

Encadré 3.2. Dépression et anxiété

Les troubles affectifs, tels que la dépression et l'anxiété, ont tendance à réapparaître tout au long de la vie chez une partie vulnérable de la population.

On pourrait s'attendre à ce que les épisodes de troubles affectifs soient plus fréquents chez les personnes âgées en raison de l'augmentation du risque d'événements tragiques survenus dans leur vie. Au lieu de cela, les troubles dépressifs semblent être un peu moins répandus chez les personnes âgées que chez les jeunes adultes, mais affectent malgré tout environ 2 à 3 % des personnes âgées vivant dans la communauté (72) ; cependant, la prévalence chez les personnes âgées les plus fragiles et les plus vulnérables vivant dans des établissements de soins de longue durée est considérablement plus élevée, atteignant environ 10 % (73). En outre, par rapport aux jeunes adultes, les personnes âgées souffrent plus souvent d'une symptomatologie dépressive substantielle sans répondre aux critères de diagnostic d'une dépression. Cette affection est souvent appelée « dépression infraclinique », et affecte près de 1 personne âgée sur 10 (74). La dépression infraclinique a également un impact majeur sur la qualité de vie des personnes âgées, et elle est un facteur de risque majeur de maladie dépressive.

La prévalence estimée des troubles anxieux parmi la population âgée, varie entre 6 à 10 %, ce qui est légèrement inférieur à la prévalence estimée des troubles anxieux chez les jeunes adultes, mais représente tout de même une cause importante de handicap (75). La prévalence de l'anxiété dans les établissements de soins de longue durée s'est avérée être un peu plus faible, et est estimée à environ 5,7 % (73). Les troubles anxieux et la dépression vont souvent de pair. Environ 13 % des personnes âgées souffrant d'un trouble anxieux présentent également une dépression, et 36 % des personnes âgées souffrant de dépression ont un trouble anxieux associé (76). Bien que les troubles affectifs soient fréquents chez les personnes âgées, le traitement est souvent efficace, y compris la thérapie cognitivo-comportementale (77, 78) et l'utilisation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (79).

exposition aux polluants atmosphériques, de l'air intérieur et extérieur, pendant toute la vie.

Les courbes de la mortalité fournissent également un aperçu des maladies qui sont importantes chez les personnes âgées. La Fig. 3.14 utilise les données de la charge mondiale de morbidité pour illustrer les années de vie perdues chez les personnes âgées de 60 ans, avec les données présentées pour les pays regroupés en fonction de leur niveau de développement économique. Ceci est une mesure des maladies mortelles chez les personnes âgées, et des années potentielles de vie dont elles seront, en moyenne, privées à cause de ces maladies. La plus grande charge de mortalité chez les personnes âgées, partout dans le monde, résulte des cardiopathies ischémiques, des AVC (accidents vasculaires cérébraux) et des broncho-pneumopathies chroniques obstructives. La charge de toutes ces pathologies est beaucoup plus importante dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, que dans les pays à revenus élevés de l'OCDE. Le niveau exceptionnellement élevé de la charge des maladies cardiovasculaires dans les pays à revenus élevés hors OCDE est fortement influencé par le taux élevé qu'affiche la Fédération de Russie.

Combinées, les Fig. 3.13 et Fig. 3.14 indiquent que, peu importe où les gens vivent, la charge de morbidité écrasante chez les personnes âgées vient des maladies non transmissibles. Celles-ci sont souvent considérées comme des « maladies de riches » et représentent un élément auquel les pays pauvres devront prêter attention à mesure qu'ils se développent. Ces données montrent que pour les personnes âgées, les maladies non transmissibles causent déjà une charge de morbidité gravement inéquitable dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

La multimorbidité

À mesure que les gens vieillissent, ils ont plus de risques d'être touchés de multimorbidité – c'est-à-dire la présence de multiples maladies chroniques en même temps. Cela peut conduire à des interactions entre les maladies ; entre une pathologie et le traitement recommandé pour une autre pathologie ; et parmi les médicaments prescrits

Encadré 3.3. La démence

En 2015, la démence a touché plus de 47 millions de personnes dans le monde entier. D'ici 2030, on estime que plus de 75 millions de personnes seront atteintes de démence, et ce nombre devrait tripler d'ici 2050. Il s'agit de l'un des principaux défis de santé de notre époque. Dans une étude australienne, on estime que près de 10 % de l'augmentation des coûts de santé prévus au cours des 20 prochaines années viendrait de la demande de soins pour cette seule affection (80).

Contrairement à la croyance populaire, la démence n'est pas une conséquence naturelle ou inévitable du vieillissement. Il s'agit d'une affection qui affecte les fonctions cognitives supérieures, de la mémoire, du langage, de la perception et de la réflexion, et qui perturbe de manière significative la capacité à conserver les habitudes de la vie quotidienne. Les types les plus courants de démence sont la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire. Les données probantes indiquent que le risque de certains types de démence peut être moindre si l'on réduit les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Les conséquences personnelles, sociales et économiques de la démence sont énormes. La démence conduit à l'augmentation des coûts liés aux soins de longue durée pour les gouvernements, les communautés, les familles et les individus, et à une perte de productivité pour les économies. Le coût global des soins de la démence en 2010 a été estimé à 604 milliards de dollars (US\$) : 1,0 % du produit intérieur brut mondial. D'ici 2030, le coût des soins pour les personnes atteintes de démence dans le monde pourrait atteindre 1,2 trillions de dollars (US \$) ou plus, ce qui pourrait compromettre le développement social et économique dans le monde entier.

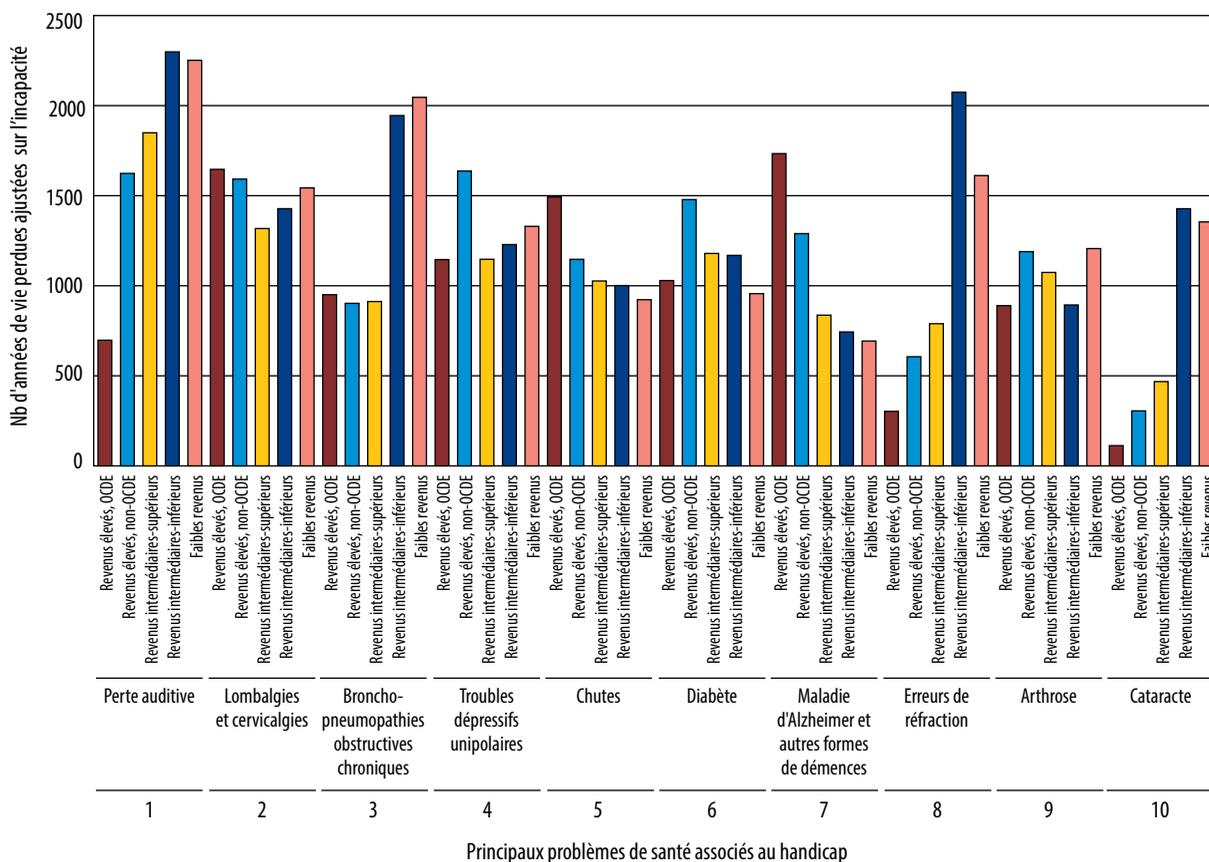
Près de 60 % des personnes atteintes de démence vivent dans des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, et cette proportion devrait augmenter rapidement au cours de la prochaine décennie, ce qui contribuerait à accroître les inégalités entre les pays et les populations. Une mobilisation mondiale durable est donc nécessaire pour promouvoir une action sur la démence et relever les défis qu'elle pose. Aucun pays, secteur ou organisation ne peut s'attaquer seul à cet enjeu.

L'Appel à l'action lancé par les participants à la première conférence ministérielle de l'OMS sur l'action mondiale contre la démence, tenue à Genève en mars 2015, a identifié plusieurs principes généraux et approches fondamentales pour guider les efforts entrepris au niveau mondial. Ceux-ci comprennent des tentatives d'équilibrer les efforts en matière de prévention, de réduction des risques, de soins et de traitement de façon à ce que, tandis que les efforts sont orientés vers la recherche de traitements, de pratiques, et de mesures de réduction des risques efficaces, une amélioration soutenue est apportée aux soins prodigués aux personnes atteintes de démence, et un soutien est assuré à leurs aidants. La conférence mentionne l'intégration des aspects de prévention de la démence, de soins et de réadaptation dans les politiques liées au vieillissement. La conférence a souligné la nécessité de promouvoir une meilleure compréhension de la démence, et de sensibiliser le public afin de favoriser l'inclusion sociale et l'intégration des personnes atteintes de démence et leurs familles. En outre, elle a appelé à renforcer l'action multisectorielle et les partenariats, et à accroître les efforts collectifs en matière de recherche, pour accélérer les réponses pour traiter la démence. La prochaine étape consistera pour l'OMS à créer un observatoire mondial sur la démence, afin de mieux comprendre et surveiller la démence en matière d'épidémiologie, les actions politiques, la répartition des ressources entre les pays, et les efforts de recherche pour diffuser et promouvoir les efforts mondiaux et nationaux pour alléger la charge associée à la démence. Bien que ce sujet crucial soit donc au centre de toute action de santé publique relative au vieillissement de la population, et que l'aspect des soins soit mis en évidence au Chapitre 5, il est impossible dans ce rapport d'être exhaustif quant à la nécessité de progrès dans le domaine de la démence. De plus amples informations sur la démence figurent dans d'autres documents de l'OMS qui portent spécifiquement sur cette question, figurant sur le site : <http://www.who.int/topics/dementia/en/>.

pour des affections différentes. Par conséquent, l'impact de la multimorbidité sur les aptitudes fonctionnelles, la qualité de vie et le risque de mortalité peut être nettement supérieur à la

somme des effets individuels auxquels on pourrait s'attendre de ces maladies (81). De manière prévisible, la multimorbidité est également associée à un taux plus élevé de recours aux soins et

Fig. 3.13. Nombre d'années de vie en bonne santé perdues pour cause d'incapacité (AVI) pour 100 000 habitants, et 10 principaux problèmes de santé associés à l'incapacité, dans des populations de 60 ans et plus, 2012



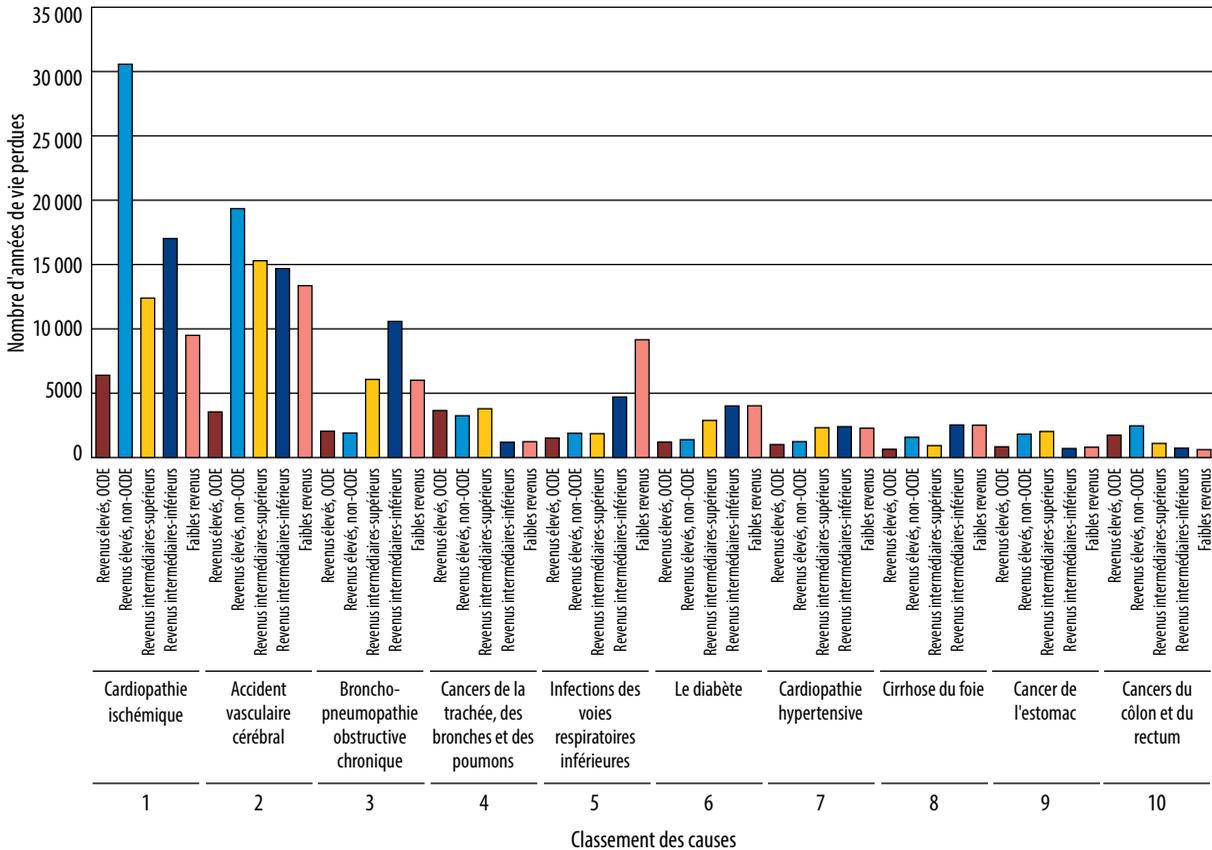
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques.

Source : (2).

à des coûts plus élevés (81). Bien que la multimorbidité concerne la présence de deux maladies chroniques ou plus, il n'existe pas de définition standard ou de consensus sur le choix des maladies qui devraient être prises en compte. Cela rend difficile les comparaisons de prévalence, ou les comparaisons entre ou parmi les études au niveau international. Les estimations de prévalence varient aussi selon les méthodes d'identification utilisées (par exemple, l'auto-déclaration versus le dossier clinique), et le cadre de l'étude (par exemple, dans la population générale ou dans un contexte de soins de santé primaires).

Une vaste analyse systématique d'études dans sept pays à revenus élevés a conclu que plus de la moitié de l'ensemble des personnes âgées présentaient une multimorbidité, avec une prévalence augmentant fortement à un très grand âge (81). D'autres études en Chine et en Espagne ont produit des résultats similaires, avec plus de la moitié de la population chinoise âgée de 70 ans ou plus, et entre la moitié et deux tiers des espagnols âgés de plus de 65 ans, présentant deux ou plusieurs maladies chroniques (82, 83).

Fig. 3.14. Nombre d'années de vie perdues à cause de la mortalité (AVP) pour 100 000 habitants pour les 10 principales causes d'années perdues, dans les populations âgées de 60 ans et plus, 2012



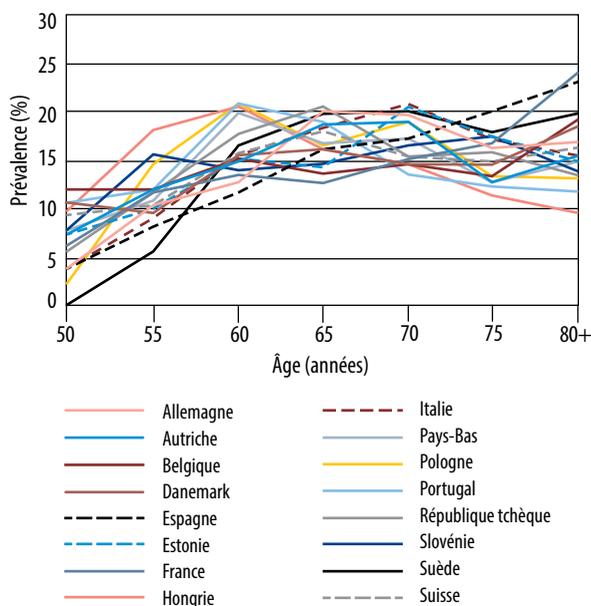
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques.
 Source : (2).

Dans les pays à revenus élevés, les plus fortes augmentations de prévalence de la multimorbidité surviennent fréquemment lors de deux périodes : entre 50 ans et 60 ans, et à un âge très avancé. Ceci peut être observé à la Fig. 3.15 qui indique la prévalence de la multimorbidité dans différents pays européens inclus dans l'étude SHARE (à noter que les prévalences sont inférieures à celles mentionnées ci-dessus, en raison de l'exclusion de nombreuses maladies, y compris les troubles affectifs).

Cependant, une vaste étude en Ecosse a constaté que l'apparition de la multimorbidité

survenait 10 à 15 ans plus tôt chez les personnes vivant dans les milieux les plus défavorisés par rapport à celles dans les milieux les plus riches (84). La multimorbidité est également plus fréquente chez les personnes ayant un faible statut socio-économique (81, 82, 85). Cela renforce la thèse récurrente tout au long de ce rapport, suggérant que la bonne santé à un âge avancé est étroitement liée à un statut socio-économique élevé. Par conséquent, il sera important de veiller à ce que les systèmes soient conçus de manière à ce qu'ils puissent répondre équitablement aux besoins des personnes âgées présentant des

Fig. 3.15. Prévalence de la multimorbidité chez les personnes âgées de 50 ans et plus, 2010 à 2011



Remarque : La multimorbidité est généralement définie comme le fait d'avoir deux ou plusieurs maladies chroniques (72). Les problèmes de santé suivants ont été inclus dans l'étude : cardiopathie ischémique, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, broncho-pneumopathie chronique obstructive, asthme, arthrose, ostéoporose, cancer, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer et autres cas de démence.

Source : (16).

comorbidités. Bien que la prévalence de la multimorbidité soit plus élevée chez les femmes âgées que chez les hommes âgés, les études sur l'incidence ont noté des taux similaires chez les deux sexes, ce qui suggère que cette différence dans la prévalence reflète une différence en termes de survie plutôt que de risques (86). Les facteurs de risque identifiés au cours des études sur l'incidence comprennent le faible statut socio-économique, un nombre plus élevé de maladies antérieures, la race ou l'origine ethnique et l'âge, même si une étude de cohorte historique à grande échelle aux États-Unis a révélé qu'une

part importante de la multimorbidité commençait avant l'âge de 65 ans (81, 86).

Les données provenant des pays à revenus faibles et intermédiaires sont limitées. Cependant, compte tenu de la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles, et de la charge plus lourde et plus précoce des troubles courants décrits ci-dessus (Fig. 3.4 et Fig. 3.5), la multimorbidité risque d'y être encore plus répandue. Cela présente un défi encore plus grand dans ces contextes, où il peut être déjà difficile de gérer les maladies individuelles (87).

En outre, l'infection au VIH semble également augmenter le risque de multimorbidité. Vu que le taux de survie s'améliore et que l'infection au VIH devient davantage une maladie chronique, les populations vivant avec le VIH vieillissent. La recherche dans les pays à revenus élevés suggère que les personnes infectées par le VIH peuvent avoir jusqu'à cinq fois plus de risques de maladies chroniques, de syndromes gériatriques et de multimorbidité, même les personnes dont l'infection est bien traitée et bien gérée (88, 89). Cela peut être dû au dysfonctionnement immunitaire, à l'inflammation, à la toxicité cumulative du traitement, ou à une combinaison de tous ces éléments. Les pays ayant une forte prévalence d'infection au VIH risquent donc de devoir faire face à des problèmes de santé particulièrement complexes à mesure que leur population vieillit.

La multimorbidité a des répercussions significatives sur les personnes âgées. Plus le nombre d'affections chroniques augmente, plus le risque d'altération des capacités augmente aussi (81, 90). Cependant, l'impact de la multimorbidité sur les aptitudes fonctionnelles des personnes âgées est déterminé non seulement par le nombre de problèmes de santé concomitants, mais également par les maladies individuelles impliquées, et la façon dont elles interagissent. En outre, bien que les éléments de preuve soient limités, il apparaît que la comorbidité n'est pas aléatoire, et que certaines maladies ont tendance à survenir conjointement (91). Ce peut être au moins en partie lié aux altérations sur le plan immunitaire associées

au vieillissement (92). Certaines associations de maladies ont des répercussions particulièrement néfastes sur les aptitudes fonctionnelles, comme, par exemple, la dépression ayant un effet synergique aggravant quand elle est combinée à l'insuffisance cardiaque, l'arthrose et les troubles cognitifs (93).

Malgré le grand nombre de personnes âgées présentant une multimorbidité, la plupart des systèmes de santé ne sont pas équipés pour assurer les soins complets nécessaires pour traiter ces états de santé complexes. Les lignes directrices relatives aux soins cliniques se concentrent généralement sur une seule maladie, intégrant rarement des informations sur les comorbidités éventuelles, et contredisant souvent le traitement ou les changements de style de vie recommandés pour d'autres pathologies (91, 94, 95). Une conséquence courante est la polymédication, qui peut être appropriée pour le traitement des maladies individuelles, mais qui fait courir le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires indésirables au patient (94). Aussi, le risque d'interactions médicamenteuses chez les personnes âgées en perte d'autonomie et ayant des comorbidités, peut limiter l'utilisation de traitements pharmacologiques potentiellement bénéfiques (96).

Enfin, la plupart des essais cliniques ne tiennent pas compte de l'impact de la comorbidité, et généralement, ils excluent totalement les personnes âgées, malgré l'altération de leur état physiologique (97). Cela limite sérieusement leur utilité pour orienter les décisions thérapeutiques et optimiser les résultats du traitement chez les patients à un âge avancé (98). Des approches novatrices sont donc nécessaires pour identifier les meilleurs traitements indiqués pour les personnes âgées présentant des comorbidités. En attendant que ces approches soient mises en place, l'amélioration de la recherche en matière de pharmacovigilance pourrait fournir quelques indications.

Autres problèmes de santé complexes chez les personnes âgées

L'âge avancé se caractérise également par l'apparition de plusieurs troubles de santé complexes qui ont tendance à ne se produire que plus tard dans la vie, et qui ne se répartissent pas en catégories de maladies distinctes. On les appelle communément les syndromes gériatriques (99). Ils sont souvent la conséquence de plusieurs facteurs sous-jacents, et de multiples systèmes organiques, et le motif de consultation peut ne pas représenter l'état pathologique sous-jacent (100). Par exemple, une personne âgée peut se présenter avec une détérioration sévère des fonctions cognitives ou un état confusionnel, mais cela peut être dû à des causes sous-jacentes aussi diverses qu'une infection ou une perturbation électrolytique. De même, une chute peut être la conséquence de nombreux éléments sous-jacents, y compris des interactions médicamenteuses, des facteurs environnementaux et une faiblesse musculaire.

Il existe toujours une certaine controverse quant aux affections pouvant être considérées comme faisant partie des syndromes gériatriques, mais elles comprennent certainement la fragilité, l'incontinence urinaire, les chutes, l'état confusionnel et les escarres (99, 101). Ces syndromes semblent être de meilleurs prédicteurs de survie que la présence ou le nombre de maladies spécifiques (102, 103). Pourtant, en raison de leur nature multi-systémique transversale à de nombreuses disciplines, ils présentent des défis pour les services de santé structurés de manière traditionnelle, et sont souvent négligés dans la recherche épidémiologique. Des approches novatrices pour le traitement de ces comorbidités et de ces syndromes gériatriques devront être au centre de toute réponse de la société au vieillissement de la population.

Fragilité

La définition de la fragilité demeure contestée, mais elle peut être considérée comme étant une

régression progressive des systèmes physiologiques liée à l'âge, qui entraîne une diminution des réserves de capacités intrinsèques, ce qui confère une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et augmente le risque d'une série d'effets négatifs sur la santé (104). La fragilité, la dépendance aux soins et la comorbidité sont distinctes, mais étroitement liées. Ainsi, une étude a révélé une comorbidité dans 57,7 % des cas de fragilité, et une dépendance aux soins dans 27,2 % des cas, mais aucune des deux n'était présente dans 21,5 % des cas de fragilité (105).

Une vaste étude européenne a estimé la prévalence de la fragilité entre l'âge de 50 ans et de 64 ans, à 4,1 %, passant à 17 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (106). Cette même étude a révélé que la prévalence de l'état de pré-fragilité à ces âges était de 37,4 % et 42,3 %, respectivement. Cependant, à la fois la fragilité et l'état de pré-fragilité variaient de façon marquée entre les pays, étant plus répandue en Europe du Sud. Ces résultats concordent aux estimations du Japon et de la République de Corée, où la prévalence de la fragilité dans les deux pays est estimée à environ 10 % (107, 108). La fragilité peut être encore plus répandue dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (109-112). La fragilité est plus fréquente chez les femmes et chez les personnes ayant un statut socio-économique inférieur (113-115).

L'évolution de la fragilité varie considérablement d'un individu à l'autre et semble réversible, bien que seule une faible proportion des personnes fragiles récupèrent spontanément leurs forces (116, 117). Parce que la fragilité comprend des altérations complexes qui se produisent dans plusieurs systèmes, une approche clinique essentielle consiste à procéder à une évaluation gériatrique complète. Ces évaluations, et les interventions adaptées à chaque personne qui en découlent, ont démontré qu'elles permettaient de prévenir de nombreux effets négatifs majeurs en matière de santé, y compris un taux de survie abrégé et une dépendance aux soins (118, 119). Les interventions visant à accroître l'activité physique ont également montré leur efficacité, et

peuvent être plus efficaces dans les cas les plus graves de fragilité (120, 121). Les mesures visant à améliorer la nutrition peuvent aussi être bénéfiques, mais il existe peu d'éléments de preuve à ce sujet (122, 123).

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire (c'est-à-dire l'écoulement involontaire d'urine lié à un besoin urgent d'uriner ou lié à l'effort, lors d'un effort physique, d'un éternuement ou de la toux) est un problème négligé chez les personnes âgées, et un fort prédicteur du besoin de soins (124, 125). L'incontinence urinaire est l'un des troubles les plus courants à un âge avancé, avec la prévalence augmentant avec l'âge, et étant beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge (126). Dans une étude menée dans les zones rurales en Chine, la prévalence de l'incontinence urinaire était de 33,4 % chez les personnes âgées de plus de 60 ans (127). Une autre étude de la population rapporte, chez des personnes âgées atteintes de démence, une prévalence de 19,1 % en Amérique latine, 15,3 % en Inde, et de 36,1 % en Chine, et a trouvé que l'incontinence urinaire était indépendamment liée à l'incapacité (128).

Les répercussions de l'incontinence urinaire peuvent être considérables sur la qualité de vie aussi bien des personnes âgées que des aidants familiaux. L'incontinence urinaire est associée à la dépression, la dépendance aux soins et l'auto-évaluation de la santé des personnes âgées (129), et augmente la pression et la charge exercée sur les familles (130).

Les chutes

Les chutes représentent un problème de santé majeur chez les personnes âgées (131). Diverses études et méta-analyses ont estimé que 30 % des personnes âgées de 65 ans (132-141), et 50 % des personnes âgées de plus de 85 ans, qui vivaient dans la communauté, allaient être victimes de chutes au moins une fois dans l'année. Les chutes sont encore plus fréquentes dans les établissements de soins de longue durée, se produisant chaque année chez plus de 50 % des personnes

âgées de plus de 65 ans (136, 141, 142). Dans l'ensemble, des lésions importantes se produisent dans 4 à 15 % des cas de chutes, et 23 à 40 % des décès liés à des lésions chez les personnes âgées sont dus à des chutes (133, 136, 137). Les traumatismes liés aux chutes peuvent aller d'hématomes ou de contusions mineures à des fractures du poignet ou de la hanche (140-142). Les chutes sont en fait le principal facteur de risque de fractures, et sont même plus importantes que la baisse de la densité minérale osseuse - ou ostéoporose - (80 % des fractures entraînant un traumatisme mineur surviennent chez des personnes qui ne souffrent pas d'ostéoporose, et 95 % des fractures de la hanche résultent de chutes) (136, 143).

Il existe un ensemble important de preuves démontrant que de nombreuses chutes peuvent être évitées en s'attaquant à un vaste éventail de facteurs de risque. Ces facteurs comprennent (132, 134-141, 144-148) les éléments suivants :

- les facteurs individuels - tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le faible niveau d'instruction et les faibles revenus ;
- les caractéristiques de santé - telles que l'hypotension orthostatique, les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la consommation excessive d'alcool, le faible niveau d'activité physique, le manque de sommeil, l'augmentation d'indice de masse corporelle ;
- les capacités intrinsèques - telles que la baisse des capacités physiques, émotionnelles et cognitives, et les problèmes de vision, d'équilibre et de mobilité ;
- l'environnement - comme le logement inadéquat (plancher glissant, éclairage tamisé, obstacles et risques de chute), la conception inadéquate des escaliers, les rues et chemins piétonniers accidentés, le manque d'accès aux services sociaux et de santé, l'utilisation inappropriée d'aides techniques, le manque d'interactions sociales et de soutien communautaire, le chaussage inadéquat.

Capacités intrinsèques et aptitudes fonctionnelles

Jusque là, ce chapitre a présenté de manière générale les approches épidémiologiques couramment utilisées pour étudier la santé des personnes âgées. Celles-ci se concentrent sur les causes de mortalité et de morbidité, et parfois les multimorbidités qui se produisent. Il a également examiné les tendances physiologiques sous-jacentes, ainsi que les syndromes gériatriques qui ne sont souvent pas classés comme maladie ou invalidité, et ne parviennent donc pas à figurer dans les listes des affections les plus importantes.

Vu sous l'angle de ce risque accru de maladie, et tenant compte des grands bouleversements sociaux et des pertes personnelles souvent vécus pendant la seconde moitié de la vie, on pourrait s'attendre à ce que ce soit une période de déclin et de souffrance inexorables. Pourtant, ce n'est pas le cas. Plusieurs études sur les tendances en matière de bien-être subjectif tout au long de la vie, suggèrent que dans de nombreux pays, la satisfaction globale à l'égard de la vie augmente en fait à un âge avancé (149, 150). Cette constatation peut avoir une série d'explications, mais reflète probablement en partie le potentiel de récupération, d'adaptation et de développement psychosocial chez les personnes âgées.

Toutefois, ces tendances ne sont pas universelles, et dans certains pays, les personnes âgées signalent un niveau de satisfaction de la vie de moins bonne qualité que les adultes plus jeunes. Cela met en évidence le rôle que jouent les caractéristiques environnementales, en permettant aux gens de vieillir de manière satisfaisante.

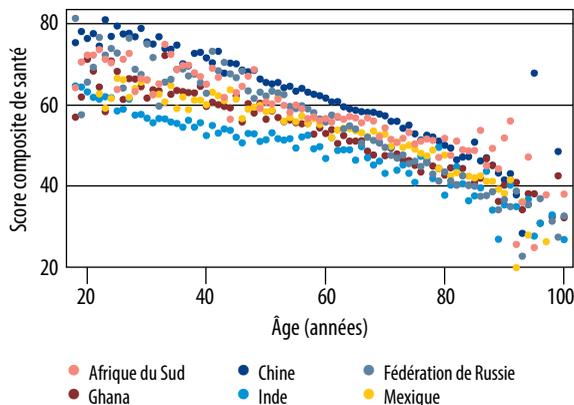
En outre, comme décrit au Chapitre 2, une évaluation fonctionnelle générale est un bien meilleur prédicteur de résultats positifs à un âge avancé qu'une seule maladie ou que l'ampleur des multimorbidités. Ce rapport affirme que c'est cette perspective holistique qui offre le point de départ adéquat pour une réponse de santé publique au vieillissement de la population.

Le Vieillessement en bonne santé formule cela à travers les concepts des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles. Le paragraphe suivant de ce chapitre étudie comment celles-ci pourraient être mesurées, et ce que nous disent les données sur la façon dont ces attributs évoluent tout au long de la vie, ou varient selon les pays. Malheureusement, les données et les méthodes utilisées pour recueillir ces éléments sont limitées. La surveillance et la recherche axées sur les maladies ne collectent pas d'informations utiles sur les aptitudes fonctionnelles et il n'existe pas d'outils largement acceptés à ce sujet, bien que des outils existent pour mesurer certaines composantes spécifiques des capacités, telles que les fonctions cognitives ou les limitations fonctionnelles sévères, comme la perte de la capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne. Les propos qui suivent, par conséquent, doivent être considérés comme un exercice explorant la façon dont ces importantes lacunes pourraient être comblées.

Les capacités intrinsèques au cours de la vie

Les caractéristiques de santé et les tendances décrites ci-dessus se combinent et interagissent, déterminant en fin de compte les capacités intrinsèques d'une personne âgée. À l'heure actuelle, la plupart des informations sur les capacités intrinsèques proviennent de recherches portant sur une période de la vie pendant laquelle des limitations fonctionnelles importantes sont ressenties, souvent objectivées par la mesure des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Ces mesures peuvent être utiles pour identifier la nécessité d'aide sociale, et dans certaines études longitudinales, pour identifier la valeur prédictive des maladies ou des groupes de maladies individuelles sur les aptitudes fonctionnelles de façon plus générale, ou sur la future dépendance aux soins. L'utilisation des AVQ et des AIVQ correspond bien à la façon dont les systèmes sont conçus à l'heure actuelle. Cependant, ces mesures

Fig. 3.16. Variations des capacités intrinsèques tout au long de la vie

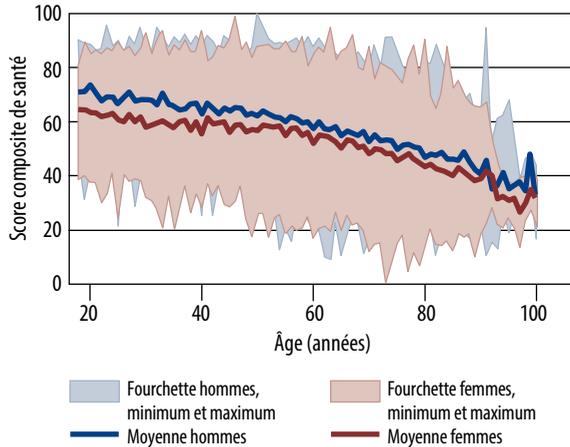


Remarque : Les données sur les capacités physiques et intellectuelles sont tirées de l'étude de l'OMS sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde (SAGE) de 2007 à 2010 (1^{ère} vague) (34), et puis un vecteur unique de capacités a été développé. Des scores plus élevés indiquent des capacités intrinsèques plus élevées.

se limitent à identifier des personnes avec des limitations fonctionnelles sévères. En outre, elles évaluent généralement la performance dans la vie de tous les jours, ce qui implique de prendre en considération, dans une certaine mesure, l'environnement d'une personne âgée.

Ce qui manque à ces nombreux éléments de preuve, sont des indications sur le parcours qui a pu précéder ces limitations fonctionnelles importantes, ou les facteurs qui peuvent les avoir influencées. Comme exemple de la façon dont ce parcours pourrait être construit, en puisant dans les données de l'étude SAGE, nous avons associé une série de mesures, y compris des évaluations physiques et cognitives et des mesures biométriques, afin d'élaborer un vecteur unique qui résume les domaines clés des capacités intrinsèques (Fig. 3.16) (34). Ce que cette analyse montre, c'est que pour les six pays étudiés, il y avait une baisse progressive des capacités moyennes s'étendant sur toute la vie d'adulte. Bien sûr, pour la plupart des individus cette baisse des capacités ne se fera pas de manière

Fig. 3.17. Amplitude et moyenne des capacités intrinsèques des hommes et des femmes dans tous les pays de l'étude SAGE



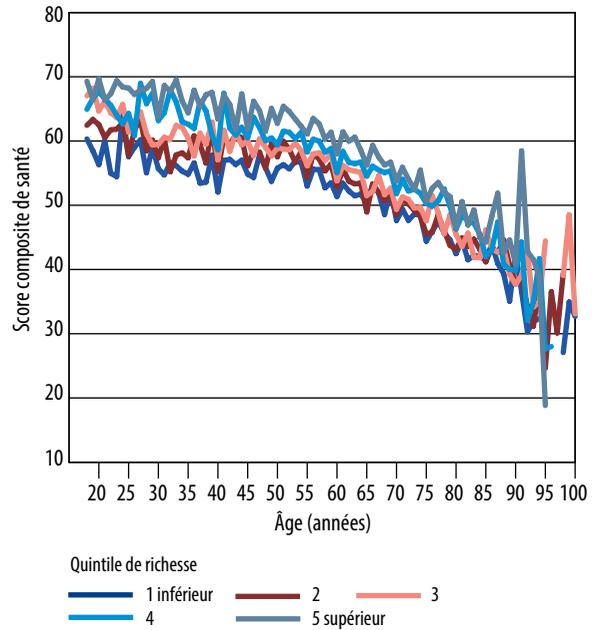
Remarque : Les données relatives aux capacités physiques et intellectuelles sont tirées de l'étude SAGE, et un score composite de santé a été calculé. Des scores plus élevés indiquent une meilleure santé.

Source : (34).

homogène, mais comprendra une série de difficultés et de rémissions intermittentes. Mais pour la population dans son ensemble, le déclin moyen est progressif : il n'existe pas d'âge auquel la plupart des gens ont soudainement moins de capacités et deviennent vieux. Tout aussi important, les tendances des capacités qu'on a pu observer sont différentes pour chaque pays. La mesure de ces évaluations plus complexes des capacités permet de se poser la question : pourquoi ?

La Fig. 3.17 montre les capacités intrinsèques moyennes des hommes et des femmes à différents âges, dans tous les pays de l'étude SAGE. La zone ombrée autour des moyennes montre l'amplitude des capacités chez tous les individus à ces âges. Bien qu'il y ait une tendance distincte des capacités intrinsèques à diminuer avec l'âge, il existe certains individus exceptionnels, âgés de 80 ans ou plus, qui conservent des capacités intrinsèques significativement plus élevées que le niveau moyen observé chez les jeunes adultes. Le

Fig. 3.18. Capacités intrinsèques par quintile de richesse et âge



Remarque : Les scores plus élevés indiquent une meilleure santé.

Source : (34).

schéma indique également le fait que, bien que les capacités au début de l'âge adulte soient, en moyenne, plus élevées, il existe certains individus présentant des niveaux très bas. Dans les pays à revenus élevés, il est probable qu'il y ait beaucoup moins de ces jeunes adultes ayant des limitations de capacités importantes (ce qui explique ainsi les différences entre les Fig. 3.17 et Fig. 1.1).

Comme le suggère le Chapitre 1, cette vaste répartition des capacités intrinsèques tout au long de la vie n'est pas aléatoire. La Fig. 3.18 utilise les données agrégées de l'étude SAGE pour explorer la relation entre le vecteur des capacités intrinsèques et le statut socio-économique. Cela démontre que les capacités intrinsèques de quelqu'un avec un faible statut socio-économique culmineront à un niveau bien inférieur à celles de quelqu'un avec un statut socio-économique supérieur, et cet écart est maintenu tout au long de la vie. Ceci concorde avec les données longitudi-

nales de l'Enquête longitudinale australienne sur la santé des femmes indiquée à la Fig. 1.19 (151).

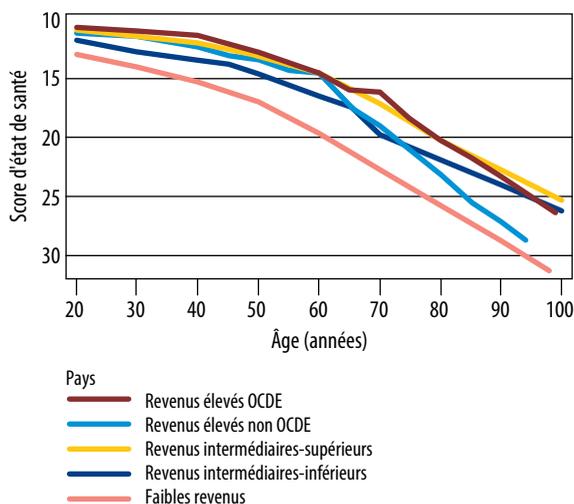
Qu'est-ce qui explique ces tendances ? Environ 25 % de la diversité des capacités intrinsèques à un âge avancé est expliquée par des facteurs génétiques (152). Les 75 % restant de cette diversité est en grande partie due à l'impact cumulatif des comportements et des expositions à divers éléments durant toute la vie d'une personne. Beaucoup de ces expériences sont fortement influencées par des facteurs personnels, tels que la situation sociale de la personne à sa naissance (153). Les Fig. 1.1, Fig. 3.17 et Fig. 3.18 reflètent ainsi l'impact puissant de ces déterminants sociaux sur les aptitudes fonctionnelles à un âge avancé.

Tendances des aptitudes fonctionnelles dans les pays à différents niveaux de développement socio-économique

Ces analyses sont possibles en raison de la vaste sélection de mesures incluses dans l'étude SAGE. Malheureusement, une information aussi complète fait généralement défaut dans le suivi de la population, ou même dans la plupart des travaux de recherche sur les personnes âgées. Pour cela, des outils simples sont nécessaires, permettant une utilisation sur de larges échantillons, et permettant de faire la distinction entre les capacités intrinsèques de l'individu et l'influence de l'environnement dans lequel il vit (c'est-à-dire, ses aptitudes fonctionnelles).

Bien qu'il n'existe pas d'outils largement reconnus pour mesurer ces caractéristiques, plusieurs outils qui ont été développés pour évaluer les aspects plus larges du handicap, constituent un point de départ utile pour des analyses ultérieures. Dans l'Enquête de l'OMS sur la Santé dans le monde réalisée de 2002 à 2004, une série de questions dans huit domaines différents a été utilisée dans chaque pays pour évaluer l'état de santé (Fig. 3.19) (154). Celles-ci mesureraient les difficultés éprouvées pour des activités telles que le travail ou le ménage, se déplacer, se livrer à des activités demandant beaucoup d'énergie, se laver

Fig. 3.19. État de santé par âge, 2002 à 2004



OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Remarque : Les variables utilisées dans l'analyse consistaient en des difficultés pour des activités telles que le travail ou le ménage, se déplacer, se livrer à des activités demandant beaucoup d'énergie, se laver ou s'habiller, maintenir son apparence générale, se concentrer ou mémoriser des choses, apprendre une nouvelle tâche, maintenir des relations personnelles ou participer à la communauté et régler des conflits. Un score plus élevé suppose un handicap plus sévère. Source : (154).

ou s'habiller, maintenir son apparence générale, se concentrer ou mémoriser des choses, apprendre une nouvelle tâche, maintenir des relations personnelles ou participer à la communauté et régler des conflits. Ainsi, le résultat de l'état de santé peut refléter à la fois certains aspects des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles. Cependant, contrairement à la mesure utilisée comme base pour l'analyse de la Fig. 3.16, cet outil repose sur l'état de santé auto-déclaré et ne comporte pas de mesures biométriques.

La Fig. 3.19 indique les résultats moyens pour ces éléments sur tout le parcours de vie, et comment ceux-ci varient entre les pays à revenus élevés, intermédiaires et faibles. Le schéma montre que dans l'ensemble des pays à l'exception des pays à faibles revenus, les aptitudes fonc-

tionnelles moyennes restent relativement élevées jusqu'à l'âge de 60 ans, après quoi un lent rythme de déclin sous-jacent s'accélère. Plus le niveau de développement socio-économique est élevé, plus cette accélération tend à se produire tardivement. Les personnes des pays à revenus élevés de l'OCDE ont tendance à atteindre un point culminant au niveau fonctionnel légèrement plus élevé que dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, et maintiennent généralement cet écart. Ceci peut refléter une nutrition de meilleure qualité et des environnements plus favorables pendant l'enfance, dans les milieux à revenus élevés, qui permettent d'atteindre un point culminant plus élevé de capacités intrinsèques, tandis qu'une plus grande exposition à des facteurs de stress et des charges plus élevées de morbidité dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires peuvent entraîner un plus rapide déclin avec l'âge.

La Fig. 3.19 montre une chute tardive inattendue pour les pays à revenus élevés de l'OCDE par rapport aux pays à revenus moyens-supérieurs. Cela peut refléter l'absence des pays les plus développés dans cette analyse, comme l'Allemagne, le Royaume-Uni et les États-Unis, car toutes les questions n'ont pas été posées dans tous les milieux. Le déclin le plus rapide dans les scores pour les pays à revenus élevés non OCDE peut refléter les tendances épidémiologiques particulières de la Fédération de Russie.

Altération significative des aptitudes fonctionnelles et dépendance aux soins

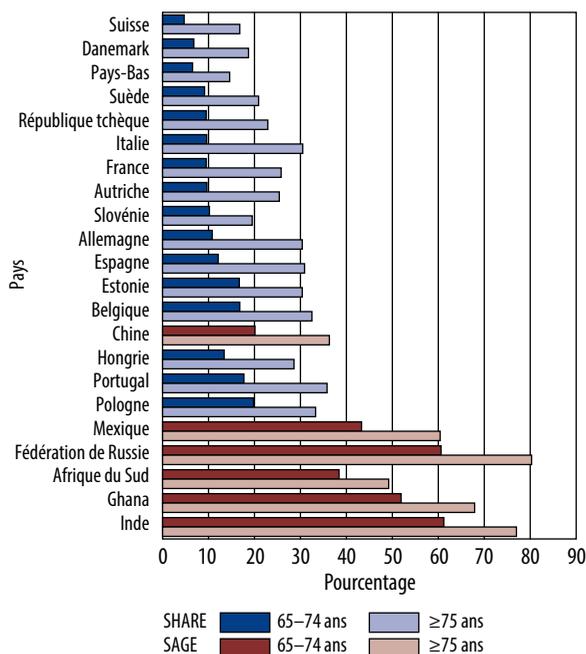
Le mot dépendance est largement utilisé en relation avec le vieillissement, mais il n'y a ni unanimité sur ce que signifie réellement ce terme, ni s'il s'agit d'un état positif ou négatif (155). Ainsi, bien que dans les débats économiques, la dépendance des personnes âgées soit généralement dépeinte comme un état négatif résultant en un transfert de prestations de la part de

générations plus jeunes, vraisemblablement plus productives, aux plus âgés, d'autres ont suggéré que la relation entre les générations plus jeunes et plus âgées devrait plutôt être conçue comme une interdépendance dans les deux sens (156-158). Dans de nombreuses cultures asiatiques et autres cultures, cette interdépendance est considérée comme un bien social fondamental (159).

Ce rapport limite donc l'utilisation du terme « dépendance » à la notion de « dépendance aux soins », qui survient lorsque les aptitudes fonctionnelles se sont altérées à un point où un individu n'est plus en mesure d'assumer les activités essentielles qui sont nécessaires à la vie quotidienne, sans l'assistance de tierces personnes. Elle est le reflet d'une détérioration des capacités qui ne peuvent pas être compensées par d'autres aspects de l'environnement de la personne âgée, ou par l'utilisation d'aides techniques disponibles. Ces prestations de soins augmentent les aptitudes fonctionnelles au point où ces activités essentielles peuvent être réalisées. Fondamentalement, l'autonomie peut être maintenue malgré la dépendance aux soins, si les individus conservent la capacité à prendre des décisions sur des questions qui les concernent, et peuvent guider l'exécution de ces choix.

La dépendance aux soins a souvent été évaluée en utilisant des outils déterminant si une personne a besoin d'assistance pour les AVQ. Ceux-ci mesurent une série de domaines fonctionnels de base, y compris les fonctions de continence urinaire et fécale, et la capacité à effectuer de manière indépendante les soins personnels (comme se brosser les dents), aller aux toilettes, se nourrir, se transférer (par exemple, vers une chaise), se déplacer à domicile, s'habiller, monter des marches et se laver. Malheureusement, de nombreuses variantes de ces outils existent (par exemple, certains exigent simplement des réponses par oui ou par non, d'autres utilisent des réponses échelonnées). Ceci doit être pris en considération lorsque l'on réalise des comparaisons entre diverses études ou différents milieux.

Fig. 3.20. Pourcentage de la population âgée de 65 à 74 ans et âgée de 75 ans ou plus ayant des limitations dans une ou plus d'une des cinq activités de la vie quotidienne de base (AVQ), par pays

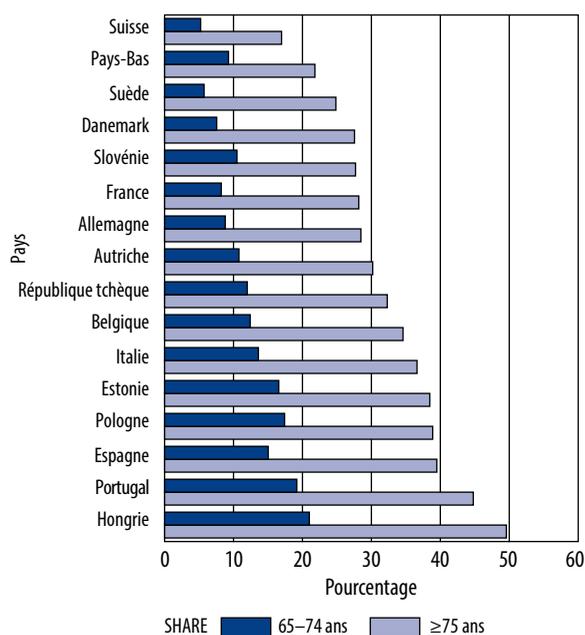


Remarque : Les cinq éléments d'AVQ de base inclus dans cette analyse sont : manger, se laver, s'habiller, entrer et sortir du lit, et aller aux toilettes.
Sources : (16, 34).

La Fig. 3.20 résume l'information issue des études SHARE et SAGE sur la prévalence du besoin d'aide des personnes âgées pour au moins une des cinq AVQ (manger, se laver, s'habiller, entrer et sortir du lit, aller aux toilettes). Le schéma montre qu'il existe des différences marquées entre les pays, dans le pourcentage de personnes nécessitant une aide pour au moins une AVQ de base. Elle démontre aussi clairement l'impact de l'âge, avec des personnes âgées de 65 ans à 74 ans ayant beaucoup moins besoin d'aide que celles âgées de 75 ans ou plus.

La différence marquée entre les pays au bas de la liste (pour lesquels un pourcentage élevé

Fig. 3.21. Pourcentage de la population âgée de 65 à 74 ans et âgée de 75 ans ou plus ayant des limitations dans une ou plus d'une activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), par pays



Remarque : Ces activités incluent les difficultés à utiliser un téléphone, à prendre ses médicaments, à gérer de l'argent, à faire des courses de produits alimentaires, à préparer des repas et à utiliser une carte.
Source : (16).

de la population présente une limitation) et ceux plus haut sur la liste, est susceptible de refléter à la fois la situation économique dans les milieux différents ainsi que des différences d'outils utilisés (les cinq pays au bas de la liste sont tous issus de l'étude SAGE où le seuil pour une réponse positive peut avoir été inférieur). En outre, certaines de ces variations peuvent être dues à différentes attentes sociales (et par conséquent le fait que ces attentes soient visibles) dans les différentes cultures et les différents niveaux de revenus. Mais il est probable qu'une proportion importante de ces tendances reflète de véritables différences sous-jacentes en matière de capacités

intrinsèques. Ceci est important pour deux raisons. Tout d'abord, les AVQ sont utilisées dans de nombreux milieux comme critères d'éligibilité aux prestations de soins, et elles sont susceptibles de refléter un besoin important en termes de soins. Ce besoin d'assistance varie d'environ 17 % des personnes de 75 ans et plus en Suisse, à plus de 40 % des personnes du même âge au Ghana, en Inde, au Mexique et en Fédération de Russie. Bon nombre des pays ayant les besoins les plus importants sont aussi ceux ayant le moins d'infrastructures et de services disponibles pour répondre à cette dépendance aux soins et à défaut doivent compter sur les familles pour assurer ces soins. La façon de commencer à combler cet écart est développée au Chapitre 4.

Mais ces variations dramatiques soulèvent également la question : pourquoi ? Quels sont les facteurs qui conduisent une personne entre 65 et 74 ans en Chine à être trois fois moins susceptibles de nécessiter des soins qu'une personne du même âge en Inde ? Pourquoi une personne entre 65 et 74 ans en Belgique a presque deux fois plus tendance à nécessiter des soins que quelqu'un d'un âge similaire dans un pays voisin comme les Pays-Bas ? En supposant qu'une partie de ces variations reflète des différences réelles, le fait d'identifier des réponses pourrait nous orienter sur la façon de développer une meilleure réponse de santé publique permettant de retarder ou d'éviter ce besoin de soins.

La Fig. 3.21 résume les données concernant les AIVQ de l'étude SHARE (ces domaines n'ont pas été pris en compte dans l'étude SAGE). La même prévalence augmentant avec l'âge est visible, et la prévalence globale est un peu plus élevée. Ces personnes pourraient ne pas devenir dépendantes de soins, mais présentent un risque élevé de le devenir. Dans l'approche que ce rapport propose en matière de soins de longue durée, ces personnes âgées seraient les bénéficiaires potentielles d'interventions visant à améliorer leurs capacités, et éviter leur dépendance aux soins.

Parce que la dépendance aux soins augmente avec l'âge, le vieillissement de la population va

considérablement augmenter la proportion et le nombre de personnes nécessitant une aide sociale dans les pays à tous les niveaux de développement. Ceci se produira simultanément à la baisse de la proportion de personnes plus jeunes qui pourraient être disponibles pour assurer ces soins, et à l'évolution du rôle des femmes, qui ont jusqu'à présent été les principaux prestataires de soins.

Les comportements clés qui influent sur le Vieillessement en bonne santé

Parce que la part la plus importante de la charge de morbidité chez les personnes âgées est due aux maladies non transmissibles, les facteurs de risque de ces affections constituent des cibles importantes pour la promotion de la santé. Les stratégies visant à réduire les risques d'incapacité et la charge de mortalité chez les personnes âgées en permettant des comportements sains et le contrôle des facteurs de risque métaboliques, peuvent par conséquent commencer tôt dans la vie, et devraient continuer sur tout le parcours de vie (160). Les risques associés à ces comportements et à ces facteurs de risque métaboliques continuent à un âge plus avancé, même si cette relation peut s'atténuer (161-163). Les stratégies visant à réduire leur impact continuent d'être efficaces chez les personnes âgées, en particulier pour réduire l'hypertension artérielle (164), améliorer la nutrition (160, 165) et arrêter de fumer (166), bien que les éléments de preuves à un âge avancé soient limités. En outre, certaines données indiquent que réduire l'exposition à des facteurs de risque cardiovasculaire peut également réduire le risque de certains types de démence (167).

Pourtant, malgré ces preuves manifestes de l'importante nécessité de continuer à modifier les facteurs de risque jusqu'à un âge avancé, les enquêtes relatives aux populations âgées suggèrent que les comportements qui font courir aux personnes âgées un risque de maladies cardio-

vasculaires sont très répandus (Fig. 3.22) (168). La grande variation de la prévalence de ces comportements néfastes entre les pays, suggère qu'il existe de nombreuses possibilités d'intervention.

En outre, il existe de plus en plus de preuves que les comportements clés liés à la santé, comme pratiquer de l'activité physique et maintenir une alimentation adéquate, peuvent exercer une forte influence sur les capacités intrinsèques des personnes âgées, qui se distinguent nettement de leur action sur la réduction du risque de maladies non transmissibles. Ces répercussions plus larges sur les capacités intrinsèques ont été moins bien documentées, mais peuvent s'avérer centrales dans les stratégies visant à diminuer ou inverser la tendance de l'altération des capacités, et même de troubles tels que la fragilité. Ce chapitre explore plus en détail la relation entre deux de ces comportements et les aptitudes fonctionnelles.

Activité physique

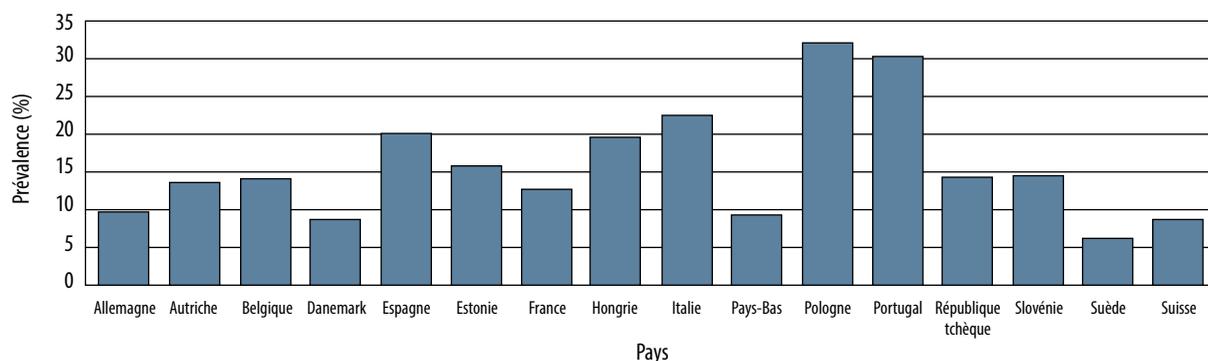
Pratiquer une activité physique tout au long de la vie a de nombreux avantages, y compris augmenter la longévité. Par exemple, une récente analyse combinée d'études longitudinales d'envergure a constaté que les personnes qui se livraient à 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée

par semaine réduisaient de 31 % leur taux de mortalité par rapport à celles qui étaient moins actives. Les bénéfices étaient plus importants chez les plus de 60 ans (169).

L'activité physique a de nombreux autres avantages à un âge plus avancé. Il s'agit notamment de : l'amélioration des capacités physiques et intellectuelles (par exemple, en conservant la force musculaire et les fonctions cognitives, en réduisant l'anxiété et la dépression, et en améliorant l'estime de soi) ; la prévention des maladies et la réduction des risques (par exemple, des maladies coronariennes, du diabète et des accidents vasculaires cérébraux) ; et l'amélioration de la participation sociale (par exemple, en participant davantage au niveau communautaire, et en maintenant des réseaux sociaux et des liens intergénérationnels).

Ces bénéfices peuvent être considérables. Par exemple, des études tant transversales que longitudinales ont suggéré qu'il y avait une réduction de 50 % du risque relatif de développer des limitations fonctionnelles chez ceux qui déclaraient une activité physique régulière et au minimum, d'intensité modérée (170, 171). Des essais contrôlés randomisés ont montré des avantages similaires (121, 170), et des exercices de résistance progressive peuvent générer des bénéfices objectifs (172). L'activité physique semble égale-

Fig. 3.22. Prévalence ajustée selon l'âge de l'inactivité physique chez les personnes âgées de 60 ans et plus, par pays



Source : (16).

ment préserver, et peut même améliorer les fonctions cognitives chez les personnes qui ne sont pas atteintes de démence (170, 173), réduisant le déclin cognitif d'environ un tiers (174).

En outre, l'activité physique protège contre certaines des maladies les plus importantes chez les personnes âgées. L'inactivité physique peut représenter jusqu'à 20 % du risque attribuable de démence pour une population donnée, et on a estimé que 10 millions de nouveaux cas pourraient globalement être évités chaque année, si les personnes âgées respectaient les recommandations en matière d'activité physique (175). De même, l'AVC provoque certaines des plus importantes charges de morbidité chez les personnes âgées, et l'activité physique modérée peut réduire le risque d'AVC de 11 à 15 % ; l'activité physique intense a encore plus de bénéfices, réduisant ce risque de 19 à 22 % (176).

Pourtant, malgré les bénéfices évidents de l'activité physique, la proportion de la population respectant le niveau recommandé d'activité physique diminue avec l'âge, et l'analyse des données de l'étude SAGE et de l'Enquête de la Santé dans le monde de l'OMS suggèrent que près d'un tiers des personnes entre 70 et 79 ans et la moitié des personnes âgées de 80 ans ou plus ne parviennent pas à suivre les recommandations de base de l'OMS concernant l'activité physique chez les personnes âgées (177).

Cependant, vu que la prévalence de l'inactivité varie considérablement selon les pays, ceci suggère que les facteurs culturels et environnementaux qui sont susceptibles d'être modifiés figurent probablement parmi les facteurs sous-jacents de ces tendances. En outre, les mesures autant au niveau des programmes qu'au niveau de la population générale, semblent être efficaces pour améliorer l'activité physique (178). Les interventions visant à promouvoir la force musculaire et l'endurance ont également prouvé leur efficacité (172).

Principalement tous les domaines de la remise en forme – l'aérobic, le renforcement musculaire et les exercices neuro-moteurs (pour

l'équilibre) – sont importants pour les populations âgées. Pourtant, il serait plus prudent de considérer que le renforcement musculaire et les exercices d'équilibre devraient précéder les exercices d'aérobic, avec de nouveaux éléments de preuve indiquant que l'entraînement progressif de la résistance a des effets bénéfiques non seulement sur la force musculaire, les capacités physiques et les risque de chutes (172), mais que ses bienfaits profitent également à la fonction cardiovasculaire, au métabolisme et aux facteurs de risque coronarien (179) pour les personnes atteintes ou non d'une maladie cardiovasculaire. Cependant, les bénéfices des activités physiques aérobies, comme la marche, qui est le principal mode d'exercice aérobic chez les personnes âgées, ne peuvent s'étendre à l'amélioration de l'équilibre (180), sont sans effet sur la prévention des chutes (181, 182), et enfin, n'ont aucune relation tangible avec le renforcement musculaire. Par conséquent, il est logique et sans doute plus sûr de suggérer que les personnes âgées dont la mobilité est compromise, commencent par augmenter leur force et améliorer leur équilibre avant de s'attaquer à l'entraînement aérobic.

Nutrition

Le vieillissement est accompagné par des changements physiologiques qui peuvent nuire à l'état nutritionnel. Les déficiences sensorielles, comme une diminution de la sensation du goût ou de l'odorat, ou les deux à la fois, peuvent entraîner une diminution de l'appétit. Une mauvaise santé bucco-dentaire et des problèmes dentaires peuvent conduire à des difficultés à mâcher, une inflammation des gencives, et un régime monotone de mauvaise qualité, tout cela augmentant le risque de malnutrition (183) (Encadré 3.4). La sécrétion d'acide gastrique peut être amoindrie, ce qui conduit à une absorption réduite en fer et en vitamine B12. La perte progressive de la vue et de l'ouïe, ainsi que l'arthrose, peuvent limiter la mobilité et affecter la capacité des personnes âgées à faire des courses de denrées alimentaires,

Encadré 3.4. Santé bucco-dentaire des personnes âgées

Un domaine crucial et souvent négligé du *Vieillessement en bonne santé* est la santé bucco-dentaire. Ceci est particulièrement important en ce qui concerne les personnes âgées défavorisées, indépendamment du fait qu'elles vivent dans des pays en développement ou développés. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut retentir profondément sur la santé et le bien-être, par exemple, par son influence sur la nutrition. En outre, ressentir des douleurs, et avoir des problèmes pour manger, mâcher, sourire et communiquer en raison de dents manquantes, tâchées ou abîmées ont un impact majeur sur les aptitudes fonctionnelles et la vie quotidienne des personnes âgées.

Une mauvaise santé bucco-dentaire chez les personnes âgées se reflète dans le nombre élevé de caries dentaires, une forte prévalence de parodontite (ou de gingivites), la perte des dents, la bouche sèche, et les lésions précancéreuses ou cancéreuses de la bouche. Éviter la perte des dents est crucial pour un *Vieillessement en bonne santé*. Pourtant, la perte totale des dents naturelles est très fréquente chez les personnes âgées dans le monde entier, avec de graves caries dentaires et une parodontite sévère étant les principales causes. En outre, bien que la perte des dents soit en baisse dans de nombreux pays à revenus élevés, et les personnes âgées maintenant de plus en plus leurs dents en bon état, elle peut être en augmentation dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. Cela se reflète dans la prévalence des problèmes bucco-dentaires signalés chez les personnes âgées, allant de 42 % dans les pays à faibles revenus à 29 % dans les pays à revenus élevés (184).

Les principales maladies chroniques et les maladies bucco-dentaires ont des facteurs de risque en commun. Une mauvaise alimentation riche en sucres est une cause de caries dentaires, et en plus d'une mauvaise hygiène buccale, la parodontite est liée à l'usage du tabac, à la consommation excessive d'alcool, à l'obésité et au diabète. L'usage de tabac ou d'alcool, ou les deux, sont les principaux facteurs de risque de cancer de la bouche. Par conséquent, la prévention des maladies chroniques et bucco-dentaires pourrait être renforcée en incluant la santé bucco-dentaire dans les actions générales de promotion de la santé. Comme pour les autres déterminants des capacités intrinsèques, les personnes âgées défavorisées ont un risque accru de maladies bucco-dentaires, et elles sont largement mal desservies en termes de soins dentaires.

et à préparer des repas. Parallèlement à ces changements physiologiques, le vieillissement peut également être associé à des changements psychosociaux et environnementaux profonds, tels que l'isolement, la solitude, la dépression et l'insuffisance de ressources financières, qui peuvent aussi avoir des impacts significatifs sur la nutrition.

Combinées, ces tendances augmentent le risque de malnutrition chez les personnes âgées parce que même si les besoins énergétiques diminuent avec l'âge, le besoin en nutriments reste, pour la plupart, relativement inchangé. La malnutrition chez les personnes âgées interagit avec les détériorations sous-jacentes liées à l'âge décrites ci-dessus, et elle est souvent constituée d'une réduction des masses musculaire et osseuse et d'une augmentation du risque de fragilité. La malnutrition a également été associée à une diminution des fonctions cognitives, de l'aptitude à prendre soin de soi, et à un risque plus élevé de devenir dépendant des soins.

Cependant, la malnutrition chez les personnes âgées n'est souvent pas diagnostiquée, et les évaluations approfondies de la prévalence globale des différentes formes de malnutrition sont limitées. Les preuves suggèrent que dans le monde entier, une proportion importante de personnes âgées peut être affectée de malnutrition.

Une évaluation nutritionnelle approfondie des personnes âgées exige de réaliser des mesures anthropométriques, une biochimie clinique et une évaluation du régime alimentaire. Une étude au Royaume-Uni, utilisant ces approches globales, a montré que le risque de malnutrition protéino-énergétique avoisinait 11 % à 19 %, et a constaté qu'il était accompagné de carences en vitamines C et D, et de faibles niveaux de caroténoïdes (185). Dans une étude aux Philippines menée auprès de personnes âgées vivant dans la communauté, l'apport énergétique était d'environ 65 % de la quantité nécessaire en fonction de la dépense énergétique totale (186). Une étude dans les zones rurales en Malaisie a identifié des problèmes liés à la fois à la dénutrition et à la surnutrition, ainsi que de faibles niveaux de

thiamine, de riboflavine et de calcium (187). En outre, des niveaux plus élevés de malnutrition (15 à 60 %) ont été rapportés dans de nombreux pays chez les patients âgés hospitalisés, vivant dans des maisons de repos ou bénéficiant de programmes de soins à domicile (188-191).

Une approche basée sur un questionnaire a été utilisée dans plusieurs études pour fournir une simple évaluation des patients âgés dans des consultations externes, des hôpitaux et des maisons de repos (192). Une étude chez les personnes âgées vivant dans des zones rurales du sud de l'Inde a utilisé cette approche, et a constaté que plus de 60 % des participants avaient de faibles apports protéino-énergétiques (192). Une étude en République islamique d'Iran a révélé une prévalence de 12 % de malnutrition chez les personnes âgées, avec une prévalence élevée dans les groupes socio-économiques défavorisés (193).

Comme pour d'autres aspects des soins gériatriques, le traitement de la malnutrition chez les personnes âgées doit être multidimensionnel. Différents types de mesures sont efficaces pour renverser ces tendances de malnutrition, et ont démontré qu'elles retardaient la dépendance aux soins, amélioraient les capacités intrinsèques et faisaient régresser l'état de fragilité (123). La teneur de l'alimentation en nutriments devrait être améliorée, en particulier celle des vitamines et des minéraux, mais l'apport en énergie et en protéines sont des cibles importantes. Les consultations individualisées en matière de nutrition ont montré qu'elles amélioraient l'état nutritionnel des personnes âgées, en l'espace de 12 semaines (194).

Les principaux risques environnementaux

Situations d'urgence

Les aptitudes fonctionnelles sont déterminées par les capacités intrinsèques de l'individu,

les caractéristiques pertinentes de son environnement, et leurs interactions. L'influence de l'environnement peut être particulièrement importante dans le cas de catastrophes naturelles ou technologiques, et de conflits provoqués par l'homme. Pourtant, bien que les réponses à ces événements accordent généralement la priorité à l'assistance aux groupes vulnérables ou marginalisés, les besoins des personnes âgées sont souvent négligés. Ceci est le cas malgré un risque significativement élevé de décès, de traumatismes, de maladie et de limitations fonctionnelles chez les personnes âgées qui peuvent se prolonger longtemps après l'événement en soi (195, 196).

Ce risque accru se reflète dans les données de cinq grandes catastrophes naturelles qui montrent que plus de la moitié des décès liés à ces événements, sont survenus chez des personnes âgées de 60 ans et plus. Par exemple, bien qu'elles ne constituaient que 23 % de la population générale, 56 % des personnes ayant perdu la vie au cours du tremblement de terre de la côte Pacifique du Japon en 2011, étaient âgées de 65 ans et plus (197). En outre, nombre de ces décès ont peut-être eu lieu après l'événement lui-même, ce qui reflète des lacunes dans l'intervention d'urgence.

La vulnérabilité des personnes âgées dans les situations d'urgence découle en partie de capacités intrinsèques réduites, résultant généralement du vieillissement, et d'autre part parce qu'elles dépendent plus des caractéristiques environnementales pour maintenir un certain niveau de aptitudes fonctionnelles. Par conséquent, de légers déficits des capacités intrinsèques qui avaient été compensés de diverses manières dans l'environnement usuel d'une personne âgée, deviennent rapidement des entraves majeures.

Au niveau physiologique, les personnes âgées peuvent être plus sensibles à la déshydratation, à l'hypothermie et à l'hyperthermie. Les limitations des capacités intrinsèques peuvent être exacerbées par la malnutrition ou par l'interruption des soins de santé. Compte tenu de la forte prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité chez les personnes âgées,

une interruption des soins et de l'accès aux médicaments essentiels peut avoir des conséquences graves et potentiellement mortelles. Pourtant, le traitement des maladies chroniques ne fait habituellement pas partie de l'intervention sanitaire en cas d'urgences humanitaires.

En outre, les personnes âgées peuvent être plus sensibles aux traumatismes et aux maladies transmissibles, qui sont tous deux des risques courants dans les situations d'urgence. Les déficiences en matière de mobilité peuvent limiter la capacité des personnes âgées à évacuer les lieux ou à accéder à l'eau, à la nourriture, aux médicaments essentiels et aux services de santé après une catastrophe. Les déficiences sensorielles peuvent limiter leur capacité à avoir accès à des services ou à être au courant que certains services existent, et nombre d'entre elles peuvent avoir perdu des aides techniques essentielles, comme des lunettes ou des prothèses auditives, lors de la catastrophe.

Une des raisons de l'échec à répondre en priorité aux besoins des personnes âgées dans les situations d'urgence, peut être que les personnes âgées ne sont souvent pas visibles en raison d'une mobilité réduite et de leur isolement social. Pour que leurs besoins soient identifiés et traités, les responsables de l'intervention d'urgence doivent rechercher activement les personnes âgées, et ne pas présumer qu'elles seront prises en charge par la famille. Plus fondamentalement, toutes les données recueillies dans les situations d'urgence devraient être désagrégées par âge et par sexe. Cependant, il est erroné de supposer que toutes les personnes âgées sont vulnérables ou sans recours. En cas de catastrophe, beaucoup d'entre elles fournissent un soutien inestimable à leurs familles et leurs communautés. De fait, bon nombre de ceux qui se sont portés volontaires lors de l'intervention au tremblement de terre de 2011 au Japon étaient des personnes âgées.

Le Chapitre 6 étudie de quelle façon on peut réduire la vulnérabilité des personnes âgées et comment les interventions dans les situations

d'urgence peuvent être mieux conçues pour répondre aux besoins des personnes âgées.

La maltraitance envers les personnes âgées

Les personnes âgées sont souvent maltraitées, de diverses manières, par des personnes de confiance, et ceci a des conséquences importantes et persistantes. Cette maltraitance des personnes âgées consiste en : « un acte unique ou répété, ou l'absence d'agissement approprié, survenant dans une relation au sein de laquelle un sentiment de confiance est attendu, ce qui est source de préjudice ou de détresse pour la personne âgée » (198).

La maltraitance des personnes âgées prend de nombreuses formes, y compris des abus sur le plan physique, sexuel, psychologique, émotionnel, financier et matériel, ainsi que l'abandon, la négligence et de graves atteintes à la dignité et au respect. Elle se produit à la fois dans, et en dehors du contexte de la prestation de soins - par exemple, entre deux conjoints avec des aptitudes fonctionnelles élevées, ou par un enfant adulte qui dépend de la personne âgée pour le logement ou la sécurité financière (199). Mais elle est distincte de la violence interpersonnelle qui est sans rapport avec les relations avec des proches, tels que la criminalité violente qui se produit dans la communauté.

La maltraitance des personnes âgées a des conséquences physiques graves, y compris des douleurs, des blessures et même la mort ; des effets psychologiques, tels que le stress et la dépression ; et elle augmente le risque de placement dans des foyers pour personnes âgées et l'hospitalisation (200-204). Ces répercussions peuvent être particulièrement importantes chez les personnes âgées qui ont une diminution des capacités intrinsèques, et moins de résilience pour faire face aux traumatismes physiques et psychologiques qui peuvent découler de ces abus. Bien que les données rigoureuses soient limitées, en particulier dans des contextes institutionnels, une étude de fond préparée pour ce

rapport a constaté que la prévalence de la maltraitance des personnes âgées dans les pays à revenus élevés ou intermédiaires variait entre 2,2 % et 14 % (205). D'après l'analyse, les types les plus courants comprennent :

- les violences physiques (prévalence de 0,2 à 4,9 %) ;
- les abus sexuels (prévalence de 0,04 à 0,82 %) ;
- les violences psychologiques, au-dessus d'un seuil de fréquence ou de gravité (prévalence de 0,7 à 6,3 %) ;
- l'exploitation financière (prévalence de 1,0 à 9,2 %) ;
- la négligence (prévalence de 0,2 à 5,5 %).

Essentiellement, ces taux ne comprennent pas les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ni celles qui vivent dans des maisons de repos ou des établissements de soins de longue durée. Pourtant, ces groupes peuvent être particulièrement exposés à des risques de mal-

traitance. Par exemple, une étude a révélé que la violence psychologique envers les personnes âgées atteintes de démence allait de 28 à 62 %, et la violence physique affectait 3,5 à 23 % des personnes âgées atteintes de démence (203).

Les personnes âgées victimes de maltraitance sont plus susceptibles d'être des femmes et d'avoir un handicap physique ; d'être dépendante des soins ; d'être en mauvaise santé physique ou mentale, ou les deux ; d'avoir de faibles revenus ; et de manquer de soutien social (205, 206). La qualité des relations avec les proches et les modalités de résidence partagée semblent également influencer sur le risque. Les membres de la famille qui maltraitent les personnes âgées sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale, (comme des troubles de la personnalité) et des problèmes de toxicomanie, que les familles ou les aidants familiaux qui ne maltraitent pas. Les agresseurs sont souvent eux-mêmes dépendants de la personne maltraitée (199, 206). Le [Tableau 3.1](#) résume la fiabilité des

Tableau 3.1. Facteurs de risque de maltraitance des personnes âgées et fiabilité des données pour les facteurs de risque

Niveau	Facteurs de risque	Fiabilité des données
Individuel (victime)	Sexe : féminin	Faible à modéré
	Âge : plus de 74 ans	Faible à modéré
	Dépendance : incapacité significative	Fort
	Mauvaise santé physique	Fort
	Troubles mentaux : dépression	Fort
	Faible revenu ou statut socio-économique	Fort
	Dépendance financière	Faible à modéré
	Race	Faible à modéré
	Déficiences cognitives	Fort
	Isolement social	Fort
Individuel (auteur des abus)	Troubles mentaux : la dépression	Fort
	Abus de substances : alcool et la toxicomanie	Fort
	Dépendance vis à vis de la personne maltraitée : financière, émotionnelle, relationnelle	Fort
Relation	Relation victime-agresseur	Faible à modéré
	Modalités de logement : victime vit seule avec agresseur	Fort
	Statut marital	Faible à modéré
Communauté Social	Situation géographique : isolé socialement	Faible à modéré
	Séréotypes négatifs sur le vieillissement	Données insuffisantes
	Normes culturelles	Données insuffisantes

données pour les facteurs de risque de maltraitance des personnes âgées au niveau de la personne elle-même, de l'auteur de la maltraitance, du type de relation entre eux, et des facteurs communautaires ou sociaux. Même si une action de santé publique contre la maltraitance des aînés est entravée par l'absence quasi totale de données fiables sur l'efficacité des programmes de prévention, le Chapitre 5 examine certaines des options envisagées dans tous les secteurs.

Liste des références

1. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0) PMID: 25468150
2. Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009 Oct 3;374(9696):1196–208. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID: 19801098
4. Global health estimates: life expectancy trends by country. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
5. Fertility rates, total (births per woman). In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, accessed 12 March 2015).
6. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
7. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
8. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):100–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID: 19910350
9. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):443–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID: 11347789
10. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID: 21851629
11. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
12. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013 Nov;103(11):e78–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID: 24028235
13. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
14. Balestat G, Lafortune G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 (OECD Health Working Papers No. 26). doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/217072070078> doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>
15. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):563–75. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158
16. Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [website]. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>, accessed 27 July 2015).
17. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Fogel RW. Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early indicators project. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2003.
19. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. PMID: 22440549
20. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
21. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID: 22084524
22. Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. The role of the T cell in age-related inflammation. *Age (Dordr)*. 2013 Jun;35(3):563–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9381-2> PMID: 22252437

23. McElhaney JE, Zhou X, Talbot HK, Soethout E, Bleackley RC, Granville DJ, et al. The unmet need in the elderly: how immunosenescence, CMV infection, co-morbidities and frailty are a challenge for the development of more effective influenza vaccines. *Vaccine*. 2012 Mar 9;30(12):2060–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.01.015> PMID: 22289511
24. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
25. Sehl ME, Yates FE. Kinetics of human aging: I. Rates of senescence between ages 30 and 70 years in healthy people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 May;56(5):B198–208. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.5.B198> PMID: 11320100
26. Heidemeier H, Moser K. Self-other agreement in job performance ratings: a meta-analytic test of a process model. *J Appl Psychol*. 2009 Mar;94(2):353–70. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.94.2.353> PMID: 19271795
27. Staudinger U, Bowen C. A systemic approach to aging in the work context. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*. 2011;44(4):295–306. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12651-011-0086-2>
28. Börsch-Supan A, Weiss M. Productivity and age: evidence from work teams at the assembly line. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (MEA discussion papers).
29. Russo A, Onder G, Cesari M, Zamboni V, Barillaro C, Capoluongo E, et al. Lifetime occupation and physical function: a prospective cohort study on persons aged 80 years and older living in a community. *Occup Environ Med*. 2006 Jul;63(7):438–42. PMID: 16782827
30. Backes-Gellner U, Veen S. Positive effects of ageing and age diversity in innovative companies – large-scale empirical evidence on company productivity. *Hum Resour Manage J*. 2013;23(3):279–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1748-8583.12011>
31. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al.; European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010 Jul;39(4):412–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afq034> PMID: 20392703
32. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. *J Am Geriatr Soc*. 2003 May;51(5):636–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00207.x> PMID: 12752838
33. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum A Jr, Orlandini A, et al.; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study investigators. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Lancet*. 2015 Jul 18;386(9990):266–73. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62000-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62000-6) PMID: 25982160
34. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).
35. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. *Osteoporos Int*. 1997;7(5):407–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/PL00004148> PMID: 9425497
36. Cauley JA, Chalhoub D, Kassem AM, Fuleihan Gel-H. Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nat Rev Endocrinol*. 2014 Jun;10(6):338–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2014.51> PMID: 24751883
37. Novelli C. Effects of aging and physical activity on articular cartilage: a literature review. *J Morphol Sci*. 2012;29(1):1–7. (<http://jms.org.br/PDF/v29n1a01.pdf>, accessed August 17 2015).
38. Martin JA, Buckwalter JA. Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis. *Biogerontology*. 2002;3(5):257–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020185404126> PMID: 12237562
39. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011 Jan 5;305(1):50–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1923> PMID: 21205966
40. Yamasoba T, Lin FR, Someya S, Kashio A, Sakamoto T, Kondo K. Current concepts in age-related hearing loss: epidemiology and mechanistic pathways. *Hear Res*. 2013 Sep;303:30–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021> PMID: 23422312
41. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bull World Health Organ*. 2014 May 1;92(5):367–73. PMID: 24839326
42. Prevention of blindness and deafness: estimates. In: World Health Organization, Prevention of blindness and deafness [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en/>, accessed 5 June 2015).
43. Davis A, Davis KA. Epidemiology of aging and hearing loss related to other chronic illnesses. Hearing care for adults – the challenge of aging. Chicago: Phonak; 2010. 23–32. (http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conference_proceedings/chicago_2009/proceedings/09_P69344_Ph0_Kapitel_2_S23_32.pdf, accessed 5 June 2015).
44. Gates GA, Mills JH. Presbycusis. *Lancet*. 2005 Sep 24–30;366(9491):1111–20. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67423-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67423-5) PMID: 16182900

45. Baltes PB, Lindenberger U. Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window to the study of cognitive aging? *Psychol Aging*. 1997 Mar;12(1):12–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12> PMID: 9100264
46. Hickenbotham A, Roorda A, Steinmaus C, Glasser A. Meta-analysis of sex differences in presbyopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2012 May;53(6):3215–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1167/iovs.12-9791> PMID: 22531698
47. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999 Feb;48(4):445–69. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00370-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0) PMID: 10075171
48. Parham K, McKinnon BJ, Eibling D, Gates GA. Challenges and opportunities in presbycusis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Apr;144(4):491–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0194599810395079> PMID: 21493222
49. Ryan EB, Giles H, Bartolucci G, Henwood K. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Lang Commun*. 1986;6(1):1–24. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0271-5309\(86\)90002-9](http://dx.doi.org/10.1016/0271-5309(86)90002-9)
50. Turano K, Rubin GS, Herdman SJ, Chee E, Fried LP. Visual stabilization of posture in the elderly: fallers vs. nonfallers. *Optom Vis Sci*. 1994 Dec;71(12):761–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00006324-199412000-00006> PMID: 7898883
51. Park DC. The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In: Park DC, Schwarz N, editors. *Cognitive aging: a primer*. New York: Psychology Press; 2000:3–21.
52. Henry JD, MacLeod MS, Phillips LH, Crawford JR. A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychol Aging*. 2004 Mar;19(1):27–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.27> PMID: 15065929
53. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
54. Muscari A, Giannoni C, Pierpaoli L, Berzigotti A, Maietta P, Foschi E, et al. Chronic endurance exercise training prevents aging-related cognitive decline in healthy older adults: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Oct;25(10):1055–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2462> PMID: 20033904
55. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):762–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423> PMID: 17715410
56. Lochlainn MN, Kenny RA. Sexual activity and aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Aug;14(8):565–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022> PMID: 23540950
57. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ*. 2013 Sep 1;91(9):707–9. PMID: 24101788
58. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C; Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators’ Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004 Nov;64(5):991–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055> PMID: 15533492
59. Brenoff A. Dementia and sex: what was really on trial with Henry Rayhons. *Huffington Post*. 23 April 2015 (http://www.huffingtonpost.com/ann-brenoff/dementia-and-sex-henry-rayhons_b_7122460.html, accessed 5 June 2015).
60. Castelo-Branco C, Soveral I. The immune system and aging: a review. *Gynecol Endocrinol*. 2014 Jan;30(1):16–22. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2013.852531> PMID: 24219599
61. Lang PO, Govind S, Aspinall R. Reversing T cell immunosenescence: why, who, and how. *Age (Dordr)*. 2013 Jun;35(3):609–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9393-y> PMID: 22367580
62. Lang PO, Mendes A, Socquet J, Assir N, Govind S, Aspinall R. Effectiveness of influenza vaccine in aging and older adults: comprehensive analysis of the evidence. *Clin Interv Aging*. 2012;7:55–64. PMID: 22393283
63. Wong SY, Wong CK, Chan FW, Chan PK, Ngai K, Mercer S, et al. Chronic psychosocial stress: does it modulate immunity to the influenza vaccine in Hong Kong Chinese elderly caregivers? *Age (Dordr)*. 2013 Aug;35(4):1479–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z> PMID: 22772580
64. Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. The role of the T cell in age-related inflammation. *Age (Dordr)*. 2013 Jun;35(3):563–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z> PMID: 22252437
65. Salvioli S, Monti D, Lanzarini C, Conte M, Pirazzini C, Bacalini MG, et al. Immune system, cell senescence, aging and longevity—inflamm-aging reappraised. *Curr Pharm Des*. 2013;19(9):1675–9. PMID: 23589904
66. Baker DJ, Wijshake T, Tchkonja T, LeBrasseur NK, Childs BG, van de Sluis B, et al. Clearance of p16Ink4a-positive senescent cells delays ageing-associated disorders. *Nature*. 2011 Nov 10;479(7372):232–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nature10600> PMID: 22048312
67. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. *Clin Dermatol*. 2011 Jan-Feb;29(1):37–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.07.005> PMID: 21146730
68. Lorencini M, Brohem CA, Dieamant GC, Zanchin NI, Maibach HI. Active ingredients against human epidermal aging. *Ageing Res Rev*. 2014 May;15:100–15. PMID: 24675046

69. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(2):73–86. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200910020-00001> PMID: 19222248
70. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. *Skin Therapy Lett*. 2010 Sep;15(8):5–9. PMID: 20844849
71. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb;10(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID: 19187875
72. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174(4):307–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.4.307> PMID: 10533549
73. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010 Nov;22(7):1025–39. PMID: 20522279
74. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):126–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015> PMID: 20926139
75. Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Aug;13(4):267–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0204-4> PMID: 21538031
76. van Balkom AJ, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Jan;101(1):37–45. doi: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x> PMID: 10674949
77. Jayasekara R, Procter N, Harrison J, Skelton K, Hampel S, Draper R, et al. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *J Ment Health*. 2015 Jun;24(3):168–71. PMID: 25358075
78. Thorp SR, Ayers CR, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. Meta-analysis comparing different behavioural treatments for late-life anxiety. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 Feb;17(2):105–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818b3f7e> PMID: 19155744
79. Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry*. 2011 Dec;72(12):1660–8. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10r06531> PMID: 22244025
80. Vos T, Goss J, Begg S, Mann N. Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia. *New York: United Nations; 2007* (Background paper for the United Nations).
81. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9. http://www.goldcopd.it/gruppi_lavoro/2013/ageingmultimorbidityreview2011.pdf Available from: accessed August 17 2015). PMID: 21402176
82. Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Med*. 2014;12(1):188. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0188-0> PMID: 25338506
83. Garin N, Olaya B, Perales J, Moneta MV, Miret M, Ayuso-Mateos JL, et al. Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. *PLoS One*. 2014;9(1):e84794. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0084794> PMID: 24465433
84. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37–43. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2) PMID: 22579043
85. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*. 2008;14 Suppl 1:28–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13814780802436093> PMID: 18949641
86. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006413. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006413> PMID: 25649210
87. Beran D. Difficulties facing the provision of care for multimorbidity in low-income countries. In: Sartorius N, Holt R, Maj M, editors. *Comorbidity of mental and physical disorders: key issues in mental health*. Basel: Karger; 2015:33–41.
88. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013 Nov 2;382(9903):1525–33. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7) PMID: 24152939
89. Guaraldi G, Zona S, Brothers TD, Carli F, Stentarelli C, Dolci G, et al. Aging with HIV vs. HIV seroconversion at older age: a diverse population with distinct comorbidity profiles. *PLoS One*. 2015;10(4):e0118531. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0118531> PMID: 25874806

90. Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso-Mateos JL, et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. *PLoS One*. 2014;9(11):e111498. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0111498> PMID: 25375890
91. Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases—a systematic literature review. *PLoS One*. 2013;8(11):e79641. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079641> PMID: 24244534
92. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*. 2010 Oct;11(5):547–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2> PMID: 20559726
93. Tinetti ME, McAvay GJ, Chang SS, Newman AB, Fitzpatrick AL, Fried TR, et al. Contribution of multiple chronic conditions to universal health outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Sep;59(9):1686–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03573.x> PMID: 21883118
94. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*. 2012;345 oct04 1:e6341. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6341> PMID: 23036829
95. Uhlig K, Leff B, Kent D, Dy S, Brunnhuber K, Burgers JS, et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. *J Gen Intern Med*. 2014 Apr;29(4):670–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2659-y> PMID: 24442332
96. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd, Palmer MH, Wagg A; Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):165–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20842> PMID: 20025027
97. Gurwitz JH, Goldberg RJ. Age-based exclusions from cardiovascular clinical trials: implications for elderly individuals (and for all of us): comment on “the persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure”. *Arch Intern Med*. 2011 Mar 28;171(6):557–8. PMID: 21444845
98. Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. *PLoS One*. 2012;7(8):e41601. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601> PMID: 22870234
99. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007 May;55(5):780–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x> PMID: 17493201
100. Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb;39(2):117–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01612.x> PMID: 1991942
101. Fernández-Garrido J, Ruiz-Ros V, Buigues C, Navarro-Martinez R, Cauli O. Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014 Jul-Aug;59(1):7–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.02.008> PMID: 24679669
102. Kane RL, Shamliyan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. *J Am Geriatr Soc*. 2012 May;60(5):896–904. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03942.x> PMID: 22568483
103. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczký M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
104. Cesari M, Prince M, Bernabei R, Chan P, Gutierrez-Robledo LM, Michel JP, et al. Frailty – an emerging public health priority. *Gerontologist*. 2016. (In press.)
105. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Mar;59(3):255–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255> PMID: 15031310
106. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jun;64(6):675–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glp012> PMID: 19276189
107. Han ES, Lee Y, Kim J. Association of cognitive impairment with frailty in community-dwelling older adults. *Int Psychogeriatr*. 2014 Jan;26(1):155–63. PMID: 24153029
108. Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Tsutsumimoto K, Anan Y, et al. Combined prevalence of frailty and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jul;14(7):518–24. PMID: 23669054
109. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Bamvita JM. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Dec;63(12):1399–406. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/63.12.1399> PMID: 19126855
110. Rosero-Bixby L, Dow WH. Surprising SES Gradients in mortality, health, and biomarkers in a Latin American population of adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Jan;64(1):105–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn004> PMID: 19196695

111. Llibre JdeJ, López AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre-Guerra JJ, Sánchez YY, et al. Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003–2011. *MEDICC Rev.* 2014 Jan;16(1):24–30. PMID: 24487672
112. Aguilar-Navarro S, Gutierrez-Robledo LM, Garcia-Lara JMA, Payette H, Amieva H, Avila-Funes JA. The phenotype of frailty predicts disability and mortality among Mexican community-dwelling elderly. *J Frailty Aging.* 2012;1(3):111–7. (<http://www.jfrailtyaging.com/all-issues.html?article=60>, accessed August 17 2015).
113. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146–56. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146> PMID: 11253156
114. Newman AB, Gottdiener JS, Mcburnie MA, Hirsch CH, Kop WJ, Tracy R, et al.; Cardiovascular Health Study Research Group. Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M158–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M158> PMID: 11253157
115. Shlipak MG, Stehman-Breen C, Fried LF, Song X, Siscovick D, Fried LP, et al. The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis.* 2004 May;43(5):861–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2003.12.049> PMID: 15112177
116. Borrat-Besson C, Ryser V-A, Wernli B. Transitions between frailty states – a European comparison. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber GW, editors. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: first results from SHARE after the economic crisis.* Berlin: De Gruyter; 2013:175–86.
117. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med.* 2006 Feb 27;166(4):418–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.4.418> PMID: 16505261
118. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1):278. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-278> PMID: 19115992
119. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993 Oct 23;342(8878):1032–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-V](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V) PMID: 8105269
120. Cesari M, Vellas B, Hsu FC, Newman AB, Doss H, King AC, et al.; LIFE Study Group. A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons—results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2015 Feb;70(2):216–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glu099> PMID: 25387728
121. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al.; LIFE study investigators. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 Jun 18;311(23):2387–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.5616> PMID: 24866862
122. Kelaiditi E, van Kan GA, Cesari M. Frailty: role of nutrition and exercise. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2014 Jan;17(1):32–9. PMID: 24281373
123. Dorner TE, Lackinger C, Haider S, Luger E, Kapan A, Luger M, et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay “buddies”: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1232. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232> PMID: 24369785
124. Yuan HB, Williams BA, Liu M. Attitudes toward urinary incontinence among community nurses and community-dwelling older people. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011 Mar-Apr;38(2):184–9. PMID: 21326113
125. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052> PMID: 11857671
126. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol.* 2014 Jan;65(1):79–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031> PMID: 24007713
127. Yu PL, Shi J, Liu XR, Xia CW, Liu DF, Wu ZL, et al. [Study on the prevalence of urinary incontinence and its related factors among elderly in rural areas, Jixian county, Tianjin]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2009 Aug;30(8):766–71. PMID: 20193194
128. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. The association between common physical impairments and dementia in low and middle income countries, and, among people with dementia, their association with cognitive function and disability. A 10/66 Dementia Research Group population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011 May;26(5):511–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2558> PMID: 20669334
129. Sims J, Browning C, Lundgren-Lindquist B, Kendig H. Urinary incontinence in a community sample of older adults: prevalence and impact on quality of life. *Disabil Rehabil.* 2011;33(15-16):1389–98. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.532284> PMID: 21692622

130. Tamanini JT, Santos JL, Lebrão ML, Duarte YA, Laurenti R. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. *Neurourol Urodyn*. 2011 Sep;30(7):1281–5. PMID: 21560151
131. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. *Gerontologist*. 2016. (In press).
132. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar 20;328(7441):680. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680> PMID: 15031239
133. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2):CD007146. PMID: 19370674
134. Hoops ML, Rosenblatt NJ, Hurt CP, Crenshaw J, Grabiner MD. Does lower extremity osteoarthritis exacerbate risk factors for falls in older adults? *Womens Health (Lond Engl)*. 2012 Nov;8(6):685–96, quiz 697–8. doi: <http://dx.doi.org/10.2217/whe.12.53> PMID: 23181533
135. Dhital A, Pey T, Stanford MR. Visual loss and falls: a review. *Eye (Lond)*. 2010 Sep;24(9):1437–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2010.60> PMID: 20448666
136. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelow T, Rosengren BE. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int*. 2013 Mar;24(3):747–62. PMID: 23296743
137. Lee WK, Kong KA, Park H. Effect of preexisting musculoskeletal diseases on the 1-year incidence of fall-related injuries. *J Prev Med Public Health*. 2012 Sep;45(5):283–90. PMID: 23091653
138. Mager DR. Orthostatic hypotension: pathophysiology, problems, and prevention. *Home Healthc Nurse*. 2012 Oct;30(9):525–30, quiz 530–2. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NHH.0b013e31826a6805> PMID: 23026987
139. Shaw BH, Claydon VE. The relationship between orthostatic hypotension and falling in older adults. *Clin Auton Res*. 2014 Feb;24(1):3–13. PMID: 24253897
140. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: “It’s always a trade-off”. *JAMA*. 2010 Jan 20;303(3):258–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.2024> PMID: 20085954
141. Ungar A, Rafanelli M, Iacomelli I, Brunetti MA, Ceccofiglio A, Tesi F, et al. Fall prevention in the elderly. *Clin Cases Miner Bone Metab*. 2013 May;10(2):91–5. PMID: 24133524
142. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12(12):CD005465. PMID: 23235623
143. Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ*. 2008 Jan 19;336(7636):124–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39428.470752.AD> PMID: 18202065
144. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 May-Jun;54(3):421–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.008> PMID: 21862143
145. Low PA. Prevalence of orthostatic hypotension. *Clin Auton Res*. 2008 Mar;18 Suppl 1:8–13. PMID: 18368301
146. Muraki S, Akune T, Ishimoto Y, Nagata K, Yoshida M, Tanaka S, et al. Risk factors for falls in a longitudinal population-based cohort study of Japanese men and women: the ROAD Study. *Bone*. 2013 Jan;52(1):516–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2012.10.020> PMID: 23103329
147. Patino CM, McKean-Cowdin R, Azen SP, Allison JC, Choudhury F, Varma R; Los Angeles Latino Eye Study Group. Central and peripheral visual impairment and the risk of falls and falls with injury. *Ophthalmology*. 2010 Feb;117(2):199–206.e1. PMID: 20031225
148. Reed-Jones RJ, Solis GR, Lawson KA, Loya AM, Cude-Islas D, Berger CS. Vision and falls: a multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*. 2013 May;75(1):22–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.019> PMID: 23434262
149. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Soc Sci Med*. 2008 Apr;66(8):1733–49. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030> PMID: 18316146
150. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0) PMID: 25468152
151. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women’s Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID:15894591
152. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. *Hum Genet*. 2013 Dec;132(12):1323–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z> PMID: 23925498

153. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 5 June 2015).
154. WHO World Health Survey. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 23 June 2015).
155. Plath D. International policy perspectives on independence in old age. *J Aging Soc Policy*. 2009 Apr-Jun;21(2):209–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420902733173> PMID: 19333843
156. Kendig H, Hashimoto A, Coppard L. Family support for the elderly: the international experience. Oxford: Oxford University Press; 1992.
157. Aboderin I. Intergenerational support and old age in Africa. New Brunswick (New Jersey): Transaction Publishers; 2009.
158. Kunkel SR, Brown JS, Whittington FJ. Global aging: comparative perspectives on aging and the life course. New York: Springer; 2014. (<http://USYD.eblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1611870>, accessed 5 June 2015).
159. Phillips D, Cheng K. The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating N, editors. From exclusion to inclusion in old age. Bristol: Policy Press; 2012. 109–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007>
160. Michel JP, Newton JL, Kirkwood TB. Medical challenges of improving the quality of a longer life. *JAMA*. 2008 Feb 13;299(6):688–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.6.688> PMID: 18270358
161. Haveman-Nies A, de Groot L, Burema J, Cruz JA, Osler M, van Staveren WA; SENECA Investigators. Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: the SENECA study. *Am J Epidemiol*. 2002 Nov 15;156(10):962–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwf144> PMID: 12419769
162. Hrobonova E, Breeze E, Fletcher AE. Higher levels and intensity of physical activity are associated with reduced mortality among community dwelling older people. *J Aging Res*. 2011;2011:651931. doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/651931> PMID: 21437004
163. Gupta PC, Mehta HC. Cohort study of all-cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. *Bull World Health Organ*. 2000;78(7):877–83. PMID: 10994260
164. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (4):CD000028. PMID: 19821263
165. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al.; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303> PMID: 23432189
166. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000 Aug 5;321(7257):323–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323> PMID: 10926586
167. Andrieu S, Aboderin I, Baeyens JP, Beard J, Benetos A, Berrut G, et al. IAGG workshop: health promotion program on prevention of late onset dementia. *J Nutr Health Aging*. 2011 Aug;15(7):562–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-011-0142-1> PMID: 21808935
168. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014 Feb;43(1):116–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215> PMID: 24505082
169. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Viswanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med*. 2015 Jun;175(6):959–67. PMID: 25844730
170. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7(1):38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38> PMID: 20459782
171. Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2013 Jan;12(1):329–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001> PMID: 23063488
172. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3):CD002759. PMID: 19588334
173. Jak AJ. The impact of physical and mental activity on cognitive aging. *Curr Top Behav Neurosci*. 2012;10:273–91. PMID: 21818703
174. Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2014;14(1):510. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-510> PMID: 24885250

175. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8):788–94. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X) PMID: 25030513
176. Diep L, Kwagyan J, Kurantsin-Mills J, Weir R, Jayam-Trouth A. Association of physical activity level and stroke outcomes in men and women: a meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt).* 2010 Oct;19(10):1815–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1708> PMID: 20929415
177. Bauman A, Singh M, Buchner D, Merom D, Bull F. Physical activity in older adults. *Gerontologist.* 2016 (In press.).
178. Saelens BE, Papadopoulos C. The importance of the built environment in older adults' physical activity: a review of the literature. *Wash State J Public Health Pract.* 2008;1(1):13–21.
179. Pollock ML, Franklin BA, Balady GJ, Chaitman BL, Fleg JL, Fletcher B, et al. AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. *Circulation.* 2000 Feb 22;101(7):828–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.101.7.828> PMID: 10683360
180. Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton DA, Ballinger C. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (11):CD004963. PMID: 22071817
181. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Dec;56(12):2234–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02014.x> PMID: 19093923
182. Voukelatos A, Merom D, Sherrington C, Rissel C, Cumming RG, Lord SR. The impact of a home-based walking programme on falls in older people: the Easy Steps randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2015 May;44(3):377–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu186> PMID: 25572426
183. Kshetrimayum N, Reddy CV, Siddhana S, Manjunath M, Rudraswamy S, Sulavai S. Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India. *Gerodontology.* 2013 Jun;30(2):119–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00651.x> PMID: 22364560
184. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people—call for public health action. *Community Dent Health.* 2010 Dec;27(4) Suppl 2:257–67. PMID: 21313969
185. Elia M, Stratton RJ. Geographical inequalities in nutrient status and risk of malnutrition among English people aged 65 y and older. *Nutrition.* 2005 Nov-Dec;21(11-12):1100–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2005.03.005> PMID: 16308132
186. Risonar MG, Rayco-Solon P, Ribaya-Mercado JD, Solon JA, Cabalda AB, Tengco LW, et al. Physical activity, energy requirements, and adequacy of dietary intakes of older persons in a rural Filipino community. *Nutr J.* 2009;8(1):19. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-8-19> PMID: 19409110
187. Shahar S, Ibrahim Z, Fatah AR, Rahman SA, Yusoff NA, Arshad F, et al. A multidimensional assessment of nutritional and health status of rural elderly Malays. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007;16(2):346–53. PMID: 17468093
188. Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med.* 1995 Dec 1;123(11):850–9. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-123-11-199512010-00008> PMID: 7486469
189. Pérez Llamas F, Moregó A, Tóbaruela M, García MD, Santo E, Zamora S. Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados [Prevalence of malnutrition and influence of oral nutritional supplementation on nutritional status in institutionalized elderly]. *Nutr Hosp.* 2011 Sep-Oct;26(5):1134–40. PMID: 22072365
190. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández-Valera Y. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. [Nutritional status of institutionalized Venezuelan elderly.] *Invest Clin.* 2005 Sep;46(3):219–28. PMID: 16152778
191. Shabayek MM, Saleh SI. Nutritional status of institutionalized and free-living elderly in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc.* 2000;75(5-6):437–59. PMID: 17219883
192. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bannahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* 1999 Feb;15(2):116–22. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007\(98\)00171-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007(98)00171-3) PMID: 9990575
193. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayour-Mobarhan M, Shakeri MT, Nematy M, Ilaty AA, et al. Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2008;17(2):285–9. PMID: 18586650
194. Beck AM, Kjør S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2013 Jun;27(6):483–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215512469384> PMID: 23258932



Chapitre 4
Les systèmes de santé

Margaret, 61 ans, Tanzanie

Margaret, est un agent de police à la retraite, et elle s'est battue pour s'adapter à sa situation financière et sociale après la retraite.

«J'ai été mariée pendant 21 ans jusqu'à ce que mon mari meurt. J'ai quatre enfants, trois garçons et une fille. Ils vivent à Dar es Salaam. Je m'occupe toute seule de mes trois petits-enfants. C'est très difficile. Ils ont beaucoup de besoins, et je n'ai pas d'argent pour les soutenir. Je ne reçois que peu d'aide de mes enfants. Parfois, je saute des repas pour que mes petits-enfants puissent aller à l'école ; il vaudrait mieux pour moi que je mange, mais ils doivent aller à l'école.

Tout ce que j'ai, je leur donne.

Quand j'étais jeune je vivais bien, avec un salaire mensuel. Je travaillais comme gardienne de prison, puis comme agent de police. J'ai fait partie des forces de police pendant 28 ans. Après ma retraite j'ai eu beaucoup de soucis financiers. J'ai dû attendre six mois pour obtenir ma retraite de la police, et il ne s'agissait que d'une petite quantité d'argent. J'avais de l'hypertension artérielle et j'ai souffert de dépression, parce que je n'avais pas assez d'argent pour survivre. Je trouvais la vie si difficile que je cessé de faire de l'exercice, parce que j'étais déprimée et que le fait de manger était un problème. Lorsque vous ne travaillez plus, les gens ne vous rendent plus visite – leur intérêt et leur attention à votre égard disparaissent. J'étais très seule et en colère contre tout le monde ; je me sentais mourir avant de rejoindre l'association 'vieillir en restant actif'.

Lorsque j'étais agent de police, j'avais l'habitude d'être dans une équipe de Netball. J'étais toujours en forme physiquement. Maintenant, je suis dans un groupe, et je fais de nouveau de l'exercice. Nous faisons des séances d'exercice, de la vannerie et nous jouons à des jeux, comme les cartes. J'ai appris beaucoup de choses sur le fait d'être en bonne santé. ... Je suis en bien meilleure santé maintenant ; Je ne fais plus de dépression, et je n'ai plus d'hypertension artérielle. Je suis également de nouveau en bonne forme physique. Je me sens à l'aise dans le groupe – j'ai de la compagnie, donc je ne suis plus seule. J'obtiens également des informations sur mes droits. Maintenant je sais que je devrais obtenir la gratuité des soins. J'ai tellement appris dans le groupe, cela a été une source de lumière – et ça m'a indiqué la voie à suivre «.

4

Les systèmes de santé

Introduction

Le Chapitre 3 décrit les mutations complexes liées à la santé qui se produisent à un âge avancé. Combinées, ces mutations entraînent une tendance générale au déclin des capacités avec l'âge, et une probabilité croissante d'avoir plus d'une maladie nécessitant un suivi ou un traitement continu. L'hétérogénéité marquée de ces tendances souligne le potentiel des interventions pour améliorer la santé, en particulier pour les personnes présentant les baisses de capacités les plus marquées. Assurer l'accès à des services de santé appropriés sera essentiel pour surmonter ces inégalités.

Pourtant, aujourd'hui, il existe de nombreux obstacles qui limitent l'accès des personnes âgées aux services de santé, en particulier dans les pays à faibles revenus et parmi les personnes défavorisées dans les pays à revenus élevés. Qui plus est, lorsque les personnes âgées y ont accès, elles sont souvent confrontées à des services qui ne sont pas conçus pour répondre à leurs besoins.

Ce chapitre décrit les lacunes courantes des systèmes actuels, et explore les défis en vue d'améliorer la qualité des soins pour les personnes âgées. Il décrit ensuite en détail le type de système de santé à même de fournir des services complets et centrés sur la personne pour les populations âgées, et les mesures au niveau politique capables d'optimiser cette évolution.

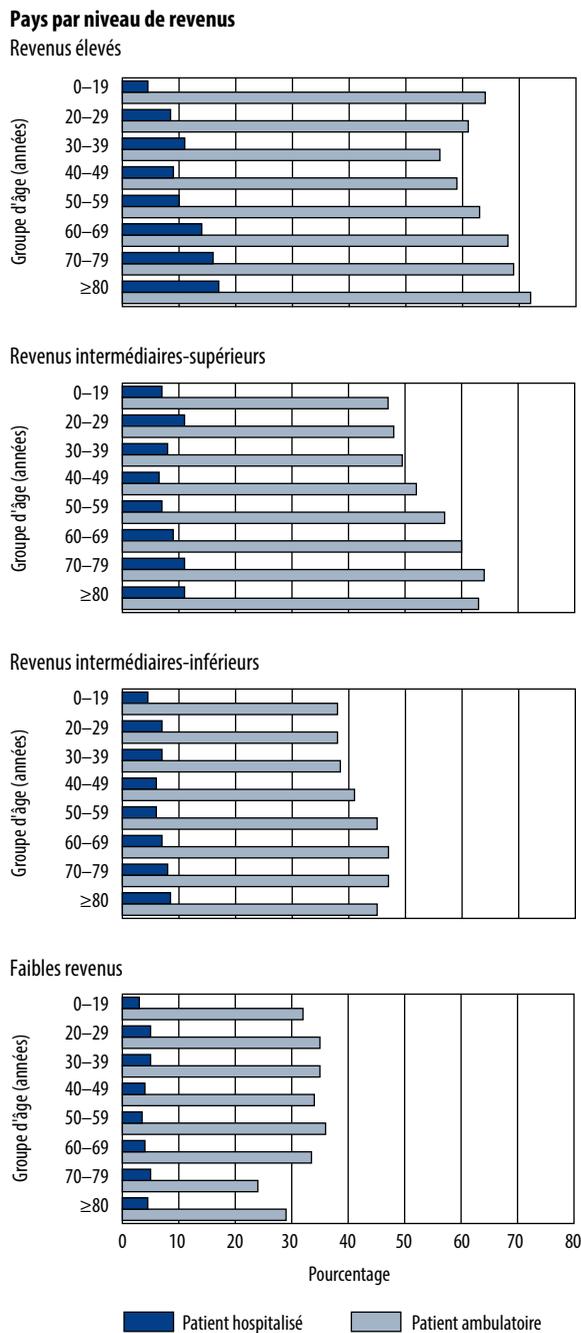
Vu le peu de données probantes en provenance des pays à revenus faibles et intermédiaires, cette analyse se concentrera sur ce que l'on connaît des pays à revenus élevés. Cependant, les enseignements tirés des milieux à revenus élevés, intéressent tous les pays.

Demande croissante, obstacles à l'utilisation des services et services inadéquats

Demande de services de santé

Parce que la santé des personnes âgées est liée à une augmentation des besoins en matière de soins, on peut s'attendre à ce que l'âge soit associé à une utili-

Fig. 4.1. Pourcentage de répondants déclarant utiliser les services de santé, par groupe d'âge et par niveau de revenus du pays



Source : (1).

sation accrue des services de santé. Et vu que la charge de morbidité et l'altération des capacités sont plus importantes dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, on pourrait également s'attendre à ce que cette tendance soit plus marquée dans les milieux à faibles ressources. Toutefois, les éléments de preuve indiquent qu'il existe un décalage entre les besoins de soins et l'utilisation des soins, à la fois dans ces milieux et dans les sous-groupes de personnes âgées défavorisées dans les pays à revenus élevés. La Fig. 4.1 utilise les données de l'Enquête de l'OMS sur la santé dans le monde pour montrer la relation entre l'âge et l'utilisation auto-déclarée des services ambulatoires et d'hospitalisation (1). Dans les pays à revenus élevés, l'utilisation des soins de santé (en particulier des soins hospitaliers) semble augmenter avec l'âge.

Pourtant, cette tendance n'est pas si marquée dans les pays à revenus intermédiaires, et dans les pays à faibles revenus, elle disparaît complètement. Ceci est conforme aux recherches en Afrique subsaharienne indiquant que, bien que les personnes âgées soient en moins bonne santé que les plus jeunes, elles utilisent les services de santé beaucoup moins fréquemment (2, 3). Cela suggère qu'il y a un important besoin non satisfait, et des lacunes majeures en matière de prestations de services dans ces milieux. Ce mode d'utilisation des services résulte probablement d'obstacles à l'accès, du manque de services adéquats, et de la priorité des services accordés aux besoins aigus des plus jeunes (et souvent, la décision de faire appel aux services aigus peut même relever des personnes âgées elles-mêmes). Ces lacunes sont discutées au paragraphe relatif aux obstacles à l'utilisation des soins.

Même si, avec l'âge, une tendance générale à l'augmentation de la demande de soins de santé (et de soins de longue durée) s'observe au niveau de la population dans les pays à revenus élevés, la demande de soins peut être très variable parmi ces populations et entre les individus. Elle n'est pas simplement due aux modifications de l'état de santé et du niveau fonctionnel, bien que ceux-

ci influencent de manière tangible l'utilisation des soins (4). Dans les pays à revenus élevés, les personnes âgées qui présentent des maladies chroniques ont tendance à utiliser davantage les soins de santé que celles qui n'en ont pas. L'utilisation des services augmente également avec le nombre de multimorbidités (5, 6), et les personnes ayant à la fois des maladies chroniques et des limitations fonctionnelles sont celles qui utilisent le plus les services (7).

Mais un autre facteur déterminant de cette disparité dans l'utilisation des soins de santé est le statut socio-économique. Bien que le besoin de soins soit susceptible d'être plus élevé chez les personnes défavorisées, une analyse comprenant 12 pays européens a révélé que parmi les personnes âgées avec le même niveau de besoins, le statut socio-économique plus faible était associé à des consultations moins fréquentes de médecins spécialistes et de dentistes, mais la tendance était moins évidente pour les hospitalisations et les consultations de médecins généralistes (8). L'accès limité aux soins de santé chez les personnes âgées défavorisées a également été observé aux États-Unis (9). Même dans les pays à revenus

élevés, ceux qui ont les besoins les plus importants peuvent être ceux qui utilisent le moins les services de santé.

Ainsi, bien que le vieillissement de la population soit susceptible d'être lié à l'augmentation des besoins de santé, en particulier dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, la relation entre la demande et l'utilisation des services de santé est moins claire. En outre, à la fois entre les pays et dans les pays, il est probable que les personnes âgées défavorisées soient coincées entre leur besoin accru en soins de santé, et un accès plus limité ou une utilisation moindre des services adéquats. Par conséquent, dans tous les pays, un élément clé de la réponse des systèmes de santé au vieillissement de la population, doit être de supprimer les obstacles qui limitent l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées qui en ont besoin.

Obstacles à l'utilisation des services

Les obstacles auxquels de nombreuses personnes âgées sont confrontées dans l'accès aux soins de santé sont résumés sur le [Tableau 4.1](#), qui s'appuie sur les données relatives aux personnes

Tableau 4.1. Motifs invoqués par les personnes âgées de 60 ans ou plus, ayant trait au manque d'accès aux services de santé, par catégorie de revenus des pays

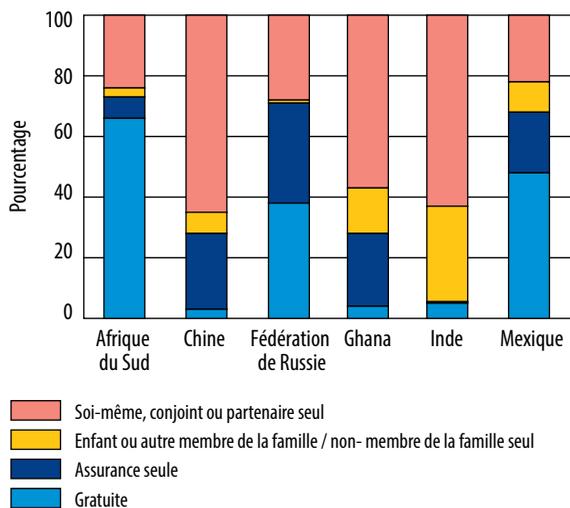
Raison du manque d'accès aux services de santé	Catégorie de revenus du pays (% de répondants)			
	Revenu élevé	Revenu moyen - supérieur	Revenu moyen - inférieur	Revenu faible
Pas les moyens de payer la consultation	15,7	30,9 ^a	60,9 ^a	60,2 ^a
Pas de transport	12,1	19,3 ^a	20,7 ^a	29,1 ^a
Pas les moyens de payer le transport	8,7	12,9 ^a	28,1 ^a	33,0 ^a
Équipement inadéquat du prestataire de soins	11,2	10,5	14,1 ^a	16,7 ^a
Compétences inadéquates du prestataire de soins	19,0	8,3	7,8	13,1 ^a
Mal traité précédemment	23,8	8,7	7,9	8,3
Ne savait pas où s'adresser	12,2	9,7	9,8	7,8
Pas assez malade	21,5	31,8	27,3	25,8
A essayé, mais s'est vu refuser l'accès aux soins	20,0	16,2	8,3	8,5 ^a
Autre	43,8	22,5 ^a	23,5 ^a	13,9

^a Les résultats sont significativement différents ($P < 0,05$) de ceux rapportés par les adultes de moins de 60 ans.

Source : (1).

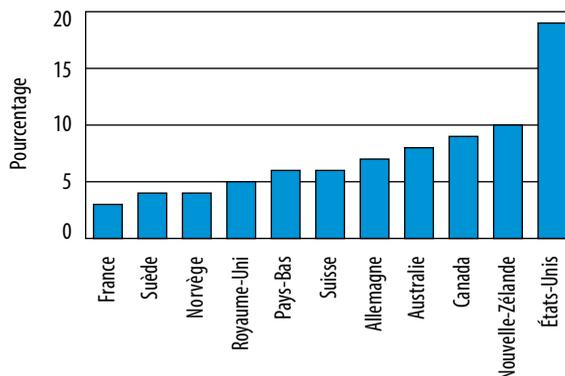
âgées figurant dans l'Enquête de l'OMS sur la santé dans le monde (1). Dans les pays à revenus faibles et moyens-inférieurs, les plus grands obstacles semblent émaner du coût de la consultation médicale et du transport. Au total, plus de 60 % des personnes âgées dans les pays à faibles revenus n'ont pas pu avoir accès à des soins de santé, en raison du coût de la consultation, et du fait qu'elles ne disposaient pas de transport, ou ne pouvaient pas payer pour un transport. Le transport peut être un problème particulièrement important pour les personnes âgées vivant dans les zones rurales, vu que les services de santé sont souvent concentrés dans les grandes villes, loin de leurs lieux de vie et de leurs communautés (10). En revanche, dans les pays à revenus élevés, les obstacles majeurs signalés par les personnes âgées semblent être le fait d'avoir été précédemment mal traitées par les professionnels de santé, ou le fait que les personnes âgées ne se perçoivent pas comme étant suffisamment malades pour solliciter des services de santé.

Fig. 4.2. Sources de paiement pour les soins ambulatoires (en %), adultes âgés de 50 ans et plus, dans six pays, 2007 à 2010



Source : (11).

Fig. 4.3. Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus, ayant eu des problèmes d'accès aux services de soins en raison de leur coût, au cours de l'année précédente, dans 11 pays, 2014



Remarque : En raison du coût, les répondants ayant un problème médical n'ont pas consulté de médecin, ne se sont pas présentés à un examen médical, n'ont pas observé un traitement recommandé par le médecin, ne se sont pas fait préparer une ordonnance pour des médicaments, ou ont omis une prise de médicaments, ou encore, une combinaison de toutes ces raisons.

Source : (6).

Dans les pays où les personnes âgées ou leurs familles doivent payer de leur poche pour les soins, le revenu constitue un facteur déterminant de l'utilisation des soins de santé (4). Les données de l'étude SAGE, par exemple, ont montré que le revenu des ménages jouait un rôle important dans la détermination de l'utilisation des soins de santé chez les personnes âgées Chinoises et Ghanéennes : plus le quintile de revenu d'une personne était élevé, plus la personne était susceptible de solliciter des soins (11). Il convient de noter que ce sont précisément les mêmes pays dans lesquels les répondants déclaraient l'usage le plus important de paiements directs (de leur poche), comme le montre la Fig. 4.2.

Les obstacles à l'accessibilité financière touchent également les pays à revenus élevés, mais peuvent varier en fonction du type de système de santé. Une recherche menée par

le Fonds du Commonwealth (6), par exemple, indique qu'aux États-Unis, près de 20 % des personnes âgées manquent de traitements de santé en raison de problèmes liés au coût, alors qu'en France, seules 3 % des personnes âgées signalent ce problème (Fig. 4.3).

D'autres obstacles courants à l'accès aux soins peuvent émaner de l'absence de prise en considération par les services de santé des limitations fonctionnelles fréquentes chez les personnes âgées. Cela se produit indépendamment du niveau de revenu d'un pays, et comprend des obstacles tels que le manque de toilettes accessibles, de longues files d'attente pour les soins, des obstacles physiques à l'accès, et des obstacles en terme de communication, résultant d'un manque d'informations accessibles pour les personnes avec une perte de l'audition ou une déficience visuelle, ou les deux à la fois. De longs temps d'attente et de longues files d'attente peuvent être particulièrement difficiles pour les personnes âgées ayant un handicap physique ou une personne à mobilité réduite, et pour celles présentant une incontinence urinaire (12, 13). Plusieurs pays en Afrique subsaharienne et ailleurs ont pris des mesures pour lutter contre ce problème, comme par exemple en réservant certaines heures de consultation aux personnes âgées (Encadré 4.1).

Des systèmes conçus pour des problèmes différents

Les personnes âgées qui sont en mesure d'accéder aux soins de santé se retrouveront généralement face à un système qui n'est pas conçu pour répondre à leurs besoins. Au lieu de cela, les services de santé sont souvent organisés pour diagnostiquer et guérir les problèmes de santé limités dans le temps, utilisant une approche biomédicale qui se base sur la recherche du problème et sa résolution, ce qui a bien fonctionné lorsque les maladies aiguës ou les maladies transmissibles constituaient la priorité. Historiquement, accorder une attention à la santé à long

terme et aux aptitudes fonctionnelles a toujours été moins prioritaire.

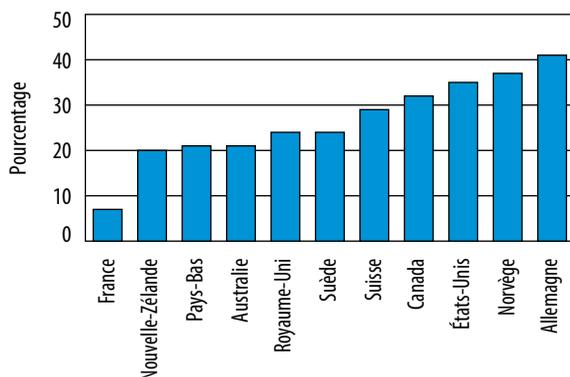
En revanche, les besoins sociaux et de santé des populations âgées sont généralement complexes et à long terme, couvrent un éventail de domaines fonctionnels, progressant et régressant au fil du temps. Comme indiqué au Chapitre 3, le risque de problèmes de santé non transmissibles augmente avec l'âge, et la comorbidité devient la norme plutôt que l'exception. Le cours des maladies chroniques se chevauche et s'entrecoupe avec le processus de vieillissement sous-jacent, et finit par se répercuter sur les capacités intrinsèques de la personne âgée. Ces dynamiques complexes nécessitent des approches qui sont différentes de celles développées pour résoudre des problèmes plus aigus.

Encadré 4.1. Une carte d'accès prioritaire aide les personnes âgées à accéder aux services de santé au Koweït

En 2012, le Koweït a mis en œuvre une mesure simple mais efficace pour améliorer l'accessibilité et la prestation de services de santé pour les personnes âgées : une carte accordant un accès prioritaire a été distribuée aux personnes âgées, à la fois pour les consultations générales sans rendez-vous, et pour les consultations avec rendez-vous pour la prise en charge des maladies chroniques. Le ministère de la Santé a lancé une campagne de presse pour annoncer l'introduction de la carte, qui a été mise à disposition par les centres de soins de santé primaires locaux. Plus de 31 000 cartes ont été distribuées, ce qui correspond à environ 51 % de la population éligible.

Une première enquête a révélé que les détenteurs de cartes rapportaient avoir bénéficié de temps d'attente considérablement réduits, et avoir passé plus de temps avec leurs médecins traitants. Certains disaient également ressentir un sentiment particulier lors de l'utilisation de leur carte et percevaient leur traitement préférentiel comme un signe de reconnaissance et de respect.

Fig. 4.4. Pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus, ayant rencontré des problèmes de coordination des soins au cours des 2 dernières années, dans 11 pays, 2014



Remarque : Les problèmes de coordination des soins incluent : résultats des examens ou dossiers non disponibles au moment d'un rendez-vous, tests commandés en double, renseignements contradictoires de la part de différents médecins, médecin spécialiste ne disposant pas des antécédents médicaux du patient, ou médecin traitant non informé des soins spécialisés, ou une combinaison de tous ces problèmes. Source : (6).

Manque de coordination

Il n'est pas rare pour de nombreux professionnels de la santé d'être impliqués dans la prise en charge d'une personne âgée donnée, en particulier dans les pays où l'on trouve de nombreux médecins spécialistes. Par exemple, dans un sondage auprès de personnes âgées dans 11 pays à revenus élevés, 39 % des répondants en Allemagne avaient vu quatre médecins ou plus, au cours de l'année précédente. En outre, plus de la moitié des personnes âgées aux États-Unis, et environ 40 % des personnes âgées dans huit autres pays à revenus élevés, prenaient régulièrement quatre médicaments ou plus (6).

Pour assurer la sécurité et l'efficacité, la participation de plusieurs professionnels de santé et l'utilisation de multiples interventions ayant la capacité d'interagir, nécessite une coordination parfaite à long terme, à la fois entre profes-

sionnels de santé, et entre les différents milieux et niveaux de soins. Pourtant, les systèmes de santé ne parviennent souvent pas à assurer cette coordination, laissant le soin à la personne âgée elle-même ou à sa famille de communiquer les informations sanitaires pertinentes en cas de besoin. Par conséquent, de nombreuses personnes âgées souffrent de lacunes en matière de coordination des soins les concernant. Dans l'enquête décrite au paragraphe précédent, jusqu'à 41 % des répondants en Allemagne ont déclaré avoir eu des problèmes de coordination des soins au cours des 2 dernières années (Fig. 4.4) (6).

Du personnel de santé mal préparé

Les professionnels de santé sont souvent mal préparés pour faire face aux besoins de santé des personnes âgées. De nombreuses méthodes actuelles de formation ont été développées au 20^{ème} siècle, lorsque les maladies infectieuses aiguës représentaient les problèmes de santé les plus répandus dans le monde (14). En conséquence, les agents de santé sont formés principalement à identifier et à traiter des symptômes et des maladies en utilisant une approche des soins dite « épisodique ».

Cela ne les prépare pas adéquatement à la perspective holistique qui a montré son efficacité en matière de soins des personnes âgées, ou pour contrôler et traiter les conséquences des affections chroniques d'une manière qui corresponde aux priorités d'une personne âgée (15-17). Les agents de santé sont souvent formés pour répondre aux questions de santé urgentes, plutôt que pour contrer et anticiper de manière proactive les altérations fonctionnelles ; ils sont aussi rarement formés pour travailler avec les personnes âgées de manière à garantir que celles-ci assurent un meilleur contrôle sur leur propre santé (14, 18, 19).

En outre, bien que la plupart des patients au sein des systèmes de santé soient aujourd'hui plus âgés, les programmes de formation négligent souvent les connaissances et l'enseignement en gérontologie et en gériatrie, et peuvent manquer de directives pour le traitement des problèmes

courants comme la multimorbidité et la fragilité (20). Par exemple, une enquête auprès de 36 pays a montré que 27 % des écoles de médecine ne dispensaient aucune formation en médecine gériatrique : cela comprenait 19 % des écoles dans les pays à revenus élevés, 43 % des écoles dans les pays émergents, et 38 % de l'ensemble des écoles dans d'autres pays (21). En outre, les étudiants en médecine ne parviennent souvent pas à intégrer le type d'approches biopsychosociales globales indispensables pour prendre en charge les personnes âgées (22). Leur formation est plutôt biomédicale et souvent compartimentée en fonction de leur spécialité médicale. Ces lacunes en matière de formation touchent également d'autres agents de santé (19, 23). Ce fossé est particulièrement important dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, où ces professionnels de santé sont susceptibles d'être en première ligne lorsqu'il s'agit de traiter avec les personnes âgées (Encadré 4.2).

Améliorer les connaissances et les compétences dans le domaine des soins gériatriques est par conséquent crucial pour toutes les professions de la santé. Il faudra pour cela remédier à l'absence généralisée d'enseignants, au manque de financements, au manque de temps dans les programmes de cours qui sont déjà saturés, et au manque de reconnaissance de l'importance de la formation en gériatrie (19).

En outre, veiller à ce que les professionnels de santé aient des compétences et des connaissances en soins gériatriques ne sera probablement pas suffisant en soi. La plupart des professionnels de santé nécessiteront également des compétences dans de nombreux procédés non médicaux, et notamment faire appel : à la prise de décision concertée, à la mise en œuvre de soins en équipe multidisciplinaire, aux technologies de l'information, et à l'implication dans l'amélioration continue de la qualité (26). Ils devront également être formés à remédier aux attitudes âgistes qui sont très répandues dans le milieu des soins de santé.

Encadré 4.2. Ghana : exploiter le potentiel des agents de santé communautaires

Le Ghana a entrepris des réformes pour mieux répondre aux besoins de sa population qui vieillit rapidement (24). En 2010, le pays a publié sa *politique nationale relative au vieillissement : vieillir en toute sécurité et dignement* (25), et en 2011, a entrepris une évaluation nationale de la situation sanitaire et des mesures relatives aux personnes âgées apportées par les systèmes de santé. L'évaluation a identifié des lacunes importantes en matière de traitement, et a souligné la nécessité de mieux intégrer les soins des personnes âgées dans les services de santé existants. Plus précisément, les intervenants ont proposé d'utiliser le programme d'agents de santé communautaire, solidement établi au Ghana, pour répondre aux besoins de sa population âgée.

Les agents de santé communautaires constituent la colonne vertébrale du système de santé Ghanéen, mais avant la réforme, ils excluaient systématiquement les personnes âgées de leurs évaluations des besoins de santé des ménages. Pour réussir à intégrer à leur travail la prise de conscience des problèmes liés au vieillissement, il faudra plusieurs composantes : former aux questions du *Vieillissement en bonne santé* ; élaborer des protocoles et des outils de travail sur le vieillissement et la santé ; renforcer les liens entre les communautés et les prestataires de soins de santé primaires ; définir des objectifs de performance et assurer le suivi des réalisations sur l'ensemble du programme. Des efforts sont en cours pour mettre en œuvre cette stratégie.

L'âgisme au sein des services de santé

L'âgisme au sein des soins de santé peut prendre plusieurs formes, notamment des professionnels de la santé ayant des attitudes négatives envers les personnes âgées ou le processus de vieillissement, adoptant un comportement condescendant, omettant de consulter les personnes âgées sur leurs choix en matière de soins, et décourageant ou limitant l'accès à d'autres indications d'interventions médicales.

Les attitudes âgistes sont répandues dans de nombreuses sociétés, et davantage renforcées au

cours de la formation médicale. Les étudiants en médecine sont rarement formés à traiter les multiples et complexes problèmes et priorités de santé chez les personnes âgées, ou à comprendre leurs besoins essentiels (22, 27). Les manuels de cours se concentrent souvent quasi exclusivement sur les problèmes du vieillissement et sous-évaluent les réussites, ce qui offre aux étudiants une vision étroite du processus de vieillissement.

Certains professionnels de santé croient que leurs clients âgés ne sont pas capables de contribuer à la prise de décision concernant leurs propres soins. Dans de nombreux pays, les médecins omettent d'initier une discussion avec les personnes âgées sur leurs choix en matière de soins (6), et les médecins peuvent être plus réceptifs, égalitaires, patients, respectueux et optimistes avec de jeunes clients qu'avec des personnes âgées (27, 28).

Les personnes âgées peuvent également souffrir d'un rationnement des soins de santé, basé sur l'idée que les services de santé sont une ressource limitée, et qu'ils doivent être accordés pour le plus grand bénéfice du plus grand nombre de personnes (29). Les partisans de cette thèse soutiennent que l'âge chronologique est un critère éthique, objectif, et rentable pour l'attribution des ressources en matière de soins de santé, parce que les personnes âgées ont déjà profité de la vie, et disposent de moins de temps pour profiter de la vie dans le futur (29).

Cependant, il existe de solides contre-arguments à ces approches, allant des perspectives fondées sur les droits et l'égalité, à des arguments soulignant que, de tous temps, les personnes âgées ont fait les plus grandes contributions au développement socio-économique qui a permis de créer ces services. Par conséquent, elles devraient au moins en avoir le bénéfice. Mais le plus grand argument en défaveur du rationnement des soins fondé sur l'âge est sans doute l'absence de relation claire entre l'âge chronologique et la santé. Accorder en priorité des services à une personne âgée de 55 ans qui a une multimorbidité et une espérance de vie limitée, plutôt

que des services à une personne âgée de 70 ans qui est en bonne santé et a une espérance de vie plus longue, n'est pas compatible avec l'argument utilisé pour justifier le rationnement des services fondé sur l'âge. Le rationnement des soins de santé fondé sur l'âge chronologique constitue tout simplement un exemple de discrimination envers les personnes âgées (30, 31).

L'impact économique du vieillissement de la population sur les systèmes de santé

Ce rapport affirme que l'investissement dans les systèmes de santé peut rapporter des bénéfices importants en termes de santé et de bien-être des personnes âgées. Des questions essentielles se posent aux décideurs politiques. Les bénéfices de ces investissements seront-ils occultés par les coûts de la santé d'une vie plus longue ? Quel impact global aura le vieillissement de la population sur les dépenses de santé ?

Pour de nombreuses raisons, il est extrêmement difficile de prédire l'impact que le vieillissement de la population aura sur les dépenses de santé. Premièrement, bien que l'âge avancé soit généralement associé à un besoin accru de soins, le lien entre le besoin de soins et le recours effectif à ces soins est faible. Par exemple, malgré la forte charge de morbidité dans les milieux à faibles revenus, les personnes âgées ont tendance à utiliser les services de santé nettement moins souvent que les jeunes adultes (2, 3). Même dans les pays à revenus élevés, les personnes âgées les plus pauvres, qui ont généralement des besoins plus importants, ont tendance à utiliser moins souvent les services de santé que leurs pairs jouissant d'une meilleure sécurité financière (8, 9).

Même si ces inégalités en matière de demande de soins ont été surmontées, et que la demande globale a augmenté afin d'être mieux adaptée aux besoins, le lien entre l'âge et les dépenses de santé n'est pas linéaire. En effet, il existe de plus en plus

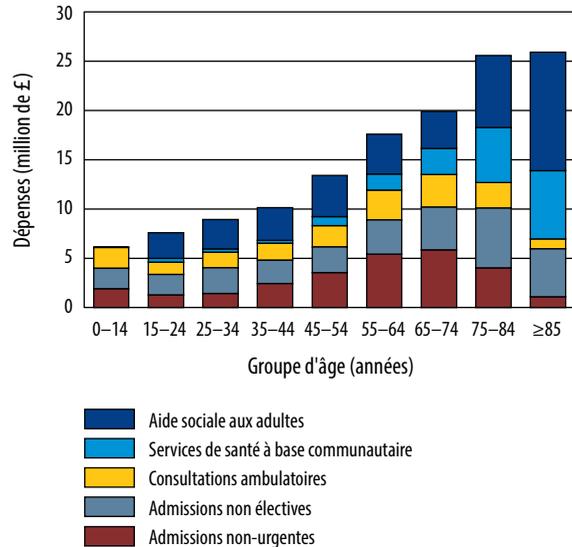
d'éléments de preuve dans les pays à revenus élevés, qu'à partir d'environ 70 ans, les dépenses de santé par personne diminuent significativement, et les dépenses effectuées en dehors du système de santé traditionnel augmentent (32–34).

Par exemple, une récente analyse des dépenses par le Régime des soins de santé de Torbay en Angleterre a révélé que les dépenses ont augmenté dans tous les services à mesure que l'âge augmentait, mais au-delà d'un point culminant entre 65 et 74 ans, les dépenses ont diminué pour les admissions aiguës et non-urgentes à l'hôpital ainsi que pour les consultations en ambulatoires (Fig. 4.5) (32). Bien qu'il soit important d'éliminer la discrimination et le rationnement des services de santé sur la base de l'âge, comme principaux facteurs qui sous-tendent ces résultats, ils évoquent la possibilité qu'à mesure que la répartition des populations progresse vers un vieillissement croissant, les dépenses de santé pourraient en réalité diminuer. Les résultats soulignent également la nécessité pour les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée de collaborer de manière intégrée afin d'assurer une prestation de soins efficaces et efficaces.

En outre, le lien entre l'âge et le coût des soins est fortement influencé par le système de santé lui-même. Par exemple, une étude des pays de l'OCDE suggère que les augmentations liées à l'âge en matière de coûts, sont beaucoup plus élevées au Canada et aux États-Unis qu'en Espagne et en Suède, avec des coûts en Australie, au Japon et au Royaume-Uni se situant quelque part entre les deux (35). Ceci est susceptible de refléter différents systèmes de prestations, de mesures incitatives, d'approches en termes de prise en charge des personnes âgées fragiles, et différentes normes culturelles, en particulier à l'approche de la mort.

En effet, il existe des preuves concluantes que l'intervalle d'années jusqu'au décès est un meilleur prédicteur des dépenses de santé que l'âge chronologique (36, 37). Par exemple, les recherches en Australie et aux Pays-Bas indiquent que près de 10 % de toutes les dépenses de santé

Fig. 4.5. Coût annuel des services de santé, par groupe d'âge et par type de service, Torbay (population : 145 000), Angleterre, de 2010 à 2011



Source : (32).

reflètent le coût des soins pour les personnes au cours de leur dernière année de vie, et que ces coûts diminuent au fur et à mesure avec l'âge (38, 39). Aux États-Unis, environ 22 % de l'ensemble des frais médicaux peuvent être dépensés pour des patients au cours de la dernière année de leur vie (40). L'impact sur les dépenses de l'intervalle de temps jusqu'au décès, est en partie motivé par la complexité de l'état de santé au cours de cette période, mais il est aussi susceptible de refléter les normes culturelles et médicales. Par exemple, les coûts sont susceptibles d'être plus élevés lorsque la mort à l'hôpital constitue la norme, même si l'hospitalisation peut avoir peu d'impact sur l'évolution clinique, et est peu susceptible d'avoir des bienfaits en termes de bien-être de ceux qui utilisent des services plus intensifs (41).

Partir de la perspective de l'intervalle de temps jusqu'au décès peut conduire à différents modèles prédictifs concernant l'impact potentiel des changements démographiques à venir sur le coût des soins. Par exemple, et de façon quelque

peu contre-intuitive, bien que la population du Royaume-Uni ait connu un vieillissement important qui se poursuivra pendant plusieurs années, la proportion de la population ayant moins de 15 ans à vivre est effectivement en baisse, et continuera à baisser dans un avenir prévisible (42). Parce que ce sont ces dernières années de vie qui sont de loin le plus grand facteur déterminant de l'augmentation des dépenses de santé, la modélisation économique des coûts futurs doit tenir compte de ces tendances, parallèlement aux changements de la proportion de personnes âgées dans une population. Cela suggère que les changements démographiques que connaît le Royaume-Uni peuvent avoir des influences beaucoup plus modestes sur les dépenses de santé que ce que l'on suppose communément.

En outre, l'augmentation de l'espérance de vie signifie que les dernières années de la vie se produiront de plus en plus à un âge avancé. Comme il s'agit d'un groupe d'âge dont les dépenses de santé ont tendance à diminuer, permettre aux gens de vivre plus longtemps et en bonne santé peut effectivement réduire les pressions qui s'exercent sur l'inflation des coûts de santé (43).

Une préoccupation peut être que les interventions vers la quarantaine pourraient simplement reporter les dépenses à une période ultérieure dans la vie, et se traduire par des coûts cumulatifs plus élevés tout au long de la vie d'un individu. Bien qu'il n'y ait que peu de recherche dans ce domaine, cela ne semble pas être le cas, puisque les bénéfices immédiats et les coûts différés semblent s'équilibrer au fil du temps (44, 45). En outre, une étude aux Pays-Bas (un pays avec un système complet de soins de longue durée) reflète la tendance indiquée ci-dessus, indiquant une meilleure santé au début de l'âge avancé, suivie de moins de frais hospitaliers pendant l'intervalle de vie restant, mais de dépenses plus élevées pour les soins de longue durée (46).

Combinées, ces données incomplètes en matière de recherche dans les pays à revenus élevés, suggèrent que prédire l'augmentation du coût des soins de santé en se basant sur le vieillissement

de la population est simpliste et peu susceptible de conduire à de bonnes décisions politiques. Ceci est renforcé par des analyses historiques, qui indiquent que le vieillissement peut avoir une influence moindre sur l'augmentation des dépenses de santé que de nombreux autres facteurs. Par exemple, une recherche menée aux États-Unis entre 1940 et 1990 (une période de croissance nettement plus rapide de la proportion de personnes âgées dans la population que ce qui s'est produit depuis) a constaté que le vieillissement avait contribué à seulement 2 % environ de l'augmentation des dépenses de santé observée pendant cette période (33). En comparaison, l'évolution des pratiques liée à la technologie, était responsable de 38 à 65 % de l'augmentation, la hausse des prix était responsable de 11 à 22 %, et la croissance des revenus individuels était responsable de 5 à 23 % (33). De façon similaire, une recherche sur les dépenses en France entre 1992 et 2000 a révélé que la contribution du vieillissement était relativement faible, mais que l'impact des changements dans les pratiques cliniques était près de quatre fois supérieur (47).

Dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires (et dans certains pays à revenus élevés) où le recours est beaucoup plus faible qu'il ne devrait être, compte tenu des besoins de santé des personnes âgées, les services seront tenus de se développer pour répondre aux besoins de cette partie de la population. Cependant, les pressions exercées sur les dépenses qui y sont associées sont moins liées au vieillissement, qu'aux mesures permettant que le droit à la santé de toutes les couches de la population soit garanti de manière équitable.

Par conséquent, il semble raisonnable de conclure que la présence d'une proportion croissante de personnes âgées dans la population ne présente pas un obstacle économique majeur à la refonte des systèmes de santé de la manière proposée dans ce rapport. En effet, étant donné la probabilité que les approches proposées soient à la fois plus efficaces et plus équitables, et que la

Tableau 4.2. Leçons tirées de l'expérience des pays avec des soins intégrés et coordonnés

Pays	Caractéristiques clé de l'intégration	Résultats
Australie : essais de soins coordonnés (48, 49)	<p>Approche de l'ensemble de la population englobant les améliorations apportées à l'accès et à la prestation de services des soins de santé primaires, et l'amélioration dans la coordination des soins pour la communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coordination des soins organisée pour ceux ayant des besoins chroniques et complexes – Utilisation élargie de la gestion et des technologies de l'information – Création de mécanismes solides de résolution des conflits 	<ul style="list-style-type: none"> – Les clients se sont sentis soutenus et moins anxieux – Grande satisfaction des médecins généralistes – Consultations réduites aux services d'urgence, ainsi que durées de séjour réduites après les interventions – Réduction de l'aiguillage vers les services de santé communautaires
Brésil : étude de cas, intégrant le sujet du vieillissement dans le programme national de santé de la famille (Encadré 4.9)	<ul style="list-style-type: none"> – Visites à domicile effectuées par une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin, une infirmière et un travailleur social – Les agents de santé ont été formés pour évaluer la fragilité et les aptitudes fonctionnelles – Solides liens d'aiguillage, établis avec les centres de soins de santé primaires 	<ul style="list-style-type: none"> – Les résultats n'ont pas encore été consignés
Canada (Québec) : Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA) (50)	<p>Coordination établie entre les décideurs et les gestionnaires</p> <ul style="list-style-type: none"> – Système doté d'un point d'entrée unique – A utilisé un processus de gestion des cas – A élaboré des plans de services individualisés et une évaluation unique – Axé sur l'autonomie fonctionnelle des clients – Dossier clinique informatisé utilisé pour la communication entre les institutions pour le suivi des clients 	<ul style="list-style-type: none"> – Augmentation de la satisfaction de la clientèle et de l'autonomisation (« empowerment ») – Baisse de l'incidence du déclin fonctionnel – Baisse de la prévalence des besoins non satisfaits – Réduction du nombre d'hospitalisations et de consultations aux services d'urgence – Pas d'augmentation du nombre de consultations de professionnels de santé ou de recours aux services de soins à domicile – Amélioration de la performance du système, sans frais supplémentaires
Thaïlande : projet Friends Help Friends (les amis aident les amis) (Source : Ekachai Piensriwatchara et Puangpen Chanprasert, Département de la Santé, Ministère de la Santé publique, Thaïlande, communication personnelle, Janvier 2015)	<p>Soins de longue durée, menés par le Ministère de la Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> – Soutien d'aidants familiaux qui dispensent des soins de longue durée – Aidants familiaux et agents communautaires bénévoles ayant été officiellement engagés dans le système, et assuraient des visites à domicile et des évaluations fonctionnelles – Un professionnel de santé, affilié à un centre de santé de proximité, assurait la supervision et le soutien logistique 	<ul style="list-style-type: none"> – Les résultats n'ont pas encore été consignés
Angleterre : études de cas (49, 51)	<ul style="list-style-type: none"> – Mise en œuvre d'une véritable intégration : verticale (de l'hôpital à domicile) et horizontale (équipes multidisciplinaires) – Le programme ciblait des personnes dans la communauté ayant des besoins complexes – Équipes multidisciplinaires composées de coordinateurs de soins, d'infirmières communautaires, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes et de travailleurs sociaux – Les fonds ont été regroupés à partir des groupes cliniques de commissionnement du National Health Service et des autorités locales 	<ul style="list-style-type: none"> – Augmentation de la motivation du personnel et évaluations positives de la part des médecins généralistes – Diminution des temps d'attente pour le soutien aux soins de longue durée – Réduction des admissions d'urgence, du nombre de lit et des durées de séjour – Moins de placements en foyers – Amélioration de la performance du système, sans frais supplémentaires

coordination des soins qui est au cœur de leur principe a prouvé qu'elle n'était pas plus coûteuse (Tableau 4.2), il semble raisonnable de plaider en faveur de ces changements, d'un point de vue économique, ainsi que dans la perspective d'un *Vieillessement en bonne santé*.

Interventions

Le chapitre précédent a montré que, bien que le monde connaisse une transition rapide vers un vieillissement des populations, les systèmes de santé n'avaient généralement pas suivi le rythme. La plupart des services de santé à travers le monde ont été conçus autour de modèles de soins aigus qui sont mal adaptés aux principaux problèmes de santé de la vieillesse. Ces carences en matière de soins sont aggravées par la discrimination fondée sur l'âge et par l'ignorance des priorités et des besoins des personnes âgées. De nouvelles approches sont nécessaires pour favoriser le *Vieillessement en bonne santé*.

Les données probantes indiquent que la meilleure façon de concevoir des systèmes pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées est de placer ces dernières au centre de la prestation de services. En pratique, cela signifie que les soins de santé sont organisés selon leurs besoins et leurs préférences, et conçus de manière à ce qu'ils soient intégrés aux différents niveaux et types de services. Ceci peut pallier à l'incohérence et à l'inefficacité de nombreux systèmes de santé, et garantir que les soins soient déterminés par les besoins changeants et divers d'une personne âgée, plutôt que par la structure du service.

Réaliser ces changements exigera une transition qui doit s'étendre bien au-delà des murs de l'hôpital, et nécessitera une réévaluation de tous les aspects du système de santé (Encadré 4.3 et Encadré 4.4). Les paragraphes suivants décrivent comment ces systèmes peuvent être développés autour de l'objectif commun consistant à optimiser la trajectoire des capacités intrinsèques (Fig. 4.6).

Objectif : optimiser la trajectoire des capacités intrinsèques

Des systèmes de santé partageant les objectifs du *Vieillessement en bonne santé* de constitution et de maintien des aptitudes fonctionnelles, sont nécessaires. Cependant, dans le cadre de ces objectifs, le rôle principal des systèmes de

Encadré 4.3. Dans l'État du Karnataka, en Inde, la santé bucco-dentaire est une priorité

La santé bucco-dentaire des personnes âgées est souvent négligée, malgré son importance pour la nutrition et pour la baisse des capacités. L'État indien du Karnataka a pris d'importantes mesures pour résoudre ce problème : pour la première fois dans le pays, en mars 2014, la santé bucco-dentaire a été intégrée dans sa politique nationale de santé. Cette réforme est d'une importance particulière en Inde parce que la plupart de sa population âgée est vulnérable sur le plan économique, et dispose d'un faible accès aux soins bucco-dentaires, entraînant fréquemment la perte des dents.

Le Karnataka a pris des mesures supplémentaires au niveau de l'État pour capitaliser sur cette réforme. Le gouvernement étatique a proposé de fournir gratuitement des prothèses dentaires à travers ses 42 écoles de médecine dentaire ; ces services seront financés par le gouvernement de l'État du Karnataka. Les écoles de médecine dentaire seront remboursées pour chaque prothèse livrée. Le programme d'approche communautaire dans les villages locaux aidera à identifier les personnes âgées qui ont besoin de prothèses, et aura pour but de les encourager à se faire soigner dans l'une des écoles dentaires.

Les résultats de cette intervention restent encore à être établis, mais cette stratégie met en évidence la façon dont tous les aspects de la santé des personnes âgées peuvent être abordés par des politiques du *Vieillessement en bonne santé*, y compris le domaine souvent omis de la santé bucco-dentaire. Ceci démontre également comment le droit à la santé des personnes âgées - en particulier celle des personnes les plus vulnérables de la société - peut être garanti grâce à une action concertée.

Encadré 4.4. En quoi consistent les évaluations et les plans de soins complets du *Vieillessement en bonne santé* ?

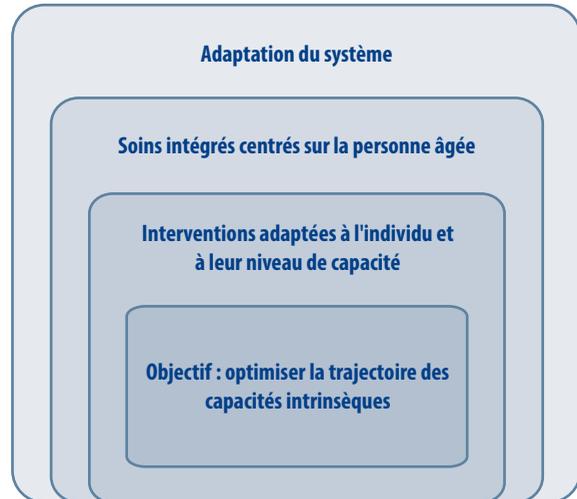
Une évaluation dans le cadre du *Vieillessement en bonne santé* prend en compte plusieurs domaines de capacités intrinsèques ainsi que l'environnement dans lequel les gens vivent. Cette évaluation est réalisée aussitôt que possible, dès que les personnes prennent contact avec les services de santé. La probabilité de multiples problèmes de santé survenant chez les personnes âgées nécessite souvent la participation de plusieurs professionnels de santé, généralistes et spécialistes, ainsi que des services sociaux. Ainsi, l'évaluation peut être réalisée selon un processus en plusieurs étapes, si nécessaire, pour assurer que tous les intervenants concernés prennent part à ces échanges (52, 53).

Les plans de soins sont élaborés dans le cadre de cette évaluation globale. Le plan de soins inclut les objectifs de la personne âgée, la façon dont ils seront réalisés, le rôle des différents secteurs de la santé et du système social, et le plan de suivi et de réévaluation. Une fois que le plan de soins a été élaboré, il sert de feuille de route pour coordonner les interventions et sert également d'étalon pour mesurer les progrès par rapport aux buts et aux objectifs de la personne âgée.

Les plans de soins complets sont collaboratifs. L'évaluation et la discussion initiales impliquent la personne âgée, les principaux membres de la famille, ainsi que d'autres décideurs et professionnels de santé chargés de la planification des soins. Cette discussion devra identifier et clarifier les besoins et les objectifs de la personne âgée, ainsi que les services sociaux et de santé qui pourront les aider à atteindre leurs objectifs (54).

Les plans de soins complets sont un outil essentiel pour réorienter les systèmes de santé vers des soins qui soient intégrés et centrés sur les personnes âgées. Lorsqu'ils sont utilisés de manière optimale, ils améliorent la fusion entre les services de santé et les services sociaux, et facilitent la coordination entre une série de services de santé différents. La recherche a montré que les plans de soins complets peuvent améliorer à la fois la qualité des soins et les effets sur la santé (17, 55).

Fig. 4.6. Concevoir des systèmes de santé pour encourager le *Vieillessement en bonne santé*



santé sera d'optimiser la trajectoire des capacités intrinsèques.

Les éléments de preuves indiquent que le fait de se concentrer principalement sur les capacités intrinsèques des personnes âgées est plus efficace que de prendre en charge en priorité les maladies chroniques spécifiques (15--17). Ceci ne veut pas dire ignorer l'importance du traitement des maladies, mais souligner plutôt que ce sont les capacités physiques et mentales d'une personne âgée qui devraient être les objectifs et les points d'entrée des interventions de santé. Approcher les personnes âgées à travers le prisme des capacités intrinsèques et de l'environnement dans lequel elles vivent, aide à garantir que les services de santé sont axés sur les résultats qui sont les plus pertinents pour leur vie quotidienne. Ceci peut également aider à éviter les traitements inutiles, la polymédication et leurs effets secondaires (10, 56, 57).

Adapter les interventions aux individus et à leur niveau de capacités

La seconde moitié de la vie se caractérise par la grande hétérogénéité des trajectoires en matière de capacités intrinsèques. Pourtant, au sein de toute population de personnes âgées, de nombreuses personnes vont connaître des périodes de capacités élevées et stables, de baisse des capacités, et de perte importante des capacités. Chacune de ces trois périodes nécessite que l'on mette l'accent sur des réponses différentes, et celles-ci sont résumées dans la [Fig. 4.7](#).

Personnes avec des capacités élevées et stables

Pour les personnes âgées avec des niveaux de capacités élevés et stables, l'objectif est de continuer à consolider et à maintenir ces niveaux aussi longtemps que possible. L'accent sera mis sur la prévention des maladies et la réduction des risques, la promotion de comportements renforçant les capacités, la garantie que les problèmes aigus soient traités de manière adéquate, et le dépistage et le traitement des maladies chroniques non transmissibles à un stade précoce.

Des comportements comme maintenir un mauvais régime alimentaire, avoir un mode de vie sédentaire, et la consommation de tabac augmentent le risque de nombreuses maladies non transmissibles jusqu'à un âge avancé, et les stratégies pour réduire leur impact continuent d'être efficaces (58–66). Les interventions comportementales pour les personnes âgées avec ces trajectoires, se concentreront par conséquent sur la réduction de ces risques.

La détection précoce et le traitement des maladies non transmissibles est un autre domaine dans lequel les mesures peuvent être prises au cours de cette période. La prise en charge efficace des soins des personnes atteintes - ou présentant un risque élevé - de maladies cardiovasculaires, de cancer, de maladies respira-

toires chroniques, de diabète et d'autres maladies non transmissibles, peut empêcher l'accumulation de limitations fonctionnelles, réduire le besoin d'hospitalisation et de coûteuses interventions de haute technologie, et peut réduire le nombre de décès prématurés (64, 65, 67). Il existe une série de mesures efficaces pour prévenir et contrôler les maladies non transmissibles, et de nombreux pays - pour la plupart des pays à revenus élevés - ont déjà réduit de manière importante les décès dus aux maladies chroniques, en mettant en œuvre ces mesures (68). Pourtant, des mesures plus ciblées et davantage d'engagements politiques sont nécessaires dans de nombreuses parties du monde, en particulier dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, pour combler l'écart persistant chez les personnes âgées dans le traitement des maladies chroniques (69). Des conseils sont disponibles pour mettre en œuvre ces mesures dans les centres de soins primaires des milieux à faibles ressources (70).

Une attention particulière doit être accordée à l'hypertension, qui est responsable d'un nombre important de maladies cardiovasculaires, à un déclin des capacités intrinsèques qui y est associé, et au décès prématuré. Pourtant, il est possible de minimiser ces risques, si l'hypertension est détectée et traitée à un stade précoce. Les personnes souffrant d'hypertension devraient effectuer une évaluation de leur risque cardiovasculaire total, y compris un test pour la détection du diabète sucré et d'autres facteurs de risque. Hypertension et diabète sont étroitement liés, et on ne peut pas traiter correctement l'un, sans prêter attention à l'autre (71). Les éléments de preuve indiquent que cette approche du risque total pour la prise de décision concernant le traitement, par opposition à la prise de décision basée sur la présence d'un seul facteur de risque, aide à éviter l'utilisation de médicaments inutiles et, par conséquent, leurs effets secondaires (72).

Personnes avec une baisse de capacités

À mesure que les altérations sous-jacentes liées au vieillissement progressent et que les maladies

Fig. 4.7. Trois périodes ordinaires de capacités intrinsèques à un âge avancé ; risques et défis, objectifs et réponses clés du système de santé

Point final	Capacités élevées et stables	Baisse de capacités	Perte significative de capacités
Risques et défis	Comportements à risque, maladies non transmissibles émergentes	Mobilité diminuée, sarcopénie, fragilité, déficiences cognitives ou démence, déficiences sensorielles	Difficulté à accomplir des tâches de base, douleur et souffrance causées par des maladies chroniques à un stade avancé
Objectifs			
Réponses	<p>Réduire les facteurs de risque et encourager des comportements sains</p> <p>Dépistage et gestion précoces des maladies chroniques</p> <p>Renforcer la résilience, grâce à des comportements développant les capacités, en renforçant les compétences personnelles, et en établissant des relations</p>	<p>Mettre en œuvre des programmes multi-composants assurés au niveau des soins de santé primaires</p> <p>Traiter les causes sous-jacentes de la baisse de capacités</p> <p>Entretien de la masse musculaire et la densité osseuse grâce à l'exercice et la nutrition</p>	<p>Interventions visant à rétablir et à conserver les capacités intrinsèques</p> <p>Soins et soutien pour compenser la perte de capacités et assurer la dignité</p> <p>Accès rapide aux soins aigus</p> <p>Soins palliatifs et de fin de vie</p>

MNT : maladies non transmissibles.

chroniques apparaissent, les capacités intrinsèques commencent à décliner. Ce processus est complexe et dynamique : il peut se produire lentement, quand il fait partie du processus de vieillissement, ou plus rapidement, notamment en raison d'un problème de santé spécifique ou d'un traumatisme. Intervenir à cette étape est essentiel, car on peut retarder, ralentir ou même inverser partiellement le processus menant à la fragilité ou à la dépendance aux soins, grâce à des mesures ciblées, au tout début du processus de déclin fonctionnel (73-75).

Veiller à ce que les gens adoptent des comportements sains demeure crucial, mais il faut

élargir le champ d'intervention, depuis la réduction des facteurs de risque jusqu'à englober les mesures qui peuvent directement contribuer à maintenir et à inverser les déficits en matière de capacités intrinsèques. Par exemple, les exercices aérobiques sont importants pour prévenir les maladies cardiovasculaires (76), mais les activités physiques permettant d'aider à développer la masse musculaire, augmenter la force et améliorer l'équilibre, deviennent de plus en plus importantes à mesure que les gens vieillissent (Chapitre 3), en particulier chez les femmes d'âge mûr qui ont un risque accru d'ostéoporose (77, 78). Les conseils en matière de nutrition

évoluent aussi, avec l'accent se déplaçant sur la teneur nutritive des aliments, en particulier les vitamines et les oligo-éléments, bien que l'apport

Encadré 4.5. La santé du cerveau sur tout le parcours de vie en Indonésie

Le Centre de la santé et du Cerveau du ministère de la Santé indonésien, a récemment mis en œuvre une initiative visant à renforcer la résilience et le fonctionnement cognitif à travers le parcours de vie. Les activités commencent tôt dans la vie et comprennent les objectifs suivants :

- assurer la stimulation cérébrale et une nutrition adéquate du fœtus pendant la grossesse ;
- assurer la stimulation sensori-motrice chez les nourrissons, et utiliser des jeux et des outils d'apprentissage pour la stimulation cognitive des tout-petits ;
- optimiser l'environnement d'apprentissage pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents ;
- offrir des activités de promotion de la santé pour les adultes qui sont ciblés pour encourager chez eux les modes de vie sains, l'exercice physique, les activités sociales et le développement de compétences de gestion du stress ;
- assurer le dépistage précoce du déclin cognitif ou de troubles dégénératifs ou vasculaires connexes chez les personnes âgées.

L'outil principal utilisé dans cette initiative est appelé 'évaluation des fonctions exécutives du cerveau'. L'outil évalue différentes compétences, l'intelligence émotionnelle et les fonctions cognitives, et indique les activités qu'il convient de proposer à la personne inscrite au programme.

Cette initiative est remarquable dans la mesure où elle montre une approche du parcours de vie qui permet de renforcer la résilience et les ressources cognitives, qui sont importantes pour prévenir et retarder le déclin cognitif plus tard dans la vie. Le ministère de la Santé a mis en œuvre ce programme au niveau national.

Source : Trisa Wahyuni Putri, Centre de la santé et du cerveau, Ministère de la Santé, Indonésie, communication personnelle, 24 Septembre 2014.

en calories et en protéines constituent également des cibles importantes (Chapitre 3) (79).

Les mesures efficaces commencent par une évaluation exhaustive des capacités intrinsèques de la personne âgée et de leur trajectoire ; des maladies spécifiques, des comportements et des risques qui peuvent influencer sur ces capacités dans le futur ; et de l'environnement de la personne. Cette évaluation selon le concept du *Vieillessement en bonne santé* fournit les informations nécessaires pour établir les priorités et adapter les interventions (Encadré 4.4). Celles-ci peuvent éclairer les programmes multi-composants, qui ont démontrés leur efficacité dans les milieux de soins de santé primaires, en termes d'amélioration des capacités intrinsèques, de maintien de l'autonomie, et de prévention de la dépendance aux soins (80–83).

En raison de leur importance cruciale, les mesures visant à améliorer l'alimentation et encourager l'exercice physique sont susceptibles d'être inclus dans la plupart des programmes multi-composants (66). En particulier, le développement très intensif de la force constitue la mesure clé nécessaire pour prévenir et inverser la fragilité et la sarcopénie ; il protège aussi indirectement le cerveau contre la dépression et le déclin des fonctions cognitives (Encadré 4.5) (84, 85). Un examen de revue systématique a signalé une réduction de 50 % du risque relatif de développer des limitations fonctionnelles, chez les personnes âgées de 65 à 85 ans qui se livraient à une activité physique régulière d'intensité au moins modérée (86). Parce qu'un manque de force est une cause majeure de chutes chez les personnes atteintes de fragilité (87–89), le développement de la force peut permettre aux personnes âgées de maintenir ou de retrouver autonomie et indépendance.

Personnes avec une baisse significative de capacités

De nombreuses personnes atteignent un stade, à un âge avancé, où elles ne sont plus en mesure d'effectuer les activités de base nécessaires à la vie de tous les jours, sans l'aide de tierces per-

sonnes. Cette étape est caractérisée par une dépendance aux soins, qui est principalement prise en charge par les systèmes de soins de longue durée (Chapitre 5). Néanmoins, les systèmes de santé conservent un rôle important pour les personnes qui ont une perte importante de capacités, notamment en assurant le traitement courant de la maladie, de la réadaptation, et des soins palliatifs et de fin de vie. Les systèmes de santé doivent également veiller à ce que les gens aient accès en temps opportun aux soins primaires, aux soins spécialisés et aux soins aigus en cas de besoin. Il y a de solides éléments de preuve indiquant que des services de gériatrie de soins aigus et spécialisés offrent des soins de meilleure qualité, avec des séjours plus courts et des coûts inférieurs à ceux des soins en hôpital général (54, 90, 91).

L'intégration des services de soins de santé et de soins de longue durée sera cruciale pour le maintien des aptitudes fonctionnelles et de la dignité des personnes âgées à ce stade de la vie. La coordination des soins s'est révélée bénéfique, et les plans de soins aident à prévenir les hospitalisations inutiles, assurent qu'il y ait des liens avec les services de soins de longue durée, et aident les personnes à rester chez elles (92).

Une des options de prestation de services pour les personnes avec une perte significative de capacités, consiste à assurer des services hospitaliers à domicile. Ces services comprennent une équipe de professionnels de soins de santé et de soins de longue durée qui offrent des traitements à domicile pour des personnes qui, autrement, seraient admises à l'hôpital pour des soins aigus. Les données probantes ont démontré que ces services procuraient une grande satisfaction chez les clients et les soignants, réduisaient le nombre de décès, et réduisaient les taux de réadmission (93, 94).

Les services de réadaptation constituent une autre composante essentielle des soins de santé à ce stade de la vie. Ils peuvent aider à prévenir l'invalidité permanente et la dépendance aux soins, et ont démontré qu'ils réduisaient les hos-

pitalisations évitables et les sorties retardées (92). Les hôpitaux de soins aigus doivent assumer leur rôle en matière de réadaptation adéquate de leurs patients hospitalisés, mais la plupart des services de réadaptation peuvent être assurés en dehors du milieu hospitalier : au sein de la communauté, ou à domicile (85).

Les soins palliatifs et les soins de fin de vie s'efforcent de garantir que les personnes à un stade avancé de maladie soient traitées avec dignité et respect, et selon leurs besoins et leurs souhaits (Encadré 5.8). Les principales fonctions de ce type de prestations de soins, sont de communiquer des informations précises sur le traitement et le pronostic, d'entreprendre la planification préalable des soins, et de gérer la douleur et traiter les symptômes. La disponibilité et l'utilisation d'analgésiques - opiacés et non opiacés - sont importantes, afin de minimiser la douleur. Cependant, le soutien social est également crucial durant cette dernière étape de la vie, et les systèmes de santé doivent encourager et permettre cela, même dans les milieux hospitaliers.

Mettre en œuvre des soins intégrés et centrés sur la personne âgée

Les éléments de preuve suggèrent que les soins intégrés et centrés sur la personne âgée, constituent la meilleure approche pour la mise en œuvre de cette gamme complexe d'interventions au cours de la vie des personnes âgées (95-98). La prise en charge qui est centrée sur la personne âgée est fondée sur la perspective que les personnes âgées sont bien plus que les seuls réceptacles de leurs affections ou problèmes de santé. Ce sont des individus avec des expériences, des besoins et des préférences uniques. En outre, ils sont pris en considération dans le contexte de leur vie quotidienne, comme faisant partie d'une famille et d'une communauté. Contrairement aux attitudes âgistes, leur dignité et leur autonomie sont respectées et comprises dans une culture de prise de décision partagée.

Au niveau des soins cliniques, les soins intégrés font référence à des services qui couvrent le continuum de soins, sont intégrés au sein et entre

les différents niveaux et lieux de prestation, dans les systèmes de santé et de soins de longue durée (y compris à domicile), et sont offerts selon les besoins des personnes tout au long de leur vie (99). Du point de vue du client, les soins intégrés sont continus et homogènes, quels que soient la maladie, le milieu et la période des soins. Au niveau clinique, les éléments importants dans la conception des soins pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité, incluent : d'utiliser les évaluations du *Vieillissement en bonne santé*, de s'engager à la planification des soins, et d'offrir un point d'entrée unique aux prestations (Tableau 4.3) (48, 50, 51, 100).

L'importance des soins intégrés est soulignée dans *la stratégie mondiale de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne* (99). La stratégie appelle à modifier la façon dont les services de santé sont financés, gérés et offerts, et propose cinq orientations stratégiques interdépendantes qui doivent être adoptées afin que les services de santé deviennent plus intégrés et centrés sur les personnes. Cependant, pour chaque contexte spécifique, la combinaison exacte de stratégies qui sera utilisée, doit être conçue et élaborée, en tenant compte des contextes, des valeurs et des choix locaux (99).

Ce paragraphe présente les éléments clés de la stratégie qui sont les plus pertinents pour la santé des personnes âgées. L'intégration peut être réalisée au niveau de l'organisation des soins

de santé et de la communauté, et au niveau plus large des politiques, des mécanismes de financement et des structures de gouvernance partagée (101). Mais l'intégration entre les soins de santé primaires et tous les autres niveaux et milieux de soins est cruciale (102).

Seuls quelques pays ont mis en œuvre des soins intégrés pour les personnes âgées et évalué leur utilisation au sein de leurs systèmes de santé. Le peu de recherches documentées indique qu'un éventail d'approches variées peut avoir des avantages en termes de satisfaction, de capacités intrinsèques et de réduction du recours à l'hospitalisation (Tableau 4.2).

Parce que les systèmes existant à travers le monde sont si différents, aucun modèle structurel unique d'intégration des soins ne peut être appliqué de manière universelle (49). Cependant, les éléments de preuve suggèrent que le meilleur moyen d'intégrer les soins consiste à regrouper les services, de manière à répondre aux besoins des personnes âgées en utilisant une approche centrée sur la personne, et en mettant fortement l'accent sur la gestion de cas, le soutien à l'auto-gestion, et à « vieillir chez soi » (en assurant des soins à base communautaires). Ces approches sont décrites ci-dessous.

Tableau 4.3. Soins conventionnels, versus soins intégrés et centrés sur la personne âgée

Soins conventionnels	Soins intégrés et centrés sur la personne âgée
Mettent l'accent sur le problème de santé (ou les maladies)	Mettent l'accent sur les personnes et leurs objectifs
L'objectif est le traitement ou la guérison des maladies	L'objectif est d'optimiser les capacités intrinsèques
La personne âgée est considérée comme le bénéficiaire passif des soins	La personne âgée est un participant actif dans la planification des soins et l'autogestion
Les soins sont fragmentés entre les différentes maladies, professionnels de santé, milieux et stades de la vie	Les soins sont intégrés entre les différentes maladies, professionnels de santé, milieux et stades de la vie
Les liens avec les prestations de santé et les soins de longue durée sont limités ou inexistants	Les liens avec les prestations de santé et les soins de longue durée existent et sont forts
Le vieillissement est considéré comme un état pathologique	Le vieillissement est considéré et valorisé comme faisant partie du cours naturel de la vie

Mettre en œuvre la gestion de cas : un objectif, une évaluation, un plan de soins

Un solide système de gestion des cas consiste à ce que les besoins individuels soient évalués, un plan de soins complet soit élaboré (Encadré 4.4), et les services soient gérés et axés sur l'objectif unique du maintien des aptitudes fonctionnelles (103). La gestion des cas se traduit généralement par un point d'entrée et de coordination unique, via un coordinateur de soins (ou *gestionnaire de cas*) qui contribue à l'évaluation, au partage d'informations, et coordonne les prestations entre de multiples professionnels de santé et établissements de soins (49).

Les revues systématiques signalent que la gestion de cas améliore les capacités intrinsèques, les différents aspects de la gestion des médicaments, et l'utilisation de services communautaires (16). Elle améliore également les effets sur la santé pour les personnes âgées fragiles (16, 17), et présente des avantages cliniques dans le cas de plusieurs maladies chroniques (104). L'encadré 4.6 montre également qu'elle est réalisable dans les milieux pauvres en ressources.

Les évaluations et les régimes de soins du *Vieillessement en bonne santé* peuvent être particulièrement efficaces dans trois situations. Pour les personnes présentant une multimorbidité, ils peuvent faciliter la gestion clinique entre les différents prestataires de soins et les réunir autour d'un objectif commun (105). Pour les personnes admises en hospitalisation, ils peuvent aider à réduire les risques et prévenir les inconvénients de l'hospitalisation, et peuvent faciliter un retour à domicile réussi (54). Et pour les personnes sortant de l'hôpital et participant à des programmes de soins de longue durée, ils peuvent faire en sorte que le suivi nécessaire soit effectif et que des liens soient créés entre les services de santé et les services sociaux (105).

Un suivi régulier et soutenu des personnes âgées fait partie de la plupart des approches de gestion de cas. Il favorise le dépistage précoce des complications ou des altérations de l'état fonctionnel, empêchant ainsi les situations d'urgence inutiles et les inefficacités qui en résultent. Il offre également

Encadré 4.6. Plans de soins individualisés pour les personnes âgées vivant dans les bidonvilles, à Rio de Janeiro, Brésil

En 2012, le Centre d'étude et de recherche sur le vieillissement au Brésil a piloté un nouveau projet dans le quartier de Rocinha, à Rio de Janeiro, le plus grand bidonville au Brésil, avec un objectif simple mais ambitieux : offrir des soins de santé adéquats pour les personnes âgées fragiles. Dès le début, l'équipe interdisciplinaire du centre a collaboré étroitement avec trois centres de santé familiale à Rocinha. Le personnel des centres de santé a reçu une formation initiale en gériatrie, et a commencé à référer les personnes âgées au centre d'étude grâce à des critères de sélection et des questionnaires standardisés. Les personnes qui ont été orientées vers le centre d'étude ont reçu une évaluation gériatrique complète et multidimensionnelle, qui aboutit à un plan de soins personnalisé. Ce plan de soins a été envoyé au centre de santé de la personne en question, qui pouvait communiquer avec le centre d'étude à tout moment pour un échange ou des éclaircissements. Après 4 à 5 mois, la personne âgée retournait au centre d'étude pour une évaluation de contrôle.

Au cours de la phase pilote d'une année, près de 3000 rendez-vous ont permis à plus de 350 personnes âgées de bénéficier de plans de soins individuels. Une première évaluation du programme a montré de la part des clients, un niveau élevé d'adhésion aux procédures concernant les médicaments et l'alimentation ; les recommandations concernant l'exercice physique et la transformation de l'environnement ont été suivies par environ la moitié de ceux qui avaient un plan de soins individuel. Pendant la phase pilote, des centres de santé supplémentaires ont rejoint le programme, et le centre d'étude accepte maintenant des cas référés par des centres de santé publique à travers tout l'État de Rio de Janeiro.

Depuis 2014, le centre a offert un plus large éventail de services de soutien aux centres de santé et à leurs patients, y compris un aiguillage vers divers spécialistes (dentistes, nutritionnistes, orthophonistes, ergothérapeutes et kinésithérapeutes), des évaluations cognitives, des groupes de soutien pour les aidants familiaux, et des ateliers sur des questions telles que la prévention des chutes et comment assurer une nutrition adéquate.

un espace de discussion pour le suivi des progrès par rapport au plan de soins, et un moyen de fournir un soutien supplémentaire si nécessaire.

Fournir un soutien systématique à l'autogestion des soins

Offrir un soutien à l'autogestion est un autre outil pour assurer aux personnes âgées des soins intégrés et centrés sur la personne (106, 107). Cela consiste à leur fournir les informations, les compétences et les outils dont elles ont besoin pour gérer leurs problèmes de santé, prévenir les complications, optimiser leurs capacités intrinsèques et maintenir leur qualité de vie. Cela ne signifie pas que les personnes âgées doivent s'en sortir seules, ou que des demandes excessives ou déraisonnables leur incombe. Il s'agit cependant de reconnaître leur autonomie et leur capacité à piloter leurs propres soins, en consultation et en partenariat avec les professionnels de santé, leurs propres familles et les autres soignants.

Le Programme d'autogestion des maladies chroniques (108) est le programme le plus largement étudié pour fournir aux personnes âgées un soutien à l'autogestion. Travaillant avec des groupes de personnes âgées, des experts-profanes (aussi appelés « patients-experts ») offrent une formation dans la prise en charge des troubles cognitifs, donnent des conseils sur les méthodes de gestion du stress et des émotions négatives, et discutent également de sujets tels que les médicaments, l'alimentation, la fatigue et la façon d'interagir efficacement avec les agents de santé. Les animateurs profanes présentent les cours de manière interactive, conçue pour renforcer la confiance des participants dans leurs capacités à réaliser des tâches spécifiques d'autosoins. L'objectif n'est pas de fournir un contenu spécifique aux maladies, mais plutôt d'utiliser des exercices interactifs pour renforcer l'auto-efficacité et d'autres compétences qui aideront les participants à mener une vie active. Un élément essentiel est l'échange et la discussion entre les participants et les pairs-leaders.

Les programmes d'autogestion des maladies chroniques ont démontré qu'ils amélioraient,

chez les personnes âgées, un vaste ensemble de résultats sur le plan de la santé. Une amélioration a été constatée au niveau de l'activité physique (109–111), de l'autosoins (109), de la douleur chronique (112), et de l'auto-efficacité (109–112). Néanmoins, l'ampleur des améliorations mesurées est généralement faible, et les résultats à long terme n'ont pas été bien étayés (113). En outre, la plupart des recherches n'ont pas pris en compte les personnes âgées qui abandonnent ces programmes (113).

La participation des personnes âgées aux programmes d'autogestion à base communautaire est généralement faible, et celles qui y participent ont tendance à être en meilleure santé physique (114). Ces résultats soulignent la nécessité d'une diffusion proactive des programmes aux personnes âgées vivant dans la communauté, ainsi que la nécessité de nouvelles formes de soutien de l'autogestion qui comportent moins d'obstacles physiques à la participation.

Bien qu'elles ne soient pas aussi largement étudiées, les consultations de santé de routine offrent d'excellentes opportunités pour développer et renforcer les compétences en autogestion. Dans ce contexte, une autogestion efficace ne constitue pas une activité isolée, mais plutôt une opportunité continue d'encourager les personnes âgées et leurs soignants à participer à la prise de décision concertée, et à partager la responsabilité en matière de santé et de bien-être de la personne âgée. Différents modèles cliniques ont été développés pour conduire ces interactions (115–117). Les programmes d'autogestion par téléphone ou par Internet offrent d'autres options.

Soutenir le vieillissement chez soi

Les personnes âgées expriment souvent le choix de vieillir chez elles, ou tout au moins au sein des communautés où elles vivent (118–120). Cela leur permet de maintenir des relations et des réseaux communautaires qui peuvent favoriser leur bien-être, et agir comme ressources dans les périodes d'adversité. Bien que l'objectif principal de vieillir chez soi ait souvent été d'assurer un

logement convenable et abordable et un environnement bâti favorable aux aînés, ainsi que fournir un soutien matériel, les services de santé ont également un rôle important à jouer en assurant des soins qui atteignent les gens là où ils vivent. Ainsi, les modèles de soins devront être réorientés et recentrés en priorité vers les soins primaires et les soins communautaires. Cela englobe une transition des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires et les consultations externes, vers davantage d'interventions à domicile, d'engagement communautaire et un système d'aiguillage entièrement intégré (99).

Diverses approches peuvent être efficaces. Par exemple, des visites à domicile par des professionnels de santé dans le cadre de programmes à base communautaire ont démontré leurs effets positifs (80, 121), bien que les bénéfices mesurés aient été variables selon les études et les indicateurs de résultats. En 2014, une revue de 64 essais randomisés a conclu que les visites à domicile étaient efficaces quand elles comprenaient des évaluations multidimensionnelles, et cinq visites ou plus (122). Les effets globaux les plus importants ont été réalisés en matière de réduction du nombre de consultations aux services d'urgence, d'hospitalisations, de durée de séjour, de nombre de chutes, et d'amélioration fonctionnelle sur le plan physique (122). Pour avoir une efficacité maximale, les services à domicile doivent être complétés par des liens étroits avec des services de soins de santé primaires, doivent prévoir un programme de suivi, et doivent cibler les personnes ayant un faible risque de mortalité (123).

Les interventions d'activité physique à domicile pour les personnes âgées ont également obtenu des résultats prometteurs (124). Offrir des interventions d'activité physique à domicile supprime les obstacles à faire de l'exercice, auxquels font généralement face les personnes âgées : il supprime l'obstacle du transport, et il est plus facile d'intégrer l'activité physique à leur vie quotidienne (125, 126). L'activité physique à domicile est plus accessible quand elle ne nécessite pas la recommandation d'un médecin.

Encadré 4.7. Vieillir chez soi : le rôle des agents de santé communautaires

Les données probantes et l'expérience suggèrent que les agents de santé communautaires dans les pays à revenus faibles et intermédiaires pourraient être des ressources importantes pour promouvoir *le Vieillissement en bonne santé* à domicile.

Dans la Région africaine de l'OMS, les programmes de santé communautaires constituent la colonne vertébrale des systèmes de santé. Les agents de santé communautaires sont devenus essentiels pour garantir que les services de soins de santé primaires répondent aux besoins de la communauté, notamment en matière de santé maternelle et infantile, et leur efficacité est reflétée dans la baisse de la mortalité des mères et des enfants.

L'intérêt pour le développement potentiel du rôle des agents de santé communautaires ne cesse de croître, pour aider à contrôler les maladies chroniques non transmissibles. Comme seul prestataire de soins de santé primaires au niveau communautaire, ces agents de santé sont idéalement situés pour mettre en œuvre des soins adaptés aux personnes âgées, pour réaliser un dépistage des cas (c'est-à-dire, identifier les personnes âgées fragiles ou dépendantes dans la communauté, qui n'ont pas sollicité l'aide des services de santé) et pour réaliser des évaluations et des interventions à domicile (127, 128).

Les visites à domicile effectuées dans le cadre des programmes communautaires pour les personnes âgées, sont incluses dans les politiques nationales de plusieurs pays à revenus élevés, dont l'Australie, le Danemark et le Royaume-Uni. Ces programmes visent à retarder ou à prévenir le déclin fonctionnel, la dépendance aux soins et les admissions ultérieures en maison de retraite, en fournissant des mesures de prévention primaires (par exemple, vaccinations et exercice physique), des mesures secondaires (par exemple, le dépistage de problèmes non traités) et des mesures de prévention tertiaires (comme par exemple, une meilleure utilisation des médicaments). Bien que les évaluations aient suggéré que certains de ces programmes étaient efficaces, l'incertitude demeure quant à savoir s'ils peuvent prévenir le déclin fonctionnel, quels éléments des programmes sont efficaces, et quelles sont les populations les plus susceptibles d'en bénéficier (127, 129).

L'approche communautaire et le dépistage de cas sont d'autres aspects importants qui facilitent le vieillissement chez soi. Ces mécanismes peuvent atteindre les personnes âgées qui ne se présentent pas aux centres de santé, et peuvent faciliter l'identification, le suivi et le soutien des personnes âgées qui nécessitent des services de santé. Les agents de santé communautaires pourraient être prometteurs, en ce qu'ils pourraient assurer plusieurs de ces fonctions dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (Encadré 4.7).

Au niveau de la population, le secteur de la santé peut également être impliqué dans la mise en œuvre et la conception d'autres programmes pour favoriser le *Vieillessement en bonne santé*, par exemple en les conseillant sur la conception de programmes d'activité physique qui soient adaptés aux personnes âgées.

Adapter les systèmes de santé

Les systèmes de santé bien adaptés peuvent permettre la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée. L'OMS a identifié les domaines sur lesquels il est nécessaire de se concentrer pour élaborer des systèmes de santé cohérents (ou bien adaptés) (121) ; ils comprennent la prestation de services ; les ressources humaines ; les infrastructures de santé, y compris les produits, les vaccins et les technologies appropriées ; les services d'information et de données ; le leadership et la gouvernance ; et le financement. Ce paragraphe examinera les mesures que l'on peut envisager dans ces domaines, afin de promouvoir des soins intégrés et centrés sur la personne pour les populations âgées (130).

Prestation de services : créer une infrastructure de santé favorable aux aînés

Outre la création de systèmes qui offrent des prestations importantes pour les personnes âgées, les services de santé primaires devraient être situés à proximité de l'endroit où ces dernières vivent, et les services devraient être destinés en priorité aux groupes vulnérables et aux zones mal des-

servies (131). Ceci est important en général, mais en particulier pour les personnes âgées. Un éloignement des centres de santé qui peut sembler raisonnable pour la population générale, peut être insurmontable pour les personnes âgées ayant d'importantes difficultés ; des transports en commun accessibles et abordables financièrement constituent un élément connexe à prendre en considération (Chapitre 6) (132). Les services de santé spécialisés sont susceptibles d'être situés dans un lieu plus central, et peuvent par conséquent exiger des déplacements sur de plus longues distances. Dans ces cas-là, il est essentiel qu'existent des options de transport accessibles aux aînés et abordables.

Dans tous les secteurs de soins, l'infrastructure physique des centres de santé et des hôpitaux peut être conçue de manière à être adaptée aux aînés. Cela peut inclure des ascenseurs, des escaliers, des rampes, des portes et des passages qui sont accessibles à une personne avec des limitations importantes des capacités physiques, ou qui utilise un fauteuil roulant ; des escaliers adéquats (ni trop hauts, ni trop raides) et dotés de mains courantes, des revêtements de sol antidérapant, des aires de repos avec des sièges confortables, et une signalisation de grande dimension, visible et bien éclairée (132). Des procédures respectant la problématique de l'âge pourraient être mises en place (par exemple, les infrastructures de santé pourraient offrir des horaires de consultation spécifiquement adaptés aux personnes âgées, ou des files d'attente prioritaires) (Encadré 4.1), et tout le personnel, y compris le personnel d'assistance et le personnel administratif, pourraient recevoir une formation sur la façon d'aider à rendre les services plus adaptés aux aînés.

Ressources humaines : transformer le personnel

L'OMS définit le personnel de santé, comme « toutes les personnes impliquées dans des actions dont l'objectif principal est d'améliorer la santé » (133). Cela inclut divers professionnels de la santé des secteurs public et privé, ainsi que

tous les autres accompagnateurs et personnel de soutien dont la fonction principale a trait à la prestation ou au soutien à la prestation d'activités de promotion de la santé, de soins préventifs, curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs.

Transformer le personnel pour répondre aux priorités du 21^{ème} siècle exige qu'une large coalition de personnel de santé et de soins de longue durée collabore avec les partenaires communautaires, les personnes âgées et leurs familles. Les services qu'ils assurent doivent être à l'écoute des besoins et des attentes futurs des personnes âgées. Pour ce faire, toutes les catégories de professionnels de santé doivent avoir les compétences adéquates, mais doivent aussi pouvoir évoluer dans des environnements où ils peuvent faire le meilleur usage de ces aptitudes. Il faudra pour cela qu'ils soient organisés en équipes multidisciplinaires, et qu'ils aient accès à des outils pour les aider à assurer des soins intégrés de bonne qualité, qui dépassent la sphère des établissements de santé, afin d'inclure les soins à domicile (Encadré 7.1).

Pour assumer les rôles nécessaires, les professionnels de la santé nécessiteront plusieurs compétences clés. Ils doivent être en mesure de réaliser un examen de base pour évaluer le niveau fonctionnel, y compris visuel, auditif, et cognitif, ainsi que l'état nutritionnel et la santé bucco-dentaire (Encadré 4.3) ; ils doivent être également en mesure de traiter les problèmes de santé courants chez les personnes âgées, tels que la fragilité, l'ostéoporose et l'arthrose. Ils doivent comprendre de quelle façon la dépression, la démence et la consommation abusive d'alcool se manifestent généralement chez les personnes âgées, et ils doivent savoir comment identifier les signes de négligence ou de maltraitance. En outre, les professionnels de santé devraient être en mesure de procéder aux évaluations relatives au *Vieillessement en bonne santé* et à la planification des soins, car ce sont des outils essentiels pour la mise en œuvre de soins intégrés et centrés sur la personne. Au-delà de ces compétences spécifiques, les professionnels de santé neces-

sitent des compétences plus générales en matière de communication, de travail d'équipe, de technologies de l'information et de santé publique.

Des transformations équivalentes devront être réalisées en termes de modèles de formation initiale pour les professionnels ; ces modèles de formation n'ont généralement pas suivi le rythme des transitions rapides qui sont en cours sur le plan épidémiologique et démographique. Les modifications apportées à la formation initiale pourraient inclure l'adoption de programmes axés sur les compétences, qui incluent celles mentionnées ci-dessus, promouvoir la formation interprofessionnelle, et élargir la formation, des centres universitaires vers les services de soins primaires et les communautés (14). Il pourra s'avérer nécessaire de développer la capacité des établissements de formation afin qu'ils soient en mesure de répondre aux normes établies (134). Les directives de l'OMS sur la transformation et le renforcement de la formation des professionnels de santé présentent des recommandations clés pour élargir et réformer l'éducation et la formation, afin d'augmenter la quantité, la qualité et la pertinence des professionnels de santé (135). Il est tout aussi important de favoriser les compétences qui permettent une intégration plus étroite des services sociaux et de santé.

Pour le personnel existant, la formation en cours d'emploi et le développement professionnel continu sont essentiels pour renforcer les connaissances et améliorer les compétences. Des approches confirmées pour le renforcement de nouvelles compétences incluent d'assurer un soutien et une supervision continus du personnel, et de veiller à ce que les généralistes et les spécialistes en gériatrie instaurent des consultations conjointes.

Au-delà de la formation, les professionnels de santé doivent être déployés d'une manière qui soit compatible avec l'objectif d'assurer des soins intégrés et centrés sur la personne âgée, et des équipes multidisciplinaires sont une partie essentielle de ce processus. Les équipes multidisciplinaires partagent la responsabilité et la red-

dition de comptes pour les pratiques cliniques et les résultats des soins, tant pour les individus que pour des populations définies. Pour que ce soit efficace, les équipes doivent se rencontrer régulièrement, partager des informations, définir précisément les rôles cliniques, et assurer des fonctions complémentaires mais coordonnées, auprès des mêmes personnes et des mêmes populations (136). Les équipes peuvent faire partie du même hôpital ou de la même structure de soins, mais peuvent également être créées entre diverses structures ; elles peuvent être reliées grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC), et appuyées par des réunions occasionnelles en face-à-face.

L'assortiment précis des compétences nécessaires dans des équipes multidisciplinaires, dépend du personnel au sein du système de santé ainsi que de leur champ d'activité précis. Cela étant dit, les infirmières se sont révélé jouer un rôle central dans la prestation de soins intégrés. La direction, ou l'implication d'infirmières ou d'autres professionnels de santé formés de manière adéquate, qui peuvent compléter le travail des médecins dans des fonctions clés (comme l'évaluation, la gestion du traitement, le soutien à l'autogestion et le suivi), a prouvé à plusieurs reprises qu'ils amélioreraient l'adhésion des professionnels de santé aux lignes directrices, ainsi que la satisfaction des patients, l'état clinique et la santé des patients, et enfin l'utilisation des services de santé par ces derniers (137-139).

Les autres membres de l'équipe principale devraient idéalement comprendre un médecin généraliste, un travailleur social, un agent communautaire, et un gériatre pour des consultations et un soutien. D'autres membres de l'équipe pourraient inclure des pharmaciens, des nutritionnistes, des thérapeutes de la réadaptation, et des psychologues, pour ne nommer que quelques-uns des professionnels potentiels qui pourraient être impliqués. Enfin, des agents de santé profanes, parfois appelés « patients experts », peuvent partager leurs connaissances et leurs expériences avec d'autres patients qui ont la même maladie.

En prévision de la demande future, des innovations sont nécessaires pour définir les exigences éducatives, les compétences et les parcours professionnels pour les nouveaux types de professionnels de la santé nécessaires pour répondre aux besoins futurs. Par exemple, les personnes désignées comme coordinateurs de soins, qui pourraient être issus de l'un des groupes professionnels énumérés ci-dessus ou d'une autre profession, pourraient superviser le plan de traitement global. Dans de nombreux milieux à revenus faibles et intermédiaires, les cliniciens associés (par exemple, les auxiliaires cliniques, les agents de santé ou les assistants médicaux) ont émergé comme une nouvelle catégorie de professionnels en réponse à la pénurie de personnels de santé et aux défis à retenir le personnel dans les zones rurales et mal desservies (137, 140-142).

Enfin, bien que ce rapport souligne que l'on répondra mieux aux besoins des personnes âgées si tous les professionnels reçoivent une formation adéquate en gériatrie, cela ne peut pas être atteint sans une masse critique d'expertise spécialisée en gériatrie, ou sans la disponibilité de gériatres pour consulter et traiter les cas complexes. Dans de nombreux pays, le nombre de médecins gériatres est étonnamment faible, et de nombreux autres gériatres seront nécessaires pour simplement répondre aux besoins actuels. En outre, un socle universitaire beaucoup plus solide sera nécessaire pour identifier les interventions et les services les plus efficaces. Bien que tous les services de santé ne nécessitent pas une unité d'enseignement ou des spécialistes en gériatrie, ceux-ci seront indispensables pour établir des données probantes et pour relever l'image d'un domaine qui est souvent perçu comme peu attrayant.

Les systèmes d'information sanitaire et la télésanté : un investissement stratégique

L'utilisation des TIC pour les soins de santé, ou la santé en ligne, sera un outil essentiel pour transformer les systèmes et les services de santé afin d'offrir des soins intégrés et centrés sur la per-

sonne qui soient adaptés aux personnes âgées, et conformes au programme du *Vieillessement en bonne santé*. L'utilisation stratégique des TIC sera indispensable pour améliorer les aptitudes fonctionnelles des générations futures, intégrer et gérer les soins des personnes âgées, évaluer l'impact des interventions et assurer la reddition des comptes quant aux services fournis.

Les progrès en matière de TIC sont mis à profit dans le monde entier pour améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que pour assurer l'efficacité des coûts des prestations de santé (143). Dans l'Union européenne, par exemple, grâce à l'introduction des TIC et de la télémédecine on estime avoir amélioré l'efficacité des soins de santé de 20 % (144). Dans de nombreux pays aujourd'hui, la télésanté est en train de modifier la façon dont les soins sont dispensés ainsi que le fonctionnement des systèmes de santé.

Les dossiers médicaux électroniques et les systèmes d'information sur la santé qui y sont liés peuvent récolter, organiser et partager des informations sur des clients individuels et des populations cliniques déterminées, afin d'aider à identifier les besoins des personnes âgées, planifier leurs soins au fil du temps, suivre les réponses au traitement, et évaluer les résultats de santé. Ils peuvent également faciliter la collaboration entre les professionnels de santé et entre les équipes de soins et leurs clients, qui peuvent se trouver dans différents endroits ou lieux géographiques. Les services de santé comme la télémédecine et la consultation à distance permet aux clients d'avoir accès à une expertise diagnostique et thérapeutique, qui ne serait autrement pas disponible localement. À bien des égards, les TIC sont devenues fondamentales pour la gestion efficace des maladies chroniques, et la mise en œuvre des soins par des équipes multidisciplinaires.

Les TIC sont également utilisées dans de nombreux contextes pour faciliter l'accès à la mise à jour des connaissances, et pour aider les professionnels de santé à dispenser des soins fondés sur des données probantes et en toute sécurité. Par exemple, des rappels, des invites et des avertissements automatisés incorporés aux systèmes

de gestion des dossiers médicaux peuvent aider le personnel à répondre aux normes de qualité et à documenter systématiquement les résultats des examens de diagnostic et des soins dispensés.

La télésanté est de plus en plus utilisée pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Par exemple, elle est utilisée pour assurer le lien entre les personnes âgées vivant à domicile et leur équipe de soins de santé, ainsi qu'avec les services communautaires et sociaux, pour lutter contre leur solitude et leur isolement, les aider à être autonomes, et faciliter l'autogestion de leurs maladies.

Des études sont en cours quant à l'utilisation des TIC par les personnes âgées pour surveiller leur santé. Par exemple, des dispositifs portables pourraient être utilisés pour recueillir des informations sur leur activité physique, leur alimentation et mesurer leurs capacités, comme leur vitesse de marche.

La recherche sur les déterminants génétiques des capacités chez les personnes âgées et les biomarqueurs des régressions précoces, vise à permettre que l'on accorde des conseils personnalisés aux personnes, à un stade beaucoup plus précoce qu'il ne serait possible aujourd'hui. Les systèmes d'information doivent être élaborés de manière à exploiter pleinement tous les atouts de ces innovations.

L'utilité des systèmes d'information sur la santé s'étend aussi plus largement à la surveillance, à l'évaluation et à la planification au niveau politique, et à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, idéalement à travers des systèmes de soins de santé et de soins de longue durée. Toutefois, pour que ces utilisations soient mises à profit, des indicateurs communs doivent faire l'objet d'un large consensus et doivent être utilisés de façon systématique. Les indicateurs des causes et des domaines sous-jacents des aptitudes fonctionnelles - comme la malnutrition, la mobilité réduite, les troubles cognitifs et les déficiences sensorielles - doivent être définis et concrétisés, et évalués régulièrement chez les populations âgées. Divers outils pour appréhender les aptitudes fonctionnelles

pourraient constituer un point de départ utile afin d'élaborer des indicateurs pour les systèmes d'aide sociale et de santé (145–147).

Produits médicaux, vaccins et technologies : en assurer l'accès

Les produits médicaux, les médicaments essentiels et les technologies de la santé sont indispensables pour aider les personnes âgées à rester en bonne santé, à rester actives et indépendantes aussi longtemps que possible.

Les médicaments pour les personnes âgées doivent être sûrs, correctement prescrits, disponibles et accessibles ; cependant, réaliser ces objectifs constitue un défi important pour la plupart des systèmes de santé. Les personnes âgées prennent davantage de médicaments que les personnes plus jeunes, et prennent souvent plusieurs médicaments en même temps (ce que l'on appelle la polymédication). En outre, au fur et à mesure que le corps vieillit, les effets des médicaments changent également, et le mauvais usage des médicaments peut augmenter avec l'âge. Par conséquent, améliorer l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées, y compris mettre en œuvre des prescriptions adéquates, est un domaine qui nécessite une attention de toute urgence (Encadré 4.8).

Les pays peuvent envisager de prendre des mesures sur plusieurs fronts. Par exemple, des directives pour une prescription adéquate pourraient être nécessaires, et des programmes visant à assurer le libre accès aux médicaments essentiels pour les personnes âgées peuvent être également bénéfiques. Le Brésil, par exemple, a amélioré l'accès aux médicaments, en offrant un approvisionnement gratuit concernant cinq médicaments essentiels, aux personnes âgées bénéficiant d'un traitement via son système de santé publique ; des médicaments pour les maladies chroniques sont distribués gratuitement aux personnes âgées par les services de santé publique et le programme national de santé de la famille (149).

Les listes de médicaments essentiels devront probablement être recentrées sur la dynamique de santé des personnes âgées. Par exemple, les compléments alimentaires, les vitamines et les micronutriments ne sont normalement pas

Encadré 4.8. Australie : impliquer les pharmaciens dans le cadre des soins intégrés, pour lutter contre les problèmes liés à la médication

En Australie, les personnes âgées qui présentent un risque élevé de problèmes de médication, sont assistées par un service de « vérification des médicaments à domicile » qui emploie des pharmaciens pour prévenir, détecter et résoudre les problèmes. Le service est composé des étapes suivantes :

1. Les médecins généralistes identifient des personnes âgées à risque, en utilisant des critères standard, comme par exemple les personnes prenant cinq médicaments ou plus, ou celles qui prennent un médicament ayant une marge thérapeutique étroite, et qui doit être administré avec beaucoup de soin et de surveillance afin d'éviter les effets indésirables. Ces personnes âgées sont référées à la pharmacie communautaire de leur choix.
2. Le pharmacien a une entrevue avec la personne âgée, le plus souvent à domicile, afin d'obtenir un profil complet des médicaments utilisés.
3. Le pharmacien établit un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations ; ce rapport est envoyé au médecin généraliste traitant de la personne en question.
4. Le médecin généraliste et la personne âgée se mettent d'accord sur un plan de gestion des médicaments, en se basant sur le rapport.

Ce service représente un élément clé de la politique nationale Australienne en matière de médicaments, qui vise à assurer que les médicaments soient utilisés en toute sécurité et de manière efficace. Depuis 2001, plus de 620 000 vérifications de médicaments ont été menées à travers le pays. Les résultats d'une évaluation indiquent que les vérifications optimisent les prescriptions pour les personnes âgées, et préviennent ainsi les effets indésirables inutiles (148).

inclus dans ces listes, mais ils mériteraient que l'on pense à les inclure, en raison de leur impact, au niveau fonctionnel, pour les personnes âgées. D'autres affections, telles que la démence et la sarcopénie, ne disposent pas encore d'une base de preuves solides en ce qui concerne leur traitement pharmacologique, et par conséquent davantage de recherches sont nécessaires avant d'inclure des médicaments pour traiter ces troubles (150).

Assurer l'accès aux aides techniques et aux technologies de la santé, est un autre domaine important où des mesures peuvent être prises. Ces aides techniques et technologiques peuvent aider les personnes âgées à maintenir leurs aptitudes fonctionnelles dans le contexte d'une diminution des capacités ; elles peuvent améliorer le bien-être et la qualité de la vie ; elles peuvent réduire les chutes et les hospitalisations ; et elles peuvent atténuer les préoccupations pour les personnes âgées et leurs familles (151). Inclure les produits et les services liés aux technologies de la santé dans les politiques nationales de santé et de vieillissement, permettrait de garantir l'équité, et d'offrir les politiques nécessaires et l'environnement réglementaire propice pour améliorer l'accès à ces technologies. Les mécanismes financiers pour l'acquisition de ces technologies devront également être pris en considération.

Les solutions à court terme ne doivent pas se concentrer sur les nouvelles technologies, mais peuvent s'inspirer de technologies existantes ou d'une convergence entre les deux. Les enquêtes sur les aides techniques utilisées par les personnes âgées montrent que ce sont des équipements de base qui sont les plus couramment utilisés, y compris les aides à la vision et les appareils auditifs, les aides à la mobilité de base (telles que les cannes et les déambulateurs), les équipements pour la toilette, et les coussins ou d'autres moyens d'adapter le mobilier ou les lits (152). Les rendre plus largement disponibles et abordables devrait constituer une priorité.

Les technologies futures devraient répondre aux besoins et aux préférences des personnes

âgées, en plus de cibler les déficiences physiques et les maladies non transmissibles spécifiques. Bien que ces domaines traditionnels des technologies de la santé continuent d'être importants, il est nécessaire d'étendre le champ d'application des technologies et des dispositifs. À une époque où l'isolement social et la solitude affectent considérablement la santé physique et mentale des personnes âgées, les technologies de la santé peuvent jouer un rôle important en réduisant l'éloignement physique et émotionnel entre les membres de la famille, et entre les personnes âgées, leurs soignants et les autres membres de la communauté. Soutenir les soins à domicile, un domaine en pleine évolution des technologies de la santé, continuera d'être important. Les dispositifs portables créeront des opportunités pour une surveillance plus étroite des aptitudes fonctionnelles et pour l'adaptation de soins personnalisés. Dans le même temps, il est nécessaire d'étendre le champ des technologies et des dispositifs pour traiter des questions telles que le déclin cognitif et la fragilité, où les ressources humaines spécialisées sont rares et la formation insuffisante. Cependant, les interfaces informatiques, l'assistance robotique et les réseaux sociaux virtuels ne peuvent que compléter les besoins humains essentiels de contact physique, émotionnel et social.

Leadership et gouvernance : placer le Vieillesse en bonne santé au centre des politiques et des programmes

Les réformes politiques sont la clé de voûte pour élaborer et mettre en œuvre des services de santé intégrés pour répondre au vieillissement des populations. L'engagement des gouvernements est fondamental pour que ces mesures soient un succès. Des politiques, une législation, des procédures et un financement formels sont nécessaires pour concrétiser ces engagements.

Pour que des soins centrés sur la personne et intégrés pour les personnes âgées soient une réalité, les politiques et les programmes de santé doivent tout d'abord tenir compte des besoins des popu-

Encadré 4.9. Intégrer le vieillissement dans la stratégie nationale du Brésil pour la santé et la famille

En 2006, la politique nationale en matière de vieillissement et de santé au Brésil a attiré l'attention sur les besoins de la population vieillissante du pays, négligée auparavant dans les politiques et des stratégies nationales relatives à la santé. La nouvelle politique a contribué à l'amélioration des soins aux personnes âgées, en mettant à profit l'engagement du Brésil à la couverture de santé universelle ainsi que son solide programme national de santé de la famille, comme principaux vecteurs d'amélioration.

Une caractéristique clé du programme de santé de la famille consiste à faire appel à des équipes multidisciplinaires, composées non seulement de médecins et d'infirmières, mais également de kinésithérapeutes, de psychologues, d'éducateurs physiques, de nutritionnistes et d'ergothérapeutes, entre autres. Ces équipes travaillent ensemble dans un pôle de soutien à la santé familiale, qui assure des services sociaux et de santé, des services au niveau communautaire, l'identification de patients et des visites à domicile, dans une zone géographique délimitée.

Tous les professionnels de la santé ont appris à évaluer l'état fonctionnel des personnes âgées, y compris la fragilité, conjointement à une évaluation psychosociale. Cette évaluation exhaustive est devenue l'outil clé pour l'intégration des soins entre divers services et prestataires. L'élaboration de nouvelles directives sur les soins de santé primaires globaux pour les personnes âgées, a complété cette formation.

Des considérations sur le vieillissement ont ensuite été intégrées dans une série de procédures de soins cliniques ; en outre, de nouvelles interventions ciblant spécifiquement les personnes âgées ont été introduites. Certaines de ces interventions sont assurées dans les communautés où les personnes âgées vivent, à travers des groupes d'entraide, des cours pour encourager les comportements sains, et des cours de danse et d'exercice physique. Une des forces du programme a été l'engagement et la participation des communautés. Par exemple, les personnes âgées et les bénévoles sont responsables de la plupart des initiatives d'aide sociale fournies par le centre.

Source : Eduardo Augusto Duque Bezerra, Gestionnaire de santé publique de la ville, Pernambuco, Brésil, communication personnelle, mars 2015.

lations âgées (Encadré 4.9). Trop souvent, les personnes âgées sont occultées dans les politiques et les programmes. Une première étape consisterait à examiner les politiques et les programmes avec cette mise en garde à l'esprit. Reconsidérer les programmes et les politiques pourrait répondre à des questions importantes en matière de vieillissement des populations, comme par exemple la coordination des soins, le soutien à l'autogestion, comment vieillir chez soi, et les effets sur le plan fonctionnel. Lorsque cela est pertinent, les politiques et les programmes doivent refléter l'intégration entre les différents niveaux de soins (par exemple, entre soins de santé primaires et services hospitaliers), et également entre les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée. Développer un budget, une surveillance et un système de reddition des comptes conjoints peut renforcer l'intégration.

Les politiques et les procédures âgées doivent être identifiées et modifiées. Ces changements pourraient inclure, par exemple : adapter les indicateurs de santé nationaux afin d'inclure l'évaluation des questions de santé importantes pour les personnes âgées (par exemple, la démence ou les déficiences sensorielles), élargir la collecte de données de santé à tous les âges, désagréger les données par âge et par sexe en groupements de 5 ou 10 ans, au lieu d'inclure les personnes âgées dans une catégorie de « plus de 70 ans », et exiger que les nouveaux médicaments mis sur le marché pour des maladies spécifiques soient évalués dans le cadre des multimorbidités courantes.

En outre, il faudra se montrer attentif à la lutte contre les inégalités de santé chez les personnes âgées. Les personnes âgées nécessiteuses et marginalisées ont généralement une plus grande exposition aux risques pour la santé, davantage de problèmes de santé, et plus de difficultés pour l'accès aux services. Lorsque l'on observe les différences entre les plus riches et les plus pauvres dans 20 % des ménages, cela nous donne un aperçu sur 40 % de la population. Néanmoins, sur le plan fonctionnel et des capacités, ainsi que des facteurs de risque, les maladies et l'accès aux services diffèrent sur l'ensemble des couches de

la société, des plus pauvres aux plus riches, et souvent selon d'autres caractéristiques sociales.

Les systèmes de santé peuvent contribuer à réduire les énormes disparités auxquelles on peut remédier au sein des pays, même si cela exige un engagement et une bonne compréhension de la situation (153). Les systèmes qui garantissent efficacement l'équité, semblent partager plusieurs grandes caractéristiques. Ils ont pour objectif de garantir une couverture de santé universelle et offrent des avantages particuliers aux enfants et aux personnes âgées, aux groupes marginalisés et défavorisés sur le plan social, ainsi que d'autres groupes qui ne bénéficient souvent pas d'une couverture adéquate. Ils utilisent une approche globale pour appréhender les déterminants plus larges de la santé, et comprendre les expositions aux risques et les vulnérabilités variables des individus et des groupes, et ils intègrent les préoccupations en matière d'équité en santé dans les programmes de santé publique (154). Aussi bien les inégalités absolues que les gradients sociaux sont mesurés, et c'est en partant de ces informations que les inégalités en matière de santé peuvent être identifiées et contrôlées. Les systèmes qui réussissent à garantir l'équité font participer des groupes de population et des organisations de la société civile qui militent pour la prise de décision des personnes âgées, en particulier celles qui travaillent avec les groupes socialement défavorisés et marginalisés. Et enfin, ils possèdent le leadership, les processus et les mécanismes qui encouragent les mesures intersectorielles pour promouvoir le *Vieillessement en bonne santé*.

Dans certains pays, les questions de vieillissement seront intégrées au sein d'une politique et d'un programme général de santé, tandis que dans d'autres, elles apparaîtront comme un volet distinct. La situation idéale consiste peut-être à ce que le *Vieillessement en bonne santé* soit incorporé au sein de la politique nationale et du programme national de santé, avec un programme complémentaire, plus global, sur la politique en matière de vieillissement et de santé, fournissant davantage de détails (24).

Financement de la santé : adéquation avec les objectifs du *Vieillessement en bonne santé*

Les services de santé pour les populations âgées peuvent être soutenus par des politiques de financement de la santé. Un point de départ important est de veiller à ce qu'on dispose des bonnes informations, ce qui permettra à la fois le suivi des niveaux généraux des budgets, ainsi qu'une analyse détaillée de la façon dont l'argent est dépensé et les résultats ou les produits que cela génère. Comme ce rapport l'a souligné, les dépenses en matière de santé des personnes âgées constituent des investissements en leurs capacités à réaliser les choses qui comptent pour elles. Il est urgemment nécessaire de définir une manière de mesurer les bénéfices économiques de cette initiative.

Les politiques de financement de la santé devraient être conformes aux objectifs de la couverture de santé universelle pour les populations âgées, qui est définie par l'OMS comme la garantie que toutes les personnes aient accès aux services de santé nécessaires - comme la prévention, la promotion de la santé, les traitements et la réadaptation - sans risque de difficultés financières liées à l'accès à ces services (155). Des politiques de financement de la santé qui sont conformes aux objectifs de couverture de santé universelle permettraient de protéger les personnes âgées contre le fait de se priver de soins de santé essentiels en raison des coûts financiers, ou de faire face à de graves difficultés financières et même à un appauvrissement, dû à leurs besoins en matière de soins.

D'un point de vue pratique, les politiques de financement de la santé incluent l'augmentation des recettes, la mise en commun et l'allocation de fonds, et le fait de déterminer la façon dont les services sont obtenus financièrement. En ce qui concerne l'augmentation des recettes, il est essentiel de garantir qu'il existe des financements publics adéquats pour limiter la dépendance aux paiements des utilisateurs pour les services essentiels, et par conséquent, pour assurer la pro-

tection financière. La mise en commun des ressources entre les groupes de population garantit le partage efficace des risques, et elle est particulièrement importante pour les populations âgées.

L'objectif d'investir dans les soins centrés sur la personne et les soins intégrés destinés aux personnes âgées, est de fournir des services qui sont abordables et accessibles à tous. Les politiques de financement de la santé doivent veiller à ce que des mesures d'incitation systémiques conduisent à ces services exhaustifs, et n'encouragent pas les réponses *ad hoc* traitant les questions distinctes de manière isolée. Par exemple, les prestataires de santé devraient avoir des incitations financières pour réaliser des évaluations complètes, offrir des interventions préventives visant à retarder ou à récupérer la diminution des capacités, et soutenir les soins de longue durée (y compris par la réadaptation et les soins palliatifs et de fin de vie). Les soins à domicile devraient également être inclus dans la gamme des services pris en charge.

Il sera nécessaire d'être particulièrement vigilant à garantir non seulement une rémunération adéquate aux professionnels de santé qui fournissent des soins aux populations âgées, mais également à s'assurer qu'il existe des mesures incitatives appropriées, en particulier pour ceux qui travaillent dans les services à base communautaire et les centres de soins de santé primaires. Des incitations financières peuvent soutenir les efforts visant à encourager les professionnels de santé à exercer dans les zones mal desservies ; ces incitations sont de plus en plus utilisées dans le secteur de la santé conjointement à des formes de rémunération de services et de paiement à l'acte.

Recadrer la recherche médicale

Une grande partie de la recherche dans le domaine médical est axée sur la maladie. Cela empêche une meilleure compréhension des changements subtils intervenant dans les fonctions intrinsèques, à la fois avant et après l'apparition de la maladie, ainsi que les facteurs qui influencent ces changements.

Les changements sous-jacents en matière de capacités et de fonctions organiques, et la présence fréquente de comorbidités, signifient que les personnes âgées ont des réactions physiologiques qui peuvent être très différentes de celles d'autres groupes d'âge. Pourtant, les essais cliniques excluent systématiquement les participants âgés ou ceux avec des comorbidités, ce qui signifie que les résultats peuvent ne pas être directement applicables à des populations âgées (156, 157).

La conception des essais cliniques doit être revue afin de mieux identifier de quelle manière les personnes âgées répondent à divers médicaments et combinaisons de médicaments (158). Plus précisément, davantage de recherche est nécessaire, pour observer la façon dont les médicaments couramment prescrits affectent les gens atteints de multimorbidité, rompant avec l'hypothèse erronée classique partant du principe que le traitement optimal d'une personne avec plus d'un problème de santé consiste à additionner les différentes interventions (158). Et les résultats doivent aussi être envisagés non seulement en termes de marqueurs de maladies, mais également en termes de capacités intrinsèques. Une meilleure pharmacovigilance après mise sur le marché, peut aider à combler cette lacune jusqu'à ce que de nouvelles approches pour des essais cliniques plus pertinents pour les personnes âgées soient développées.

La recherche translationnelle sur le vieillissement et la longévité devra inclure davantage les sciences sociales si elle souhaite élaborer des interventions visant à ralentir la baisse de capacités. Par exemple, comprendre pourquoi certaines personnes âgées ne prennent pas leurs médicaments, pourrait stimuler l'adhésion au traitement et par conséquent, l'efficacité des médicaments (159). En outre, il peut être nécessaire que les systèmes de messagerie ainsi que d'autres stratégies visant à encourager les comportements favorables en matière de santé, soient différents pour les populations âgées (160, 161).

Enfin, pour que les systèmes de santé soient pérennes, il sera important de veiller à ce que

les stratégies adoptées soient rentables financièrement. Cependant, il serait faux de croire que les conclusions des études coût-efficacité pour des groupes de population plus jeunes peuvent tout simplement être extrapolées aux personnes âgées, alors que les risques peuvent être plus courants et les conséquences défavorables plus fréquentes (162). Un des résultats pourrait être que le dépistage et le traitement s'avèrent tous deux plus rentables chez les personnes âgées.

Cependant, il se peut que le changement le plus important soit le changement de mentalité des bailleurs de fonds et des chercheurs. Non seulement ils devront se concentrer plus concrètement sur les trajectoires des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles en tant que résultats, mais ils devront aussi surmonter les attitudes âgistes et modifier leurs politiques et procédures, afin d'être plus inclusifs des personnes âgées dans les programmes de recherche. Cela nécessitera la réaffectation des budgets, qui sont actuellement relativement faibles dans la recherche liée au vieillissement (163).

Conclusion

Pour répondre aux besoins des populations âgées, des changements importants sont nécessaires dans la façon dont les systèmes de santé sont structurés et dont les soins de santé sont dispensés. Dans de nombreux endroits, en particulier dans les pays à revenus faibles intermédiaires, l'accès et l'accessibilité financière sont les principaux obstacles aux soins. De nouveaux services et de nouvelles approches devront être développés dans ces milieux.

Mais globalement, les services qui sont disponibles sont souvent peu conformes aux besoins de santé des personnes âgées. Ils devront être repensés afin d'offrir des soins complets et coordonnés qui ont prouvé qu'ils étaient plus adéquats et plus efficaces. Le point de départ devra être de placer les personnes âgées au centre des soins de santé. Il faudra pour cela se concentrer

sur leurs besoins et leurs choix spécifiques, et les inclure comme participants actifs dans la planification des soins et dans la gestion de leur santé.

Néanmoins, des changements apportés aux systèmes sont également nécessaires. Les services de santé doivent être mieux intégrés entre niveaux de services et entre groupes de spécialités. Une bien meilleure coordination est nécessaire avec les systèmes de soins de longue durée, et éventuellement même une intégration formelle. La gestion de cas, le soutien à l'autogestion, et le soutien au vieillissement à domicile doivent être intégrés au tissu des soins de santé pour les personnes âgées.

Ces changements semblent être à la fois abordables et pérennes. Bien que l'essentiel du débat sur le vieillissement de la population suppose qu'il soit associé à une augmentation ingérable en matière de demande de services, les éléments de preuve suggèrent que ce sera un facteur d'inflation des coûts de santé beaucoup moins important que des facteurs tels que les nouvelles technologies et les transformations en matière de pratique clinique. En effet, les approches intégrées et centrées sur la personne énoncées dans ce chapitre ont montré qu'elles aboutissaient non seulement à de meilleurs résultats pour les personnes âgées, mais aussi qu'elles ne coûtaient pas plus chers que les services classiques.

Bien que la transformation des systèmes de santé nécessite une action sur plusieurs fronts, trois thèmes principaux apparaissent prioritaires :

- déplacer l'orientation clinique, se concentrant sur la maladie, vers les capacités intrinsèques ;
- reconstruire les systèmes de santé de manière à fournir aux personnes âgées des soins plus centrés sur la personne et plus intégrés ;
- réformer le personnel de santé afin qu'il puisse améliorer la prestation des soins dont ces nouveaux systèmes auront besoin.

Les principales mesures liées à chacun de ces thèmes sont abordées au Chapitre 7.

Liste des références

1. WHO World Health Survey: 2002–2004. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 23 June 2015).
2. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 9 June 2015).
3. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
4. He W, Muenchrath MN, Kowal P. Shades of gray: a cross-country study of health and well-being of the older populations in SAGE countries, 2007–2010. Washington (DC): United States Government Printing Office; 2012 (<http://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf>, accessed 9 June 2015).
5. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):23. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0698-2> PMID: 25609174
6. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood).* 2014 Dec;33(12):2247–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947> PMID: 25410260
7. Alecxih L, Shen S, Chan I, Taylor D, Drabek J. Individuals living in the community with chronic conditions and functional limitations: a closer look. Washington (DC): Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, United States Department of Health and Human Services; 2010 (<http://www.aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2010/closerlook.pdf>, accessed 9 June 2015).
8. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med.* 2015 Feb;126:154–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028> PMID: 25562311
9. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health.* 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751
10. Balarajan Y, Selvaraj S, Subramanian SV. Health care and equity in India. *Lancet.* 2011 Feb 5;377(9764):505–15. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61894-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61894-6) PMID: 21227492
11. WHO study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).
12. Dey S, Nambiar D, Lakshmi JK, Sheikh K, Srinath Reddy K. Health of the elderly in India: challenges of access and affordability. In: Smith JP, Majmundar M, editors. Aging in Asia: findings from new and emerging data initiatives. Washington (DC): National Academies Press; 2012 (<http://www.nap.edu/catalog/13361/aging-in-asia-findings-from-new-and-emerging-data-initiatives>, accessed 9 June 2015).
13. Albanese E, Liu Z, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Equity in the delivery of community healthcare to older people: findings from 10/66 Dementia Research Group cross-sectional surveys in Latin America, China, India and Nigeria. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):153. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-153> PMID: 21711546
14. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010 Dec 4;376(9756):1923–58. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5) PMID: 21112623
15. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law.* 2010 Jan;5(Pt. 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
16. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
17. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community.* 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
18. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ.* 2005 Mar 19;330(7492):637–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7492.637> PMID: 15774994
19. Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans; Board on Health Care Services; Institute of Medicine of the National Academies Press. Retooling for an aging America: building the health care workforce. Washington (DC): National Academies Press; 2008 (http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12089, accessed 9 June 2015).

20. Mateos-Nozal J, Beard JR. Global approaches to geriatrics in medical education. *Eur Geriatr Med*. 2011;2(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2011.01.001>
21. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A. Global survey on geriatrics in the medical curriculum. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf, accessed 9 June 2015).
22. Stall N. Time to end ageism in medical education. *CMAJ*. 2012 Apr 3;184(6):728. doi: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.112179> PMID: 22410378
23. Center for Health Workforce Studies. The Impact of the aging population on the health workforce in the United States. Rensselaer (NY): University at Albany, School of Public Health; 2006 (http://www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_full.pdf, accessed 9 June 2015).
24. Araujo de Carvalho I, Byles J, Aquah C, Amofah G, Biritwum R, Panisset U, et al. Informing evidence-based policies for ageing and health in Ghana. *Bull World Health Organ*. 2015 Jan 1;93(1):47–51. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136242> PMID: 25558107
25. National ageing policy: ageing with security and dignity. Accra: Government of Ghana; 2010 (<http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/blogs/blog.article.php?blog=3442&ID=1000008901>, accessed 23 June 2015). doi: <http://dx.doi.org/10.1038/511405a> PMID: 25056047
26. Boulton C, Counsell SR, Leipzig RM, Berenson RA. The urgency of preparing primary care physicians to care for older people with chronic illnesses. *Health Aff (Millwood)*. 2010 May;29(5):811–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0095> PMID: 20439866
27. Adelman RD, Capello CF, LoFaso V, Greene MG, Konopasek L, Marzuk PM. Introduction to the older patient: a “first exposure” to geriatrics for medical students. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Sep;55(9):1445–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01301.x> PMID: 17767689
28. Band-Winterstein T. Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect. *J Appl Gerontol*. 2013 PMID: 24652870
29. Reese PP, Caplan AL, Bloom RD, Abt PL, Karlawish JH. How should we use age to ration health care? Lessons from the case of kidney transplantation. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Oct;58(10):1980–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03031.x> PMID: 20831719
30. Galea S, Vlahov D, Tracy M, Hoover DR, Resnick H, Kilpatrick D. Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster: evidence from a general population survey after September 11, 2001. *Ann Epidemiol*. 2004 Sep;14(8):520–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.01.006> PMID: 15350950
31. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
32. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King’s Fund; 2014 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 9 June 2015).
33. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
34. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID: 25238558
35. Hagist C, Kotlikoff L. Who’s going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005 (Working Paper 11833; <http://www.nber.org/papers/w11833.pdf>, accessed 9 June 2015).
36. Wong A, van Baal PH, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID: 20232289
37. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
38. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
39. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID: 16781037
40. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289

41. Marik PE. The cost of inappropriate care at the end of life: implications for an aging population. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014;pii:1049909114537399. <http://ajh.sagepub.com/content/early/2014/06/05/1049909114537399.abstract?rss=1> PMID: 24907121
42. Spijker J, MacInnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ*. 2013;347 Nov 12:f6598. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6598> PMID: 24222481
43. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population aging? Copenhagen: World Health Organization; 2009. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf, accessed 9 June 2015).
44. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *N Engl J Med*. 2003 Sep 11;349(11):1048–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa020614> PMID: 12968089
45. Gandjour A. Health care expenditures from living longer—how much do they matter. *Int J Health Plann Manage*. 2014 Jan;29(1):43–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2164> PMID: 23418021
46. Wouterse B, Huisman M, Meijboom BR, Deeg DJ, Polder JJ. Modeling the relationship between health and health care expenditures using a latent Markov model. *J Health Econ*. 2013 Mar;32(2):423–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.11.005> PMID: 23353134
47. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Econ*. 2006 Sep;15(9):947–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1165> PMID: 16958079
48. Esterman AJ, Ben-Tovim DI. The Australian coordinated care trials: success or failure? The second round of trials may provide more answers. *Med J Aust*. 2002 Nov 4;177(9):469–70. PMID: 12405885
49. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. London: The King's Fund; 2014 (http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_102418-7.pdf, accessed 9 June 2015).
50. Hébert R, Raïche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M; PRISMA Group. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Jan;65B(1):107–18. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp027> PMID: 19414866
51. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 9 June 2015).
52. Bernabei R, Landi F, Onder G, Liperoti R, Gambassi G. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(3):308–13.
53. Conroy SP, Stevens T, Parker SG, Gladman JR. A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'. *Age Ageing*. 2011;40(4):436–43.
54. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011 Oct 27;343:d6553. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d6553> PMID: 22034146
55. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Sep;39(9 Pt. 2):8S–16S; discussion 17S–18S. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x> PMID: 1832179
56. Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: the impact of frailty. *Arch Intern Med*. 2012 Aug 13;172(15):1162–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.2555> PMID: 22801930
57. Managing older people with type 2 diabetes: global guideline. Brussels: International Diabetes Federation; 2013 (<http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2014/02/IDF-Guideline-for-Older-People.pdf>, accessed 9 June 2015).
58. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2009;(4):CD000028.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=19821263&dopt=Abstract PMID: 19821263
59. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al.; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303> PMID: 23432189
60. Michel JP, Newton JL, Kirkwood TB. Medical challenges of improving the quality of a longer life. *JAMA*. 2008 Feb 13;299(6):688–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.6.688> PMID: 18270358

61. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000 Aug 5;321(7257):323–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323> PMID: 10926586
62. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
63. Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y, et al. Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: evidence from the Caerphilly cohort study. *PLOS ONE*. 2013;8(12):e81877. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0081877> PMID: 24349147
64. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*. 2010 Oct;11(5):547–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2> PMID: 20559726
65. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013 Jun;27(6):483–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215512469384> PMID: 23258932
66. Dörner TE, Lackinger C, Haider S, Luger E, Kapan A, Luger M, et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay “buddies”: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1232. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232> PMID: 24369785
67. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf?ua=1>, accessed 9 June 2015).
68. Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitonga C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*. 2005 Nov 5;366(9497):1667–71. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67342-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67342-4) PMID: 16271649
69. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014 Feb;43(1):116–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215> PMID: 24505082
70. Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
71. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/DCO/WHD/2013.2; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
72. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf, accessed 9 June 2015).
73. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):278. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-278> PMID: 19115992
74. Daniels R, van Rossum E, Metzelschin S, Sipers W, Habets H, Hobma S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil*. 2011 Nov;25(11):963–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215511410728> PMID: 21849375
75. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013 Mar 2;381(9868):752–62. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9) PMID: 23395245
76. Murtagh EM, Murphy MH, Boone-Heinonen J. Walking: the first steps in cardiovascular disease prevention. *Curr Opin Cardiol*. 2010 Sep;25(5):490–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HCO.0b013e32833ce972> PMID: 20625280
77. Edwards MH, Dennison EM, Aihie Sayer A, Fielding R, Cooper C. Osteoporosis and sarcopenia in older age. *Bone*. 2015 Apr 14; doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2015.04.016> PMID: 25886902
78. Giangregorio LM, Papaioannou A, MacIntyre NJ, Ashe MC, Heinonen A, Shipp K, et al. Too fit to fracture: outcomes of a Delphi consensus process on physical activity and exercise recommendations for adults with osteoporosis with or without vertebral fractures. *Osteoporos Int*. 2014;25(3):821–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-013-2523-2> PMID: 25510579
79. Levine ME, Suarez JA, Brandhorst S, Balasubramanian P, Cheng CW, Madia F, et al. Low protein intake is associated with a major reduction in IGF-1, cancer, and overall mortality in the 65 and younger but not older population. *Cell Metab*. 2014 Mar 4;19(3):407–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmet.2014.02.006> PMID: 24606898
80. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008 Mar 1;371(9614):725–35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6) PMID: 18313501

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé

81. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 2002 Oct 3;347(14):1068–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa020423> PMID: 12362007
82. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD; Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Apr;52(4):625–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52174.x> PMID: 15066083
83. Pel-Littel RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ. Frailty: defining and measuring of a concept. *J Nutr Health Aging*. 2009 Apr;13(4):390–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-009-0051-8> PMID: 19300888
84. Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Tijhuis MA, Kromhout D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. *Qual Life Res*. 2004 Apr;13(3):667–77. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000021313.51397.33> PMID: 15130029
85. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al.; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009 Jul;41(7):1510–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c> PMID: 19516148
86. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7(1):38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38> PMID: 20459782
87. Wolfson L, Judge J, Whipple R, King M. Strength is a major factor in balance, gait, and the occurrence of falls. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1995 Nov;50(Spec. No.):64–7. PMID: 7493221
88. Gomes GA, Cintra FA, Batista FS, Neri AL, Guariento ME, Sousa ML, et al. Elderly outpatient profile and predictors of falls. *Sao Paulo Med J*. 2013;131(1):13–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802013000100003> PMID: 23538590
89. Landi F, Liperoti R, Russo A, Giovannini S, Tosato M, Capoluongo E, et al. Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: results from the iSIRENTE study. *Clin Nutr*. 2012 Oct;31(5):652–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.02.007> PMID: 22414775
90. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañás L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009 Jan 22;338:b50. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b50> PMID: 19164393
91. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. [The acute orthogeriatric unit. Assessment of its effect on the clinical course of patients with hip fractures and an estimate of its financial impact]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011 Jul-Aug;46(4):193–9. (in Spanish). PMID: 21507529
92. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. *King's Fund March 2014. Age Ageing*. 2014 Sep;43(5):731. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105> PMID: 25074536
93. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2011;(7):CD009231. PMID: 21735440
94. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of “hospital in the home”. *Med J Aust*. 2012 Nov 5;197(9):512–9. doi: <http://dx.doi.org/10.5694/mja12.10480> PMID: 23121588
95. McDonald KM, Schultz EM, Chang C. Evaluating the state of quality-improvement science through evidence synthesis: insights from the closing the quality gap series. *Perm J*. 2013 Fall;17(4):52–61. doi: <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/13-010> PMID: 24079357
96. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005 Apr;17(2):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi016> PMID: 15665066
97. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: World Health Organization; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf, accessed 9 June 2015).
98. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Mar;18(3):222–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.819> PMID: 12642892
99. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>, accessed 9 June 2015).
100. Chernichovsky D, Leibowitz AA. Integrating public health and personal care in a reformed US health care system. *Am J Public Health*. 2010 Feb;100(2):205–11. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.156588> PMID: 20019310

101. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013 Jan-Mar;13:e010. PMID: 23687482
102. The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/>, accessed 9 June 2015).
103. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 9 June 2015).
104. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L Jr, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4) (Suppl.):15–38. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00423-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00423-3) PMID: 11985933
105. Conroy S, Dowsing T. What should we do about hospital readmissions? *Age Ageing*. 2012 Nov;41(6):702–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs154> PMID: 23045361
106. Nuñez DE, Keller C, Ananian CD. A review of the efficacy of the self-management model on health outcomes in community-residing older adults with arthritis. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2009;6(3):130–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00157.x> PMID: 19656354
107. Sherifali D, Bai JW, Kenny M, Warren R, Ali MU. Diabetes self-management programmes in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2015 Apr 10. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.12780> PMID: 25865179
108. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, William Brown B, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*. 2001 Nov;39(11):1217–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200111000-00008> PMID: 11606875
109. Jonker AA, Comijs HC, Knipscheer KC, Deeg DJ. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *Eur J Ageing*. 2009 Dec;6(4):303–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-009-0131-y> PMID: 19920862
110. Kim SH, Youn CH. Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2015 Mar;9(1):42–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.008> PMID: 25829209
111. Melchior MA, Seff LR, Bastida E, Albatineh AN, Page TF, Palmer RC. Intermediate outcomes of a chronic disease self-management program for Spanish-speaking older adults in South Florida, 2008–2010. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E146. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130016> PMID: 23987252
112. Reid MC, Papaleontiou M, Ong A, Breckman R, Wethington E, Pillemer K. Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence. *Pain Med*. 2008 May-Jun;9(4):409–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00428.x> PMID: 18346056
113. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(9):1–60. PMID: 24194800
114. Dattalo M, Giovannetti ER, Scharfstein D, Boulton C, Wegener S, Wolff JL, et al. Who participates in chronic disease self-management (CDSM) programs? Differences between participants and nonparticipants in a population of multimorbid older adults. *Med Care*. 2012 Dec;50(12):1071–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318268abe7> PMID: 22892650
115. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005 Apr;55(513):305–12. PMID: 15826439
116. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med*. 2001 Jan;20(1):68–74. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00254-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00254-3) PMID: 11137778
117. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4):267–84. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00415-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00415-4) PMID: 11988383
118. Public housing in Singapore: residents' profile, housing satisfaction and preferences. HDB Sample Household Survey 2013. Singapore: Housing and Development Board, Singapore Government; 2014.
119. Keenan TA. Home and community preferences of the 45+ Population. Washington (DC): AARP; 2010 (<http://assets.aarp.org/rgcenter/general/home-community-services-10.pdf>, accessed 9 June 2015).
120. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. 'Ageing in Place'? Exploring Elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Stud*. 2009;46(2):295–316. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0042098008099356>
121. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Mar;63(3):298–307. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/63.3.298> PMID: 18375879

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé

122. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2014;9(3):e89257. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089257> PMID: 24622676
123. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002 Feb 27;287(8):1022–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.8.1022> PMID: 11866651
124. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005;(1):CD004017. PMID: 15674925
125. Geraedts H, Zijlstra A, Bulstra SK, Stevens M, Zijlstra W. Effects of remote feedback in home-based physical activity interventions for older adults: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2013 Apr;91(1):14–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.018> PMID: 23194823
126. Opdenacker J, Delecluse C, Boen F. A 2-year follow-up of a lifestyle physical activity versus a structured exercise intervention in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Sep;59(9):1602–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03551.x> PMID: 21883103
127. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair R, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001;323(7315):719–25.
128. van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320(7237):754–8.
129. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:74.
130. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 9 June 2015).
131. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *J Integr Care*. 2011;19(5):5–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/14769011111176707>
132. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, accessed 9 June 2015).
133. The world health report 2006: working for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 9 June 2015).
134. Global consensus for social accountability of medical schools. In: Global consensus for social accountability [website]. Global consensus for social accountability; 2010 (<http://healthsocialaccountability.org/>, accessed 9 June 2015).
135. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
136. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000 Feb 26;320(7234):569–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7234.569> PMID: 10688568
137. Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishtar S, et al. Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? *Bull World Health Organ*. 2007 Jun;85(6):432–40. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.06.032177> PMID: 17639240
138. Wilson IB, Landon BE, Hirschhorn LR, McInnes K, Ding L, Marsden PV, et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Intern Med*. 2005 Nov 15;143(10):729–36. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00010> PMID: 16287794
139. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1998 Oct 15;129(8):605–12. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-129-8-199810150-00004> PMID: 9786807
140. Epping-Jordan JE, van Ommeren M, Ashour HN, Maramis A, Marini A, Mohanraj A, et al. Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective. *Int J Ment Health Syst*. 2015;9(1):15. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-015-0007-9> PMID: 25904981
141. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock KM, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *N Engl J Med*. 2007 Dec 13;357(24):2510–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs071889> PMID: 18077816
142. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organ*. 2002;80(7):575–80. PMID: 12163922

143. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):658–61. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61461-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61461-6) PMID: 25468151
144. eHealth and ageing. In: *Digital Agenda for Europe: a Europe 2020 initiative* [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/ehealth-and-ageing>, accessed 9 June 2015).
145. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al.; WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ*. 2010 Nov 1;88(11):815–23. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.067231> PMID: 21076562
146. *The International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization; 2001.
147. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993 Mar;31(3):247–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006> PMID: 8450681
148. Castelino RL, Bajorek BV, Chen TF. Retrospective evaluation of home medicines review by pharmacists in older Australian patients using the medication appropriateness index. *Ann Pharmacother*. 2010;44(12):1922–9.
149. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saude Publica*. 2010 Jun;26(6):1163–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010> PMID: 20657981
150. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, et al; American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 2008 Mar 4;148(5):370–8. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-5-200803040-00008> PMID: 18316755
151. Assistive devices background paper: prepared for the World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
152. Spillman BC. Assistive device use among the elderly: trends, characteristics of users, and implications for modeling. Washington (DC): Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Department of Health and Human Services; 2005 (<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/astdev.htm>, accessed 9 June 2015).
153. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems: final report of the Knowledge Network on Health Systems. Geneva: WHO Commission on the Social Determinants of Health; 2007. (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 9 June 2015).
154. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? *Public Health Rep*. 2013 Nov;128(Suppl. 3):12–20. PMID: 24179274
155. *World health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 29 June 2015).
156. Gurwitz JH, Goldberg RJ. Age-based exclusions from cardiovascular clinical trials: implications for elderly individuals (and for all of us). Comment on “the persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure”. *Arch Intern Med*. 2011 Mar 28;171(6):557–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.33> PMID: 21444845
157. Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. *PLOS ONE*. 2012;7(8):e41601. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601> PMID: 22870234
158. Banerjee S. Multimorbidity—older adults need health care that can count past one. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):587–9. PMID: 25468155
159. de Souto Barreto P. Ageing: research needs social science. *Nature*. 2014 Aug 21;512(7514):253. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/512253e> PMID: 25143106
160. Carstensen L, Hartel C. Motivation and behavioral change. In: *When I’m 64..* Washington (DC): National Academies Press; 2006: 34–54 (<http://www.nap.edu/catalog/11474/when-im-64>, accessed 9 June 2015).
161. Notthoff N, Carstensen LL. Positive messaging promotes walking in older adults. *Psychol Aging*. 2014 Jun;29(2):329–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036748> PMID: 24956001
162. Aedoand C, Walker D. Methodological issues in assessing the cost-effectiveness of interventions to improve the health of older people. In: Dangour AD, Grundy EMD, Fletcher AE, editors. *Ageing well: nutrition, health, and social interventions*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2007:127–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1201/9781420007565.ch11>
163. Fontana L, Kennedy BK, Longo VD, Seals D, Melov S. Medical research: treat ageing. *Nature*. 2014 Jul 24;511(7510):405–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/511405a> PMID: 25056047



Chapitre 5
Systèmes de soins de longue durée

Joaquin, 80 ans, Colombie

Il y a treize ans, on a diagnostiqué chez Joaquin une maladie d'Alzheimer.

Sa femme Mara Leonor, âgée de 70 ans, s'occupe de lui. Mariés depuis plus de cinquante ans, ils ont six enfants et sept petits-enfants.

Mara Leonor raconte:

«La chose la plus difficile a été de comprendre la maladie. Une fois que nous avons compris la maladie, tout est devenu plus facile. Nous ne pouvons pas lutter contre la maladie et encore moins contre Joaquin : il ne peut pas être blâmé pour cela, et c'est à la famille de comprendre et d'être formé à la manière de vivre avec cette nouvelle situation. Un des médecins qui a traité Joaquin, lui a recommandé la Fundación Acción Familiar Alzheimer (Fondation pour l'action de la famille sur la maladie d'Alzheimer), et puis j'ai commencé à prendre des cours de formation pour les aidants naturels, et de cette façon, nous avons appris ensemble.»

«Deux fois par semaine Joaquin se rend dans un centre de jour. D'avoir ce soutien me permet de faire une pause, car il y a des choses que je dois régler. Payer les factures, demander des rendez-vous, etc. ça me donne aussi le temps de rendre visite aux familles que j'ai rencontrées à la fondation. Grâce à tout ce que j'ai appris, je peux aider d'autres familles à apprendre à vivre avec cette maladie ; il y a beaucoup de gens qui me demandent d'organiser des ateliers. J'ai suivi une formation tous les jours, car c'était devenu un défi personnel. J'ai appris beaucoup de choses sur une maladie dont je n'avais jamais entendu parler, et maintenant je sens que les rôles sont inversés. Joaquín a pris soin de moi toute sa vie, et c'est maintenant mon tour. «

5

Systemes de soins de longue durée

Introduction

Quelque soit leur âge ou leur niveau de capacités intrinsèques, les personnes âgées ont le droit à une vie digne et enrichissante. Pour les personnes ayant une perte significative de capacités intrinsèques, ceci n'est souvent envisageable que grâce à des soins, à un soutien et à l'aide de tierces personnes.

La forme de ces soins de longue durée varie considérablement d'un pays à l'autre, et même au sein des pays. La responsabilité incombe souvent aux familles, et peut induire des coûts psychologiques, sociaux et économiques importants. Mais les gouvernements, en particulier dans les pays à revenus élevés, jouent un rôle de plus en plus important. Cela a conduit à des débats animés dans de nombreux pays, sur la façon dont les soins peuvent être assurés de manière pérenne, et quel est le juste équilibre, en matière de prestations de soins et de soutien, entre les familles et le gouvernement. Pourtant, on débat moins de la nature et de la qualité des soins et du soutien fournis, et on accorde peu de réflexion à quantifier les avantages qui pourraient résulter de ces investissements. En outre, les personnes âgées recevant des soins sont souvent marginalisées et victimes de stéréotypes, arguant qu'elles représentent un fardeau.

Ce chapitre décrit une autre façon de faire face à ce défi crucial du *Vieillissement en bonne santé*. Bien qu'il existe de nombreuses définitions des soins de longue durée, ce rapport utilise ce terme pour désigner :

les activités entreprises par des tiers pour veiller à ce que les personnes à risque ou atteintes d'une perte permanente significative des capacités intrinsèques, puissent maintenir un niveau de capacités fonctionnelles qui soit conforme à leurs droits et à leurs libertés fondamentales et à leur dignité humaine.

En d'autres termes, les soins de longue durée sont tout simplement un moyen d'assurer que les personnes âgées avec une perte significative de capacités puissent malgré tout *Vieillir en bonne santé*. Comme pour toutes les étapes du cours de la vie, on peut atteindre cet objectif grâce à deux mécanismes :

- optimiser la trajectoire des capacités intrinsèques chez le bénéficiaire ;

- compenser une perte de capacités en assurant les soins et le soutien de l'environnement nécessaires pour maintenir les capacités fonctionnelles à un niveau qui garantisse le bien-être.

Deux principes clés sous-tendent la définition des soins à long terme.

Premièrement, même dans des circonstances où les personnes âgées ont d'importantes limitations fonctionnelles, elles ont encore « une vie ». Elles ont le droit et méritent la liberté de réaliser leurs aspirations continues au bien-être, d'avoir un sens dans la vie, et de bénéficier du respect.

Deuxièmement, comme pour d'autres étapes de la vie, les capacités intrinsèques ne sont pas statiques lors d'une période d'altérations significatives, mais le déclin des capacités fait plutôt partie d'un continuum et, dans certains cas, peut être évitable ou réversible. Répondre pleinement aux besoins d'une personne à ce stade de la vie exige par conséquent que des efforts soient réalisés pour optimiser cette trajectoire des capacités, réduisant ainsi les limitations fonctionnelles, qui seront compensées grâce à d'autres mécanismes de prise en charge.

Formuler l'objectif des soins de longue durée de cette manière a plusieurs implications importantes. Par exemple, les bénéficiaires potentiels des soins de longue durée ne comprennent pas seulement ceux qui sont déjà dépendants des soins, mais également ceux qui ont une baisse des capacités significative, et qui présentent un risque important de voir leur état se détériorer. Mettre en œuvre des interventions simples peut éviter la nécessité de mesures plus intensives ultérieurement.

En outre, la dépendance aux soins n'est pas considérée comme un état fixe, du tout ou rien. Par exemple, la réadaptation, une bonne alimentation ou de l'activité physique peuvent permettre d'améliorer les capacités d'une personne âgée, au point que la nécessité de soins de longue durée diminue, voire disparaît.

Enfin, considérer que les capacités fonctionnelles sont le but ultime des soins de longue

durée, plutôt que de se focaliser simplement sur la réponse aux besoins fondamentaux des personnes âgées, exige de la part des soignants qu'ils se concentrent sur d'autres domaines. Ceux-ci incluent les capacités des personnes âgées à se déplacer ; à développer et à entretenir des relations ; à apprendre, à se développer sur le plan personnel, et à prendre des décisions ; et à apporter leur contribution à leurs communautés (Chapitre 6). Pour les personnes âgées qui ont perdu significativement leurs capacités à réaliser ces activités, les soignants nécessiteront des connaissances, une formation et un soutien appropriés.

Pour réaliser ces objectifs, il faudra probablement faire appel à différents prestataires de soins, travaillant dans des milieux très variés. Ce rapport emploie le terme de système de soins de longue durée pour désigner tous ces soignants et les milieux dans lesquels ils peuvent intervenir, ainsi que les services de gouvernance et de soutien qui peuvent les aider dans leurs rôles. Le système de soins de longue durée couvre par conséquent les membres de la famille, les amis, les bénévoles qui assurent des soins et un soutien, le personnel soignant rémunéré et non rémunéré, la coordination des soins, les services à base communautaire et les soins en institution, ainsi que les services qui soutiennent les aidants familiaux et assurent la qualité des soins qu'ils fournissent (par exemple en offrant des soins de répit, des informations, un enseignement, une homologation de leurs compétences, un financement et de la formation). Ce système se chevauche de façon significative avec le système de santé et ceux qui fournissent des soins de santé.

Ce rapport fait valoir qu'au 21^{ème} siècle, aucun pays ne peut se permettre de ne pas développer un système coordonné de soins de longue durée. Toutefois, cela ne signifie pas qu'il existe un système qui soit adapté à tous les contextes. Au contraire, chaque pays doit faire le point sur sa situation spécifique, afin d'identifier le système le plus adapté à son contexte.

Le besoin croissant en soins de longue durée

La plupart des estimations du nombre de personnes âgées qui ont besoin de soins de longue durée sont des sous-représentations brutes, car elles présupposent que le besoin ne se pose que lorsque la perte de capacités atteint un point où les gens font face à des difficultés à accomplir des activités de base, comme manger, se laver, s'habiller, entrer et sortir du lit, ou aller aux toilettes. Comme cela est décrit au Chapitre 3, ce rapport utilise le terme « dépendant aux soins » pour décrire cet état de limitations fonctionnelles sévères. Par conséquent, ces estimations ne comprennent pas les personnes âgées qui ont une baisse des capacités moins significative, mais qui pourraient encore bénéficier de soins et de soutien. Elles servent aussi à conforter la valeur-seuil en matière de limitations fonctionnelles, ce qui peut être utile comme mécanisme permettant d'identifier ceux qui sont admissibles pour bénéficier des services, mais ne parviennent pas à rendre compte de la continuité du parcours de *Vieillessement en bonne santé* et des possibilités à l'influencer. Pourtant, souvent, il n'existe pas de passage brutal entre le moment où une personne âgée n'a pas besoin de soins et de soutien, et le moment où elle en devient dépendante.

Néanmoins, les données d'enquête ont révélé qu'une proportion importante de personnes âgées étaient dépendantes des soins, et que la prévalence augmentait avec l'âge (Chapitre 3). Cependant, il existe des variations fortes entre les pays, allant de moins de 5 % de la population âgée de 65 à 74 ans en Suisse qui est dépendante des soins, à près de 50 % des personnes du même âge dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires (en fonction de la façon dont elle est mesurée). Parmi les personnes âgées de plus de 74 ans, la prévalence est encore plus élevée.

Cette plus forte prévalence de la dépendance aux soins dans les pays à revenus faibles et intermédiaires par rapport aux pays à revenus élevés est importante, parce que ce sont généralement

les milieux avec le moins d'infrastructures qui doivent répondre à ces besoins importants. Il est également intéressant de noter que la dépendance aux soins est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes du même âge (1). Cela peut être dû à des différences fondées sur le genre en termes de problèmes de santé et de relations sociales spécifiques (Chapitre 3) (2).

Le vieillissement mondial de la population va augmenter de manière significative le nombre absolu de personnes âgées qui seront dépendantes de soins.

De nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires connaîtront une augmentation encore plus nette, en raison du rythme plus rapide de vieillissement de leur population, et certains de ces pays connaîtront un doublement du nombre absolu de personnes âgées qui seront dépendantes aux soins en 2050 (4). En effet, cette tendance pourrait s'avérer être sous-estimée, vue la forte prévalence de baisses significatives de capacités des personnes âgées dans ces pays (Fig. 3.17). L'Afrique subsaharienne pourrait se trouver confrontée à une hausse particulièrement élevée (5).

Approches actuelles en matière de soins de longue durée

Les soins de longue durée sont prodigués dans des milieux qui vont du domicile du bénéficiaire aux centres communautaires, en passant par des centres de vie assistée, des maisons de retraite, des hôpitaux et autres établissements de santé. L'étendue et l'intensité des soins et du soutien fournis peuvent différer dans chacun de ces milieux.

Dans ce rapport, les soins à base communautaire font référence à toutes les formes de soins qui ne nécessitent pas qu'une personne âgée réside en permanence dans un milieu de soins institutionnel. Ce type de soins peut être prodigué dans des foyers de personnes âgées, dans des centres communautaires, ou dans des centres de jour. Les soins à base communautaire

peuvent permettre de vieillir à domicile, et permettent potentiellement de retarder l'admission en maison de retraite, de réduire le nombre de jours passés à l'hôpital, et d'améliorer la qualité de vie (5, 6).

Les soins en institution sont assurés en centres de vie assistée et en maisons de retraites, entre autres milieux de soins. Dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les soins en institution étaient souvent basés sur un modèle médical de prestations de services, mais ressemblant et fonctionnant *de facto* davantage comme un hôpital que comme une maison de retraite. Plus récemment, d'autres concepts alternatifs de soins en institution ont suscité un intérêt croissant. Dans des pays comme l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas, la Suède et les États-Unis, certains établissements de soins de type hospitalier sont transformés en des foyers collectifs de taille plus réduite, qui offrent une atmosphère plus familiale et offrent des soins 24 heures sur 24. Ces approches novatrices visent à traiter les résidents d'abord comme des personnes, et non comme des patients (7). Dans l'ensemble, ces nouveaux concepts de soins sont prometteurs pour les personnes âgées, les membres de leur famille, et les bénévoles qui prodiguent des soins et un soutien, et pour d'autres professionnels de santé, ainsi que pour améliorer la qualité des soins (8-13).

En outre, de nombreux pays à revenus élevés, ont entamé un processus de redéfinition des services de longue durée, auparavant axés sur les soins en institution, vers d'avantage de soins à base communautaire (14). Dans de nombreux pays de l'OCDE, entre la moitié et les trois quarts des personnes âgées reçoivent des soins de longue durée à domicile (15).

Le personnel de santé des soins de longue durée : souvent sous-estimé et manquant de soutien et de formation

Le personnel qui assure les soins de longue durée comprend un large éventail de personnes et de compétences variées. À une des extrémités, se trouvent les aidants familiaux, qui ne sont ni formés ni rémunérés, et qui ne reçoivent aucun soutien extérieur ; ils comprennent des membres de la famille, des amis et des voisins. À l'autre extrémité, se trouvent les professionnels de soins hautement qualifiés. Entre ces deux extrêmes on retrouve des personnes qui ont une formation, une expertise, un statut, et des niveaux de rémunération variés. Par exemple, de grandes différences existent entre un soignant qui n'a aucune formation formelle, mais qui est rémunéré par les parents pour soigner une personne âgée à domicile, dépendante de soins, et un soignant qui a terminé une formation supérieure, homologuée, et qui est reconnue par le gouvernement et participe régulièrement à des activités de formation continue. En outre, la distinction n'est pas toujours simple entre les soignants rémunérés et les aidants familiaux. Les aidants familiaux peuvent être hautement qualifiés et expérimentés, et, dans certains pays, ils peuvent recevoir des allocations du gouvernement ou bénéficier de régimes d'assurance (14).

Un élément commun à cette large diversité de personnel, réside dans le fait que les femmes constituent la majorité des aidants familiaux, qu'elles soient membres de la famille, voisines ou amies fournissant des soins et apportant un soutien, ou personnel soignant rémunéré (16). Comme on peut le voir sur le [Tableau 5.1](#), les filles et les belles-filles assurent une grande partie des soins aux membres de leur famille, bien que les conjoints, dont la plupart sont susceptibles d'être des personnes âgées, fournissent également un soutien important. Dans certains contextes, comme dans les zones urbaines en

Tableau 5.1. Caractéristiques des soignants et des modalités de soins (en %) pour les personnes âgées dépendantes aux soins vivant dans la communauté, Chine, Mexique, Nigéria et Pérou, 2003 à 2008

Caractéristiques	Chine		Mexique		Nigéria ^a (n = 228)	Pérou	
	Urbain (n = 183)	Rural (n = 54)	Urbain (n = 114)	Rural (n = 82)		Urbain (n = 135)	Rural (n = 26)
Soignant							
Époux/épouse	38,8	38,9	16,7	15,9	13,7	18,5	26,9
Fils/fille ou beau fils/belle fille	43,2	59,3	73,7	65,8	68,0	40,0	50,0
En dehors de la famille	16,4	1,9	3,6	0,0	1,4	25,2	3,8
Aidant familial femme	67,2	50,0	83,3	81,7	63,2	85,9	88,5
Modalités de soins							
Aidant familial a réduit son travail pour assurer les soins	3,8	48,1	25,4	36,6	39,2	16,3	23,1
Soignant informel supplémentaire assurant un soutien	7,1	22,2	55,3	58,5	66,5	45,9	57,7
Soignant rémunéré aidant aux soins	45,4	1,9	3,5	1,2	2,1	33,3	7,7

^a La collecte de données concernant le Nigeria n'était pas complète.

Source : (17).

Chine et au Pérou, une partie importante des soins à domicile sont assurés par des soignants rémunérés, dont la plupart n'ont pas de formation. Cette dépendance à l'égard de soignants à domicile rémunérés est possible grâce à des femmes peu scolarisées, ayant souvent migré des zones rurales vers les zones urbaines, et qui sont relativement peu payées pour assurer des soins.

À mesure que les gens ont moins d'enfants et vivent plus longtemps, et à mesure que les pays se développent économiquement, de plus en plus de femmes ont une activité professionnelle rémunérée ; par conséquent, se baser sur des aidants familiaux non rémunérés, sans fournir un soutien supplémentaire, pourrait ne pas constituer une solution pérenne. Cela est vrai non seulement pour les pays à revenus élevés (14), mais aussi pour les pays à revenus faibles et intermédiaires, où les changements se produisent encore plus rapidement (18, 19).

En raison du vieillissement de la population et de la baisse prévisible de la disponibilité

d'aidants familiaux non rémunérés, la demande de soignants rémunérés sur le marché du travail devrait au moins doubler d'ici 2050 (15). Cependant, de nombreux soignants rémunérés ne sont pas préparés pour répondre aux exigences qui leur sont imposées, et manquent de formation adéquate (20-22). En outre, les étudiants en sciences de la santé et en sciences sociales ainsi que le corps enseignant ont souvent, concernant les personnes âgées, une croyance négative persistante mais erronée, selon laquelle prendre en charge les personnes âgées est simple (23). En outre, les attitudes négatives en matière de prestation de soins de longue durée, rendent difficile le recrutement de soignants rémunérés dans de nombreux pays. Ceci peut refléter l'âgisme prévalant dans la société en général, la tendance à assimiler les soins de longue durée avec des conditions de travail de mauvaise qualité, ou le faible statut accordé à la prestation de soins (24).

Financer les soins de longue durée : cela a toujours un coût

Dans de nombreux pays, les débats concernant les soins de longue durée ciblent la pérennité des mécanismes de financement actuels, face à une demande en rapide augmentation. Et ces préoccupations ne sont pas injustifiées : dans les pays membres de l'OCDE, les dépenses publiques relatives aux soins de longue durée ont augmenté de 4,8 % par an en moyenne de 2005 à 2011 (15). Les projections de l'Union européenne prévoient au minimum un doublement du niveau actuel des dépenses d'ici 2060 (25).

Malgré ces grandes similitudes, les dépenses publiques de l'OCDE sont très variables : en 2011, les dépenses variaient entre plus de 3,5 % du produit intérieur brut (PIB) aux Pays-Bas et en Suède, à moins de 0,3 % en Estonie, en Grèce, en Hongrie et au Portugal (15). La principale cause de ces variations est la portée de l'appui du gouvernement pour les soins de longue durée, tant en termes de gamme de services inclus, que de part du coût total que les personnes âgées sont tenues de payer (14). En outre, l'accès aux services est parfois lié aux ressources des bénéficiaires.

En outre, les soins informels sont rarement inclus dans les estimations du coût des soins de longue durée. Ces frais, qui ne sont pas des dépenses publiques, peuvent être considérables, et comprennent le coût du travail non rémunéré, les opportunités ratées en termes d'éducation et de revenus pour les aidants familiaux, et les paiements en espèces effectués par les personnes âgées ou leurs familles pour ces soins privés (26). Les membres de la famille qui endossent le rôle de soignants non rémunérés font souvent face à des défis importants quand il s'agit de maintenir leur emploi ou d'autres activités génératrices de revenus. La prestation de soins peut être incompatible avec un emploi à plein temps et peut limiter l'avancement professionnel ordinaire. Pour ceux en âge de travailler, les soins informels sont associés à un risque plus élevé de pauvreté, et

peut réduire ou invalider totalement, ultérieurement, les droits à une retraite (27).

De nombreux pays comptent sur les paiements directs des patients pour financer au moins une partie des soins de longue durée. Ces paiements ont souvent une forte incidence négative sur le revenu dont disposent les personnes âgées et leurs familles. Dans de nombreux pays à faibles revenus, où les gouvernements ne financent pas les soins de longue durée, la totalité de la charge financière incombe directement aux personnes âgées ou à leurs familles. Mais même en Europe, les paiements directs déboursés par les personnes âgées, représentent 9,6 % du revenu de leur ménage en moyenne, et peuvent représenter jusqu'à 25 % de ce dernier (28). Les personnes démunies, les femmes, et les personnes très âgées sont particulièrement touchées par ces dépenses (29).

Enfin, comme cela est décrit au Chapitre 4, l'utilisation des services de santé dans les pays à revenus élevés tend à diminuer chez les personnes âgées d'environ 75 ans, pour autant que des soins de longue durée et un soutien soient disponibles. Lorsque les soins de longue durée n'existent pas, d'autres frais peuvent découler de l'utilisation inappropriée des services de soins aigus. Ainsi, bien que les dépenses publiques en matière de soins de longue durée puissent sembler faibles, celles-ci sont susceptibles d'avoir été transférées, au moins en partie, au secteur de la santé.

Par conséquent, tous les soins de longue durée - même ceux assurés gratuitement par les membres de la famille - ont un coût. Quelqu'un paye inévitablement pour ces soins, d'une manière ou d'une autre. Une des principales questions politiques est de savoir comment ces coûts peuvent être partagés équitablement à travers la société.

Quand il existe, le financement public des soins de longue durée provient généralement de l'impôt général, des régimes d'épargne-retraite obligatoires, ou une combinaison des deux. La plupart des régimes et des systèmes impliquent également les quotes-parts, tant de sources

publiques que privées. Comme avec les mécanismes de financement de la santé, les soins de longue durée qui sont financés via un paiement anticipé universel, une mutualisation des risques et un approvisionnement stratégique, permettent de répartir la charge financière entre tous les participants, et contribuent à assurer l'accès aux personnes âgées les plus pauvres (Encadré 5.1).

Quelle que soit la source de financement, plusieurs stratégies ont été utilisées dans les milieux à revenus élevés afin de réduire les charges et les dépenses pesant sur les aidants familiaux. Dans certains pays, les paiements sont effectués directement aux aidants familiaux, à la fois pour soutenir leur fonction de prestataires de soins, et pour les indemniser du manque à gagner potentiel. Par exemple, les pays nordiques à revenus élevés (Danemark, Finlande, Norvège et Suède) emploient des aidants familiaux par le biais de leurs municipalités (14) ; au Canada, les aidants familiaux bénéficient de crédits d'impôt (14). Ces régimes restent toutefois limités, et les décideurs politiques ont exprimé des inquiétudes compréhensibles, arguant que les exigences budgétaires de l'extension de ces prestations à tous les aidants familiaux seraient élevées. Plusieurs pays à revenus intermédiaires envisagent des programmes similaires, à nouveau de façon limitée. Par exemple, le Chili a introduit des rétributions pour les aidants des personnes âgées très dépendantes, bien que le nombre total de soignants rémunérés soit plafonné.

Pour aider les aidants à conserver un rôle sur le marché du travail, certains gouvernements ont adopté une loi qui oblige les employeurs à octroyer un congé aux membres de la famille pour qu'ils puissent prendre soin de leurs parents âgés. Il existe des variations, cependant, en termes de conditions préalables et de durée du congé, et si les employeurs ou les politiques d'assurance au travail sont tenus de payer les employés pendant leur congé. En 2004, les deux tiers des pays membres de l'OCDE exigeaient que les employeurs accordent un congé pour s'occuper d'un proche, à moins qu'il n'y ait de bonnes rai-

Encadré 5.1. Le financement des soins de longue durée au Japon

Au Japon, avant les années 1990, le financement public des prestations de soins de longue durée était limité et financé principalement au niveau des collectivités locales. L'accès était généralement lié aux ressources, ce qui signifiait que les personnes âgées qui n'étaient pas considérées comme indigentes devaient payer la totalité de leurs soins (30). En 2000, le gouvernement japonais a reconnu que les demandes non satisfaites étaient en hausse ; en réponse à cela, il a introduit un système d'assurance pour les soins de longue durée, avec comme objectif d'alléger le fardeau pesant sur les aidants familiaux, et d'intégrer les soins de santé et les services d'aide sociale au sein d'un plan global pour les populations assurées.

Depuis les années 2000, les prestations individuelles ont été déterminées sur la base d'une évaluation des besoins. Ceux qui font appel aux services de soins de longue durée contribuent au coût des soins à hauteur de 10 % (bien qu'il y ait un plafond pour les personnes assurées ayant de faibles revenus), avec les prestations restantes étant financées à parts égales par les cotisations aux assurances et les recettes fiscales. Le système offre une généreuse gamme de services, y compris des services à base communautaire et des soins en institution, ainsi que le libre choix de services et de prestataires (31).

Ce nouveau régime d'assurance a provoqué une augmentation substantielle de l'accès à des soins de longue durée assurés par des professionnels, avec une proportion de personnes âgées de 65 ans et plus utilisant les services communautaires, en hausse de 39 % en 1999 à 61 % en 2001.

Du fait que les collectivités locales sont responsables de la gestion du système, des disparités sont apparues entre les différentes régions du pays. Cela a suscité un débat sur la façon d'encourager l'uniformité de l'accès aux services, à travers tout le pays (32).

L'accès accru aux maisons de repos a été plus modeste, parce que le gouvernement contrôle les prestations, et les personnes âgées sont toujours tenues de payer une partie des frais associés. Des inquiétudes ont été exprimées quant au fait que ces frais puissent constituer un obstacle important à l'accès pour les personnes âgées issues de familles démunies.

sons commerciales pour rejeter la demande. Toutefois, les données d'une enquête menée la même année, indiquent que seuls 37 % des employeurs européens offraient réellement cet avantage (14). Dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, où une large partie de l'emploi rémunéré s'inscrit dans des activités informelles à petite échelle, et où la réglementation des employeurs par les pouvoirs publics est souvent limitée, les défis de la mise en œuvre de congés payés pour s'occuper d'un proche seront particulièrement importants et pourraient conduire à une discrimination à l'embauche envers les femmes.

Outre les congés autorisés, des options de temps partiel ou des modalités flexibles de travail ont été promulguées dans certains pays. Dans nombre de ces pays, cependant, les employeurs peuvent refuser aux employés les demandes d'aménagement d'horaires, pour motifs opérationnels ou commerciaux (14).

D'autres pays rétribuent les personnes âgées dépendantes de soins, en espèces ou à l'aide de bons, pour leur permettre d'assumer leurs propres frais de soins de longue durée. En Espagne, par exemple, une allocation est versée directement à la personne qui reçoit des soins, pour l'aider à organiser les soins à domicile par les membres de la famille (14). Un aspect positif de cette approche est qu'elle peut potentiellement renforcer les capacités des personnes âgées, et améliorer leur autonomie. Dans la pratique, cependant, cette approche peut comporter d'importants défis, en particulier pour les personnes âgées ayant une déficience cognitive ou un faible niveau d'instruction. Comme pour les paiements aux prestataires de soins, les décideurs politiques se méfient des implications fiscales de ces avantages à grande échelle.

La prestation de soins : archaïque et fragmentée

La qualité des soins de longue durée pourrait être largement améliorée, même dans les pays à revenus élevés (33, 34). Leur qualité est affaiblie

par deux principaux facteurs : le type de soins qui est fourni, qui est souvent en contradiction avec les principaux objectifs des soins de longue durée, et dans certains cas, peut même donner lieu à de la maltraitance, et ensuite, le manque d'intégration au sein des services de santé. L'absence de réglementation et de normes efficaces, et la faible priorité accordée aux soins de longue durée, nuisent encore davantage à leur qualité.

Bien qu'il existe des exceptions remarquables, des menaces importantes pèsent sur la qualité des soins, provenant d'idées et de méthodes de travail dépassées, qui se concentrent souvent sur le fait de maintenir en vie les personnes âgées, plutôt que de les soutenir pour une vie digne et préserver leurs capacités intrinsèques. Selon ce paradigme, les personnes âgées pourraient être considérées comme les bénéficiaires passifs des soins, et les services pourraient être construits autour des besoins des prestataires de services plutôt que des besoins et des choix de la personne âgée. Les soins peuvent se concentrer sur le fait de satisfaire aux besoins essentiels des individus, comme se laver ou s'habiller, au détriment d'objectifs plus larges, comme veiller à leur bien-être, faire en sorte que leur vie ait un sens, et qu'ils se sentent respectés (34). Le morcellement des soins et la rigidité des responsabilités en matière de soins dans les milieux institutionnels, peuvent exacerber ces problèmes (35-37). Par exemple, les professionnels de soins qui sont responsables de tâches distinctes, comme la cuisine ou la gestion des médicaments, peuvent ne pas être conscients des besoins et des souhaits d'une personne âgée.

Dans certains cas, les soins de longue durée sont franchement néfastes pour la sécurité et la dignité des personnes âgées. Par exemple, bien que la prévalence de la maltraitance des personnes âgées ait été estimée à environ 10 % de la population générale, la violence physique envers les personnes âgées atteintes de démence affecterait jusqu'à 23 % de la population (Chapitre 3). Ces violations des droits humains peuvent se produire dans les milieux communautaires comme en milieu institutionnel. Les exemples

incluent l'utilisation de contentions physiques pour gérer les comportements difficiles, ou pour empêcher les gens de tomber (38-40) ainsi que la prescription inadéquate de médicaments anti-psychotiques pour maîtriser le comportement (41). Souvent, les membres de la famille et le personnel de soins rémunéré peuvent ignorer les alternatives à ces mesures (42, 43). Ainsi, la maltraitance envers les personnes âgées peut compromettre davantage l'autonomie, la dignité et la sécurité des personnes âgées déjà vulnérables. En outre, dans certaines circonstances, la personne âgée peut ne pas être la seule victime, parce que la violence peut être une conséquence de l'épuisement professionnel chez les soignants qui se sentent surchargés (44).

L'absence d'intégration entre les soins de longue durée et les soins de santé conventionnels, à la fois sur le plan administratif et des lieux d'utilisation, est un autre facteur compromettant la qualité des soins. Le cloisonnement strict entre les soins et l'aide sociale d'un côté et les services de santé conventionnels de l'autre peut entraîner une couverture fragmentée, des lacunes dans la prestation de soins de longue durée et une utilisation inappropriée des services de soins aigus. Davantage de coordination et une coordination de meilleure qualité est nécessaire au niveau des systèmes.

Relever le défi des soins de longue durée

Globalement, les soins de longue durée devront évoluer de manière radicale si l'on veut répondre de manière pérenne aux besoins croissants. Cette transformation nécessitera une réponse coordonnée et multisectorielle qui implique un large éventail de parties prenantes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement. Plus fondamentalement, les mentalités doivent être complètement changées quant à ce que pourraient constituer les soins de longue durée. De nouveaux modes de réflexion au sujet des soins

de longue durée - et des systèmes pour les mettre en œuvre - doivent être développés.

Sans une réorientation majeure des politiques, de nombreux pays verront leur retard à répondre aux besoins se creuser encore davantage. Ils continueront d'être en pénurie en matière de services formels de soins de longue durée, et quand ceux-ci existent, il s'agira probablement de modèles obsolètes de soins institutionnels qui seront perpétués. Les personnes âgées dépendantes des soins continueront à être vulnérables à la maltraitance à leur rencontre. Les soins de longue durée et les soins de santé généraux resteront compartimentés. Et le personnel soignant, essentiellement féminin, continuera à être exploité de façon inéquitable et injuste.

Évoluer vers un système intégré : un programme révolutionnaire

Les changements doivent englober deux grands domaines. Premièrement, les soins de longue durée doivent être reconnus comme un bien public autant au niveau social que politique. Les énormes coûts sociaux et économiques engendrés par le fait de négliger ce problème doivent également être reconnus.

Deuxièmement, les soins de longue durée doivent être redéfinis. Au lieu de considérer les soins de longue durée comme un filet de sécurité minimal de base qui offre un soutien rudimentaire aux personnes âgées qui ne peuvent plus s'occuper d'elles-mêmes, les perceptions doivent évoluer vers un programme plus positif et proactif. Dans cette nouvelle perspective, les soins de longue durée doivent être axés à la fois sur l'optimisation des capacités intrinsèques, et compenser le manque de capacités à un niveau qui permette de conserver les capacités fonctionnelles d'une personne âgée, et garantisse la dignité et le bien-être. Plus largement, les soins de longue durée doivent promouvoir la cohésion sociale et la justice entre les sexes, et assurer un niveau acceptable de bien-être à tous les membres de la société, y compris les personnes

âgées dépendantes, mais également les personnes qui prennent soin d'elles (Encadré 5.2). En outre, comme avec les soins de santé, chaque

Encadré 5.2. Interventions à base communautaire pour soutenir les aidants familiaux des personnes âgées atteintes de démence à Goa, en Inde

À Goa, comme partout en Inde, les services formels de soins de longue durée font généralement défaut. Les maisons de repos n'admettent pas les personnes atteintes de démence, et jusqu'en 2008, les établissements spécialisés dans les cas de démence n'existaient pas. La responsabilité des personnes atteintes de démence incombe en grande partie aux membres de la famille, qui assument un lourd fardeau et souffrent d'une profonde détresse psychologique.

En réponse à cela, une intervention à base communautaire a été élaborée pour offrir un soutien et une formation aux familles des personnes atteintes de démence en faisant usage de ressources en matière de santé et de ressources humaines disponibles localement. Cette initiative fournit des informations de base concernant la démence, les comportements difficiles qui y sont associés, et comment les gérer, ainsi que des renseignements sur les services publics existant. Des informations sont également fournies sur la façon dont les personnes âgées qui sont des aidants familiaux peuvent aider aux activités de la vie quotidienne (AVQ), comment être orientés vers des médecins ou des psychiatres en cas de symptômes sévères, et enfin, des indications sont également fournies à propos des groupes d'entraide informels.

Cette intervention a permis d'améliorer l'état de santé psychologique des aidants familiaux, et a réduit leur stress ; en outre, quelques éléments de preuve indiquent que cela pourrait avoir amélioré le niveau fonctionnel des personnes atteintes de démence, et avoir réduit les comportements difficiles qui y sont associés (45).

Le même ensemble d'interventions a produit des effets similaires au Pérou et en Fédération de Russie (46, 47), ce qui indique que cette intervention relativement simple et abordable pourrait être étendue à de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, où les ressources et les infrastructures sont limitées.

fois que cela est possible, les soins de longue durée devraient être conçus d'une manière qui optimise le rôle de la personne âgée, et lui permette une autogestion.

La réalisation de ces objectifs de manière impartiale, pérenne et équitable sur le plan social, est susceptible de nécessiter des changements fondamentaux dans les modèles de développement à l'échelle nationale. Ceux-ci doivent refléter le rôle crucial des soins de longue durée dans le maintien de la cohésion sociale, les opportunités et la croissance économique qui peuvent résulter de cette réforme, et les droits des personnes âgées vulnérables.

Principes généraux d'un système intégré de soins de longue durée

Tous les pays nécessitent un système entièrement intégré de soins de longue durée, quel que soit leur niveau de développement économique ou la proportion de personnes âgées dépendantes des soins au sein de leur population. Les gouvernements devraient assumer la responsabilité globale de veiller à ce que le système fonctionne, mais cela ne signifie pas que les gouvernements doivent financer ou fournir l'ensemble des services.

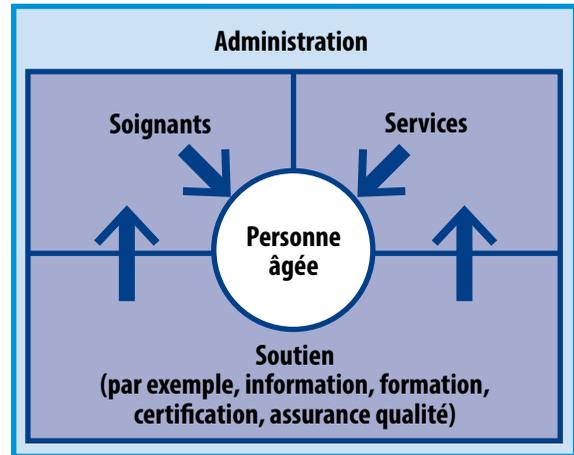
Les systèmes de soins de longue durée seront forcément extrêmement variables entre les pays, reflétant : les ressources disponibles ; l'infrastructure existante, y compris les services de santé ; et les considérations culturelles. Pour élaborer un système exhaustif, les pays doivent prendre en compte ces différences, ainsi que prendre en considération : le nombre actuel et futur de personnes âgées et leurs besoins en matière de soins de longue durée ; les modèles de prestations de services existant ; et la disponibilité et les compétences des aidants familiaux et des professionnels de la santé. D'autres facteurs qui devront être pris en compte incluent la présence et la nature des systèmes de données et d'information, l'infrastructure existante, la disponibilité des aides techniques, les ressources dont disposent les pays à l'échelle nationale, et les politiques en matière de soins.

Malgré cette diversité, certains principes généraux peuvent s'appliquer.

- Les soins de longue durée doivent être abordables et accessibles. Il faudra veiller particulièrement à garantir que les personnes indigentes et marginalisées soient en mesure d'accéder aux services.
- Les soins de longue durée doivent respecter les droits humains des personnes âgées dépendantes des soins. Les soins doivent être fournis d'une manière qui renforce la dignité des personnes âgées, permette leur liberté d'expression et, si possible, leur capacité à faire des choix.
- Dans la mesure du possible, les soins de longue durée devraient renforcer les capacités intrinsèques des personnes âgées.
- Les soins de longue durée doivent être centrés sur la personne. Ils doivent être orientés autour des besoins de la personne âgée, plutôt que de ceux de la structure du service.
- Le personnel assurant les soins de longue durée, qu'il soit rémunéré ou non, devrait être traité équitablement, et devrait se voir décerner le statut social et la reconnaissance qu'il mérite.
- Les gouvernements nationaux doivent prendre la responsabilité globale de la gestion des systèmes de soins de longue durée.

La Fig. 5.1 montre les principaux éléments d'un système de soins de longue durée centré sur la personne âgée. Ceux-ci comprennent les soignants et les cadres qui permettent de fournir des soins à la personne âgée. Mais ce qui est presque aussi important, ce sont : les services de soutien qui peuvent être offerts pour alléger la charge des soins (par exemple, offrir des périodes de répit) et pour veiller à la pertinence et à la qualité des soins qui sont fournis (par exemple, en procurant des informations, une formation et une reconnaissance statutaire aux aidants familiaux), et une gestion qui générera des ressources pour le système et lui permettra de fonctionner de manière coordonnée et ciblée. Tous les pays

Fig. 5.1. Éléments d'un système de soins de longue durée centré sur la personne âgée



disposent déjà au moins de certains éléments de ce système, mais dans de nombreux cas, ces éléments ont été mal articulés, ne constituent pas un tout intégré, ou ne reflètent pas les principes directeurs énoncés ci-dessus.

Les pays ont une marge de manœuvre considérable en termes de diversité, d'innovation et de flexibilité dans la façon d'appliquer ces éléments. Dans tous les cas, cependant, des partenariats effectifs et intégrés entre les pouvoirs publics, les familles, les bénévoles, les organisations non gouvernementales, les professionnels de la santé et des services sociaux et le secteur privé, sont essentiels. Qui fournit effectivement quels services variera d'un pays à l'autre.

Découlant des principes généraux énoncés ci-dessus, des stratégies spécifiques peuvent être identifiées pour orienter l'élaboration d'un système efficace de soins de longue durée, quelle que soit la forme que prenne ce système. Il s'agit, entre autres, des stratégies suivantes :

- permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur communauté ou d'y maintenir des relations, ainsi que conserver leurs liens sociaux – en d'autres termes, rendre possible le fait de vieillir chez soi ;

- soutenir et renforcer les capacités des soignants rémunérés et bénévoles ;
- promouvoir les soins intégrés grâce à la mise en œuvre de stratégies de gestion des cas et de collaborations élargies ;
- mettre en place un financement équitable et pérenne pour les soins de longue durée.

Sous-tendant toutes ces stratégies, il apparaît la nécessité d'acquérir davantage de connaissances sur ce qui fonctionne dans les milieux qui manquent de ressources, et qui doivent relever différents défis afin d'assurer un accès équitable pour tous, dans les pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés.

Vieillir en un lieu opportun

Comme le décrit le Chapitre 2, vieillir chez soi fait référence à un choix courant chez les personnes âgées, consistant à rester dans leur communauté locale et maintenir leurs réseaux sociaux tout au long du processus de vieillissement. Il existe plusieurs façons pour les personnes âgées de vieillir chez elles. Parfois, cela signifie rester chez soi : c'est-à-dire, continuer à vivre au sein du même foyer. Pour d'autres, cela signifie se rendre dans une habitation qui est plus sûre et plus adaptée à leurs besoins, tout en conservant des liens vitaux avec leur communauté, leurs amis et leur famille. Dans tous les cas, l'accent devrait porter sur la possibilité, pour la personne âgée, de vieillir dans un endroit approprié.

Vieillir dans un environnement opportun peut exiger un large éventail de services, et une famille d'aidants familiaux (48). Conjointement, ceux-ci peuvent élargir les options pour une personne âgée, d'un choix du « tout-ou-rien », entre soins en institution sur une base permanente, et vie à domicile sans soutien. Les nouvelles aides techniques et technologies de la santé (Encadré 5.3) semblent prometteuses pour aider à atteindre cet objectif.

On retrouve un exemple de ces principes appliqués en pratique dans le régime d'assurance

pour les soins de longue durée créé en 2008 en République de Corée (52, 53). Le régime comprend l'évaluation des besoins individuels, et propose une gamme de services, y compris des soins à domicile, une aide ménagère, des infirmières de santé publique, des centres de jour, et de séjours de courte durée.

Renforcer les capacités du personnel et soutenir les aidants familiaux

Il existe de nombreux défis lorsqu'il s'agit de développer et soutenir le personnel rémunéré et bénévole qui assure les soins de longue durée. Parmi ces défis, la nécessité d'assurer une offre suffisante de soignants, rémunérés ou non, ainsi que de veiller à ce que ceux-ci reçoivent une formation et un soutien adéquats, et qu'ils soient traités équitablement dans leur milieu de travail.

Assurer l'offre

L'offre peut être optimisée en prenant des mesures dans plusieurs domaines. Augmenter la rémunération et les avantages pourrait aider à recruter et à retenir le personnel soignant rémunéré. Une autre mesure importante serait d'améliorer leurs conditions de travail, que ce soit en offrant une formation, des perspectives de carrière, une charge de travail adéquate, des horaires de travail flexibles, et d'accorder au personnel soignant le réel pouvoir de prendre des décisions (54, 55). Le personnel de santé dont le travail est valorisé et apprécié, et qui estime faire partie d'une équipe clinique, est davantage satisfait de son travail et est plus enclin à conserver son poste (14).

Au-delà de cela, on doit améliorer l'image et le statut de la prestation de soins. Moderniser l'image des soins de longue durée et briser les stéréotypes négatifs sur les rôles des soignants, contribuerait à attirer davantage de monde dans ce domaine professionnel. Offrir des opportunités de formation continue et d'avancement professionnel pourrait aider davantage à changer la perception que la prestation de soins est un emploi sans avenir. Offrir des possibilités

Encadré 5.3. Les nouvelles aides technologiques en matière de santé peuvent permettre de vieillir chez soi

Les nouvelles aides technologiques en matière de santé pour les soins de longue durée - telles que la surveillance à distance et le soin robotisé - ont suscité beaucoup d'intérêt. Elles sont souvent présentées comme des moyens très prometteurs pour l'amélioration des capacités fonctionnelles des personnes âgées qui ont une diminution de leurs capacités intrinsèques, pour améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs aidants, et pour réduire potentiellement les coûts individuels et sociétaux, et enfin, pour permettre de vieillir chez soi (49).

La réalité des nouvelles aides technologiques en matière de santé est plus nuancée. Les recherches approfondies sur l'impact des différents dispositifs et interventions sont rares, et les nouvelles technologies peuvent présenter une menace à la vie privée et à l'autonomie des personnes âgées si elles ne sont pas déployées de manière réfléchie et centrée sur la personne.

Malgré la nécessité d'intensifier la recherche, l'utilisation de certains types de nouvelles technologies doit être basée sur les besoins et les choix de la personne âgée, ou de son prestataire de soins. Par exemple, utiliser des techniques de suivi et de traçabilité pourrait être une bonne solution pour quelqu'un présentant une démence précoce qui veut se déplacer dans son quartier de façon autonome. Lors de stades avancés de démence, cependant, cette technologie pourrait ne pas offrir les mêmes avantages, et une approche différente devra être utilisée (50).

De nombreuses autres questions éthiques liées à l'utilisation des nouvelles aides technologiques de santé doivent être prises en considération. L'impact des nouvelles technologies sur la vie privée, l'autonomie et la participation sociale des personnes âgées, doit toujours être pris en compte. Certaines formes de nouvelles technologies pourraient avoir l'effet involontaire d'isoler les personnes âgées ou de restreindre leur liberté de mouvement. Ces désavantages potentiels doivent être comparés, au cas par cas, aux bienfaits qu'ils procurent. Néanmoins, les recherches indiquent que les personnes âgées n'ont que peu d'objections éthiques à l'utilisation des nouvelles technologies, et les considèrent souvent comme une alternative acceptable à l'absence de soins ou à l'institutionnalisation (51).

Divers intervenants devraient participer à l'élaboration de politiques judicieuses pour l'utilisation des nouvelles aides technologiques en matière de santé. Les décideurs, les prestataires de soins, les industriels, le milieu universitaire, et, surtout, les personnes âgées, doivent être impliqués dans l'élaboration des politiques. Il s'agit d'élaborer des technologies qui répondent aux besoins et aux préférences de leurs utilisateurs ultimes ; et la formation des aidants familiaux, des professionnels de la santé et des autres acteurs est essentielle. Enfin, mettre au point des mécanismes de financement pour la recherche et le développement, et pour assurer la mise en œuvre équitable exigera une attention particulière, surtout dans les pays à faibles revenus.

d'études aux aidants familiaux et établir un programme de recherche approfondie pourrait aussi modifier les perceptions et la valeur accordée à la prestation de soins, ainsi qu'encourager l'identification rigoureuse des pratiques et des modèles de soins efficaces.

La disponibilité globale de personnel soignant potentiel serait élargie si davantage d'hommes pouvaient être attirés par ce rôle. Dans de nombreux pays européens, la proportion de soignants masculins augmente avec l'âge, montrant que les hommes, plus probablement des conjoints, font déjà partie de la majorité des aidants familiaux âgés de 75 ans ou plus ;

bien que dans d'autres groupes d'âge et chez les aidants familiaux non-conjoints, ils soient beaucoup moins bien représentés (56). Cela laisse entendre, cependant, que les hommes puissent être davantage disposés à assurer un rôle de prestataire de soins qu'on ne le pense généralement. Recueillir de plus amples informations quant à comment et pourquoi les hommes s'engagent dans la prestation de soins aiderait la société à tirer partie de cette ressource (57).

Les immigrés constituent une autre réserve de personnel potentiel, mais la pratique consistant à avoir recours à du personnel né à l'étranger pour assurer ces postes, se heurte à des

considérations juridiques et éthiques. Dans les pays avec une forte proportion de travailleurs émigrés assurant des soins, des efforts doivent être faits pour veiller à ce que l'immigration de professionnels de santé ne draine pas les professionnels qualifiés en provenance de pays à faibles revenus (58). L'OMS a élaboré un code d'éthique mondial qui fournit certaines indications sur la façon dont les questions relatives au recrutement peuvent être abordées (59). En outre, il sera essentiel de veiller à ce que ces soignants aient

les compétences et les connaissances adéquates pour répondre aux attentes liées à leurs postes.

Cela peut également être l'opportunité d'impliquer les communautés et les quartiers plus directement dans le soutien aux soins de longue durée, notamment en encourageant le bénévolat local (60) et en facilitant la contribution des personnes âgées de la communauté. Les associations de personnes âgées constituent un mécanisme qui rend ceci possible (Encadré 5.4).

Encadré 5.4. Associations de personnes âgées : mobiliser le pouvoir des aînés

Les associations de personnes âgées constituent une approche innovante en matière d'interventions à base communautaire. Ces organisations renforcent le potentiel des personnes à un âge avancé, en utilisant leurs compétences, leurs capacités et leur volonté de s'impliquer activement et de servir leurs communautés. Leur importance en terme de promotion du bien-être des personnes âgées, y compris celles qui sont démunies et défavorisées, a été reconnue par l'Association des Nations de l'Asie du sud-est, les Nations Unies, l'OMS et les gouvernements partout en Asie (61). Par exemple, la Chine a récemment adopté une politique promouvant l'amélioration et l'expansion de leurs 490 000 associations pour mieux les adapter à leurs objectifs de développement.

Les associations de personnes âgées sont multifonctionnelles et mènent un large éventail d'activités, dont les plus courantes consistent à : viser l'amélioration des revenus, grâce à des activités de microcrédit et des activités génératrices de revenus ; assurer la santé et les soins des personnes âgées, y compris à travers des programmes de soins communautaires destinés aux personnes âgées dépendantes des soins ; offrir des activités sociales et culturelles ainsi que former à la préparation aux catastrophes ; et permettre la participation sociale. Les associations peuvent également fournir une assistance sociale sous forme d'argent, de denrées alimentaires, et de travail, pour les personnes de la communauté qui en ont le plus besoin. Les associations travaillent en étroite collaboration avec les pouvoirs publics, non seulement pour veiller à ce que les membres de leur communauté reçoivent les services auxquels ils ont droit, comme la sécurité sociale et l'assurance maladie, mais également pour plaider en faveur du développement et de l'extension des services et des ressources fournies par les autorités locales. Les associations travaillent également à assurer leur propre viabilité financière, et au Viet Nam, les associations ont prouvé leur capacité à collecter des fonds.

Les associations de personnes âgées offrent de grandes opportunités d'encourager le *Vieillesse en bonne santé*. Pour leurs membres, elles organisent des contrôles de santé réguliers, mènent des activités d'éducation à la santé, et des séances régulières d'activité physique, et transmettent également des connaissances sur la façon de mener une vie saine, et de prévenir et gérer les maladies non transmissibles. En Asie du sud-est les associations élaborent une approche globale des soins communautaires, pour soutenir le nombre croissant de personnes âgées qui sont très dépendantes, et ont besoin d'aide pour les AVQ, qui disposent de revenus limités ou qui manquent de soins adéquats de la part de leurs familles. Ces activités comprennent le recrutement, la formation et la gestion de bénévoles de la communauté assurant les soins à domicile, afin de fournir une assistance en matière de soins personnels aux personnes âgées qui en ont besoin. Les associations peuvent également les aider à payer les coûts du transport vers les centres de santé en cas de besoin, et proposer de les mettre en relation avec des services complémentaires, comme ceux qui fournissent des aides techniques ou de la réadaptation. Certaines associations mobilisent également des ressources et de la main-d'œuvre afin de modifier et de réparer les habitations, et dans les zones sujettes aux catastrophes, elles veillent à ce que toutes les personnes âgées à risque bénéficient d'une « personne-ressource d'urgence » désignée pour les soutenir en cas de danger. Les associations de personnes âgées ont tiré efficacement profit des ressources inhérentes aux populations âgées, pour mobiliser des communautés entières.

Formation et accréditation

Veiller à ce que tous les professionnels de soins aient des compétences et des connaissances qui correspondent à leurs rôles est un autre facteur essentiel dans l'acquisition de capacités globales. Les exigences de formation spécifique varieront en fonction de l'endroit où le soignant se situe sur la palette de soins, entre les aidants familiaux non rémunérés et les soignants professionnels hautement qualifiés. Par exemple, les aidants familiaux non rémunérés ou les bénévoles pourraient être encouragés mais pas tenus de participer à des cours d'acquisition des connaissances de base ou se voir proposer des informations via Internet (Encadré 5.5). Tous les professionnels de soins rémunérés, quels que soient leurs rôles, pourraient avoir l'obligation de démontrer des connaissances et des compétences de base, comme des programmes d'exercices simples,

ou le suivi des maladies chroniques, ou participer à des cours de formation continue, soit en personne soit par Internet. Les soignants professionnels (c'est-à-dire ceux qui ont des qualifications officielles dans des disciplines liées aux soins) requièrent une formation beaucoup plus étoffée et d'une durée plus longue, et pourraient être régis par des organismes de délivrance de licences professionnelles. Tous les programmes de formation professionnelle devraient être liés à des mécanismes d'accréditation solides et effectivement mis en œuvre.

La formation devrait couvrir non seulement les problèmes de santé ou les maladies spécifiques, mais également les attitudes âgées. Il faut inculquer les informations nécessaires, les attitudes et les compétences pour permettre aux soignants de pratiquer des soins centrés sur la personne âgée (voir à l'encadré 5.6 un exemple de forma-

Encadré 5.5. Une initiative basée sur Internet pour les aidants familiaux des personnes atteintes de démence

Internet est un puissant outil pour soutenir les aidants familiaux, en particulier ceux qui sont confrontés à des obstacles pour accéder à un soutien direct. Ce groupe comprend des soignants dans les zones rurales ou éloignées, dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, ayant des contraintes de temps, ou sans accès aux transports. Les actions par Internet ont démontré une réduction des cas de dépression chez les soignants, une confiance accrue, et un meilleur sentiment d'auto-efficacité (62).

Voici un exemple d'intervention d'auto-assistance par Internet, appelée *Maîtriser la démence* (63).

Ce programme a été élaboré pour les aidants familiaux des personnes atteintes de démence, et se compose de huit cours de base et un cours de révision résumant ce qui a été enseigné. Après chaque cours, les soignants sont invités à faire leurs devoirs et à les envoyer à leur enseignant, qui dispose de trois jours ouvrables pour la restitution. Les aidants ne peuvent procéder au cours suivant qu'après avoir ouvert et lu les commentaires de leur formateur. Les aidants familiaux sont également invités à tenir un journal décrivant les événements de la journée et leurs réflexions et sentiments à ce propos. Une étude contrôlée randomisée de cette initiative a constaté une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété chez les aidants familiaux (64). Être âgé de plus de 75 ans n'a pas été un obstacle à la participation à cette initiative ; cependant, plus de la moitié (55,7 %) de l'ensemble des participants n'a pas terminé tous les cours, indiquant que cette initiative mériterait d'être améliorée (65).

Compte tenu de l'effet prometteur de cette approche, l'OMS travaille avec des partenaires internationaux pour élaborer un outil complet d'assistance en ligne appelé iSupport http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en. Le portail vise à alléger le fardeau et à améliorer le sentiment d'auto-efficacité et la santé psychologique des aidants, en mettant l'accent sur l'entraide, l'enseignement de compétences et le soutien aux aidants de personnes atteintes de démence. Cet outil sera disponible sur des supports comme les ordinateurs, les tablettes et les Smartphones individuels, via une connexion Internet sécurisée. Fournir un accès via les Smartphones est essentiel pour assurer l'accès aux aidants familiaux dans certaines parties du monde (comme en Asie) où il existe un taux élevé d'utilisation de Smartphones.

Encadré 5.6. Prise en charge des personnes atteintes de démence centrée sur la personne

Les soins centrés sur la personne valorisent les personnes âgées, les considérant comme des personnes avec des expériences, des besoins et des préférences uniques (66). Elles sont prises en compte dans le contexte de leur vie quotidienne, et on les aide à maintenir des relations avec leurs amis, leur famille et leur communauté. Au lieu d'attitudes âgistes, leur dignité et leur autonomie sont respectées et comprises dans une culture de prise de décision partagée.

Les personnes atteintes de démence sont souvent privées de cette approche des soins, et au lieu de cela, on nie souvent leur qualité de personnes, en particulier dans des stades avancés de démence, lorsque les symptômes deviennent plus importants.

Les études indiquent que le fait d'assurer une formation dans la prise en charge centrée sur la personne, et d'offrir un soutien continu aux aidants, peut changer leurs attitudes et leurs actions envers les personnes atteintes de démence. Des études ont également rapporté que les aidants familiaux qui assuraient des soins centrés sur la personne resentaient moins de stress au travail, et une plus grande satisfaction personnelle et professionnelle.

Grâce à la formation, les soignants apprennent que les personnes atteintes de démence continuent d'éprouver une série d'émotions, même à des stades avancés de déclin cognitif, et qu'elles continuent de communiquer, par leurs comportements, même quand elles ont des difficultés à s'exprimer. Bien que les personnes atteintes de démence puissent finir par perdre leur capacité à faire des choix vraiment éclairés sur des questions complexes, la plupart d'entre elles peuvent prendre des décisions fiables quant à leurs préférences. Même si leur capacité de compréhension du langage est sévèrement altérée, le comportement non verbal qui accompagne les questions sur leurs préférences ou opinions, contribuera beaucoup à transmettre aux personnes atteintes de démence qu'elles ont une importance (67).

Dans toutes leurs interactions, les soignants peuvent déterminer s'ils pratiquent bien des soins centrés sur la personne, en se posant les questions suivantes (68) :

- Est-ce que mon comportement et la façon dont je communique montrent bien que je respecte et valorise cette personne ?
- Est-ce que je traite cette personne comme un individu unique, avec une histoire et une série de ressources et de besoins ?
- Est-ce que je cherche sérieusement à percevoir mes initiatives depuis la perspective de la personne que je suis en train d'aider ? Comment cette personne pourrait interpréter ce que je fais ?
- Est-ce que mon comportement et mes interactions aident cette personne à se sentir en confiance et soutenue ?

tion pour les aidants des personnes atteintes de démence). Ces compétences englobent un large éventail de domaines et pourraient inclure : des aptitudes à aider aux AVQ et aider à maintenir les capacités intrinsèques, permettre aux personnes âgées de prendre des décisions et de vivre de façon autonome, et la capacité à travailler dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire.

Une fois que les compétences de base et les autres objectifs de formation ont été déterminés, l'accréditation peut être utilisée pour contribuer à ce qu'ils soient intégrés dans le programme de formation de base ou le programme du cours de pré-embauche pour les

professionnels de soins. Les capacités des établissements d'enseignement peuvent nécessiter d'être renforcées afin de permettre aux soignants de recevoir ce type de formation.

Pour les soignants déjà formés, participer à une formation continue et bénéficier d'un suivi continu constitue des aspects importants de la formation. Au niveau de la direction, l'audit et les évaluations peuvent être utilisés pour vérifier qu'il existe bien une formation continue et que les connaissances des soignants sont mises à jour pour répondre à l'évolution des besoins. Certains pays peuvent choisir d'accréditer officiellement les soignants, ce qui peut procurer un

mécanisme supplémentaire pour assurer l'amélioration continue des compétences.

En plus de la formation, des protocoles de soins doivent être élaborés, et rendus plus largement accessibles. Des directives multidisciplinaires ont été élaborées dans plusieurs pays, couvrant des domaines tels que la nutrition, l'incontinence, des alternatives aux contentions, gérer les comportements difficiles, et la prévention de la maltraitance envers les aînés. La recherche indique que la mise en œuvre systématique de ces directives est réalisable (69-71).

Enfin, il sera essentiel de veiller à ce que ces directives et ces protocoles soient effectivement suivis. Une des façons d'y parvenir peut être grâce à un dispositif d'octroi de licence ou d'accréditation aux prestataires et aux établissements de soins. De nombreux pays à revenus intermédiaires ont connu une prolifération d'organismes privés, qui offrent une formation aux soignants et organisent ensuite leur placement auprès des familles. Dans de nombreux pays, ces organismes privés sont presque entièrement dépourvus de réglementation. De même, dans les pays à faibles revenus, les maisons de repos ne sont généralement pas réglementées, et la qualité des soins est généralement médiocre. Accréditer ces structures et services est essentiel pour assurer une meilleure qualité de soins.

Soutenir les aidants familiaux

Différentes formes de soutien peuvent être développées pour les aidants familiaux. Le soutien peut inclure l'enseignement, la formation et les soins de répit, et également offrir des modalités de travail flexibles, et une rémunération en espèces.

La plupart des aidants familiaux ont besoin d'enseignement et de formation, le plus souvent sur le problème de santé de la personne âgée et sur ses conséquences, la progression prévue de la maladie, et les moyens d'aider la personne à gérer son quotidien. Les aidants familiaux ont également besoin d'informations sur la façon d'adopter une perspective centrée sur la personne lors de la prise

en charge des personnes âgées, et sur la façon de travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Les données indiquent que le fait de fournir aux aidants familiaux des informations de base sur le problème de santé de la personne âgée et leur apprendre à gérer les comportements difficiles, tels que ceux observés dans les cas de démence, atténue leur stress (72, 73). En outre, on pourrait enseigner aux soignants une série de compétences pratiques, telles que la façon d'aider une personne à se transférer en toute sécurité d'une chaise à son lit ou comment l'aider à se laver. Des informations concernant les ressources existant au niveau communautaire tant pour la personne âgée que pour l'aidant peuvent également s'avérer utiles. L'enseignement et la formation peuvent avoir lieu en tête-à-tête, dans une salle de cours, via Internet (**Encadré 5.5**) ou en participant à un groupe de soutien pour les aidants familiaux. De nombreux témoignages des pays à revenus élevés indiquent que ce type d'interventions a un impact bénéfique sur les aidants familiaux (73-76).

Les soins de répit constituent une autre forme de soutien. Ils permettent aux principaux aidants familiaux d'échapper à leurs responsabilités pendant de courtes périodes. L'objectif principal des soins de répit est d'aider à réduire le stress chez les aidants informels tout en continuant d'assurer les soins quotidiens de ceux qui en ont besoin. Des bénévoles ou des professionnels fournissent parfois des soins de répit au domicile de la personne âgée. Dans d'autres situations, la personne âgée est admise temporairement dans un établissement. Les centres de jour pour adultes constituent une autre forme de soins de répit dans lesquels les personnes âgées passent une partie de leur journée à participer à des programmes sociaux (l'**encadré 5.7** montre un exemple de soins de répit pour les personnes âgées atteintes de démence). Bien que plusieurs études aient essayé de déterminer l'impact des soins de répit sur la charge et le bien-être des aidants familiaux, les résultats sont mitigés (79-81) : les résultats semblent dépendre de la qualité

Encadré 5.7. Soins de répit pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants familiaux

Les soins de répit sont surtout prodigués au domicile des personnes âgées, mais ils peuvent également être dispensés dans des centres de jour ou des institutions. Dans le cadre de ces groupes, les personnes atteintes de démence peuvent interagir dans un environnement sûr avec d'autres personnes partageant des problèmes similaires.

Dans les pays à revenus élevés comme les États-Unis, les centres de jour et la prestation de soins de relève de courte durée dans des institutions ont été développés il y a plusieurs décennies, pour soutenir les personnes atteintes de démence et leurs aidants familiaux. Les structures qui offrent un ou plusieurs jours par semaine ou plusieurs semaines de répit permettent aux membres de la famille qui assument le rôle de soignants, de faire une pause, tandis que la personne atteinte de démence reste dans un environnement supervisé et sécurisé. Cela contribue à l'objectif final d'aider les personnes atteintes de démence à vieillir chez elles, en veillant à ce qu'elles reçoivent des soins de bonne qualité, et en réduisant le risque de problèmes de santé chez les aidants familiaux.

Au cours de la dernière décennie, les pays à faibles revenus se sont de plus en plus axés sur le développement de centres de jour. Par exemple, l'association Alzheimer Pakistan a établi son premier centre de jour pour les personnes atteintes de démence grâce à la collaboration technique d'Alzheimer Australie en Australie-Occidentale (77). Le centre est conçu pour les personnes à tous les stades de la maladie, qui ont besoin de soins et de surveillance pendant la journée. Il permet aux familles de s'octroyer régulièrement une pause vis-à-vis de leurs responsabilités d'aidants familiaux, et leur permet de conserver leur emploi. Le personnel de soins offre une formation, des groupes de soutien et des conseils aux familles. Il offre également une vaste gamme de services pour les personnes atteintes de démence, y compris un service de transport vers et depuis le centre ; des activités comme la peinture, la cuisine, le jardinage, la lecture des journaux, de l'activité physique quotidienne ; et de l'aide pour les soins personnels. Le déjeuner et le thé sont fournis. Sont également inclus des services médicaux et psychologiques, ainsi que la fourniture des médicaments prescrits. Le centre et les services qui y sont liés sont payés par Alzheimer Pakistan et fournis gratuitement aux clients, bien que les personnes qui peuvent se permettre de payer soient encouragées à partager les coûts. Néanmoins, la structure financière du centre reste fragile, parce qu'Alzheimer Pakistan repose entièrement sur des dons privés et d'autres sources de financement externes.

Les centres de jour pour les personnes atteintes de démence ont également été développés à Singapour. L'association locale « maladie d'Alzheimer » a établi quatre centres dans toute la ville, en tenant à les localiser près des logements subventionnés par l'état. Les centres offrent des soins aux personnes atteintes de démence et d'autres maladies – par exemple les personnes récupérant d'accidents vasculaires cérébraux – 5 jours par semaine (du lundi au vendredi) et également certains samedis. Un transport est disponible pour ceux qui en ont besoin. Les activités comprennent de l'ergothérapie, englobant les domaines physiques, cognitifs et sociaux ; de l'art-thérapie ; et des sorties organisées. Un des centres sert également de centre de réadaptation de jour, et dispose d'un kinésithérapeute au sein du personnel. Des programmes de soins individualisés, et un outil d'observation du bien-être sont utilisés pour fournir des services centrés sur la personne, et assurer un suivi des résultats pour les clients. Des groupes de soutien sont offerts aux aidants familiaux, et ceux qui ont besoin de conseils ou de soins de répit supplémentaires sont orientés vers des travailleurs sociaux désignés. Les centres sont financés par le ministère de la Santé grâce à des subventions accordées aux personnes atteintes de démence, qui sont admissibles par un système de contrôle des ressources (78).

des soins fournis, et dans quelle mesure les services répondent aux besoins des aidants familiaux (82). Davantage de recherche est nécessaire pour déterminer de quelle façon les programmes de soins de répit pourraient être conçus pour être

plus bénéfiques. Lorsque des services de répit existent, il est important de veiller à ce que les aidants familiaux en aient connaissance, et que ces services soient fournis de manière à tenir compte de la culture locale (83).

Encadré 5.8. Qu'est-ce que les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une baisse significative de leurs capacités intrinsèques et qui ont un pronostic vital limité ; ils visent également à aider les patients et leurs familles en prévenant ou en soulageant la souffrance physique, psychosociale ou spirituelle. Ce concept a évolué : auparavant, les soins palliatifs étaient principalement axés sur les personnes atteintes de cancer en phase terminale, et sur les soins en établissements et les soins spécialisés. Au cours de la dernière décennie, cependant, leur portée a été considérablement élargie pour inclure un plus large éventail de problèmes de santé, d'établissements de soins et de groupes de soignants. Aujourd'hui, ils s'adressent également au bien-être des familles.

L'OMS estime qu'environ 40 millions de personnes nécessitent des soins palliatifs chaque année (98). Environ 80 % d'entre elles vivent dans des pays à revenus faibles et intermédiaires, et quelques 67 % sont âgées de 60 ans ou plus. Pourtant, les systèmes de santé dans la plupart des pays répondent à ce besoin de manière inadéquate : on estime que 42 % des pays ne disposent d'aucun service de soins palliatifs, et dans 30 % d'autres pays, les services n'atteignent qu'un petit pourcentage de la population qui en a besoin (99). La formation en matière de soins palliatifs est souvent limitée ou inexistante ; et le manque d'accès aux analgésiques opioïdes et autres médicaments utilisés dans les soins palliatifs, affecte 80 % de la population mondiale (99). Les autres obstacles incluent le manque de prise de conscience quant à la nécessité de soins palliatifs, et les idées erronées sur la nature des soins palliatifs.

Les soins palliatifs utilisent une approche interdisciplinaire pour répondre aux besoins globaux des bénéficiaires et de leurs familles (100). Idéalement, cela débute dans les milieux de soins primaires lorsque le pronostic est clarifié. Ceux qui sont impliqués dans la planification des soins palliatifs visent à assurer que les personnes âgées prennent des décisions éclairées et de façon autonome, qui sont compatibles avec leurs valeurs et leurs préférences. Les soins sont ensuite assurés dans différents milieux, en insistant sur les soins communautaires ; et ils sont offerts par un éventail de prestataires de soins, y compris les prestataires de soins communautaires formés ou bénévoles. Ces principes de soins palliatifs peuvent être appliqués à tous les milieux de santé et de soins de longue durée, et font partie intégrante des approches décrites dans ce chapitre.

Promouvoir les soins intégrés grâce à la gestion de cas et à une collaboration élargie

La gestion de cas est un outil clé pour assurer que la prise en charge des personnes âgées soit centrée sur la personne et intégrée à travers tout le système social et des soins de santé (84, 85). Les principales fonctions comprennent le dépistage des cas, la planification des soins et le suivi proactifs, et garantir l'implication permanente d'un gestionnaire de cas. Les recherches indiquent que la gestion de cas a un impact bénéfique sur la santé psychologique et le bien-être de la personne âgée (86, 87), et sur la satisfaction et le bien-être des aidants familiaux (87, 88). La gestion de cas permet également potentiellement de retarder le placement en institution, de réduire les taux d'admission, et de raccourcir la durée

de séjour dans les maisons de repos (89-91). On trouve aussi que des économies ont été réalisées à moyen terme (91).

Certains programmes de gestion de cas ciblent non seulement les personnes âgées, mais également leurs aidants. Aux Pays-Bas, par exemple, les gestionnaires de cas ont un rôle important de formation et de soutien aux personnes âgées et à leurs aidants familiaux (92, 93).

Tout au long du continuum de soins, planifier la gestion de cas doit permettre aux personnes âgées de faire leurs propres choix, contribuant ainsi à soutenir leur autonomie. Cela est vrai pour toutes les personnes âgées, même pour celles avec une baisse significative de capacités (94). Par exemple, bien que les personnes atteintes de démence sévère puissent ne pas être en mesure de décider si elles ont besoin d'intervention chirurgicale, elles peuvent encore avoir la capacité de choisir ce qu'elles veulent manger

ou comment s'habiller. Adhérer à ce principe peut être difficile. Pourtant, l'approche du *Vieillessement en bonne santé* exige que les personnes qui fournissent des soins de longue durée aident les personnes âgées à faire les choix qu'elles sont capables de faire (94), et les soignants doivent continuellement évaluer « quand l'encouragement est justifié, et quand commence la condescendance injustifiée » (95).

En plus de la gestion des cas, la planification préalable des soins est une partie importante de la prise en charge des personnes qui ont une baisse significative de leurs capacités intrinsèques. Elle fait référence à des discussions formelles qui visent à aider les gens à établir des décisions personnelles au sujet de leur traitement et leurs soins palliatifs ultérieurs (96, 97) ([Encadré 5.8](#)). L'objectif principal de la planification préalable des soins est de préserver l'autonomie et la prise de décision personnelle des personnes âgées lorsqu'elles ne seront plus capables de s'exprimer par elles-mêmes, en clarifiant leurs désirs, leurs besoins et leurs choix avant qu'elles n'atteignent ce point. Les animateurs compétents qui font participer les personnes clés en matière de prise de décision, et notamment les personnes âgées et leurs aidants, peuvent améliorer l'efficacité de la planification préalable des soins (101).

Bien que les stratégies de gestion des soins et les principes qui les sous-tendent aident à garantir que les soins de longue durée soient davantage intégrés et centrés sur la personne, les soins de santé et les services sociaux et de soutien doivent également être harmonisés et intégrés au niveau administratif. Cela nécessite une approche plus homogène. Une option pourrait être qu'un organisme gouvernemental unique, par exemple le ministère de la santé ou des services sociaux, ait la responsabilité principale de l'ensemble du système de soins de longue durée, et non pas seulement une partie du système. Cependant, ces structures formelles de gouvernance ne sont pas le seul moyen qui existe pour faciliter l'intégration ([Encadré 5.9](#)).

Assurer la collaboration entre les aidants familiaux et les soignants professionnels constitue un autre aspect de l'intégration. Les éléments de preuve indiquent que le partage efficace d'information entre les différents soignants améliore l'intégration et la coordination des soins (88). Par conséquent, établir des systèmes d'information partagés peut constituer une stratégie essentielle pour construire des services véritablement intégrés.

Fait important, les soins assurés par la famille et ceux assurés par les professionnels ne sont pas mutuellement exclusifs. Les capacités des aidants familiaux peuvent être renforcées par les soignants professionnels, et leur travail peut être complété par le travail des professionnels de soins ; de la même manière, les professionnels de soins peuvent être guidés par les membres de la famille, et leurs soins peuvent être complétés par les aidants familiaux.

Assurer un financement durable et équitable

Les coûts de la réponse à la dépendance aux soins liée à l'âge sont déjà élevés et seront amenés à augmenter sensiblement. Et comme cela a été décrit précédemment dans ce chapitre, lorsque les gouvernements ne financent pas les services, quelqu'un d'autre doit payer. Parce que la charge de morbidité chez les personnes âgées frappe de façon disproportionnée les personnes défavorisées, le fardeau des soins est susceptible d'affecter de manière disproportionnée les personnes démunies, ainsi que les femmes. Par conséquent, identifier des moyens équitables de partager le coût des soins est essentiel. D'une manière générale cela nécessitera soit de mutualiser les risques, soit de cibler les ressources spécifiquement pour les personnes qui sont le plus dans le besoin.

Cela ne signifie pas, cependant, que les gouvernements doivent nécessairement assumer tous les frais des soins de longue durée. Dans une large mesure, il s'agit d'une question politique, reflétant de plus larges choix sociaux sur la façon

Encadré 5.9. Un système intégré de santé à domicile et de prise en charge sociale pour les personnes âgées en Turquie

En Turquie, de nombreuses institutions fournissent des services et un soutien aux personnes âgées vivant à domicile. Ces services sont fournis gratuitement, et financés par un mélange de rétributions provenant du budget général, des impôts, des budgets municipaux et des cotisations versées par les employeurs et les employés. Le ministère de la santé fournit des services de santé à domicile, qui sont assurés par des équipes multidisciplinaires de professionnels ; le ministère de la famille et des politiques sociales fournit un soutien social, de l'aide et une prise en charge dans différents milieux, y compris au domicile des personnes âgées ; et les municipalités assurent un soutien social et d'autres services, tels que des soins à domicile ; un soutien psychologique ; des réparations et des travaux d'entretien du logement ; une aide aux tâches ménagères, aux soins personnels et à la préparation des repas ; et enfin, des activités sociales (102-104).

En 2015, les ministères de la santé, de la famille et des politiques sociales, et de l'intérieur, ainsi que l'union des municipalités de Turquie ont instauré un nouveau protocole qui a recommandé le partage des données électroniques entre les différentes institutions et différents organismes fournissant des soins à domicile (105, 106). Le système sera testé dans un premier temps dans neuf provinces, suivi par une mise en œuvre à l'échelle nationale. Le gouvernement utilisera un logiciel de partage de données, afin de s'assurer que les personnes âgées reçoivent des services de santé à domicile, un soutien social et tout autre service public dont elles ont besoin. L'intégration des données permettra également un mode holistique et coordonné de prestations, améliorant ainsi l'efficacité et réduisant la duplication des services.

Quand une personne âgée ou une famille sollicite un service spécifique, leurs informations seront inscrites dans la base de données. Si l'équipe de soins initiale pense que la personne pourrait bénéficier d'un autre service, ils en informeront l'institution concernée, par l'intermédiaire de la base de données. De cette façon, les besoins de la personne âgée seront satisfaits rapidement.

Ce protocole est un bon exemple de la façon dont un pays peut améliorer la prestation de soins de longue durée intégrés et complets, qui comprennent les services de santé, et les services sociaux et de soutien. Cette approche globale, concertée et multidisciplinaire en Turquie offre les avantages suivants :

- Elle améliore l'accès aux services et la disponibilité de soins professionnels pour les personnes âgées.
- Elle est centrée sur la personne, coordonnée et flexible, et adaptée aux situations et aux besoins de chaque personne.
- Elle respecte les droits et la dignité des personnes âgées, leur permettant de participer aux décisions concernant leurs besoins, et leur permet de recevoir plusieurs des services à domicile.
- Elle soutient les familles qui prennent soin de leurs parents âgés, et elle contribue à améliorer la participation sociale des personnes âgées.
- Elle augmente la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées.
- Elle protège les personnes âgées et améliore leur sécurité.
- Elle fait le meilleur usage des structures, des personnes et d'autres ressources grâce au partage de données, ce qui permet la coordination des soins.

Bien que ce soit un nouveau système en Turquie et qu'il n'ait pas encore été évalué, le protocole démontre néanmoins quelques éléments généraux.

- Même dans un pays en développement avec un système de soins de longue durée compartimenté, un système complet de soins et de soutien peut être assuré gratuitement.
- Les approches multisectorielles sont essentielles à la prestation de soins de longue durée, et le programme pilote démontre de quelle façon les gouvernements peuvent fournir l'intendance nécessaire pour une collaboration entre les institutions et les organismes.
- Les responsabilités les plus importantes du gouvernement au sein du système sont de créer le mécanisme de coordination, de déterminer qui a besoin de services de santé, de prise en charge des soins et de soutien social, et de travailler avec les partenaires pour aider à fournir les services requis.

dont le coût global des soins devrait être réparti. Mais même si le rôle du gouvernement se limite essentiellement à un rôle de gestionnaire, ce ne sera pas sans coût : une gouvernance efficace exige une coordination et un contrôle solides, et dotés de ressources suffisantes.

Comme pour le financement de la santé (107), le financement des soins de longue durée doit tenir compte de trois objectifs principaux : comment générer des ressources financières suffisantes ; comment faire en sorte que les soins soient à la fois accessibles et abordables, même pour les personnes les plus démunies dans la société ; et comment utiliser les ressources de manière rentable et équitable.

S'il existe un fort consensus social sur le fait que les soins de longue durée constituent un bien public important et une priorité sociale élevée, alors les gouvernements peuvent générer des ressources pour les soins de longue durée en détournant les ressources fiscales générales de domaines qui sont moins prioritaires. De manière subsidiaire ou complémentaire, les gouvernements peuvent décider d'établir des plans d'épargne obligatoire ou des régimes d'assurance pour les soins de longue durée. Plusieurs pays de l'OCDE ont adopté des régimes d'assurance universelle pour générer avec succès des ressources financières ; ce sont l'Allemagne, le Japon, le Luxembourg, les Pays-Bas et la République de Corée (14) (Encadré 5.10). Par exemple, 4 ans après la création d'un régime d'assurance pour des soins de longue durée en République de Corée, 5,5 % de la population âgée de 65 ans et plus a reçu des soins, avec une surreprésentation des personnes âgées démunies, des femmes et des personnes vivant seules, ce qui indique que le système a atteint les groupes vulnérables (110). Parmi ceux qui bénéficient des services, 89 % ont indiqué qu'ils étaient satisfaits de la qualité des soins, et 93 % des familles ont signalé une réduction de leur charge en matière de soins (111).

Cependant, en Amérique latine et en Afrique subsaharienne, les expériences de régimes d'assurance pour les retraites et les services de santé,

financés par des cotisations, ont été mitigées (112). Les régimes d'assurance ont souvent généré de profonds déficits financiers, et ont nécessité d'importantes opérations de renflouement, provenant des recettes générales. Une des raisons pour cela est qu'il y a eu un degré élevé de « contournements », reflétant peut-être le faible niveau de confiance dans les systèmes d'assurance-maladie publics. S'il est déjà difficile de persuader les gens à contribuer à un fonds d'assurance qui offre des avantages tangibles, comme les prestations de retraite, il peut être encore plus difficile de les encourager à effectuer des contributions toute leur vie pour de potentiels soins de longue durée, dont beaucoup peuvent ne jamais avoir besoin.

Dans les pays très pauvres, des ressources publiques limitées et des priorités concurrentes font qu'il est peu probable que des fonds publics importants soient consacrés aux soins de longue durée dans un avenir lointain et prévisible. Cependant, il existe probablement des possibilités de sensibiliser aux engagements financiers pour des soins de longue durée parmi les partenaires de développement et les organisations non gouvernementales. Même dans les milieux les plus démunis, les gouvernements peuvent réunir des partenaires potentiels, faire valoir leurs arguments, et mobiliser un soutien financier.

Indépendamment de la façon dont les recettes sont collectées, la mutualisation des risques de grande envergure permet de répartir les coûts financiers des soins de longue durée sur l'ensemble de la société. Ceci permet de protéger les personnes démunies et marginalisées, et réduit le risque de catastrophe financière pour les personnes âgées et leurs familles.

Veiller à ce que les interventions soient rentables, contribue à garantir que les ressources sont dépensées judicieusement. Par exemple, permettre aux personnes âgées de rester chez elle améliore en même temps leur qualité de vie, et pourrait être plus abordable que les soins en institution, bien que ce ne soit pas automatiquement le cas (113).

Au-delà de cela, des initiatives telles que les associations de personnes âgées (Encadré 5.4),

Encadré 5.10. Financer les soins de santé et les soins de longue durée pour les populations âgées : les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les personnes âgées bénéficient de services de santé et de soins de longue durée grâce à différents dispositifs municipaux qui couvrent leurs besoins de soins, l'hospitalisation de longue durée et les services sociaux et de soutien. En outre, le système de protection sociale du pays fournit une aide au revenu pour ceux qui ne disposent pas d'autres moyens (108). Dans un effort pour répondre à la hausse des coûts et à l'évolution des besoins, les Pays-Bas ont introduit des réformes profondes à ces différents régimes, en 2015 (109).

Le système d'assurance-maladie (connu sous le nom de *Zorgverzekeringswet*), qui couvre les besoins de santé de base pour l'ensemble de la population, est mis en œuvre par des compagnies d'assurance maladie privées (essentiellement à but non-lucratif). Le régime d'assurance va étendre sa couverture pour inclure les soins infirmiers et les soins personnels. Les compagnies d'assurance – maladie sont chargées de fournir la plupart des besoins de soins intensifs à domicile, comme une aide à sortir du lit, une aide pour se doucher et s'habiller, ainsi que de fournir des services infirmiers communautaires.

En plus de cette assurance de santé, les gens ont la possibilité de souscrire à une assurance maladie volontaire, qui couvre les services qui ne sont pas inclus dans les régimes publics. L'assurance volontaire couvre les soins dentaires pour les adultes et la kinésithérapie. Environ 85 % de la population est inscrite à ces caisses volontaires, y compris une proportion relativement élevée de personnes âgées.

Les mesures d'accompagnement pour les soins de longue durée ont subi des réformes drastiques. Auparavant, il s'agissait d'un régime obligatoire qui couvrait les soins de longue durée pour les personnes âgées, les personnes atteintes de troubles mentaux et les personnes en situation de handicap. Le nouveau régime (connu sous le nom de *Wet Langdurige Zorg*) ne couvrira que les formes les plus intensives de soins de longue durée (et moins de personnes seront admissibles à des soins en institution). Les soins personnels et les soins infirmiers en ambulatoire ont été transférés au système d'assurance maladie, comme cela est décrit ci-dessus.

Le soutien social, y compris certains services de soins à domicile et les soins de répit, ont été dévolus aux municipalités en vertu d'un crédit financé par l'impôt (qui est connu comme le *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*). Il doit être utilisé pour veiller à ce que les gens puissent vivre chez eux aussi longtemps que possible et recevoir l'assistance dont ils ont besoin pour le faire. Grâce à ces réformes, les autorités locales se voient confier un rôle prépondérant dans la fourniture de soins de longue durée à base communautaire.

Les personnes âgées peuvent dessiner un budget personnel de tous les trois régimes, mais seulement pour leurs besoins en matière de soins de longue durée. Le budget personnel permet aux particuliers d'acheter et organiser leurs propres soins en fonction de leurs préférences. Comme les détenteurs du budget, les personnes âgées sont libres d'embaucher des membres de leur famille ou toute autre personne pour procurer des soins.

Les personnes âgées peuvent prélever un budget personnel des trois régimes, mais seulement pour leurs besoins en matière de soins de longue durée. Le budget personnel permet aux particuliers de se procurer et d'organiser leurs propres soins en fonction de leurs préférences. En tant que détenteurs de leur budget, les personnes âgées sont libres d'embaucher des membres de leur famille ou toute autre personne pour fournir des soins.

Les principales leçons tirées de l'expérience des Pays-Bas sont les suivantes.

1. Fournir une large couverture pour les soins de santé et les soins de longue durée a de nombreux avantages et contribue à la solidarité sociale.
2. Plusieurs régimes différents pourraient être nécessaires pour couvrir tous les besoins des personnes âgées. Dans ces circonstances, il est crucial d'assurer qu'il y ait une collaboration entre les différents régimes et qu'une approche intégrée et holistique soit utilisée.
3. Il est important de respecter les souhaits des personnes âgées qui veulent vivre chez elles aussi longtemps que possible.

qui s'appuient sur le capital humain et social inhérent aux populations âgées pour répondre aux besoins des personnes âgées elles-mêmes, pourraient offrir des options de soins pérennes et à faible coût, à court terme. Même s'ils sont actuellement largement limités aux pays à revenus faibles et intermédiaires, ces mécanismes visant à tirer parti d'une ressource souvent négligée, pourrait également être utile dans les milieux plus développés.

Financer un système universel de soins de longue durée peut sembler décourageant dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Pourtant, pour plusieurs raisons, ces milieux ont des avantages sur le plan financier par rapport aux pays à revenus élevés. Premièrement, le vieillissement de la population est moins important, et par conséquent la demande de soins de longue durée est inférieure. Deuxièmement, la plupart des modes de soins de longue durée ne nécessitent pas d'équipement coûteux ni de technologies de pointe : l'élément principal et essentiel constitue le facteur humain, et le coût de la main d'œuvre est considérablement plus faible dans les économies moins développées. Troisièmement, ces pays ont l'opportunité de tirer des leçons des erreurs passées des pays à revenus élevés : à savoir, ils peuvent favoriser l'utilisation de services plus rentables qui soutiennent les aidants familiaux. Au Chili, par exemple, on estime que le coût d'un système de protection sociale universelle à domicile serait d'environ 0,45 % du PIB, ce qui équivaut à peu près à 10 % du budget total de la santé (114).

Changer les mentalités au sujet des soins de longue durée : un défi politique et social

Les problèmes et les injustices des systèmes actuels de soins de longue durée, ne reçoivent souvent pas l'attention qu'ils requièrent. D'une part, cela s'explique par le fait que beaucoup de ceux qui sont directement touchés n'ont pas de

voix politique ou de représentation organisée. Les personnes âgées dépendant des soins, les professionnels de soins émigrés, et les aidants familiaux confinés à domicile, font face à de nombreux obstacles quant à leur participation dans les débats politiques. La plupart des gouvernements nationaux ne disposent pas d'un organisme central influent qui puisse mettre en évidence et défendre ces questions. Dans de nombreux cas, la répartition des rôles et des responsabilités entre les services nationaux et locaux des départements ministériels est difficile et déroutante. Cela compromet la coordination d'un système intégré de soins de santé et de services sociaux et de soutien, et masque la visibilité en matière de reddition des comptes de la part du gouvernement. Quand le débat politique existe, il est souvent axé sur les préoccupations budgétaires. On accorde moins d'attention aux avantages importants offerts par un système efficace de soins de longue durée (Encadré 5.11).

Les représentations médiatiques des questions de soins de longue durée sont souvent âgistes, restreintes et mal informées (115). Améliorer la prise de conscience de la société sur l'inexactitude et le potentiel destructeur des stéréotypes âgistes courants est un moyen de faire face à ces attitudes négatives (116). Lorsque les déficiences physiques et cognitives, la dépression et la douleur sont considérées comme des aspects inévitables du vieillissement, il est peu probable que les personnes âgées soient prises au sérieux, et elles seront marginalisées, en particulier dans les sociétés où l'autonomie et l'autosuffisance sont hautement valorisées (117). La peur généralisée de la mort et le malaise personnel à parler de la mort, y compris parmi les soignants, perpétuent encore davantage ce problème (118).

Les médias, cependant, peuvent offrir des solutions à ce problème qu'elles renforcent de façon répétée, en remettant en cause les attitudes âgistes et en soutenant un débat éclairé sur les soins de longue durée. Une étude aux États-Unis, par exemple, a montré que les différences géographiques en matière de couverture médiatique

Encadré 5.11. Principaux avantages d'une action en matière de soins de longue durée

1. Assure la dignité à un âge avancé : les droits des personnes âgées sont respectés.
2. Réduit les hospitalisations et les coûts qui y sont associés : assurer des soins de longue durée réduit la durée des séjours hospitaliers, réduit le taux de réadmissions, et soutient les personnes âgées lors de leur retour à domicile. Tous ces éléments réduisent les coûts de santé associés. Pour les personnes âgées de plus de 70 ans environ dans les pays avec des services accessibles de soins de longue durée, les coûts de santé diminuent avec l'âge.
3. Réduit la pauvreté : les soins de longue durée basés sur l'accès et l'utilisation équitables des services de soins fournissent un filet de sécurité pour les personnes âgées et les protègent – elles et leurs familles - de la pauvreté vers la fin de la vie. Contribue également à partager le risque de dépenses de santé catastrophiques, réduit les charges sur les familles et favorise la cohésion sociale.
4. Améliore la qualité des soins et la qualité de vie : un système de soins de longue durée conçu de manière adéquate, qui offre différentes options de soins, aide les familles à assurer des soins de qualité à domicile, soulage le fardeau des aidants familiaux et améliore la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants.
5. Améliore la prise en charge de la démence : le coaching et le soutien à domicile permettent aux membres de la famille qui assurent le rôle de soignants, de gérer les comportements difficiles à domicile, et réduit les crises et la détresse des soignants.
6. Améliore les soins de fin de vie : les soins de longue durée qui sont conformes aux principes des soins palliatifs, permettent aux personnes âgées de ne pas souffrir de douleur ou de détresse en fin de vie. S'ils sont prévus dans les milieux de soins à domicile ou en institution, ils permettent d'éviter les admissions inutiles, coûteuses et stressantes à l'hôpital pour les soins de fin de vie.
7. Encourage l'emploi : si elle est gérée de manière proactive, la demande de professionnels de soins crée des emplois et améliore l'accès aux services de soins de longue durée. En tant que tel, elle consiste en une solution gagnant-gagnant pour les gouvernements et le public. Aussi, alléger une partie de la charge des aidants familiaux peut les libérer pour intégrer (ou réintégrer) le marché du travail.
8. Encourage l'innovation et le commerce : de nombreuses nouvelles technologies sont développées pour répondre aux besoins des personnes âgées qui ont une baisse importante de capacités. Ces équipements aident à pallier à certaines limitations pour les personnes âgées, et à leur tour, deviennent commercialisables pour d'autres personnes ayant des besoins similaires.

sur les soins de longue durée, étaient liées de manière significative à des réformes politiques qui privilégiaient les soins à base communautaires (119).

Conclusion

Ce chapitre a démontré la nécessité de faire évoluer les soins de longue durée de façon fondamentale. Dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, les services de soins de longue durée formels sont largement inexistants. Le rôle consistant à soutenir les personnes âgées dépendantes aux soins, incombe généralement à des proches de sexe féminin, qui, pour la plupart,

n'ont pas de formation et ne sont pas rémunérées pour ce travail. Dans certains pays à revenus élevés, des services publics complets sont disponibles, mais la pérennité est une grande préoccupation, à mesure que les populations vieillissent. Dans tous les milieux, la nature et la qualité des soins ne sont souvent pas satisfaisantes. La nécessité d'optimiser la trajectoire des capacités intrinsèques, et de soutenir l'autonomie et la dignité peut être complètement ignorée.

Promouvoir de nouvelles façons de concevoir les soins de longue durée – notamment le déplacement de l'objectif central vers l'optimisation des capacités fonctionnelles – est une première étape importante. Au-delà de cela, une mobilisation est nécessaire sur plusieurs fronts.

Encadré 5.12. Stratégie nationale en matière de démence, Ecosse

La stratégie nationale en matière de démence en Ecosse de 2013 à 2016, présente les principaux résultats suivants (120).

1. Davantage de personnes atteintes de démence vivront à domicile plus longtemps et avec une bonne qualité de vie.
2. Les communautés seront accessibles et soutiendront les personnes atteintes de démence, ce qui contribuera à améliorer la prise de conscience à propos de la démence, et réduira la stigmatisation.
3. Les personnes devraient être assurées d'un diagnostic rapide et précis.
4. Les personnes atteintes de démence et leurs familles bénéficieront d'un meilleur soutien après l'annonce du diagnostic.
5. Davantage de personnes atteintes de démence et leurs familles et soignants seront impliqués dans les soins en tant que partenaires égaux.
6. Les personnes atteintes de démence bénéficieront d'un meilleur respect et d'une promotion de leurs droits dans tous les milieux, ainsi qu'une meilleure conformité aux exigences légales en matière de traitement.
7. Les personnes atteintes de démence seront traitées avec dignité et respect dans les hôpitaux et les autres établissements de soins.

La stratégie contribue à la vision pour la santé et les soins en Ecosse pour 2020 (121) : autrement dit, toutes les personnes, y compris les personnes atteintes de démence, seront en mesure de vivre plus longtemps et mieux à domicile, ou dans des milieux semblables à leur foyer. Un système de santé et de protection sociale intégré est la stratégie-clé pour réaliser cette vision ; un soutien à l'autogestion et des soins de santé à base communautaire sont certaines des caractéristiques de cette approche intégrée.

Les deux stratégies sont étayées dans la Charte Ecossoise des droits pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants (122), qui définit les droits humains et les autres droits légaux des personnes atteintes de démence et leurs aidants. Au centre de cette approche fondée sur les droits de l'homme repose le droit des personnes atteintes de démence et leurs soignants à être traités comme des citoyens égaux au sein de leurs communautés, d'être soutenus pour vivre aussi bien que possible, et de rester connectés à leurs communautés et à leurs réseaux de soutien familiaux et sociaux.

Alzheimer Ecosse a contribué à faire progresser cette question. Par exemple, son « modèle à cinq piliers » du « soutien après le diagnostic » constitue la base de l'engagement du gouvernement écossais à fournir une année d'assistance post-diagnostic au minimum, à chaque personne pour laquelle le diagnostic de démence a été posé (120). Ce modèle permet aux individus et à leurs familles d'élaborer des programmes personnels solides, conçus pour soutenir chaque personne atteinte de démence à vivre bien et de manière autonome, aussi longtemps que possible. De manière plus générale, Alzheimer Ecosse a mené des campagnes de sensibilisation et des initiatives sur les communautés amies des personnes atteintes de démence et « devenir ami-e de personnes atteintes de démence » pour aider à une meilleure connaissance de la maladie et combattre les perceptions négatives de la société dans tout le pays. L'association a également élaboré des normes nationales en matière de soins pour les personnes atteintes de démence (123) et un cadre de formation qui décrit les connaissances, les compétences et les comportements que l'on attend de la part de tous les agents de santé et travailleurs sociaux. Plus de 500 champions en matière de démence, soutenus par des infirmières consultantes dans le domaine de la démence, travaillent au sein du Service national de santé comme agents de changement pour promouvoir les meilleures pratiques, afin d'améliorer l'expérience, les soins, le traitement, et les résultats pour les personnes atteintes de démence et leurs familles ; leur travail vise à réduire l'utilisation de médicaments psychotropes et à promouvoir les thérapies non médicamenteuses.

La stratégie nationale en matière de démence en Ecosse de 2013 à 2016, démontre plusieurs points abordés dans ce rapport.

1. Une stratégie ou un plan national est important pour coordonner les parties prenantes et se mettre d'accord sur les domaines d'action prioritaires.
2. Les efforts d'amélioration doivent couvrir un large éventail de services et de milieux - non seulement les services sociaux, mais également les soins de santé aigus assurés dans les hôpitaux et au sein de la communauté - y compris toutes les institutions ou les milieux où les personnes âgées sont susceptibles de se rendre.
3. Une approche fondée sur les droits de l'homme est une stratégie globale-clé pour améliorer les soins de longue durée.

Tout d'abord, tous les pays ont besoin d'un système entièrement intégré de soins de longue durée. Pour la plupart des pays, ceci implique l'élaboration d'un plan national. Les gouvernements peuvent réunir les parties prenantes pour discuter et décider des mesures à prendre et quelles seront les responsabilités de chacun. Au minimum, le plan national devrait décrire les services à assurer, qui les assurera, comment ces services seront financés, comment en faciliter l'accès universel, comment en assurer la qualité, et comment le système sera coordonné, afin d'assurer une prestation de soins de longue durée intégrés et complets.

La deuxième priorité est de trouver les moyens de développer et de maintenir en service des soignants disposés à prodiguer des soins de longue durée. Ceci est possible en préparant adéquatement les soignants rémunérés à leurs fonctions, en leur payant un salaire équitable, et en créant des conditions de travail raisonnables. Octroyer aux soignants un pouvoir significatif pour prendre des décisions, et offrir des parcours professionnels enrichissants, sont d'autres moyens d'améliorer le recrutement et le maintien des professionnels. Il est essentiel de soutenir les aidants familiaux ; cela peut être réalisé en four-

nissant un enseignement, une formation, des soins de répit, une législation pour prévoir des modalités de travail flexibles ou des congés, et des rétributions en espèces pour les services rendus.

Troisièmement, des mesures doivent être prises pour promouvoir les droits des personnes âgées et de leurs aidants. Il est inacceptable de traiter les personnes âgées dépendantes aux soins de manière déshumanisée, dégradante ou abusive. Au contraire, les soins de longue durée doivent être conçus pour préserver la dignité, encourager l'autonomie et souhaits personnels des personnes âgées, tout en leur permettant de rester connectés à leur communauté et à leurs réseaux sociaux. De même, le personnel de soins majoritairement féminin doit être traité de manière équitable et juste.

Les pays disposent d'une marge de manœuvre considérable en terme de diversité, d'innovation et de flexibilité pour décider comment agir dans ces domaines ([Encadré 5.12](#)). D'autres propositions d'interventions sont présentées au Chapitre 6. Dans tous les pays, un large éventail de parties prenantes devra vraisemblablement participer au processus. Mais seuls les gouvernements peuvent établir et assurer la gestion des systèmes de soins de longue durée dans leur ensemble.

Liste des références

1. Leveille SG, Penninx BW, Melzer D, Izmirlian G, Guralnik JM. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000 Jan;55(1):S41–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/55.1.S41> PMID: 10728129
2. Rodrigues MA, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2009;25 (Suppl. 3):S464–76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500011> PMID: 20027393
3. Current and future caregiver needs for people with disabling conditions. Geneva: World Health Organization; 2002 (Longterm care series).
4. Prince M, Prina M, Guerchet M. World Alzheimer report 2013. Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2013 (<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>, accessed 17 June 2015).
5. Low LF, Fletcher J. Models of home care services for persons with dementia: a narrative review. *Int Psychogeriatr*. 2015 Feb 12. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000137> PMID: 25672570
6. Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, et al. Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Feb;63(2):371–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13245> PMID: 25644085
7. Pot AM. Improving nursing home care for dementia: is the environment the answer? *Aging Ment Health*. 2013;17(7):785–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.828679> PMID: 23971862
8. De Bruin SR, Oosting SJ, Tobi H, Blauw YH, Schols JM, De Groot CP. Day care at green care farms: a novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia? *J Nutr Health Aging*. 2010 May;14(5):352–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0079-9> PMID: 20424801
9. Nakanishi M, Nakashima T, Sawamura K. Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2012 Jan;59(1):3–10. PMID: 22568106
10. Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Kempen GI, Hamers JP. Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jan;49(1):21–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008> PMID: 21820656
11. Willemse BM, Depla MF, Smit D, Pot AM. The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics. *Int Psychogeriatr*. 2014 May;26(5):805–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214000015> PMID: 24507445
12. Smit D, Willemse B, de Lange J, Pot AM. Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *Int Psychogeriatr*. 2014 Jan;26(1):69–80. PMID: 24053758
13. te Boekhorst S, Depla MF, de Lange J, Pot AM, Eefsting JA. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Sep;24(9):970–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2205> PMID: 19452499
14. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing; 2011.
15. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013.
16. Erol R, Brooker D, Peel E. Women and dementia: a global research review. London: Alzheimer's Disease International; 2015 (<http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/Women-and-Dementia.pdf>, accessed 17 June 2015).
17. Mayston R, Guerra M, Huang Y, Sosa AL, Uwakwe R, Acosta I, et al. Exploring the economic and social effects of care dependence in later life: protocol for the 10/66 research group INDEP study. *Springerplus*. 2014;3(1):379. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-379> PMID: 25105086
18. Redondo N, Lloyd-Sherlock P. Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina. Norwich, England: University of East Anglia, School of International Development; 2009 (Working paper 13; <https://www.uea.ac.uk/documents/6347571/6504346/WP13.pdf/40c878ad-25f5-4967-b338-fca4246103d9>, accessed 17 June 2015).
19. Herd R, Hu Y, Koen V. Providing greater old age security in China. Paris: OECD Publishing; 2010 (Economics Department working paper No. 750; [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2010\)6](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2010)6), accessed 17 June 2015).
20. Wong YC, Leung J. Long-term care in China: issues and prospects. *J Gerontol Soc Work*. 2012;55(7):570–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2011.650319> PMID: 22963116

21. Nienhaus A, Westermann C, Kuhnert S. Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. [Burnout among elderly care staff: a review of its prevalence]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012 Feb;55(2):211–22. (in German).doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-011-1407-x> PMID: 22290165
22. Vernooij-Dassen MJ, Faber MJ, Olde Rikkert MG, Koopmans RT, van Achterberg T, Braat DD, et al. Dementia care and labour market: the role of job satisfaction. *Aging Ment Health*. 2009 May;13(3):383–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860902861043> PMID: 19484602
23. Baumbusch J, Dahlke S, Phinney A. Nursing students' knowledge and beliefs about care of older adults in a shifting context of nursing education. *J Adv Nurs*. 2012 Nov;68(11):2550–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05958.x> PMID: 22364192
24. The long-term care workforce: can the crisis be fixed? Problems, causes and options. Washington (DC): Institute for the Future of Aging Services; 2007 (http://www.leadingage.org/uploadedFiles/Content/About/Center_for_Applied_Research/Center_for_Applied_Research_Initiatives/LTC_Workforce_Commission_Report.pdf, accessed 17 June 2015).
25. The 2012 Ageing Report: economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). Brussels: European Union; 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.2765/19991>
26. Wimo A., Prince M. World Alzheimer report 2010: the global economic impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2010 (<https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>, accessed 17 June 2015).
27. Leichsenring K, Billings J, Nies H, editors. Long-term care in Europe: improving policy and practice. London: Palgrave Macmillan; 2013 (<http://www.palgraveconnect.com/pc/doi/10.1057/9781137032348.0001>, accessed 17 June 2015).
28. Scheil-Adlung X, Bonan J. Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care: assessing impacts and policy implications. Geneva: International Labour Organization; 2012 (ESS paper No. 31; <https://www.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.do?ressource.ressourceld=30228>, accessed 17 June 2015).
29. World social protection report 2014/15: building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization; 2014. (<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--en/index.htm>, accessed 17 June 2015).
30. Ogawa T. Ageing in Japan: an issue of social contract in welfare transfer or generational conflict? In: Lloyd-Sherlock P, editor. *Living longer: ageing, development and social protection*. London: Zed Books; 2004 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 17 June 2015).
31. Mitchell O, Pigott J, Shimizutani S. Developments in long-term care insurance in Japan. Sydney: University of New South Wales, Australian School of Business; 2008 (UNSW Australian School of Business Research Paper No. 2008 ECON 01; <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1115186>, accessed 17 June 2015).
32. Simizutani S, Inakura N. Japan's public long-term care insurance and the financial condition of insurers: evidence from municipality-level data. *Government Auditing Review*. 2007;14:27–40.
33. Hayashi M. Japan's long-term care policy for older people: the emergence of innovative "mobilisation" initiatives following the 2005 reforms. *J Aging Stud*. 2015 Apr;33:11–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.004> PMID: 25841725
34. *Addressing dementia: the OECD response*. Paris: OECD Publishing; 2015.
35. Willemsse BM, Downs M, Arnold L, Smit D, de Lange J, Pot AM. Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health*. 2015;19(5):444–52. PMID:25117793 PMID: 25117793
36. Cohen-Mansfield J, Bester A. Flexibility as a management principle in dementia care: the Adards example. *Gerontologist*. 2006 Aug;46(4):540–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/46.4.540> PMID: 16921008
37. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M. The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jan;21(1):43–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1421> PMID: 16323258
38. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2009 Apr;18(7):981–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x> PMID: 19284433
39. Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lövhelm H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. *Int Psychogeriatr*. 2012 Jul;24(7):1144–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S104161021200018X> PMID: 22414562
40. de Veer AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Oct;57(10):1881–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02440.x> PMID: 19682126
41. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Oct;24(10):1110–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2232> PMID: 19280680

42. Hamers JP. Review: nurses predominantly have negative feelings towards the use of physical restraints in geriatric care, though some still perceive a need in clinical practice. *Evid Based Nurs*. 2015 Apr;18(2):64. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2014-101827> PMID: 24997212
43. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr*. 2014;14(1):39. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-39> PMID: 24674081
44. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013 May;42(3):292–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs195> PMID: 23343837
45. Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PLOS ONE*. 2008;3(6):e2333. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0002333> PMID: 18523642
46. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011 Mar;33(1):47–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000017> PMID: 20602013
47. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care—the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Apr;24(4):347–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2126> PMID: 18814197
48. Morley JE. Aging in place. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Jul;13(6):489–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011> PMID: 22682696
49. Schulz R, Wahl HW, Matthews JT, De Vito Dabbs A, Beach SR, Czaja SJ. Advancing the aging and technology agenda in gerontology. *Gerontologist*. 2014;pii: gnu071. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu071> PMID: 25165042
50. Pot AM, Willemse BM, Horjus S. A pilot study on the use of tracking technology: feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. *Aging Ment Health*. 2012;16(1):127–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.596810> PMID: 21780960
51. Zwijsen SA, Niemeijer AR, Hertogh CM. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: an overview of the literature. *Aging Ment Health*. 2011 May;15(4):419–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2010.543662> PMID: 21500008
52. Baek SH, Sung E, Lee SH. The current coordinates of the Korean care regime. *J Comp Soc Welf*. 2011;27(2):143–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17486831.2011.567019>
53. Community-based social care in East and Southeast Asia. Chiang Mai, Thailand: HelpAge International, East Asia and Pacific Regional Office; 2015 (<http://ageingasia.org/eaprdc0019/>, accessed 17 June 2015).
54. Hussein S, Manthorpe J. An international review of the long-term care workforce: policies and shortages. *J Aging Soc Policy*. 2005;17(4):75–94. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J031v17n04_05 PMID: 16380370
55. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014 Jan;51(1):63–71. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001> PMID: 23273537
56. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012 (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 17 June 2015).
57. Thompson B, Tudiver F, Manson J. Sons as sole caregivers for their elderly parents. How do they cope? *Can Fam Physician*. 2000 Feb;46:360–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1987702/pdf/canfamphys00002-122.pdf> PMID: 10690492
58. Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *J Eur Soc Policy*. 2006;16(3):271–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0958928706065598>
59. The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organization; 2010 (World Health Assembly Resolution WHA63.16; http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1, accessed 17 June 2015).
60. Morita A, Takano T, Nakamura K, Kizuki M, Seino K. Contribution of interaction with family, friends and neighbours, and sense of neighbourhood attachment to survival in senior citizens: 5-year follow-up study. *Soc Sci Med*. 2010 Feb;70(4):543–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.057> PMID: 19944506
61. Older people's associations. In: HelpAge International [website]. London: HelpAge International; 2015 (<http://www.helpage.org/tags/older+people's+associations/>, accessed 27 July 2015).
62. Boots LM, de Vugt ME, van Knippenberg RJ, Kempen GI, Verhey FR. A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Apr;29(4):331–44. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4016> PMID: 23963684

63. Pot AM. Mastery over dementia: an internet intervention for family caregivers of people with dementia. *Alzheimers Dement*. 20010;6(4)(Suppl.):S90. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4016> PMID: 23963684
64. Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaafink RB, Cuijpers P, Pot AM. Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*. 2015;10(2):e0116622. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116622> PMID: 25679228
65. Pot AM, Blom MM, Willemse BM. Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: mastery over dementia. *Int Psychogeriatr*. 2015;4:1–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000034> PMID: 25648589
66. Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press; 1997 (<http://www.mheducation.co.uk/9780335198559-emea-dementia-reconsidered>, accessed 17 June 2015).
67. Greenblat C. *Love, loss and laughter: seeing Alzheimer's differently*. Guildford (CT): Lyons Press; 2012 (<http://www.lyonspress.com/book/9780762779079>, accessed 17 June 2015).
68. Brooker D. *Person-centred dementia care: making services better, second edition*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015 (<http://www.jkp.com/uk/person-centred-dementia-care.html>, accessed 17 June 2015).
69. Zwijsen, SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, Twisk JW, Gerritsen DL, Pot AM, et al. Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(7):531. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.4517> PMID: 22618925
70. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012 May 23;307(20):2177–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.4517> PMID: 22618925
71. Flores-Castillo A. *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*. [Care and subjectivity. a look at care at home.] Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2012 (CEPAL – Serie Mujer y desarrollo No. 112; <http://archivo.cepal.org/pdfs/2012/S1200015.pdf>, accessed 17 June 2015) (in Spanish).
72. Chien LY, Chu H, Guo JL, Liao YM, Chang LI, Chen CH, et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Oct;26(10):1089–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2660> PMID: 21308785
73. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2012 Sep;169(9):946–53. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529> PMID: 22952073
74. Van't Leven N, Prick AE, Groenewoud JG, Roelofs PD, de Lange J, Pot AM. Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2013 Oct;25(10):1581–603. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213000860> PMID: 23883489
75. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eyssen M, Paulus D. *Dementia: which non-pharmacological interventions?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2011 (KCE reports 160C; https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_160c_dementia_0.pdf, accessed 17 June 2015).
76. *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf, accessed 17 June 2015).
77. Day care centre. In: *Alzheimer's Pakistan* [website]. Lahore: Alzheimer's Pakistan; 2014 (<http://alz.org.pk/day-care-centre/>, accessed 2 June 2015).
78. *Dementia day care: New Horizon Centres*. In: *Alzheimer's Disease Association* [website]. Singapore: Alzheimer's Disease Association; 2010 (<http://www.alz.org.sg/support-services/dementia-day-care-new-horizon-centres>, accessed 2 June 2015).
79. Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD004396. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=24435941&dopt=Abstract PMID: 24435941
80. Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technol Assess*. 2009 Apr;13(20):1–224. doi: <http://dx.doi.org/10.3310/hta13200> PMID: 19393135
81. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Arksey H, Golder S, Adamson J, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess*. 2007 Apr;11(15):1–157. doi: <http://dx.doi.org/10.3310/hta11150> PMID: 17459263
82. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AM. The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging Ment Health*. 27 Mar 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023765> PMID: 25815563
83. Huang HL, Shyu YI, Chang MY, Weng LC, Lee I. Willingness to use respite care among family caregivers in Northern Taiwan. *J Clin Nurs*. 2009 Jan;18(2):191–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02538.x> PMID: 19120749

84. Beland F, Hollander MJ. Modelos integrados de asistencia para ancianos frágiles: perspectiva internacional. [Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives]. *Gac Sanit.* 2011;25(Suppl. 2):138–46. (in Spanish). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02538.x> PMID: 19120749
85. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community.* 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
86. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1):395. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-395> PMID: 23151143
87. Somme D, Carrier S, Trouve H, Gagnon D, Dupont O, Couturier Y, et al. Niveau de preuve de la gestion de cas dans la maladie d'Alzheimer: revue de littérature. [Level of evidence for case management in Alzheimer's disease: a literature review.] *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2009 Dec;7(Spec. No. 1):29–39. (in French). PMID: 20061231
88. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community.* 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
89. You EC, Dunt DR, Doyle C. Case managed community aged care: what is the evidence for effects on service use and costs? *J Aging Health.* 2013 Oct;25(7):1204–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313499931> PMID: 23958520
90. Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *J Nutr Health Aging.* 2010 Oct;14(8):669–76. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0314-4> PMID: 20922344
91. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(1):CD008345. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=25560977&dopt=Abstract PMID: 25560977
92. Peeters JM, Francke AL, Pot AM. Organisatie en invulling van casemanagement dementie in Nederland. [Organization and content of case-management for people with dementia in the Netherlands.] Utrecht: Nivel/Trimbos-instituut; 2011 (in Dutch).
93. Verkade PJ, van Meijel B, Brink C, van Os-Medendorp H, Koekkoek B, Francke AL. Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. *BMC Geriatr.* 2010;10(1):54. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-54> PMID: 20696035
94. Peisah C, Sorinmade OA, Mitchell L, Hertogh CM. Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *Int Psychogeriatr.* 2013 Oct;25(10):1571–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213001014> PMID: 23809025
95. Diesfeldt H, Teunissen S. Wislbeekwaamheid. [Capacity.] In: Pot AM, Kuin Y, Vink MT, editors. *Handboek Ouderenpsychologie.* [Handbook of geropsychology]. Utrecht: De Tijdstroom; 2007 (<https://www.tijdstroom.nl/boek/handboek-ouderenpsychologie#.VYmmSPiVhHw>, accessed 17 June 2015) (in Dutch).
96. Hayhoe B, Howe A. Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. *Br J Gen Pract.* 2011 Aug;61(589):e537–41. doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X588592> PMID: 21801576
97. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 17 June 2015).
98. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf, accessed 17 June 2015).
99. Humphreys G. Push for palliative care stokes debate. *Bull World Health Organ.* 2013 Dec 1;91(12):902–3. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.021213> PMID: 24347727
100. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med.* 2015 Apr;6(2):189–94. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>
101. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2008 Jan 15;148(2):147–59. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010> PMID: 18195339
102. Evde Bakim Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. [The regulation of home care services.] In: *Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü* [website]. Ankara: Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Ministry of Health, Turkey.]; 2005 (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>, accessed July 3 2015) (in Turkish).

103. [Ankara Metropolitan Municipality.] Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri. [Services for the elderly and care homes.] In: Ankara Büyükşehir Belediyesi [website]. Ankara: Ankara Büyükşehir Belediyesi; 2013 (in Turkish) (<http://www.ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/yasli-hizmetleri>, accessed 2 July 2015).
104. [Ministry of Family and Social Policies, Mardin province, Turkey.] Engelli Evde Bakım Hizmetleri Nelerdir? [What are home care services for the disabled?] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Mardin İl Müdürlüğü [website]. Mardin: T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Mardin İl Müdürlüğü; 2012 (in Turkish) (<http://www.mardin-aile.gov.tr/engelli-evde-bakim-hizmetleri-1.html>, accessed 2 July 2015).
105. [Ministry of Family and Social Policies, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinde İşbirliği Protokolü İmzalandı. [Cooperation protocol signed for home health and social support services.] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2014 (in Turkish) (<http://www.aile.gov.tr/haberler/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinde-isbirligi-protokolu-i%CC%87mzalandi>, accessed 2 July 2015).
106. [Ministry of Health, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol İmzalandı. [Implementation protocol for home health and social support services.] In: T.C. Sağlık Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015 (in Turkish) (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-39760/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinin-isbirligi-ic.html>, accessed 2 July 2015).
107. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, accessed 17 June 2015).
108. van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P. The future of health care. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis; 2013 (CPB Policy Brief 2013/03; <http://www.cpb.nl/en/publication/the-future-of-health-care>, accessed 17 June 2015).
109. Verbeek-Oudijk D, Woittiez I, Eggink E, Putman L. Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research; 2014. (http://www.scp.nl/english/Publications/Publications_by_year/Publications_2014/Who_cares_in_Europe, accessed 17 June 2015).
110. Kim H, Kwon S, Yoon NH, Hyun KR. Utilization of long-term care services under the public long-term care insurance program in Korea: implications of a subsidy policy. *Health Policy*. 2013 Jul;111(2):166–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.04.009> PMID: 23706386
111. Lee HS, Wolf DA. An evaluation of recent old-age policy innovations in South Korea. *Res Aging*. 2014 Nov;36(6):707–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027513519112> PMID: 25651545
112. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Soc Policy Adm*. 2006;40(4):353–68. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x>
113. Kuo YC, Lan CF, Chen LK, Lan VM. Dementia care costs and the patient's quality of life (QoL) in Taiwan: home versus institutional care services. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010 Sep–Oct;51(2):159–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.10.001> PMID: 20042244
114. Matus-López M, Pedraza CC. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020. [Cost of a health care system for dependent older adults in Chile, 2012–2020.] *Rev Panam Salud Publica*. 2014 Jul;36(1):31–6. PMID:25211675 (in Spanish). PMID: 25211675
115. Mebane F. Want to understand how Americans viewed long-term care in 1998? Start with media coverage. *Gerontologist*. 2001 Feb;41(1):24–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.1.24> PMID: 11220811
116. Butler RN. Psychiatry and the elderly: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975 Sep;132(9):893–900. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.9.893> PMID: 1098483
117. Allen JO. Ageism as a risk factor for chronic disease. *Gerontologist*. 2015 23 Jan; pii: gnu158. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu158> PMID: 25618315
118. Leclerc BS, Lessard S, Bechennec C, Le Gal E, Benoit S, Bellerose L. Attitudes toward death, dying, end-of-life palliative care, and interdisciplinary practice in long term care workers. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Mar;15(3):207–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.017> PMID: 24461725
119. Miller EA, Nadash P, Goldstein R. The role of the media in agenda setting: the case of long-term care rebalancing. *Home Health Care Serv Q*. 2015;34(1):30–45. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2014.995259> PMID: 25517684
120. Scotland's National Dementia Strategy: 2013–2016. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<http://www.gov.scot/Resource/0042/00423472.pdf>, accessed 13 July 2015).
121. 2020 Vision. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2015 (<http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/2020-Vision>, accessed 13 July 2015).
122. Charter of Rights for People with Dementia and their Carers in Scotland. In: Alzheimer Scotland [website]. Edinburgh: Alzheimer Scotland, Action on Dementia; 2015 (<http://www.dementiarights.org/charter-of-rights/>, accessed 13 July 2015).
123. Standards of care for dementia in Scotland: action to support the change programme. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2011 (<http://www.gov.scot/Resource/Doc/350188/0117212.pdf>, accessed 13 July 2015).



Chapitre 6
Vers un monde ami des aînés

Yeun, 59 ans, Cambodge

Yeun prend soin de ses deux petits-enfants et vit seul.

«Je suis né dans ce village et j'ai vécu ici toute ma vie. Je ne suis jamais allé à la capitale, Phnom Penh, – seulement à la ville de Battambang, qui se trouve à proximité. Le responsable communautaire de HelpAge m'a demandé si je voulais démarrer un nouveau commerce. Quand j'ai dit oui, l'association de personnes âgées a pris des dispositions pour que je puisse suivre un apprentissage avec une personne qui savait comment réparer les vélos. Une fois que j'étais formé, l'association de personnes âgées m'a fait un don de 220 US\$ (880,000 riels cambodgiens) pour acheter des outils et une pompe à vélo : tout ce dont j'avais besoin pour commencer à réparer des vélos. J'avais l'habitude de réparer des chaussures, mais je ne gagnais pas assez d'argent. À l'époque, les gens portaient beaucoup des chaussures d'occasion, mais plus tellement maintenant. Je préfère largement mon atelier de réparation de bicyclettes, parce que je peux gagner deux ou trois fois plus d'argent maintenant. En utilisant les bénéfices de mon commerce, j'ai pu acheter davantage d'outils et remplacer une partie des anciens outils que j'avais. J'ai pu placer un toit en tôle sur ma maison pour nous protéger de la pluie. En outre, comme je vis sur les berges de la rivière, ma maison risque facilement d'être inondée, mais grâce aux revenus de mon commerce cela m'a permis de surélever la maison. Maintenant, je prête même de l'argent à mes enfants.

Dans le village, les gens m'apportent toutes sortes de véhicules : quasiment tout ce qui a des roues ! Je reçois au moins deux à trois clients par jour. La chose la plus difficile pour réparer une crevaison est d'enlever les pneus. Il m'a fallu un certain temps pour maîtriser cette technique, mais maintenant je suis un expert.

Je pense que les personnes âgées ne doivent jamais abandonner et doivent toujours garder espoir. Même si vous êtes handicapé comme moi, vous pouvez vivre grâce à vos efforts, vous pouvez vivre grâce à vos compétences. Avec un peu d'aide, j'ai été en mesure de mettre en place cette activité ; je pense que d'autres peuvent faire la même chose. «

6

Vers un monde ami des aînés

Introduction

Les Chapitres 4 et 5 ont souligné l'importance des soins de santé et des soins de longue durée, et ce qui peut être fait pour renforcer ces systèmes. Ce chapitre décrit le rôle crucial d'autres aspects de l'environnement d'une personne âgée, et de quelle façon d'autres secteurs peuvent contribuer à exploiter les opportunités et relever les défis du vieillissement de la population.

Le processus de *Vieillessement en bonne santé* fait valoir que tous les secteurs partagent un objectif commun : développer et conserver les aptitudes fonctionnelles. Par conséquent, ce chapitre est structuré autour de cinq domaines clés des aptitudes fonctionnelles, qui sont essentiels pour les personnes âgées, afin :

- d'assurer leurs besoins essentiels ;
- d'apprendre, de se développer sur le plan personnel et de prendre des décisions ;
- de se déplacer ;
- de forger et d'entretenir des relations ;
- d'apporter sa contribution.

Ces aptitudes sont essentielles pour permettre aux personnes âgées de réaliser les activités qu'elles apprécient. Ensemble, elles permettent aux personnes âgées de vieillir en toute sécurité dans un endroit qui leur convient, de continuer à se développer sur le plan personnel, d'être incluses dans leurs communautés et d'y contribuer, tout en conservant leur autonomie et une bonne santé.

Bien que les cinq aptitudes soient traitées séparément dans le texte, elles sont fortement interconnectées entre elles. Par exemple, travailler peut être essentiel pour assurer ses besoins essentiels. Assurer ses besoins essentiels est une condition préalable pour l'apprentissage et le développement personnel. Les opportunités pour se former et se développer sur le plan personnel constituent également des possibilités de forger des relations.

Trois réflexions importantes sous-tendent ces discussions. Tout d'abord, ce que les personnes âgées peuvent réaliser physiquement ou intellectuellement – leurs capacités intrinsèques – constitue seulement une partie de leur potentiel. Ce qu'elles sont effectivement capables de faire (leurs aptitudes fonctionnelles), dépendra de l'adéquation entre elles et leurs environnements. Deuxièmement,

un changement de paradigme est nécessaire dans la façon dont la société comprend le vieillissement. Les stéréotypes âgistes omniprésents des personnes âgées les dépeignant comme des personnes uniformément fragiles, constituant un fardeau, et dépendantes, ne sont pas étayées par les éléments de preuves (Chapitre 1) et limitent la capacité de la société à apprécier et à laisser librement s'exprimer les ressources sociales et humaines potentielles inhérentes aux populations âgées. Pourtant, ces attitudes négatives influencent les prises de décisions, les choix en matière de politiques publiques, et les attitudes et les comportements du grand public (1). Troisièmement, l'effet de l'environnement va influencer différemment une personne âgée par rapport à une autre, en fonction de facteurs tels que le genre, l'origine ethnique ou le niveau d'éducation. Cela peut conduire à un accès inégal en matière de soutien matériel ou psychologique, ou limiter les options en termes de comportement et, par conséquent, affecter les capacités d'une personne âgée à *Vieillir en bonne santé* (2). Si elles ne tiennent pas compte de ces relations inévitables, les politiques dans tous les secteurs risquent de creuser davantage les écarts démontrés aux Chapitres 1 et 3.

Ce chapitre se fonde également sur l'approche de l'OMS, utilisée au cours des 10 dernières années, mettant en place des "villes et des collectivités amies des aînés". Une grande partie de ce travail est construit autour des services-clés au niveau municipal : le transport, le logement et le développement urbain, l'information et la communication, et les services de santé et les services communautaires. Ce chapitre complète cette approche, en définissant les actions 'amies des aînés', de manière à satisfaire l'objectif d'améliorer les aptitudes fonctionnelles, et de généraliser ces concepts d'une manière qui soit pertinente pour tous les secteurs, et qui puisse les inciter à travailler ensemble. La discussion est donc pertinente pour chaque niveau de gouvernement ou chaque secteur, public ou privé.

Les initiatives dont nous discutons peuvent prendre différentes formes, mais elles amé-

liorent les aptitudes fonctionnelles de deux façons fondamentales.

1. En développant et en conservant les capacités intrinsèques, en réduisant les risques (tels que des niveaux élevés de pollution de l'air), en encourageant des comportements sains (tels que l'activité physique) ou en supprimant les obstacles à l'adoption de ces comportements (par exemple, des taux élevés de criminalité ou une circulation routière dangereuse), ou en fournissant des services qui encouragent les capacités (tels que les services de santé).
2. En encourageant de meilleures aptitudes fonctionnelles – en d'autres termes, en remplissant le fossé entre ce que les gens peuvent faire, compte tenu de leur niveau de capacités, et ce qu'ils pourraient faire dans un environnement favorable (par exemple, en fournissant des aides techniques et technologiques appropriées, un transport en commun accessible ou en rendant les quartiers plus sûrs). En mettant en place ces éléments, il est important de savoir que, bien que ces interventions au niveau de la population puissent améliorer l'environnement pour de nombreuses personnes âgées, nombre d'entre elles ne seront pas en mesure d'en profiter pleinement sans un soutien individualisé.

Le but de ce chapitre est de fournir un aperçu de ces cinq aptitudes, et d'explorer les mesures qui ont prouvé leur efficacité à les favoriser. Il est destiné à aider les décideurs à réfléchir sur les pratiques actuelles, et à apporter un soutien pour indiquer les possibles voies à suivre pour progresser en la matière. Les enseignements tirés et partagés par les membres du Réseau mondial de l'OMS des villes et des communautés amies des aînés ([Encadré 6.1](#)) se retrouvent dans de nombreux exemples.

Encadré 6.1. Villes et communautés amies des aînés

Une ville ou une communauté amie des aînés constitue un endroit adéquat pour vieillir. Les villes et les communautés amies des aînés favorisent le vieillissement actif et en bonne santé et, par conséquent, permettent d'accéder au bien-être tout au long de la vie. Elles aident les personnes à rester indépendantes aussi longtemps que possible, et fournissent des soins et une protection quand ils sont nécessaires, en respectant l'autonomie et la dignité des personnes âgées.

Le Réseau mondial de l'OMS des villes et les communautés amies des aînés a été créé en 2010, pour soutenir les municipalités qui souhaitent transformer ces ambitions en réalité, impliquant les personnes âgées dans le processus et optimisant leurs opportunités au niveau local. Le réseau cherche à réaliser cela en :

- **inspirant** le changement et en montrant ce qui peut être fait, et comment cela peut être fait ;
- **reliant** les villes et les communautés du monde entier pour faciliter l'échange d'informations et d'expériences ;
- **soutenant** les villes et les communautés pour trouver des solutions en fournissant des conseils techniques innovants et fondés sur des preuves.

Le réseau s'appuie sur les travaux antérieurs de l'OMS, et en 2015, comprenait plus de 250 villes et communautés dans 28 pays. Les membres du réseau s'engagent à :

- collaborer avec les personnes âgées et d'autres intervenants dans tous les secteurs ;
- évaluer le niveau de convivialité de leurs villes à l'égard des aînés, et à identifier les mesures à prendre en priorité ;
- utiliser les résultats de l'évaluation pour entreprendre la planification et l'élaboration des politiques fondées sur des preuves, dans une série de domaines, afin d'adapter "leurs structures et leurs services pour être accessibles et ouverts à des personnes âgées ayant des besoins et des capacités diverses" (3).

Les interventions 'amies des aînés' répondent aux besoins locaux. Par exemple, dans la ville de New York, le programme du département des transports pour la **sécurité dans les rues pour les aînés**, a élaboré des mesures pour améliorer la sécurité des piétons âgés dans des zones spécifiques de la ville, où les personnes âgées avaient été impliquées dans des accidents ayant entraîné des lésions graves ou des décès. Entre 2009 et 2014, plus de 600 carrefours dangereux ont été redessinés et les décès de piétons chez les personnes âgées a diminué de 21 % (4).

Des initiatives dans d'autres villes ont mis l'accent sur l'amélioration de la mobilité en rendant les transports abordables et accessibles aux personnes âgées, y compris dans les zones rurales. Par exemple, à Winnipeg, au Canada, **Handi-Transit** fournit un transport aux personnes âgées qui ne sont pas bien desservies par les transports publics ou qui ne peuvent plus conduire (5).

Pour combattre les problèmes de l'isolement social et de la solitude, de nombreuses communautés ont développé des permanences téléphoniques ainsi que le projet '*befriending*' (se lier d'amitié) dans lesquelles des bénévoles rendent visite aux personnes âgées. Une autre manière de lutter contre l'isolement social et la solitude peut se faire grâce à des programmes qui offrent des activités intéressant les personnes âgées. Un exemple est le projet **Men's Sheds** en Australie et en Irlande, qui cible les hommes risquant l'isolement social, en leur offrant des activités qui les intéressent, comme le travail du bois, la réparation de véhicules d'époque, la compilation de souvenirs et d'éléments du patrimoine, ainsi que des cours sur les technologies de l'information (6). D'autres exemples d'interventions locales figurent sur le portail du réseau (<http://agefriendlyworld.org/en/about-us/>).

Capacité à satisfaire les besoins fondamentaux

La plus fondamentale des aptitudes est sans doute celle des personnes âgées à gérer et à satis-

faire leurs besoins immédiats et ultérieurs, pour assurer un niveau de vie suffisant, tel que défini à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies (7). Cette aptitude signifie que les personnes âgées aient les moyens de s'offrir un régime alimentaire

adéquat, des vêtements, un logement adéquat, et des services de santé et de soins de longue durée. Elle signifie également de bénéficier d'un soutien pour minimiser l'impact de crises économiques qui peuvent survenir à la suite d'une maladie, d'un handicap, de la perte d'un conjoint ou des moyens de subsistance (7).

L'incapacité des personnes âgées à satisfaire leurs besoins fondamentaux peut constituer à la fois une cause et un effet de la baisse de capacités (8-11). Mais leurs environnements, aussi, jouent un rôle crucial. "Des politiques sociales insuffisantes, des accords économiques inéquitables [où ceux qui sont déjà à l'aise financièrement et en bonne santé, deviennent encore plus riches, et les pauvres qui risquent déjà davantage d'être malades deviennent encore plus pauvres] et de mauvaises politiques" (12) rendent la satisfaction des besoins fondamentaux bien plus difficile en vieillissant et, par conséquent, réduisent ce que les personnes âgées peuvent faire et pourraient faire.

Les besoins essentiels les plus importants identifiés par les personnes âgées, au-delà des soins de santé et des soins de longue durée, sont la sécurité personnelle et financière, et un logement adéquat (13, 14). Ce chapitre examine brièvement ce que nous savons au sujet de ces trois domaines importants, leurs implications pour un *Vieillessement en bonne santé*, et les possibilités d'action.

Sécurité financière, logement, et sécurité personnelle

Manquer de sécurité financière à un âge avancé est un obstacle majeur au *Vieillessement en bonne santé* et à la réduction des inégalités de santé (12). La prévalence de la pauvreté chez les personnes âgées comparée à celle de la population générale, varie considérablement à travers le monde. En Europe, une personne âgée sur cinq dispose d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté, avec les personnes de plus de 80 ans étant le plus sévèrement touchées. Les différents pays européens, cependant, montrent des disparités. Dans la majorité

des pays de l'Union européenne, les personnes âgées présentent un risque plus élevé de pauvreté que la population générale, mais les personnes âgées semblent relativement bien protégées contre la pauvreté dans certains de ces pays, dont la République tchèque, la France, la Hongrie, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Pologne (15). Ceci indique que les politiques locales exercent une influence significative. Dans les pays à revenus élevés, en général, le niveau de sécurité financière d'un individu a tendance à peu évoluer au cours de la vie – c'est-à-dire que ceux qui étaient riches au début de leur vie restent riches plus tard dans la vie, et ceux qui étaient pauvres restent pauvres (15, 16). En Afrique subsaharienne, les ménages constitués uniquement de personnes âgées disposent généralement de moins de sécurité financière que les ménages constitués de différents groupes d'âges (17). En Amérique latine, les taux de pauvreté chez les personnes âgées ont tendance à être plus faibles que dans la population générale (18).

Certains groupes spécifiques présentent davantage de risques de ne pas être en mesure de satisfaire leurs besoins essentiels, du fait de l'absence de sécurité financière. Dans tous les contextes, les femmes sont plus susceptibles d'être pauvres que les hommes, et sont moins susceptibles d'avoir acquis des droits à la retraite au cours de leur vie professionnelle. Par exemple, les femmes âgées dans les pays de l'OCDE ont 33 % plus de risques d'être pauvres que les hommes du même âge (15, 19). En Afrique subsaharienne, les personnes âgées vivant avec leurs petits-enfants (désignés sous le nom de 'ménages avec saut de génération') ont un risque accru de pauvreté (17). Dans les pays de l'OCDE, les personnes âgées vivant seules, qui sont le plus souvent des femmes âgées veuves, sont davantage exposées à un risque de pauvreté, avec des taux dépassant 40 % dans de nombreux pays, dont l'Australie, l'Irlande, le Japon, le Mexique, la République de Corée et les États-Unis (15).

Partout dans le monde, les personnes âgées avec peu de revenus trouvent particulièrement

Encadré 6.2. Le droit à un logement adéquat

Le droit à un logement convenable exige bien plus que seulement quatre murs et un toit (article 11.1 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*) (20). Il comprend le droit d'avoir un logement et une communauté sûrs, où l'on puisse vivre en toute sécurité, en paix et avec dignité. Le droit à un logement adéquat englobe une série de concepts essentiels pour les personnes âgées (21), tels que :

- garantir la protection légale d'occupation du logement contre les expulsions forcées, le harcèlement et toutes autres menaces ;
- être suffisamment abordable de manière à ce que les coûts ne menacent pas ou ne compromettent pas la satisfaction des autres besoins essentiels de ses occupants ;
- assurer l'accès à l'eau potable, à un assainissement adéquat, à l'énergie pour la cuisson, le chauffage, l'éclairage, le stockage des aliments et l'enlèvement des ordures ;
- assurer l'habitabilité – ce qui signifie garantir la sécurité physique, fournir un espace suffisant, protéger contre les menaces pour la santé et contre les défauts structurels, et ne pas être situé dans des zones polluées ou dangereuses ;
- assurer l'accessibilité et la facilité d'utilisation, par exemple, en prenant en considération la baisse de capacités ;
- faciliter l'accès aux transports, aux courses, aux opportunités d'emploi, aux services de santé et autres services sociaux ;
- respecter l'expression de l'identité culturelle.

difficile de satisfaire leur besoin fondamental de logement adéquat (Encadré 6.2). Pour les personnes âgées démunies, le logement constitue souvent la plus grosse dépense du ménage, et le principal déterminant de la quantité de nourriture disponible, et du chauffage allumé quand il fait froid (21, 22). Le fait de garantir que les personnes âgées vivent dans un logement qui ait une dimension adéquate et gérable pour la taille du ménage, et qui puisse être chauffé à un coût abordable, est associé à une meilleure santé, et peut promouvoir l'amélioration des relations sociales au sein et au-delà du ménage (23). Lorsque les personnes âgées disposent d'un revenu fixe, elles sont particulièrement touchées par le niveau fixé pour les loyers, ainsi que par le coût des services collectifs, et d'entretien ou de modifications qui sont nécessaires pour pallier à une perte de capacités. Apporter des améliorations au logement qui se traduisent par une augmentation de loyer qui est au-delà des moyens financiers des personnes âgées, peut causer une détresse importante et nuire à leur santé (24).

Les personnes démunies sont également plus susceptibles de vivre dans des quartiers défavo-

risés où il y a moins accès à des environnements sûrs qui pourraient leur permettre d'être physiquement actives ; où il existe moins de ressources, tels que les hôpitaux, qui pourraient les aider à faire face à des problèmes de santé ; et où il y a moins accès à des aliments sains qui pourraient leur permettre d'adopter un régime alimentaire nourrissant (25). Les caractéristiques des quartiers et des communautés peuvent aussi avoir un impact sur les niveaux de criminalité et de stress, et amener les personnes âgées à restreindre leurs mouvements. Lorsqu'elles sont combinées, ces répercussions de la pauvreté personnelle et de l'environnement direct ont démontré qu'elles augmentaient le risque de symptômes de dépression (26). Ceux qui disposent du moins de sécurité financière ou des capacités intrinsèques les plus limitées, sont souvent moins en mesure de répondre à leur besoin de logement adéquat. Par exemple, on observe des taux plus élevés d'invalidité chez les personnes démunies, chez celles qui sont le moins en mesure de s'offrir un logement adéquat, ou d'améliorer leur situation en matière de logement (27, 28). Par conséquent, les désavantages se cumulent (29).

La sécurité personnelle est une autre question cruciale pour les personnes âgées. Elle aussi, est davantage menacée dans les quartiers défavorisés, mais elle n'en demeure pas moins aussi pertinente pour tous, et son absence a des conséquences importantes sur la santé, le bien-être et la survie (30). La maltraitance et la criminalité peuvent causer des blessures, des douleurs, du stress et une dépression. Lorsque les personnes âgées, en particulier les femmes, sont victimes de crimes violents, les conséquences sont souvent plus graves que pour d'autres groupes d'âge : les femmes âgées sont plus susceptibles d'avoir un besoin plus important de soins médicaux, d'être admises dans une maison de repos ou de mourir à la suite d'une agression (31). Les victimes de maltraitance envers les personnes âgées ont deux fois plus de risques de décès que celles qui ne signalent pas de maltraitance (32). La peur de la criminalité, et le fait d'avoir été effectivement victime d'une agression, d'une catastrophe ou de maltraitance, peuvent augmenter le risque d'isolement social et le sentiment de vulnérabilité, et portent gravement atteinte à la capacité des personnes âgées autant à participer pleinement dans leurs familles et leurs communautés, qu'aux efforts des communautés visant à améliorer leur santé (33, 34).

Cependant, parce que les personnes âgées ne forment pas un groupe homogène, leurs expériences et les répercussions sur leur santé de la criminalité, de la peur et des abus ne sont pas identiques. Des facteurs tels que l'âge, le sexe, le niveau de capacités physiques ou intellectuelles, le statut socio-économique, l'origine ethnique ou religieuse, et le fait d'appartenir à une minorité sexuelle, revêtent tous une influence importante sur les risques, et sur la manière dont ils sont vécus. En général, les personnes les plus susceptibles de ressentir une menace contre leur sécurité personnelle, sont les personnes âgées ayant une mauvaise santé physique et mentale, qui sont dépendantes des soins, qui sont socialement isolées, et qui sont pauvres.

À cause de catastrophes, les personnes âgées peuvent avoir encore plus de difficultés à satis-

faire leurs besoins fondamentaux comme la nourriture, l'eau, l'assainissement, disposer d'un abri et de services de santé. Les personnes âgées qui sont moins résistantes, et qui ont connu des difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels avant une catastrophe, peuvent être mal préparées pour pallier aux conséquences de la catastrophe (par exemple, de protéger leur logement des ouragans) ou pour y faire face par la suite. Les catastrophes peuvent également créer ou aggraver les menaces pour leur sécurité personnelle, par exemple, lorsque les personnes âgées sont contraintes de vivre dans des abris temporaires à cause d'une catastrophe (35).

Les mesures efficaces pour améliorer la sécurité financière

N'avoir aucun souci d'argent grave est important tout au long de la vie, mais cela revêt plus d'importance encore à un âge avancé, lorsque la capacité à générer des revenus diminue fréquemment. Les éléments de preuve indiquent que le fait de disposer d'une certaine somme d'argent rend les gens plus heureux, et réduit les problèmes de santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété (36, 37). Les moyens financiers peuvent également augmenter les choix liés à d'autres capacités, comme celles de prendre des décisions au sujet des relations, des options de formation, et des opportunités d'emploi.

La sécurité financière à un âge avancé peut avoir été acquise à partir de différentes sources : les retraites, les prestations de sécurité sociale, les revenus, les actifs et les transferts entre les générations. La recherche a montré que dans les pays à revenus élevés, les ménages à revenus élevés étaient plus susceptibles de recourir à diverses sources, tandis que les ménages les plus pauvres avaient une plus grande dépendance aux revenus de l'aide sociale (27). Dans les pays à faibles revenus, l'accès aux prestations d'aide sociale et aux autres filets de protection sociale est particulièrement limité.

Pour les personnes âgées qui n'ont pas été en mesure de rassembler un revenu suffisant par les cotisations des régimes de retraites, l'épargne, les transferts entre les générations ou d'autres sources, un soutien de la protection sociale peut leur permettre de satisfaire leurs besoins fondamentaux. La protection sociale est un droit humain fondamental et peut être crucial pour les personnes âgées, leur permettant de gérer les risques financiers et de les protéger contre la pauvreté (7, 20). Une série d'approches est nécessaire pour assurer la protection sociale, qui peut inclure : une aide sociale, des prestations basées sur les ressources, et une protection contre les coûts de santé et des services sociaux. Toutefois, le recours à ces approches ne doit pas stigmatiser les personnes âgées. La discussion qui suit met l'accent sur les stratégies utilisées dans divers contextes pour fournir un soutien aux personnes âgées démunies, et reflète autant les approches universelles que les approches ciblées. Cette section doit être lue conjointement avec la section sur la 'capacité à apporter sa contribution' qui étudie, entre autres, la façon de soutenir les personnes âgées à rester sur le marché du travail d'une manière qui ne porte pas atteinte au *Vieillesse en bonne santé*.

Les allocations sociales (c'est-à-dire, les transferts en espèces aux personnes âgées à caractère non contributif) peuvent renforcer le statut social des personnes âgées au sein des ménages, permettre aux personnes âgées de continuer à jouer un rôle dans les décisions du ménage, et améliorer leur accès aux services (12, 38, 39). Elles peuvent également contribuer à l'égalité des sexes parce que les femmes ont tendance à vivre plus longtemps, mais ont moins souvent accès aux allocations de retraite contributives. Surtout dans les pays à faibles revenus, le régime social des retraites peut également améliorer le bien-être des autres membres du ménage, y compris les enfants : l'apport d'argent supplémentaire dans le ménage peut, par exemple, aider les enfants à s'inscrire à l'école et peuvent être utilisés pour améliorer leur alimentation (40). Ainsi, une retraite sociale

accordée à une personne âgée peut aider à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Un certain nombre de pays ont mis en place des régimes de pension sociale qui peuvent être utilisés pour fournir des soins aux personnes âgées vulnérables. Par exemple, au Chili, les femmes et les hommes démunis reçoivent une pension sociale, si elle n'est pas prévue par les systèmes de retraite formels qui n'offrent des prestations qu'après des années d'emploi et de cotisations. Les femmes âgées ont tendance à être plus pauvres que les hommes âgés, par conséquent elles bénéficient proportionnellement davantage du programme, en particulier dans les zones rurales (18). Ainsi, ceci est un exemple d'une politique sur le vieillissement qui est efficace dans la lutte contre les inégalités soulignées dans d'autres parties de ce rapport.

Les mécanismes de budgétisation et de financement peuvent tous deux être renforcés pour lutter contre ces éléments de vulnérabilité (41). La Namibie fournit une allocation universelle de pension pour les personnes âgées de plus de 60 ans, et elle n'est pas soumise à l'examen des ressources. Environ 88 % des personnes admissibles reçoivent la pension, et elle constitue la principale source de revenus pour 14 % des ménages ruraux, et 7 % des ménages dans les zones urbaines. En plus d'être un moyen important de réduction de la pauvreté, elle profite souvent indirectement aux enfants qui vivent dans des ménages avec saut de génération, du fait que leurs parents sont partis travailler loin du domicile, ou sont morts du sida (18). Par exemple, une étude menée en Afrique du Sud a constaté que les filles vivant avec leurs grands-mères ayant bénéficié d'une pension sociale, avaient une taille et un poids plus appropriés pour leur âge (42). Le Népal, malgré le conflit et ses conséquences, a également maintenu et développé des pensions sociales pour les personnes âgées (43). La République de Corée a instauré une assurance vieillesse de base en 2008, qui est une pension sociale sans cotisation, mais basée sur l'examen des ressources, comme mécanisme permettant de fournir une protection

sociale. Cette pension a amélioré la capacité des personnes âgées à satisfaire leurs besoins fondamentaux, tels que le chauffage et l'alimentation nutritive, en particulier parmi les groupes d'âge les plus âgés (44). Au Kazakhstan, les pensions ont également démontré qu'elles avaient un rôle important dans la réduction de la pauvreté chez les personnes âgées (45).

Toutefois, pour répondre aux besoins financiers des personnes âgées démunies, il faut bien plus que proposer des pensions (Encadré 6.3). Différentes formes de soutien direct et indirect sont nécessaires ; celles-ci peuvent inclure :

- mettre à disposition, au niveau communautaire, des programmes de recyclage qui soient adaptés aux besoins des personnes âgées travaillant, et qui peuvent leur permettre de travailler plus longtemps ;
- changer les attitudes des employeurs au sujet de la valeur et des contributions qu'apportent les personnes âgées au travail ;
- fournir une aide sociale à domicile et au sein de la communauté pour les personnes

Encadré 6.3. Promouvoir la reddition des comptes aux personnes âgées et la souscription au régime de pension au Bangladesh

Au Bangladesh, le Centre d'intégration des ressources, une organisation non gouvernementale, a travaillé avec des personnes âgées dans 80 villages afin de créer des associations. Les associations élisent des membres pour surveiller les droits des personnes âgées, tels que les allocations vieillesse, l'allocation pour la veuve, et l'accès aux services de santé. Ils ont constaté que beaucoup moins de personnes recevaient des prestations que celles qui étaient éligibles : moins d'1 sur 10 dans une région. Les associations de personnes âgées se réunissent régulièrement avec les collectivités locales pour aider les personnes à réclamer leurs droits à une pension ; en conséquence, la souscription au régime de pension a quintuplé, et les banques ont amélioré leurs procédures pour servir les personnes âgées (46).

les plus pauvres et les plus âgées (catégories qui se chevauchent souvent) et pour celles sans soutien familial. Les femmes constituent souvent une grande partie de ce groupe (47). Par exemple, en Jordanie, les transferts de fonds ciblés (c'est-à-dire, les paiements directs d'argent aux personnes admissibles) favorisent les femmes et les ménages dirigés par des personnes âgées démunies, mais ces prestations sont fournies dans un contexte de réseaux familiaux et communautaires, et de soutien social supplémentaire significatif, fourni par les organisations religieuses et les organisations non gouvernementales (18) ;

- assurer des prestations de soins de santé essentiels, à un seuil minimal défini au niveau national, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (chapitre 4) (48) ;
- élaborer des politiques qui procurent une assurance chômage et une assurance santé, y compris une couverture des dépenses de santé catastrophiques (48) ;
- orienter les travailleurs du secteur informel vers différentes formes de sécurité sociale et de régimes de pensions (49). En Inde, par exemple, le régime national de pension a été étendu pour inclure les travailleurs du secteur informel (50) ;
- fournir une assistance aux familles qui prennent soin des personnes âgées de la famille (Chapitre 5).

Les mesures efficaces pour assurer un logement adéquat

Les personnes âgées souhaitent un logement qui leur permette d'être en sécurité, et de se sentir à l'aise, quel que soit leur âge, leur revenu ou leur niveau de capacités. Pour certains, cela peut signifier le désir de vieillir chez eux – c'est-à-dire, de demeurer dans leur logement et leur communauté, lorsqu'ils prennent de l'âge (28, 51-54). Pour d'autres, vieillir chez eux peut ne pas être

souhaitable. Par exemple, leur logement peut ne plus leur convenir, si leur quartier a connu un déclin ou un embourgeoisement, et si les réseaux et les services communautaires sur lesquels ils comptaient se sont réduits. Pour d'autres, leur logement peut être tellement défectueux qu'il peut leur être préjudiciable, ce qui est particulièrement courant dans les milieux pauvres en ressources. Dans ces contextes, les infrastructures de base limitées, les risques multiples pour la sécurité et les ménages surpeuplés qui abritent plusieurs générations, peuvent restreindre à la fois le confort et la sécurité (55) (Source : I Abo-derin, [Centre de Recherche sur la population africaine et la santé] *Older men and women's experience of older age in three sub-saharan cities* [données non publiées], 27 juillet 2015).

Les politiques doivent améliorer l'adéquation entre les besoins et les préférences des personnes âgées et leur logement, et cela nécessitera des mécanismes pour répondre aux évolutions inévitables se produisant à la fois au niveau des personnes et des lieux, au fil du temps (56). Les bénéfices d'une meilleure adéquation peuvent inclure : des améliorations sur le plan de la santé mentale, une diminution des traumatismes, la capacité de conserver les liens à la fois à domicile et au niveau communautaire, et une autonomie et une indépendance accrues (54).

Un débat sur les politiques générales et les programmes de logement, et ce qui fonctionne dans les logements adéquats et les quartiers sûrs et sécurisés, est important, mais dépasse le cadre de ce rapport. L'accent est mis ici sur ce qui pourrait être fait pour assurer que les politiques prennent en considération le vieillissement de la population, et vise plus particulièrement les personnes âgées démunies et celles ayant une perte de capacités. Les mesures à prendre impliquent de multiples organisations, mécanismes de gouvernance, dispositifs de financement, formes d'hébergement et prestataires. Toute mesure qui est retenue dépendra du contexte en question.

Faciliter les choix des personnes âgées

Les personnes âgées appartenant à tous les groupes de revenus et tous les contextes devraient avoir accès à une palette de choix en matière de logement adéquat et abordable. Ces choix peuvent inclure le logement déterminé par le marché de l'immobilier pour ceux qui peuvent se le permettre, le logement social, les résidences avec assistance, les villages-retraite avec soins continus (qui offrent une série d'options de soutien en établissement, qui correspondent aux différents niveaux de capacités, tels que les logements de vie autonome, les résidences de vie assistée ou les maisons de retraite) et les modalités d'appartements regroupés avec services, y compris les foyers et les maisons de retraite.

La *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif* reconnaît le droit égal de toutes les personnes handicapées à vivre dans leur communauté, de choisir où et avec qui elles veulent vivre, et de ne pas être obligées de résider selon des modalités de vie particulières (57). L'article 19 de la convention comporte également des dispositions pour une gamme de services à domicile, en institution, et d'autres services communautaires, pour faciliter l'inclusion et la vie dans la communauté, et elles peuvent offrir des alternatives rentables permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles. Par exemple, on a constaté que la téléassistance (c'est-à-dire, la prestation de services à distance) améliorerait la capacité des personnes âgées à rester dans leurs logements, même celles atteintes de démence. À Bradford, en Angleterre, un projet pilote qui offrait un service de téléassistance aux personnes âgées, a révélé que 26 % de celles qui participaient au programme de téléassistance ont été en mesure de rester dans leur propre logement, évitant ainsi une admission non désirée dans un établissement de soins (58). Treize autres % d'entre elles avaient évité une admission à l'hôpital, et on a observé une réduction de 29 % du nombre d'heures nécessaires pour les soins à domicile. Il s'agissait d'un projet pilote, mais s'il

était élargi à sa capacité maximale, on estime que le programme permettrait d'économiser des ressources importantes (58).

Élaborer des politiques qui prennent en charge l'aménagement du logement et l'accès aux aides techniques

L'accessibilité du logement et la facilité d'utilisation des aménagements et des aides techniques revêt une importance particulière pour les personnes âgées, car elles sont susceptibles de passer davantage de temps chez elles ou dans leur voisinage immédiat, comparé aux personnes plus jeunes, et peuvent disposer de moins de capacités intrinsèques pour surmonter des obstacles tels que les sols irréguliers ou les routes accidentées (59). La baisse des capacités intrinsèques est la raison la plus courante pour laquelle les personnes âgées deviennent incapables de s'en sortir dans leur logement actuel et dans leur besoin de déplacements (60). De nombreuses personnes âgées vivent dans des logements qui ont été construits il y a longtemps, et qui ont des éléments qui peuvent être dangereux – comme les tapis, les portes étroites, les salles de bains inaccessibles ou un mauvais éclairage – et constituent des obstacles à l'indépendance à mesure que les gens vieillissent et perdent leurs capacités (52, 61). Quand les gens subissent une baisse importante de capacités, les obstacles à domicile, considérés comme mineurs auparavant, peuvent devenir des obstacles majeurs à la gestion des activités quotidiennes. Cela peut signifier que les personnes âgées sont incapables de rentrer chez elles après avoir été hospitalisées, ou qu'elles doivent transiter vers un logement disposant de services de soutien (62).

L'aménagement du domicile (c'est-à-dire, les transformations ou les adaptations apportées aux caractéristiques physiques permanentes des logements d'un individu afin de réduire les exigences de cet environnement physique) peut revêtir de très nombreux avantages : il peut rendre les tâches plus faciles ; réduire les risques pour la santé, tels que les chutes (Encadré 6.4) ;

assurer une meilleure sécurité ; aider à maintenir son autonomie avec le temps ; et peut avoir des impacts positifs en termes de relations et de réseaux sociaux, facilitant ainsi leurs liens continus avec la société (24, 61, 72). Les aménagements du domicile se sont avérés être rentables (Encadré 6.5). Ils ciblent généralement un ou plusieurs des trois problèmes suivants :

- l'accessibilité physique – par exemple, en supprimant les obstacles (tels que les escaliers à l'entrée) et en assurant mobilité et sécurité (des aides telles que des barres d'appui dans la douche et près des toilettes) ;
- le confort – par exemple, en améliorant l'efficacité énergétique, comme l'installation d'une isolation et d'un calfeutrage (25) ;
- la sécurité – par exemple, en réduisant la poussière dans l'air, ou en introduisant et en maintenant des mécanismes pour réduire les accidents, comme l'installation de revêtements de sol antidérapants dans les salles de bains.

Les personnes âgées peuvent planifier à l'avance et intégrer les aménagements nécessaires pour assurer l'accessibilité – par exemple, en ajoutant des mains courantes quand ils rénovent la salle de bain – ou bien elles peuvent intégrer les adaptations à mesure que leurs capacités diminuent. Parce que les capacités des personnes âgées peuvent décliner rapidement, il est nécessaire de s'assurer que les évaluations soient réalisées en temps opportun et que des aménagements soient apportés rapidement, afin que les personnes âgées puissent optimiser leurs trajectoires fonctionnelles et vieillir chez elles (72). Parce que le domicile peut constituer une importante base à partir de laquelle favoriser les contacts, les personnes âgées doivent avoir le contrôle sur toutes les décisions concernant les modifications proposées (61).

Les exemples suivants sont des politiques ou des programmes mis en œuvre pour aider les personnes âgées à apporter des aménagements à domicile. Les programmes doivent veiller à ce que les informations relatives aux services disponibles pour réaliser les aménagements soient

disponibles dans des formats accessibles et faciles à comprendre.

- Prêts, primes ou transferts directs (subventions) : ceux-ci sont versés directement aux personnes âgées ou aux propriétaires dont les locataires âgés répondent à des critères définis, tels que le niveau de revenus, et les propriétaires doivent accepter de ne pas augmenter le loyer d'une personne âgée à la suite des aménagements (74, 75). Ils ont été utilisés dans de nombreux pays en Europe, en Amérique du Nord et dans les Caraïbes et peuvent cibler spécifiquement les personnes âgées qui sont démunies, mais sont propriétaires de leur maison, et les propriétaires dont les locataires ont de faibles revenus. Par exemple, en Allemagne, la *Pflegeversicherung* (le système national d'assurance, basé sur le livre XI du code social) subventionne les aménagements du domicile pour tous ceux qui ont besoin de soins de longue durée à domicile, y compris les personnes âgées et d'autres personnes. Les particuliers peuvent demander jusqu'à 4000 € pour financer des adaptations de leur logement. Si les capacités d'un individu baissent et ses besoins évoluent, les personnes peuvent présenter une nouvelle demande de soutien à hauteur du même montant. La demande de subventions pour adapter le domicile a presque quadruplé, passant de 39 M € en 1998 à € 143 millions en 2013, et représente désormais 0,62 % des dépenses globales dans le cadre de la *Pflegeversicherung* (Source : B Hernig [Verband der Ersatzkassen] communication personnelle avec Matthias Braubach, 13 mai 2015).
- Dispositifs pour maintenir le logement en bon état : services de nettoyage et de réparation sont offerts dans le cadre de la prise en charge en Australie (76), aux Bahamas et à la Barbade (77), et au Royaume-Uni (78) pour soutenir les personnes âgées fragiles ou vulnérables qui

Encadré 6.4. Réduire les chutes grâce à des interventions sur l'environnement

L'environnement immédiat joue un rôle important dans la protection des personnes âgées contre les chutes. Une revue systématique sur des interventions multidimensionnelles au niveau de la population, évaluées dans des études menées en Australie, au Danemark, en Norvège et en Suède, a montré des réductions comprises entre 6 et 75 % des traumatismes liés aux chutes (63).

En plus de traiter des problèmes de santé et de contrôler les médicaments, une série d'interventions en matière d'environnement s'est avérée utile pour réduire les risques pour les personnes âgées vivant en milieu communautaire (64). Ces interventions consistent à fournir :

- un enseignement individualisé des personnes âgées afin d'améliorer leurs connaissances, et d'atténuer leur peur de tomber (63, 65, 66) ;
- des visites à domicile par des professionnels de santé pour les personnes considérées comme ayant un risque élevé (65, 67, 68). Des évaluations conjointes menées par des prestataires de santé certifiés et une personne âgée, peuvent être plus globales et entraîner un meilleur suivi qu'une auto-évaluation, ou une évaluation réalisée par un professionnel de santé (69) ;
- des informations sur la réduction des risques à domicile (65, 68) ;
- une formation des prestataires de services municipaux, des professionnels de santé et des concepteurs de nouveaux logements, sur la façon d'éliminer les dangers à domicile et dans les espaces publics (70) ;
- des opportunités d'activité physique (65), comme les programmes communautaires de marche (67) ou des cours de Tai chi (66) (Encadré 6.12) ;
- des mesures d'amélioration de l'environnement physique du quartier, par exemple améliorer l'éclairage dans les lieux publics, et rendre les routes et les trottoirs plus accessibles et plus sûrs (67) ;
- une sensibilisation communautaire à la prévention et la prise en charge des chutes, en utilisant des brochures, des posters, et la télévision et la radio (68, 70, 71), et en créant des liens avec les médias locaux, les organismes et les services communautaires (65, 67, 71).

Encadré 6.5. De l'argent bien dépensé : efficacité et intérêt des aménagements du logement

En 2000, une étude a étudié l'efficacité de l'utilisation des fonds publics pour réaliser des aménagements de logements pour les personnes âgées et d'autres personnes avec une baisse de capacités en Angleterre et au Pays de Galles (73). L'étude a interrogé des gens ayant bénéficié d'adaptations majeures apportées à leur logement, et utilisé des informations issues de questionnaires adressés par la poste pour ceux qui avaient bénéficié d'adaptations mineures, de données administratives, et le point de vue de professionnels ayant réalisé des visites à domicile. La principale mesure d'efficacité était la mesure dans laquelle les problèmes vécus par le répondant avant l'adaptation, avaient été surmontés par l'aménagement réalisé sans causer de nouveaux problèmes. L'étude a révélé que :

- les adaptations mineures (comme l'ajout de mains courantes, de rampes, douches au-dessus des baignoires, et systèmes d'accès) ont eu comme résultat une série de conséquences positives, durables, pour pratiquement tous les bénéficiaires – 62 % des répondants ont indiqué qu'ils se sentaient plus en sécurité contre les risques d'accidents, et 77 % ont perçu un effet positif sur leur santé ;
- les adaptations majeures (comme les transformations de salles de bains, les extensions ou l'ajout d'un ascenseur), dans la plupart des cas, ont transformé la vie des gens. Avant les aménagements, les personnes utilisaient des mots comme "prisonnier", "rabaissé", et "peur" pour décrire leur situation ; après les adaptations réalisées, ils se disaient «autonomes», «utiles» et «confiants» ;
- lorsque les adaptations majeures avaient échoué, c'était généralement en raison de lacunes dans la description initiale. Par exemple, les extensions étaient trop petites ou trop froides pour être utilisées, ou il y manquait des installations adéquates pour se laver ;
- les informations obtenues des répondants indiquent que les adaptations réussies évitent aux personnes les admissions à l'hôpital, réduisent la pression exercée sur les aidants, et encouragent l'inclusion sociale ;
- les bénéfices étaient plus prononcés lorsque des consultations minutieuses avec les utilisateurs avaient eu lieu, où les besoins de toute la famille avaient été pris en considération, et où l'intégrité de la maison avait été respectée.

Les aménagements semblent constituer une utilisation très efficace des ressources publiques, en justifiant ainsi l'investissement.

peuvent être inquiètes d'avoir des personnes étrangères chez elles à domicile ou ne pas pouvoir gérer l'aspect financier des réparations.

Les efforts pour améliorer l'accessibilité des logements peuvent nécessiter d'être accompagnés par la mise à disposition d'aides techniques (79), comme les cannes, les déambulateurs, les chaises de douche, les planches de bain, les tapis de bain/de douche antidérapants, les sièges de toilette adaptés ; ou pour les personnes ayant une déficience cognitive, des calendriers utilisant des pictogrammes. Pour que les aides techniques soient adéquates, adaptées et de haute qualité, elles doivent répondre aux besoins et aux choix des personnes âgées, être adaptées à leurs environnements, et un suivi adéquat doit

garantir qu'elles sont utilisées de façon sûre et efficace (80).

D'autres technologies peuvent également aider à augmenter la sûreté et la sécurité d'une personne âgée à domicile. Par exemple, des capteurs et des caméras peuvent surveiller l'habitation et analyser les données afin de déterminer si, par exemple, une personne âgée est tombée, a déclenché une alarme de fumée ou s'est éloignée de chez elle. Un examen systématique des nouvelles technologies domestiques a constaté que les personnes âgées étaient ouvertes à ce que ces technologies entre chez elles, si il y avait des avantages tangibles, et si elles étaient assurées de la protection de leur vie privée (79).

Les recherches indiquent que fournir un ensemble complet d'aménagements du logement et d'aides techniques aux personnes âgées serait

rentable, en raison de la réduction de la nécessité d'une prise en charge formelle qui en résulte (81).

Élaborer des politiques qui élargissent les options de logement adéquat pour les personnes âgées

Les personnes âgées à travers le monde diffèrent énormément en matière de besoins, de préférences, de modes de vie et de situations financières. Les politiques visant à assurer qu'elles aient un logement convenable doivent donc offrir toute une gamme de solutions (51). Vu que le logement pour les personnes âgées à faibles revenus pose un défi particulier au *Vieillessement en bonne santé*, ce chapitre porte spécifiquement sur le logement social et abordable. Les stratégies visant à rendre le logement abordable, exigent que la capacité des personnes âgées à payer pour un logement convenable soit améliorée ou bien qu'un logement social soit fourni. Ces stratégies nécessiteront probablement une collaboration entre les gouvernements, les services sociaux et le secteur privé.

Différents pays se sont attaqués à l'accessibilité financière de différentes manières, mais il a été tenu compte à la fois de l'offre et de la demande. Les stratégies qui améliorent la demande consistent, entre autres, à augmenter les fonds disponibles aux personnes âgées pour louer ou acheter un logement adéquat. L'Uruguay, par exemple, fournit une aide au logement, basée sur le revenu de la personne et qui peut être utilisée pour payer une partie ou la totalité du loyer (77). D'autres pays dans la région fournissent également des subventions directes pour l'aménagement du domicile. Les gouvernements peuvent aussi influencer sur le coût du loyer ou sur son impact sur les personnes âgées. Des pays comme les États-Unis ont fourni des allocations pour des logements subventionnés afin de permettre à certains locataires de vieillir chez eux. Pour les propriétaires âgés ayant de faibles revenus, les programmes d'allègement de l'impôt foncier constituent une option (27). En Afrique du Sud, des subventions sont accordées aux

bénéficiaires d'une allocation vieillesse qui leur permettent de construire ou d'acheter un logement. D'autres stratégies visant à augmenter le revenu disponible des personnes âgées, incluent le fait d'utiliser un logement libre comme atout qui peut être échangé contre de l'argent, ou en échange duquel un prêt peut être octroyé (82).

Une autre option pourrait être de mettre en œuvre une politique qui soutienne les personnes âgées pour qu'elles puissent déménager dans un logement plus adapté. Par exemple, les Pays-Bas fournissent une allocation spécifique au logement pour aider les personnes âgées à emménager dans un logement plus adéquat (25). Au Nicaragua une loi fournit aux personnes âgées, ou aux ménages comptant une personne âgée, un accès privilégié à des projets de logements sociaux (77).

Garantir qu'il existe une offre suffisante de logements adéquats et abordables – qui peuvent inclure le logement déterminé par le marché de l'immobilier, le logement social, ou les résidences avec assistance dans les villages-retraite – est de plus en plus difficile, surtout dans de nombreuses régions où le parc de logements sociaux a été réduit (83). Cependant, il existe un éventail d'options de financement, comme les prêts, les subventions et les primes d'incitation, auxquelles on peut faire appel pour augmenter la disponibilité de logements abordables et de logements sociaux (27, 53, 84).

Des politiques et des programmes peuvent également être mis en place pour améliorer le parc actuel de logements ou de quartiers afin qu'ils remplissent les conditions d'un logement adéquat. Tout au long de la vie, l'amélioration de l'habitat dans les zones défavorisées peut constituer une stratégie à l'échelle de la population pour améliorer la santé et réduire les inégalités de santé. Des efforts qui dépassent la question du logement pour améliorer les zones sinistrées, peuvent être plus rentables que les stratégies qui déplacent les personnes des milieux socio-économiques plus faibles vers des zones plus favorisées (25).

Cela coûte moins cher de construire de nouveaux logements qui sont accessibles et économes

en énergie, que de rénover des logements. Dans de nombreux pays, les lois et les normes sur le handicap et l'accessibilité stipulent la nécessité de garantir un accès à toutes les personnes. Même si le taux de renouvellement du parc de logements est faible et l'orientation vers la construction de nouveaux logements n'est pas réalisable à court terme, il est important de veiller à ce que le logement subventionné par l'État adhère aux principes de conception universelle, soit économe en énergie et soit capable de mettre à profit les innovations en matière de conception des logements qui peuvent assister les gens à mesure qu'ils prennent de l'âge. Les normes du bâtiment qui exigent des caractéristiques accessibles peuvent également être utilisées pour garantir que les promoteurs de logement sur le marché immobilier construisent davantage de logements et procèdent à davantage de travaux de rénovation qui respectent les besoins des personnes âgées. Architectes, entrepreneurs et urbanistes doivent être sensibilisés à l'importance de garantir l'accessibilité. Ceci est particulièrement pertinent pour les projets de rénovation urbaine à grande échelle, et lors des programmes de reconstruction après une catastrophe.

Les moyens efficaces en matière de sécurité personnelle

Les personnes âgées ont besoin d'être et de se sentir en sécurité (c'est-à-dire, en mesure d'éviter les accidents) et protégées (c'est-à-dire, en mesure d'éviter d'être victime de maltraitance), dans leur habitation et dans leurs communautés. Les traumatismes, la violence, la criminalité et les catastrophes affaiblissent tous la sécurité personnelle des personnes âgées. Ce chapitre décrit trois éléments qui remettent en question la sécurité personnelle d'une personne âgée : le crime (comme le vol qualifié, les agressions et l'homicide) ; la maltraitance envers les personnes âgées (comme la violence physique, sexuelle psychologique, émotionnelle, financière et matérielle, et l'abandon et la négligence) ; et enfin, les catastrophes. La sécurité liée aux accidents de la

route et aux chutes est abordée dans les sections : 'la capacité à se déplacer' et 'les mesures efficaces pour assurer un logement adéquat'.

Bien que les éléments de preuve soient limités quant aux moyens efficaces de protéger la sécurité personnelle des personnes âgées, la discussion qui suit se base sur des faits probants indiquant que certaines stratégies bénéficient aux personnes âgées tout en ayant un risque limité d'effets défavorables imprévus.

Les agressions

Bien que les personnes âgées soient plus susceptibles de craindre les agressions que les plus jeunes membres d'une communauté, elles peuvent avoir moins de risques d'être effectivement victimes de crimes et des violences qui y sont associées (85). Cependant, la faible prévalence de crimes observés à l'encontre des personnes âgées peut ne pas refléter autant une baisse du risque attribuable à l'âge, qu'une augmentation des comportements nourris par la peur, qui réduisent l'exposition à ce risque (par exemple, les personnes âgées peuvent passer davantage de temps à la maison) (30). La peur des agressions est accentuée par de plus grandes disparités, par des comportements et des relations intergénérationnels négatifs, et une culture des médias qui dramatisent la criminalité (86).

Améliorer la sécurité personnelle des personnes âgées et la sécurité de leurs biens, exige de prendre des mesures à domicile et au sein de la communauté de manière plus générale. Des mesures telles que l'installation de serrures ou d'alarmes doivent être accompagnées d'efforts pour garder le logement de façon à ce qu'il n'apparaisse pas négligé ou qu'il semble facile d'y pénétrer. Par exemple, le projet pour la sécurité et les conseils aux personnes âgées, à Nottinghamshire, en Angleterre, a constaté une diminution de 93 % des cambriolages de logements parmi les personnes âgées à faibles revenus, à qui ont été fournis des serrures plus solides et qui avaient pris d'autres mesures de précaution (87). Les décisions prises en matière d'urbanisme et d'affectation des sols peuvent également

améliorer la sécurité personnelle des personnes âgées si les mesures comprennent la conception de structures et d'espaces sûrs, bien éclairés, et accessibles. Pour augmenter la sécurité des personnes âgées, il est important de veiller à ce que les autorités locales offrent des espaces plus sûrs, et identifient et répondent aux problèmes de sécurité (Encadré 6.6).

Il est important d'apaiser la peur des personnes âgées liée à la criminalité, tout en les encourageant à maintenir une certaine vigilance face à des risques réels. Les personnes âgées qui sont actives et impliquées dans leurs communautés et qui se sentent impliquées sont moins susceptibles de craindre la criminalité. Les personnes isolées sont plus susceptibles de perdre confiance, et elles pourraient être spécifiquement ciblées lors de la mobilisation de la participation de la communauté afin de réduire la peur qui les anime. Par exemple, dans le Queensland, en Australie, le ministère de la Santé et du Vieillessement a élaboré un kit d'information sur la criminalité et la sécurité, et a formé des organisations communautaires à utiliser le kit pour dissiper les mythes et les craintes concernant l'étendue des crimes perpétrés contre les personnes âgées (87). Une autre stratégie consiste à utiliser les médias pour minimiser le sensationnalisme des crimes contre les personnes âgées et promouvoir une image positive de personnes âgées contribuant à leurs communautés (86).

Les stratégies visant à réduire la crainte et à prévenir la criminalité peuvent être mises en œuvre de manière plus efficace au niveau du gouvernement local et dans le cadre d'une stratégie de sécurité de la communauté (87). Les programmes qui se basent sur les capacités de toutes les parties prenantes – comme le gouvernement, le secteur privé, les organisations non gouvernementales, les associations de personnes âgées et la police – pourraient se révéler plus efficaces (87).

Maltraitance des personnes âgées

Au moins 1 personne âgée sur 10 vivant dans la communauté semble susceptible d'être victime

Encadré 6.6. Les personnes âgées apprennent à connaître leur officier de police local : New Delhi, Inde

Sangam Vihar au sud de New Delhi, en Inde, est l'une des plus grandes agglomérations de logements non autorisés en Inde, et elle ne dispose d'aucun service public, ni pour l'eau et l'électricité, ni pour les eaux usées. Une enquête auprès de la communauté a révélé que les personnes âgées étaient particulièrement préoccupées par la sécurité, et qu'elles avaient très peu de contacts avec la police locale.

Avec le soutien politique local, un programme visant à faciliter les contacts entre les personnes âgées et les agents de police de la communauté a été mis en œuvre dans six districts de Sangam Vihar ; il comprenait environ 1800 personnes âgées. Avec le soutien de deux postes de police locaux, les aînés ont rencontré leurs officiers de police locaux, et ont reçu des cartes avec les numéros de téléphone de tous les agents de police de la patrouille de rue. Pour encourager les personnes âgées à utiliser les numéros de téléphone en cas de besoin, elles se sont exercées en appelant leur agent de police local. Les postes de police ont créé un registre des participants à ce programme, afin qu'ils soient reconnus en cas d'appel. En outre, les agents de police ont identifié les personnes âgées vivant seules, et sont venus périodiquement leur rendre visite chez elles. Une petite évaluation de suivi menée 4 mois après la mise en œuvre, a indiqué que plus de 50 % des personnes âgées avaient encore leur carte de contact. Bien que ce programme soit prometteur, d'autres recherches sont nécessaires pour en comprendre l'impact sur la sécurité personnelle.

Source : B Grewel, L Warth, communication personnelle, juin 2015.

de maltraitance envers les aînés, les femmes étant plus vulnérables (Chapitre 3) (88). Il s'agit probablement d'une sous-estimation, puisque seule une personne sur 24 signale un cas de maltraitance (89). La prévalence dans les milieux de soins et parmi les personnes atteintes de démence est susceptible d'être beaucoup plus élevée.

La réponse de santé publique à la maltraitance envers les personnes âgées est limitée par

l'absence quasi totale de données fiables sur l'efficacité des programmes de prévention. Les stratégies ci-dessous s'appuient sur un grand nombre de preuves résultant d'études de cas et de données cliniques, et nécessitent une intervention des médias locaux, des organismes et des services communautaires :

- des équipes multidisciplinaires – des professionnels de diverses disciplines mettent en commun leur expertise et aident à résoudre les cas de maltraitance envers les personnes âgées ;
- des services d'assistance téléphonique – ceux-ci peuvent fournir des informations aux appelants anonymes et orienter les victimes actuelles et potentielles ;
- des mouvements bancaires – ils peuvent être surveillés pour détecter des comportements suspects, et peuvent aider à identifier les personnes âgées risquant d'être victimes d'abus financiers (Encadré 6.7) ;

Encadré 6.7. Lutter contre l'exploitation financière envers les aînés en Californie

L'exploitation financière des personnes âgées (également appelée fraude à l'encontre des seniors) couvre un large spectre de conduites. Les transactions inhabituelles sont l'indicateur le plus évident, comme, par exemple, un client qui retire généralement 2000 US \$ et puis soudain retire 30 000 US \$. D'autres formes plus subtiles d'exploitation financière peuvent être plus difficiles à identifier. Celles-ci comprennent les escroqueries par téléphone ou par Internet qui ciblent les personnes âgées, une personne âgée étant contrainte de signer un acte notarié ou un testament, une propriété ou des biens d'une personne âgée étant utilisés sans sa permission, ou même un individu faisant la promesse de fournir des soins à vie en échange d'argent et ensuite ne donnant plus suite à sa promesse.

Aux États-Unis, l'exploitation financière des personnes âgées est considérée comme l'un des crimes dont la fréquence augmente le plus rapidement, avec des personnes âgées perdant un montant estimé à 2,9 milliards de \$ par an, et seulement 1 cas sur 6 signalé (74). Selon une étude de grande envergure concernant la fraude financière des personnes âgées aux États-Unis, les auteurs les plus fréquents ne sont pas des étrangers, mais des membres de la famille (58 %), le plus souvent les enfants adultes de la personne âgée (25 %). Les autres instigateurs courants incluent les amis et les voisins (17 %) et les agents de soins à domicile rémunérés (15 %). Il s'est avéré que l'exploitation financière touchait de manière disproportionnée les personnes âgées afro-américaines, et celles vivant en dessous du seuil de pauvreté. Les personnes âgées qui ont des difficultés à vivre de façon autonome se sont également révélées être plus exposées au risque d'abus. Lorsque les personnes âgées ont besoin d'aide pour faire leurs courses et préparer leurs repas, les auteurs potentiels d'abus peuvent accéder à leurs finances (90). En Californie, le gouvernement, des organisations de soins aux aînés, des entreprises et de simples citoyens ont mis en œuvre avec succès une série de mesures coordonnées pour lutter contre l'exploitation financière des personnes âgées.

- Une nouvelle loi étatique a été adoptée exigeant que les banques signalent les soupçons d'abus financier des personnes âgées, de la même manière que les enseignants sont chargés de signaler les suspicions de maltraitance envers les enfants.
- Une organisation de la société civile a élaboré un guide pour les non-professionnels qui aident à gérer les finances de personnes âgées, pour fournir des normes de pratique et des conseils sur la façon de protéger les ressources des personnes âgées contre toute exploitation financière.
- Une importante organisation de personnes âgées a parrainé une série de manifestations de sensibilisation au sujet de l'exploitation financière des personnes âgées, comme étant un facteur clé qui influe sur leur santé et leur bien-être.
- Un nouveau Bureau national de la protection financière aux consommateurs a été ouvert, et doté d'un Bureau de la protection financière des aînés Américains, qui soutient les efforts au niveau des États et aide à protéger tous les personnes âgées Américaines.

L'expérience en Californie a démontré qu'une approche multisectorielle impliquant une variété d'acteurs à différents niveaux est essentielle pour relever le défi complexe de l'exploitation financière des personnes âgées.

- un soutien aux aidants familiaux des personnes âgées risquant d'être victimes de maltraitance – sous forme de formation, d'information et de soins de répit qui peuvent aider à réduire le stress des aidants familiaux, et leur permettre de mieux gérer leurs responsabilités ;
- des abris d'urgence – prévus pour les personnes âgées victimes de maltraitance.

Des recherches supplémentaires sont requises d'urgence sur l'ampleur de la violence et les facteurs de risque, ainsi que les mesures efficaces en matière de prévention et de soins.

Catastrophes

Le nombre de catastrophes augmente dans le monde entier et expose les personnes âgées à un risque particulier, autant en termes de réductions de capacités que d'aptitudes (Chapitre 3). Les catastrophes compromettent la capacité et les chances de survie des personnes âgées, du fait de traumatismes liés à la catastrophe, de mauvais soins chirurgicaux de base, de problèmes de santé mentale et psychologiques dus à la catastrophe, de l'effondrement des services de prévention et de traitement des maladies chroniques et de ceux fournissant un soutien social. En outre, les personnes âgées victimes de catastrophes peuvent être plus sensibles aux maladies transmissibles ainsi qu'à une aggravation de leurs problèmes de santé préexistants. Par exemple, les personnes âgées de 60 à 79 ans étaient quatre fois plus susceptibles de mourir (passant à 11 fois plus pour celles âgées de plus de 80 ans) que les jeunes adultes au cours des dernières épidémies de choléra à Haïti et au Zimbabwe, et étaient deux fois plus susceptibles de subir une déshydratation sévère (91).

Les catastrophes peuvent aussi limiter sérieusement l'ensemble des capacités des personnes âgées, même en comparaison avec des personnes plus jeunes vivant les mêmes circonstances ; ceci parce que les personnes âgées peuvent avoir perdu des aides techniques essentielles, comme

les lunettes, les prothèses auditives et les aides à la mobilité ; ou elles peuvent être abandonnés ou recevoir un soutien inadéquat lorsqu'une communauté est forcée d'évacuer ou lorsque la capacité des établissements de soins est réduite (92). La vulnérabilité des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles devient encore plus aiguë en cas de catastrophe, lorsqu'elles sont séparées de leurs familles et de leurs sources habituelles de soins informels et de soutien (93).

Bien que l'état de santé des personnes âgées ainsi que leur capacité à faire face lors de catastrophes varient considérablement, elles sont également une ressource importante et souvent inexploitée. En général, les personnes âgées ont une connaissance de leur culture et de leur communauté, une expérience des catastrophes passées, occupent une position respectée au sein de leurs familles et de leurs communautés, qui peuvent être mises à profit dans des situations d'urgence et de catastrophes (33). En effet, au Sri Lanka, une étude sur les personnes touchées par le Tsunami de l'océan Indien en 2004, a constaté que les personnes âgées étaient plus frustrées par le manque de travail que par leur vulnérabilité supposée : « de nombreuses personnes âgées ont exprimé un fort désir de retourner au travail, surtout parce que le Tsunami avait fait sombrer leurs familles plus profondément dans la pauvreté » (94). Fournir un soutien psychosocial soutenu aux personnes âgées était également important pour favoriser le rétablissement (95).

Pour tenir compte de cette diversité chez les personnes âgées, tous les secteurs doivent les inclure, les aider et les soutenir, pour mettre à profit leurs contributions potentielles lorsque c'est possible, et les aider lorsqu'une assistance et une protection sont nécessaires. Ceci exige une série d'activités spécifiques, comme celles décrites au [Tableau 6.1](#), mais exige également d'apporter divers changements aux systèmes, afin d'assurer que les besoins à long terme de la communauté soient satisfaits.

Tableau 6.1. Actions spécifiques pouvant améliorer l'accès des personnes âgées à une gamme de services de base lors de catastrophes (35, 92)

Domaine	Exemples d'interventions possibles
Services de santé	Permettre aux personnes âgées vivant dans la communauté et dans les institutions, d'accéder aux services de soins de santé primaires, et de prévenir les affections secondaires et les comorbidités ; leur permettre aussi de bénéficier des services nécessaires pour traiter la perte de capacités, telles que la réadaptation, y compris la fourniture d'aides techniques.
Nutrition et sécurité alimentaire	Veiller à ce que les personnes âgées aient accès à une alimentation adéquate et un soutien nutritionnel (par exemple, accès aux sites d'alimentation complémentaire pour ceux qui ont des difficultés à rester debout).
Planification du site, des abris et des installations	Tenir compte des préoccupations d'accessibilité lors de la planification des sites, et du développement des installations et des abris pour assurer la sécurité et la dignité des personnes âgées, et faciliter leur utilisation.
Eau et assainissement	Tenir compte plus spécifiquement des personnes handicapées afin de permettre un accès sûr et approprié à l'eau et à l'assainissement pour tous (par exemple, envisager de fournir des conteneurs d'eau adaptés, ou veiller à ce qu'une aide soit disponible dans la communauté). Ceci peut être important pour les personnes âgées qui ont des difficultés à accéder aux pompes à eau ou aux toilettes, ou à transporter des approvisionnements en eau pour cuisiner.
Protection	Sensibiliser à la maltraitance envers les personnes âgées et suivre les mesures énumérées à la section sur la maltraitance envers les personnes âgées. Veiller à ce que les aidants naturels et les personnes âgées soient réunis.
Préparation aux situations d'urgence (y compris les alertes rapides)	Sensibiliser et fournir des conseils sur la préparation aux situations d'urgence pour les personnes âgées, leurs soignants et la communauté de façon plus large. La préparation peut inclure, par exemple, de connaître les voies d'évacuation sûres, ou disposer d'un stock de médicaments en réserve pour les maladies chroniques, ou des piles de rechange pour les prothèses auditives. Faire participer les personnes âgées à l'analyse de risques potentiels, ainsi qu'aux mesures d'intervention et de planification du rétablissement.
Relèvement et réadaptation	Faciliter aux personnes âgées les plus pauvres l'accès aux programmes de subsistance, et prendre en compte l'accessibilité lors de la reconstruction de l'environnement bâti.

Un domaine d'action prioritaire est de s'assurer que les questions liées aux personnes âgées soient incluses dans les politiques de gestion des situations d'urgences, les appels de fonds et les budgets, la législation et les programmes. Lorsque des politiques en matière de vieillissement existent, elles devraient également couvrir la gestion des risques en cas d'urgence (92). Les personnes âgées devraient être impliquées dans l'élaboration des politiques, de la législation et des programmes, et dans le contrôle de leur mise en œuvre. Ceci peut nécessiter un renforcement des capacités des personnes âgées et de leurs organisations (Encadré 6.8).

Des mécanismes assurant une coordination intersectorielle qui incluent les personnes

âgées dans la prise de décision, peuvent faciliter leur participation avant, pendant et après les catastrophes. Il peut être particulièrement utile d'envisager de développer des mécanismes de coordination entre les soins de santé et les systèmes de soins de longue durée. Par exemple, les maisons de retraite peuvent constituer des sites utiles pour abriter les personnes vivant dans la communauté qui nécessitent des soins pendant et immédiatement après une catastrophe (96).

Identifier et recruter des personnes âgées, ainsi que du personnel et des bénévoles, qui comprennent le vieillissement et la culture locale, et assurer l'orientation et la formation des agents humanitaires sur *le Vieillissement en bonne santé* peut aider à renforcer les ressources humaines.

Par exemple, pendant le conflit au Liban en 2006, les personnes âgées ont été considérées comme une source précieuse de soutien social pour les familles et les communautés, grâce à leurs connaissances et leur expérience, qui leur « ont permis de faire des contributions dans le domaine des soins, des stratégies d'adaptation, des services de conseils et de réadaptation » (97). Impliquer les personnes âgées dans la prise de décisions au sujet de leur communauté peut aussi les aider à surmonter leur sentiment de perte et les traumatismes psychologiques qui y sont associés (Encadré 6.8).

Il est important de veiller à ce que l'information atteigne les personnes âgées avant, pendant et après les catastrophes, et les informations au sujet des personnes âgées devraient éclairer toutes les mesures proposées. Lors de communications destinées aux personnes âgées, il est important de tenir compte des personnes avec un faible niveau d'instruction ou avec une perte sensorielle, et veiller à ce que l'information et la communication concernant les alertes précoces, les risques, les impacts, les réponses (y compris le soutien spécifique disponible pour les personnes âgées), les efforts de rétablissement et leurs droits légaux puissent les atteindre effectivement. Le fait de collecter les données en les désagrégeant par âge et par niveau de capacités, et de consulter les personnes âgées au cours des évaluations participatives et pendant le suivi et les activités d'évaluation, peuvent assurer que de meilleures réponses soient proposées. Offrir une formation de la communauté à la gestion des risques de catastrophes au moyen de brochures, d'affiches, et à travers la télévision et la radio, peut être utilisé pour améliorer la visibilité des personnes âgées et mettre en évidence autant leurs besoins que leurs capacités (33).

Il sera également important de prendre en compte les différents besoins des individus et des sous-groupes ; l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à toutes les actions peut aider à identifier, surveiller, prévenir et faire face aux menaces pendant et après

Encadré 6.8. Les personnes âgées soutiennent leur propre rétablissement et celui de leurs communautés : Mozambique

Après les inondations au Mozambique en 2000, des associations représentant les personnes âgées ont été organisées dans chaque village, et les personnes âgées ont été incluses dans la planification et la mise en œuvre de toutes les activités communautaires visant au rétablissement, y compris la distribution d'animaux, de semences agricoles et d'outils, et des crédits pour des activités génératrices de revenus. Les personnes âgées ont également travaillé avec des groupes communautaires pour identifier d'autres personnes de leur groupe d'âge qui étaient vulnérables, pour effectuer des visites à domicile afin d'identifier les problèmes, et pour fournir un accès à de la nourriture, des couvertures et des vêtements. De cette façon, les personnes âgées ont pris en charge leur propre rétablissement, celui de leurs pairs et de leurs communautés (33).

les catastrophes, comme par exemple au risque accru de maltraitance envers les personnes âgées.

Capacités à apprendre, à s'épanouir et à prendre des décisions

Les capacités à apprendre, à s'épanouir, et à prendre des décisions incluent des efforts pour continuer à apprendre et à appliquer ses connaissances, à participer à la résolution de problèmes, à poursuivre son développement personnel, et à être en mesure de faire des choix. Le fait de continuer à apprendre permet aux personnes âgées d'avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer leur santé, se tenir au courant de l'évolution de l'information et de la technologie, d'apporter leur contribution (par exemple, en travaillant ou en faisant du bénévolat), à s'adapter au vieillissement (par exemple,

à la retraite, au veuvage ou à devenir prestataire de soins), à conserver leur identité, et à garder un intérêt dans la vie (98). Le développement personnel continu – intellectuel, physique, social et émotionnel – est important pour permettre aux personnes âgées de faire ce qu'elles valorisent, et la capacité de prendre des décisions est essentielle pour le sentiment de maîtrise des personnes âgées (99).

L'âge est associé à des changements positifs et négatifs des capacités (ou la perception de celles-ci), qui influent sur ces aptitudes. La recherche a montré qu'avec l'âge, un certain nombre de processus cognitifs se détérioraient, y compris la vitesse de traitement des informations (le ralentissement de traitement peut être minimisé avec l'utilisation), la mémoire de travail, les fonctions exécutives, l'attention et l'inhibition. En revanche, les processus cognitifs intuitifs automatiques restent stables, ou peuvent même s'améliorer. De même, le développement social et affectif s'améliore généralement avec l'âge, en raison d'une meilleure connaissance de soi, de compétences en matière de maîtrise de soi, et de relations sociales stables que les personnes âgées ont développé au fil des ans (100).

Investir dans ces aptitudes peut avoir des impacts positifs sur tous les aspects de la vie : la santé, les loisirs, les relations et la vie civique et professionnelle. Les personnes âgées qui continuent à apprendre signalent une meilleure confiance en soi et un meilleur épanouissement, et l'apprentissage fait que les personnes âgées sont plus impliquées dans les activités communautaires, réduit leur dépendance à la famille et aux services sociaux financés par le gouvernement, et améliore leur santé et leur bien-être (101, 102). L'apprentissage permet la construction de la connaissance, l'expérience et les compétences des personnes âgées à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la vie professionnelle, étendant les réseaux sociaux et promouvant des normes communes et une tolérance envers les autres (101-103). Des données probantes solides indiquent aussi que veiller à ce que l'apprentissage demeure

un but tout au long de la vie, aide à lutter contre les stéréotypes et l'âgisme (102), peut aider à améliorer le sentiment de confiance entre les générations, et procure un sentiment d'identité commune et de respect des différences, tout en veillant à ce que les talents de chaque individu puissent être valorisés au mieux (104). Au-delà de l'apprentissage, être en mesure d'avoir un contrôle sur sa vie est également essentiel au bien-être des personnes âgées (99). Les capacités à apprendre, à s'épanouir et à prendre des décisions sont fortement associées à l'autonomie, la dignité, l'intégrité, la liberté et l'indépendance des personnes âgées (105, 106).

Les mesures efficaces pour promouvoir les capacités à apprendre, à s'épanouir et à prendre des décisions

Ainsi, l'apprentissage et le développement personnel sont des domaines importants d'investissement autant par les gouvernements que par les individus, en parallèle à l'apprentissage pour un emploi rémunéré (section sur les capacités à apporter sa contribution). Par conséquent, les décideurs doivent tenir compte de la façon dont les ressources sont réparties sur tout le parcours de vie, et non seulement pour les populations les plus jeunes, ce qui est le cas actuellement (104, 107). Au Royaume-Uni, par exemple, seul 1 % du budget de l'enseignement en 2009 a été consacré au tiers le plus âgé de la population (104). La diversité des possibilités d'apprentissage doit être adaptée à la diversité des apprenants adultes, et doit reconnaître leurs forces. En tant que telle, la capacité à apprendre est tout aussi pertinente pour un large éventail de personnes âgées et tout aussi importante, par exemple, pour les personnes âgées qui sont illettrées mais souhaitent néanmoins optimiser leur santé, et elle l'est encore tout autant pour les personnes âgées qui ne peuvent pas décider de façon indépendante ce qu'elles aimeraient porter ou manger en raison

des effets d'un problème de santé, ou celles qui disposent enfin de temps pour entreprendre des études pour obtenir un diplôme universitaire.

Il existe cependant un certain nombre d'obstacles auxquels il faut s'attaquer pour faciliter la participation des personnes âgées à l'apprentissage tout au long de la vie. Ces obstacles incluent (108) :

- leurs propres attitudes – les personnes âgées peuvent avoir une attitude négative quant à la reprise d'une formation, parce qu'elles se considèrent trop vieilles, manquent de confiance ou de motivation, ont peur de la concurrence avec de jeunes adultes ou, dans certains cas, craignent que leur faible niveau d'instruction soit exposé ;
- les obstacles physiques et matériels – ceux-ci peuvent inclure les coûts des formations, le manque de temps, le manque d'information à propos de ce qui existe, l'endroit où les services d'enseignement sont disponibles, et les problèmes de disponibilité et d'accessibilité des transports ;
- les obstacles structurels – ils peuvent inclure le manque de possibilités de poursuivre leurs intérêts, un enseignement assuré d'une manière qui n'est pas acceptable pour les personnes âgées, et des problèmes de lieux inaccessibles et inconnus.

Les stratégies pour surmonter ces obstacles sont nombreuses et décrites ci-dessous.

Lutter contre les attitudes négatives et les stéréotypes

Les stéréotypes considérant les personnes âgées comme ayant des problèmes de mémoire et ayant moins de capacités à apprendre et à décider, restent encore répandus chez divers acteurs (100), que ce soit les personnes âgées elles-mêmes, les membres de la famille, les amis, les prestataires de santé et d'autres services, les enseignants ou les instructeurs (106). Cependant, ce sont généralement des constructions sociales et elles ne sont pas conformes aux capacités des personnes âgées. Par exemple, une étude aux États-Unis

sur les performances mnésiques, qui a comparé des personnes âgées entre 60 et 75 ans avec de jeunes adultes âgés de 17 à 24 ans, a montré qu'il n'y avait pas de réelles différences entre les moments où les participants étaient encouragés à apprendre et quand ils étaient encouragés à se rappeler (109). Dans une autre étude, préparer les personnes âgées à un bilan mnésique positif leur a permis d'identifier des stratégies de mémoire efficaces, réduisant ainsi de manière significative l'écart entre les plus âgés et les plus jeunes participants dans des exercices de mémoire (110). Les personnes âgées ont également davantage à se rappeler, et leurs expériences peuvent leur permettre un meilleur jugement lors de la prise de décisions.

Il sera important de lutter contre les stéréotypes, à travers des campagnes de communication qui améliorent la connaissance et la compréhension du processus de vieillissement, dans les médias et parmi le grand public, les décideurs, les enseignants et les prestataires de services (Chapitre 7, Encadré 7.3).

Améliorer le niveau d'alphabétisation chez les personnes âgées

Les niveaux d'alphabétisation, y compris le niveau de connaissances en matière de santé, sont plus faibles chez les groupes de personnes âgées que dans les autres secteurs de la population (24, 102, 111). Le niveau de connaissances en santé a trait à la capacité d'obtenir, d'interpréter et de comprendre des informations et des services de santé de base, et d'avoir la compétence d'utiliser ces informations et ces services pour améliorer la santé (24). Les personnes âgées ayant de faibles niveaux de connaissances en santé sont plus susceptibles de déclarer ne pas bénéficier de vaccinations ou de dépistage du cancer, et les connaissances en santé sont un facteur prédictif plus significatif de l'utilisation des services de prévention par les personnes âgées que le niveau d'éducation (24).

L'alphabétisation de base et les connaissances en matière de santé fournissent des bases

importantes pour l'apprentissage et la prise de décision. L'alphabétisation peut être améliorée par des programmes individuels formels, mais des approches innovantes à l'échelle de la population peuvent également aider. Par exemple en Inde, où le taux d'analphabétisme est élevé chez les personnes âgées, en particulier chez les femmes âgées vivant dans les zones rurales, il a été démontré que de projeter régulièrement à la télévision des films de Bollywood avec des sous-titres dans la même langue, avait un impact positif sur les compétences en lecture aussi bien chez les adultes que chez les enfants (112).

Il a été démontré que les programmes de santé axés sur les connaissances en matière de santé amélioreraient les habitudes alimentaires et augmentaient l'activité physique (24), incitaient à une meilleure gestion des maladies chroniques et dégénératives (111), et amélioreraient la capacité d'une personne à faire face lors de problèmes de santé. Les connaissances en santé peuvent être améliorées en collaborant avec les personnes âgées afin d'améliorer leurs aptitudes à l'auto-gestion, et améliorer leurs relations aux soins cliniques, ainsi qu'en assurant un soutien social continu (Chapitre 4 et Chapitre 5).

Si l'information en matière de santé transmise aux patients reflète des situations réelles, et est adaptée aux contextes socioculturels, elle est plus susceptible d'avoir un impact sur les personnes de situation socioéconomique défavorisée (113). Des brochures éducatives écrites dans un langage simple, visant ceux qui ont un faible niveau d'alphabétisation, peuvent aider les personnes âgées à mieux discuter de leurs problèmes avec les praticiens de santé, et ont prouvé qu'elles augmentaient le recours aux interventions de santé préventives, comme la vaccination anti-pneumococcique (114).

Cependant, la sensibilisation des personnes âgées est souvent nécessaire. Elle peut être réalisée en identifiant et en encourageant les réseaux qui soutiennent les personnes âgées ou en ciblant spécifiquement les personnes âgées (113, 115). En Irlande, par exemple, l'Initiative de sensibilisa-

tion et d'orientation des adultes' vise spécifiquement les personnes âgées qui font déjà partie de programmes d'alphabétisation, et leur offre des conseils supplémentaires sur le développement personnel, la gestion du stress et les techniques d'entretien (102).

Investir dans des opportunités d'apprentissage et de développement personnel tout au long de la vie qui soient accessibles

L'apprentissage tout au long de la vie inclut la formation durant toute la vie, et comprend tout l'éventail de l'apprentissage formel, non formel et informel (107). Par conséquent, c'est un processus qui peut avoir lieu à tout moment ou n'importe où, et répond autant aux besoins d'un individu qu'à ceux d'une communauté.

Les opportunités d'apprentissage, qui ont historiquement toujours mis l'accent sur les deux premières décennies de la vie, doivent devenir plus inclusives afin de permettre aux personnes âgées de développer de nouvelles compétences et connaissances, et de maintenir une certaine image de soi, un sentiment d'identité et de sens dans la vie. Augmenter les possibilités d'apprentissage nécessitera des politiques publiques de prendre en compte soigneusement les répercussions du vieillissement de la population, et reconnaître que pour certaines personnes, vieillir peut signifier une plus longue vie professionnelle, et pour d'autres, une période de retraite d'une durée constituant jusqu'à un tiers de leur vie.

Pour résoudre les obstacles matériels et structurels à l'apprentissage, les moyens et les méthodes devront également être adaptés aux apprenants âgés, et réaliser des aménagements raisonnables peut garantir que les personnes âgées ayant un handicap participent effectivement aux opportunités d'apprentissage (57). Divers procédés peuvent être utilisés pour concevoir des cours et encourager l'apprentissage, y compris des universités ouvertes (c'est-à-dire des universités sans exigences d'admission) pour les personnes âgées, créer des groupes de personnes

âgées et leur permettre d'être partenaires dans les activités de promotion de la santé, et de participer aux cours en ligne ouverts à tous (connus sous le nom de MOOC), qui peuvent potentiellement atteindre les gens de tous les pays et de tous les niveaux socio-économiques.

Travailler dans des groupes et avec des pairs, et être capable de partager des expériences, sont des éléments importants de l'apprentissage pour les adultes. Les compétences d'autogestion peuvent être améliorées en utilisant le soutien par les pairs et la participation au groupe à plus long terme (sur une durée de 3 ans ou davantage) ; par exemple, ces procédés se sont avérés avoir aidé des personnes qui avaient perdu la vue, et également avoir réduit les chutes (116). En Grande-Bretagne, des mentors pour des personnes âgées d'Asie du sud ont utilisé leurs compétences linguistiques et leur connaissance de la communauté, afin d'encourager leurs pairs à participer à des programmes d'activité physique et à persévérer dans ce sens. (P Ong, document inédit sur les personnes âgées comme ressources pour leur propre santé, 2015).

Les personnes âgées ont tendance à être des apprenants motivés, qui sont moins axés sur les évaluations (117). Toutefois, entreprendre un nouveau défi en matière d'apprentissage nécessite qu'une personne âgée soit motivée, dispose d'informations sur les différentes options, et dispose d'un environnement qui la soutienne. Faire en sorte que les lieux de formation soient agréables et accessibles encouragera une participation plus large. Pour lutter contre une baisse des capacités, par exemple une baisse de l'ouïe ou de la vue, l'information devrait être disponible en formats alternatifs (par exemple, impression en gros caractères, livres électroniques) qui adhèrent aux lignes directrices sur l'impression en caractères lisibles ; en outre, l'utilisation de micros dans les classes, assurant qu'une seule personne parle à la fois, et l'utilisation de sites web accessibles peuvent tous faciliter l'apprentissage. Les méthodes et les outils pédagogiques devraient être élaborés de manière à encoura-

ger les participants indépendamment de leurs capacités à apprendre. Une série de mécanismes législatifs et politiques de la base au sommet et vice-versa, qui sont déjà utilisés dans de nombreux pays pourraient également être appliqués à la formation des personnes âgées, telles que les politiques de protection des consommateurs, et la législation de non-discrimination applicables aux bâtiments publics, aux structures de formation ou aux TIC (80).

Enfin, la perspective de la durée associée à l'âge d'une personne, peut également affecter les objectifs d'apprentissage et de développement personnel. Peut-être à cause de cette perspective, l'apprentissage peut être plus souhaitable s'il est pertinent dans la vie d'une personne âgée et peut être utilisé dans le présent, plutôt qu'y accéder dans le futur. Les personnes âgées valorisent en particulier l'apprentissage par l'expérience s'il leur permet de tirer parti sur les expériences passées qu'ils apprécient.

Faciliter les choix et la prise de contrôle

Le processus de *Vieillesse en bonne santé* exige que les personnes âgées prennent part ou prennent des décisions qui concernent leur vie, y compris comment occuper leur temps, les traitements qu'elles suivent, ce qu'elles apprennent et où elles vivent (99). Cependant, les choix concernant les soins de santé, et où et de quelle manière on vit, peuvent être complexes, et cette complexité peut influencer sur la volonté des personnes âgées de continuer à assumer la responsabilité de la prise de décision. Veiller à ce que l'information soit facile à comprendre et pertinente sera indispensable pour résoudre les difficultés de la prise de décision, et permettre aux personnes âgées de réaliser les bons choix pour elles-mêmes (Encadré 6.9). Il est également essentiel que les aidants naturels ou les membres de la famille ne fournissent pas de renseignements ou ne fassent pas de rétention d'information dans le but de contrôler les personnes âgées, mais permettent plutôt à ces dernières de prendre des décisions (119).

Encadré 6.9. Promotion de la santé pour les personnes âgées : il ne s'agit pas d'un programme comme les autres

Prendre de l'âge exige souvent de changer sérieusement de mode de vie, comme prendre de nouveaux médicaments, suivre un régime différent, ou modifier un programme d'exercices. Les personnes âgées peuvent aussi avoir des motifs singuliers pour modifier leur style de vie. Par exemple, elles peuvent ne pas vouloir être un fardeau pour leur famille, ce qui peut constituer une incitation supplémentaire pour préserver leurs capacités physiques. Elles peuvent aussi vouloir vivre pour voir leurs petits-enfants grandir, afin qu'elles puissent avoir un impact sur la prochaine génération. Contrairement aux jeunes adultes – qui peuvent ne pas encore voir l'impact de leurs comportements nocifs sur leur vie future – les personnes âgées peuvent voir les effets immédiats et potentiellement mortels (100).

Veiller à ce que les messages de santé atteignent les personnes âgées de façon à ce qu'elles puissent les accepter est essentiel pour changer les attitudes et les comportements. Les répercussions des messages de promotion de la santé sont les suivantes (118).

- Utiliser des méthodes de communication qui reposent sur l'heuristique et l'intuition. Ces procédés peuvent être plus efficaces que ceux qui reposent sur une grande quantité de traitement d'information et de réflexion.
- Élaborer des messages plus pertinents pour les personnes âgées. Cibler les messages (par exemple, sur l'importance de l'activité physique plus tard dans la vie) peut faire apparaître le message plus pertinent et plus attrayant.
- Diffuser des messages positifs pour les personnes âgées. De nombreuses personnes âgées sont plus motivées si elles évitent de recevoir des informations négatives. Valoriser les bénéfices pour encourager les comportements préventifs, (comme adopter un régime alimentaire sain) et effectuer des contrôles (comme le dépistage du cancer), peut être plus efficace chez les personnes âgées.
- Adapter les messages à certaines personnes âgées. Faire correspondre l'information aux caractéristiques d'un individu spécifique, peut influencer la façon dont la personne âgée conçoit et ressent le problème de santé en question ; cela peut être plus efficace, surtout si le message porte sur la façon dont, en modifiant un comportement, la personne âgée pourra être plus satisfaite sur le plan émotionnel.
- Gérer la détresse émotionnelle. La détresse émotionnelle peut à la fois catalyser et détruire la volonté de changement ; par conséquent, elle doit être gérée positivement pour encourager le changement de comportement et le maintien de ce changement.
- Réfléchir au soutien social d'une personne âgée. À mesure que les gens vieillissent, l'étendue de leurs réseaux sociaux diminue, et ces réseaux sont plus efficaces à promouvoir le maintien d'un comportement que son changement. Le soutien social peut faciliter ou compromettre le changement de comportement – par exemple, il peut fournir un soutien émotionnel et aider à gérer la détresse émotionnelle – ou au contraire décourager le changement – comme par exemple, lorsqu'une seule personne dans un couple veut arrêter de fumer et l'autre pas.

Des recherches plus poussées qui étudient le rôle des différents facteurs chez la personne âgée et dans son environnement, qui la motive à réaliser et à maintenir des changements de comportement positifs, pourraient être prometteuses.

Une baisse significative des capacités, en particulier sur le plan intellectuel, peut présenter des difficultés opérationnelles et éthiques en matière de droit à l'auto-détermination des personnes âgées. Lorsqu'un individu ne dispose pas de la capacité d'exercer un choix de manière autonome, le soutien à la prise de décision peut s'avérer nécessaire (57, 120). Les stratégies de soutien à la prise de décision mettent en avant le fait que la

personne ne perd pas sa capacité juridique, mais qu'elle peut avoir besoin de soutien pour prendre des décisions (57). Le soutien à la prise de décision n'est pas la substitution à la prise de décision. La ou les personnes offrant un soutien dans ce sens doivent tenter de prendre des décisions qui font fondamentalement partie du caractère de la personne âgée, et qui tiennent compte autant de ses valeurs et ses préférences passées, que présentes.

Encadré 6.10. Des clubs intergénérationnels : améliorer la vie des personnes âgées au Viet Nam

Le plan d'action national du Viet Nam sur le vieillissement (2012-2020) vise à améliorer les soins et le soutien offerts aux personnes âgées. Les clubs d'entraide intergénérationnels sont une initiative prometteuse. Le modèle de ces clubs a été affiné grâce à une série de programmes pilotes dirigés par HelpAge International entre 2005 et 2012. Les clubs aident à développer et renforcer les capacités des organisations de la société civile locale à :

- participer au développement communautaire ;
- représenter les intérêts des membres de la communauté dans le dialogue avec les autorités locales et nationales ;
- répondre aux besoins de la communauté, depuis les soins de santé jusqu'à l'accès aux informations et aux services pour améliorer les capacités des personnes âgées à forger et à entretenir des relations, et à participer activement à la vie communautaire.

Le village de Yen Thang dans la province de Thanh Hoa, au Viet Nam, a créé un club intergénérationnel en mars 2014 pour encourager les groupes défavorisés de la communauté à jouer un rôle de premier plan dans le développement local. Le club a eu un impact positif sur les personnes âgées, qui ont été encouragées à faire de l'exercice physique régulièrement, à assurer des soins auto-administrés, et à réaliser des bilans de santé. Les membres du club ont indiqué que sur une période de 9 mois, ils avaient amélioré leurs connaissances sur les maladies non transmissibles et les soins auto-administrés ; avaient amélioré leur sensibilisation et leur accès à l'information sur leurs droits ; et qu'ils faisaient régulièrement de l'exercice physique et réalisaient des bilans de santé réguliers (124). Quarante-cinq membres au total sur les 49 membres du club ont obtenu une assurance de santé en raison de leur appartenance au club. En outre, les membres du club ont déclaré se sentir davantage en confiance pour participer ou mener des activités de soutien pour eux-mêmes ou leurs communautés (124).

Ce club est l'un des 700 clubs environ qui existent dans 13 provinces du Viet Nam. Les objectifs nationaux qui font partie du plan exigent que, d'ici 2015, 15 % des communes du pays créent ce type de clubs ou des modèles similaires à base communautaire, qui fournissent des soins et un soutien aux personnes âgées, et cette proportion devrait passer à 50 % d'ici à 2020 (125).

Il est important de créer des mécanismes au sein des familles et des communautés pour soutenir la prise de décision, et établir des garanties en ce qui concerne les mesures de protection, le processus de désignation des personnes qui assureront ce rôle, et les mécanismes de soutien pour régler les différends (80).

Une baisse moins sévère des capacités peut également rendre plus ardue, pour une personne âgée, la prise de décisions, ainsi que le fait de façonner son environnement et de créer des opportunités. Bien que la famille et les amis, un logement adéquat et des communautés sûres puissent changer les choses, il existe un certain nombre de stratégies politiques pouvant être envisagées, y compris développer des associations de personnes âgées, en utilisant des mécanismes de financement innovants, tels qu'offrir

des budgets individuels, ou apporter un soutien pour anticiper en cas de maladie ou d'invalidité.

Des organisations de personnes âgées ont été créées dans de nombreux pays, et peuvent faciliter la participation des personnes âgées à la prise de décision au niveau communautaire (121, 122), aider les personnes âgées à accéder à des ressources, et veiller à ce qu'elles participent activement aux débats sur les politiques publiques et le développement de leurs communautés (123) (Encadré 6.10). Par exemple, le plaidoyer des associations de personnes âgées en Serbie a abouti à l'élaboration de systèmes de soins de santé et de services sociaux favorables aux personnes âgées, tandis que des programmes de surveillance des citoyens âgés au Bangladesh et au Ghana ont amélioré la sensibilisation des personnes âgées à l'environnement politique, et placé les personnes

âgées au centre de la prise de décision et du suivi dans leurs communautés (121, 126, 127).

Les budgets de santé individuels (soit des paiements en espèces à des particuliers, généralement octroyés par le gouvernement, pour leur permettre de payer des services) peuvent aussi offrir aux personnes âgées davantage de choix et de contrôle sur la manière dont leurs besoins sont satisfaits (128). L'enquête nationale sur les budgets individuels au Royaume-Uni en 2013 a révélé que les budgets personnels pouvaient bénéficier aux personnes âgées à bien des égards, y compris améliorer leur santé physique, se sentir plus indépendant, soutenu adéquatement, respecté et se sentir en sécurité autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur domicile. Ils peuvent également permettre le choix et aider à maintenir les relations (128).

Les personnes âgées peuvent également être encouragées à influencer sur les décisions concernant leurs vies, qui peuvent survenir quand elles ont perdu les capacités nécessaires pour faire des choix éclairés. La planification préalable des soins, y compris les directives de fin de vie et les testaments, permettent aux personnes âgées de discuter et consigner leurs vœux pour les décisions concernant le traitement ultérieur et les soins palliatifs, si elles devaient perdre leur capacité à prendre ces décisions (129, 130). Les preuves suggèrent que la planification préalable des soins peut faciliter les prestations de soins de longue durée, conformes aux souhaits du patient et améliorer la satisfaction du patient quant aux soins. Les facteurs qui contribuent à la réussite de la planification préalable des soins incluent : que la personne âgée ait une formation en matière de santé, qu'on prépare le programme de soins avant le début de tout déclin cognitif, qu'on accorde à la personne âgée suffisamment de temps avec ses prestataires de santé afin d'assurer que le prestataire comprenne les souhaits de la personne, quelle bénéficie d'une bonne documentation, et des évaluations régulières des plans de soins avec les prestataires de santé, ainsi qu'une mise à jour de ces plans de soins comme

cela est requis (131). Par exemple, dans un essai contrôlé randomisé en Australie qui a comparé la planification préalable des soins aux soins habituels, 86 % des personnes âgées se sont vues respecter leurs volontés de fin de vie, par rapport à seulement 30 % dans le groupe de contrôle (132). Aux États-Unis, un autre essai contrôlé randomisé ayant inclus 139 patients nouvellement admis dans une maison de retraite, a constaté que seuls deux patients dans le groupe qui avait élaboré un plan préalable de soins avaient reçu un traitement qui n'était pas conforme à leurs souhaits par rapport à 17 patients dans le groupe de contrôle (133). Même s'il s'agit d'études limitées, les résultats sont encourageants.

Capacité à se déplacer

La capacité à être mobile est importante pour un *Vieillessement en bonne santé*. Elle fait référence au mouvement sous toutes ses formes, que ce soit par le corps lui-même (avec ou sans aide technique) ou propulsé par un véhicule. Être mobile signifie se lever d'une chaise ou passer d'un lit à une chaise, marcher pour ses loisirs, faire de l'exercice, réaliser des tâches quotidiennes, conduire une voiture et utiliser des transports en commun (134). La mobilité est nécessaire pour faire des choses à domicile ; accéder aux commerces, aux services et aux aménagements de la communauté (comme les parcs) ; et pour participer à des activités sociales et culturelles.

L'altération des capacités physiques et mentales, courante chez les personnes âgées, peut limiter la mobilité. Toutefois, on peut renforcer ces capacités, et le pouvoir de l'environnement à amplifier ce qu'une personne peut réaliser, est peut-être plus facilement illustré par l'aptitude à se mouvoir. Par exemple, utiliser un déambulateur ou un fauteuil roulant peut permettre aux personnes âgées de se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de leur domicile ; assurer un transport public accessible tant physiquement que financièrement peut permettre aux personnes

âgées de se déplacer où elles veulent ; et veiller à ce que les bâtiments soient équipés de rampes, de mains courantes, d'ascenseurs et d'une signalisation appropriée, peut les rendre plus accessibles aux personnes âgées, indépendamment d'une baisse de capacités. Si ces adaptations ou ce soutien ne sont pas disponibles, alors une baisse de la mobilité peut se traduire par une nouvelle baisse de l'état de santé, ainsi qu'une augmentation du risque de chutes (64) et de dépression (135) ; ces altérations peuvent avoir des conséquences négatives sur l'autonomie, l'engagement social, la participation à la vie communautaire et le bien-être des personnes âgées, affectant ainsi tous les autres domaines des aptitudes fonctionnelles (136-140).

Les pertes liées à la baisse de la mobilité vont au-delà de l'individu. Lorsque les personnes âgées ne sont pas en mesure de se déplacer, leurs réseaux sociaux sont également touchés et la communauté risque de perdre de précieuses contributions, et risque de nécessiter des ressources supplémentaires pour soutenir les personnes âgées dans leur vie quotidienne (141). Faciliter la capacité des personnes âgées à se déplacer quand et comment elles le choisissent, et à un coût abordable, sont d'importantes dispositions de la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif* (57). La santé publique a un rôle crucial à jouer dans l'optimisation de la mobilité des personnes âgées.

Les mesures efficaces pour préserver la mobilité chez les personnes âgées

La mobilité est influencée non seulement par les capacités intrinsèques d'une personne âgée et l'environnement qu'elle habite, mais aussi par les choix qu'elle fait. Les décisions que l'on prend en terme de mobilité sont, à leur tour, façonnées par l'environnement bâti, les attitudes de la personne âgée et d'autres personnes, et le fait d'avoir à la fois la motivation et les moyens d'être mobile (par exemple en utilisant des aides techniques ou

un transport) (142, 143). Si les personnes âgées sentent qu'il existe des obstacles à leur mobilité – par exemple, un manque de respect des conducteurs ou des chauffeurs des transports publics – et pensent que le risque d'accident est renforcé par l'activité physique, alors ils peuvent restreindre leurs déplacements. Des soignants surprotecteurs qui ne permettent pas aux personnes âgées de se déplacer suffisamment, soit par crainte de chutes, soit parce qu'ils veulent ménager leurs efforts, peut également réduire les mouvements de personnes âgées (137, 144).

Renforcer les capacités des personnes âgées : la capacité à se déplacer

Les capacités physiques et cognitives sont toutes deux importantes pour se déplacer, que ce soit pour marcher ou conduire, ou pour utiliser d'autres moyens de transport, et il existe des preuves tangibles des mesures efficaces contribuant à maintenir les capacités.

L'activité physique est essentielle. La perte de masse musculaire, la perte de souplesse, et les problèmes d'équilibre et de coordination peuvent rendre les déplacements plus difficiles. L'OMS formule des recommandations quant à la pratique d'activité physique pour préserver la santé, qui tiennent compte de différents points de départ et niveaux de capacités (145). L'[encadré 6.11](#) résume les mesures dont on a prouvé l'efficacité pour aider à préserver les capacités physiques, en prenant en considération les interventions au niveau de l'individu et de l'environnement.

La réadaptation peut être utile pour restaurer et maintenir les capacités chez les personnes âgées qui ont une altération de la mobilité associée à des problèmes de santé tels qu'un accident vasculaire cérébral, un problème cardiaque ou des lésions (157). Ces services peuvent inclure la réadaptation médicale et la rééducation fonctionnelle, comme l'entraînement physique, des exercices, une formation et des conseils. Lorsqu'on introduit des services de réadaptation dans des contextes où ils n'existaient pas, on devrait avant

Encadré 6.11. Préserver la mobilité par l'activité physique

La pratique d'activités physiques par les personnes âgées est de plus en plus liée à l'environnement dans lequel elles vivent (146-148). Les facteurs individuels, sociaux, et liés à l'environnement physique se sont révélés être des influences tout aussi importantes sur l'importance du périmètre de marche des personnes âgées (149). Les caractéristiques de l'environnement associées à une augmentation de l'activité physique des personnes âgées inclut le fait d'offrir des espaces sécurisés pour marcher (comme les parcs et les sentiers aménagés) ; de garantir un accès facile à des installations, des biens et services locaux ; d'être en contact avec d'autres personnes âgées faisant de l'exercice physique dans le même quartier ; et de participer régulièrement à des activités physiques avec des amis et la famille (149-152).

Les personnes âgées peuvent conserver une mobilité en réalisant de simples changements dans leur vie (24, 153).

Elles devraient tenter de rester aussi actives que possible. Pratiquer de l'exercice d'intensité modérée augmente effectivement la force, la capacité aérobique, la souplesse et l'équilibre chez les personnes âgées, leur permettant de marcher et de se mettre debout. Même de courtes promenades peuvent aider à maintenir les fonctions cognitives et physiques. Les exercices d'aérobie et les activités physiques utilisés pour renforcer les muscles et améliorer l'équilibre sont importants ; toutefois, l'entraînement de la résistance est particulièrement important s'il y a une baisse des capacités.

- Les personnes âgées doivent respecter les directives relatives à l'activité physique recommandée pour leur âge et tout problème de santé. (Pour plus d'informations, consulter le site : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/)
- Les personnes âgées devraient participer à des programmes d'activité physique qui ciblent l'attention visuelle, la souplesse des membres, la coordination, la vitesse de mouvement et les fonctions exécutives, car celles-ci peuvent également améliorer les performances de la conduite et de la sécurité au volant (154, 155).
- Dans le cas de la perte de l'usage de leurs membres inférieurs, les personnes âgées devraient être formées à l'utilisation d'un équipement adapté, comme les commandes manuelles.

Les décideurs politiques peuvent créer des environnements qui favorisent l'activité physique (153, 156) en :

- éliminant les obstacles à l'activité physique et en promouvant les changements qui facilitent la marche sans danger pour les loisirs, le transport et l'exercice physique ;
- organisant des événements communautaires pour promouvoir l'activité physique et sensibiliser à ses bénéfices ;
- offrant des programmes d'entraînement physique pour améliorer la santé cardiorespiratoire, la force musculaire et l'équilibre, et les programmes d'entraînement de la résistance, en particulier pour les personnes les plus âgées et les personnes se remettant de problèmes de santé aigus. Lorsque ces programmes combinent la prescription d'exercices physiques et les interventions en faveur de l'observance, ils peuvent être plus efficaces ;
- encourageant les interventions de conseils et soutien en milieu clinique ;
- encourageant les attitudes positives à l'égard du vieillissement actif sur le plan physique, et de la participation des personnes âgées aux activités physiques.

tout privilégier des approches rentables et assurer ces prestations de services dans des emplacements qui sont aussi proches que possible de l'endroit où les gens vivent (80).

Un facteur déterminant de la diminution de la mobilité dans les sociétés tributaires de la voiture, est l'arrêt de la conduite chez les personnes âgées. Les capacités physiques et cognitives – à la fois perçues et réelles – ont un impact sur les décisions en

matière de mobilité (142). Inclure la mobilité dans le cadre des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé est important, afin d'assurer une action coordonnée (150).

Renforcer les capacités cognitives est particulièrement prometteur pour améliorer la mobilité en toute sécurité chez les personnes âgées qui conduisent (158, 159). D'autres options pour prolonger l'aptitude à conduire incluent des

interventions physiques, comme augmenter l'activité physique (154) ; offrir une formation à la conduite automobile ; et des interventions d'ergothérapie, comme améliorer les transferts vers le siège du conducteur, ou améliorer la position assise. La connaissance des règles de sécurité en conduisant et l'aptitude à la conduite peuvent être améliorées par une sensibilisation aux problèmes courants rencontrés par les conducteurs âgés, surtout si cela est accompagné par l'éducation routière des conducteurs (160). Un entraînement pour maintenir ou améliorer la vitesse du traitement cognitif de l'information a également démontré qu'il améliorerait la performance des capacités de tous les jours, y compris la conduite (159). Le conseil peut se révéler utile dans l'élaboration d'un plan de transition progressif pour une conduite plus sûre, comme le fait de conduire pendant les moments où il fait jour, ou aux moments où il y a moins de trafic, et uniquement sur des itinéraires bien connus (160).

En identifiant lorsque les personnes âgées n'ont plus la capacité de conduire en toute sécurité, il est important de juger chaque situation individuellement, et d'envisager une série d'options. Les restrictions ou le dépistage basé sur l'âge chronologique ne devraient être adoptés qu'avec prudence, compte tenu de la large gamme de capacités présente chez les personnes âgées et l'importance que revêt la mobilité pour elles. Il est à noter que le taux d'implication dans des accidents de la route aux États-Unis montre peu d'augmentation avant l'âge de 75 ans au moment où ces adultes sont encore moins susceptibles que les adultes plus jeunes d'être impliqués dans un accident de la circulation, et l'augmentation des décès observés chez les personnes âgées dans des accidents de voiture, proviennent pour la plupart de leur plus grande vulnérabilité physique (161).

Fournir des aides techniques et technologiques pour faciliter la mobilité

La disponibilité des aides à la mobilité adéquates a une influence significative sur la mobilité des personnes âgées (162, 163) ; ces dispositifs com-

prennent les cannes, les déambulateurs, les cannes blanches pour celles qui ont perdu la vue, et les fauteuils roulants. Lorsque les aides techniques sont disponibles, abordables et adaptées aux besoins des personnes âgées et à leurs environnements, leur mobilité, leur autonomie et leur participation peuvent être considérablement optimisées. Des recommandations sur la façon d'accroître et d'améliorer la fourniture d'aides techniques sont décrites dans le document d'orientation de l'OMS sur les aides à la mobilité (164) et le *Rapport mondial sur le handicap* (165).

Réduire les obstacles de l'environnement bâti

L'activité physique et les modes de mobilité chez les personnes âgées sont influencés par les modèles d'utilisation des sols, l'aspect, l'accessibilité et la connectivité de l'aménagement urbain, ainsi que le niveau de sécurité perçu (163). L'effet de ces facteurs varie selon les communautés et les études, et l'incidence de variables spécifiques, telles que le logement et la densité de la population, ne sont ni claires ni cohérentes (156). Toutefois, adhérer aux principes de la conception universelle peut aider (Encadré 6.12). D'autres façons potentielles de faciliter la mobilité consistent notamment à assurer que :

- les quartiers soient exempts de signes de détérioration, comme les déchets et les graffitis ;
- l'environnement soit respectueux des piétons, grâce à l'utilisation d'éléments comme les passages piétons à haute visibilité, les terre-pleins centraux surélevés ou les îlots de refuge pour piétons ; en réduisant les limites de vitesse et en installant des mesures de modération du trafic ; en maintenant les voies piétonnes et les trottoirs bien entretenus (y compris en utilisant des trottoirs abaissés) ; en veillant à ce que les passages surélevés et souterrains soient accessibles ; en veillant à ce que les signalisations des passages piétons aux carrefours

Encadré 6.12. La conception universelle : l'appliquer avec succès en Irlande, en Norvège et à Singapour

La conception universelle est un processus qui facilite l'accessibilité, la sécurité, la santé et la participation sociale grâce à la conception et l'exploitation d'environnements, de produits et de systèmes qui peuvent être utilisables par toute personne, dans toute la mesure du possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale (57, 166, 167).

Rendre la conception universelle effective exige un haut niveau d'engagement politique, des ressources et un développement des capacités, comme cela est illustré dans les exemples suivants, de Norvège, de Singapour et d'Irlande.

La Norvège travaille à l'objectif ambitieux de mettre en œuvre la conception universelle d'ici 2025 (168). L'engagement de haut niveau, et le partage de responsabilités en matière de planification, de mise en œuvre et de suivi dans les différents secteurs et à différents niveaux du gouvernement sont les principales stratégies utilisées pour assurer le succès. Trois organismes gouvernementaux se partagent la responsabilité de veiller au respect de cet objectif : le ministère de l'Enfance, de l'égalité et de l'inclusion (en particulier le Centre national de ressources pour la participation et l'accessibilité) ; le ministère du climat et de l'environnement ; et le Ministère des collectivités locales et de la modernisation. Au cours des vingt dernières années, une législation de plus en plus inclusive a été adoptée, avec le point culminant en 2008 lorsque la Norvège a fait de l'inaccessibilité une forme de discrimination par l'introduction de la loi contre la discrimination et pour l'accessibilité. En 2010, la loi a été élargie pour inclure le concept de la conception universelle, et un plan d'action a été élaboré, axé sur l'environnement bâti, les transports publics, l'accessibilité de l'information et des technologies, et la rénovation de logements communaux.

Un financement est nécessaire pour mettre la stratégie politique en pratique, en particulier lorsque la modernisation des structures existantes est nécessaire pour en assurer l'accessibilité. Le fonds pour l'accessibilité du gouvernement de Singapour (financé à hauteur de 40 millions de dollars de Singapour) appuie les ministères publics et les entreprises privées en allégeant le fardeau financier que constitue la modification des structures existantes pour les rendre accessibles aux personnes âgées et aux personnes handicapées (169). Par exemple, le fonds couvre les frais de construction ou de rénovation des ascenseurs dans les anciens bâtiments, ou l'aménagement de salles de bains accessibles aux personnes en fauteuil roulant. Les entreprises dans les bâtiments construits avant 1990 remplissent un simple formulaire de demande pour être éligible à un soutien du Fonds. Le Fonds est également utilisé par le gouvernement pour assurer l'accessibilité de tous les espaces publics et services de base d'ici 2016.

La sensibilisation et la formation des concepteurs de produits, des prestataires de services et des urbanistes sont importantes pour améliorer l'accessibilité des produits, des services et de l'environnement bâti. Le Centre Irlandais pour l'excellence en matière de conception universelle soutient le perfectionnement professionnel en intégrant les principes de la conception universelle dans les cours pour sensibiliser un éventail de professionnels à la conception universelle, comme les architectes, les urbanistes et les concepteurs (2). Les efforts de sensibilisation incluent également un concours annuel pour les étudiants, récompensant la meilleure innovation ou invention utilisant les principes de la conception universelle, et offrant le financement et la diffusion de ces recherches pertinentes.

Partout dans le monde, d'autres institutions se sont également donné comme mission d'élargir la mise en pratique et la sensibilisation aux principes de la conception universelle, comme la collaboration continue d'une durée de 5 ans entre le Centre pour la conception Universelle à l'Université d'État de Caroline du Nord aux États-Unis, et l'Institut de Technologie de Beijing afin de traduire les documents sur la conception universelle, partager les programmes de formation, et faciliter les échanges entre les professeurs et les étudiants.

laissent suffisamment de temps pour traverser ; et en fournissant des signalisations auditives aux passages piétons (Encadré 6.1 et Encadré 6.13) (170-172) ;

- des éléments esthétiques parsèment les rues et les parcs, comme les arbres, les jardins ou la végétation ;
- les quartiers soient conçus de manière à permettre, à partir des habitations, un accès aisé à un grand nombre de destina-

tions, comme les commerces, les services de santé, les centres communautaires et les organisations religieuses ;

- il y ait un grand nombre de carrefours, permettant ainsi davantage d'options pour traverser les rues, et des équipements adéquats pour les personnes âgées, tels que des lieux de repos et des toilettes publiques.

Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des transports

Améliorer les transports peut inclure l'élaboration de politiques nationales et locales de transport qui favorisent l'accès aux transports en commun, le transport privé abordable ou le transport fourni par la famille, les amis et les voisins (Encadré 6.1). Des différences opérationnelles sont susceptibles d'exister entre les milieux ruraux et urbains, mais généralement des améliorations peuvent être apportées en termes de :

- amélioration de l'accessibilité physique des véhicules, des gares, des arrêts et de leurs aires de repos ;
- accroître la pertinence et la commodité des transports publics en faisant des changements d'itinéraires ou d'horaires, ou les deux ;
- amélioration de l'accessibilité financière en offrant la gratuité ou des tarifs à prix réduit ;
- veiller à ce que les informations relatives au système soient accessibles (par exemple, les horaires) (80) ;
- fournir des sièges prioritaires pour les personnes à mobilité réduite ;
- former les opérateurs de transport à prendre en compte le fait que certains passagers puissent avoir besoin d'aide ou de plus de temps pour monter ou descendre des transports publics.

En outre, améliorer la mobilité des personnes âgées suppose de prendre en considération l'accessibilité sur l'ensemble de la chaîne de déplacement. Des services subventionnés de transport sur appel ou des bons de taxi peuvent combler certaines lacunes dans la couverture en matière de transports

Encadré 6.13. S'assurer que les personnes âgées se rendent où bon leur semble : Sri Lanka

Le niveau d'accessibilité des bâtiments publics est important pour garantir que les personnes âgées puissent accéder aux services, et soient à même de participer sur le plan social. Le projet Wellaway des Villes respectueuses des personnes âgées et des personnes handicapées au Sri Lanka, contribue à assurer l'accessibilité en fournissant des rampes, des surfaces podo-tactiles et des toilettes accessibles pour améliorer l'accès non seulement aux centres communautaires pour les personnes âgées, qui sont des lieux de rencontre populaires où les personnes âgées peuvent rencontrer leurs pairs, mais aussi aux lieux de culte, comme la mosquée de Wellaway et deux temples bouddhistes, ainsi qu'aux services publics, comme le poste de police, la gare routière et les centres médicaux communautaires.

publics ou répondre aux besoins de ceux qui ont des limitations fonctionnelles plus importantes (3).

Créer des opportunités pour la participation des personnes âgées

Être actif et participer à des activités civiques, ainsi qu'à des activités de loisirs et de divertissement, peuvent motiver les personnes âgées à rester mobiles et connectées sur le plan social. Être impliqué dans des activités à l'extérieur du domicile encourage les personnes âgées à marcher davantage et à faire de l'exercice, et peut contribuer à améliorer les capacités intrinsèques (Encadré 6.1 et Encadré 6.14). On peut encourager la participation en assurant qu'une variété d'événements soient disponibles, abordables et accessibles physiquement, ainsi qu'en prenant en compte les intérêts variés des personnes âgées (3).

Aptitudes à développer et entretenir des relations

Le fait d'entretenir des relations est souvent identifié par les personnes âgées comme étant essentiel à leur bien-être, et à mesure que les

Encadré 6.14. Les personnes âgées aident les enfants à lire et à étudier : États-Unis

Experience Corps est un programme de volontariat aux États-Unis qui place des personnes âgées bénévoles dans des écoles primaires publiques, en leur confiant des rôles importants qui sont conçus pour aider les écoles à répondre aux besoins de leurs élèves, ainsi que pour augmenter les activités sociales, physiques et cognitives des bénévoles. Le programme est conçu pour avoir un impact dans des domaines tels que l'amélioration de :

- l'intérêt des enfants pour la lecture et la découverte des livres ;
- l'alphabétisation des enfants ;
- la capacité des enfants à résoudre des problèmes ;
- la capacité des enfants à jouer de façon non violente ;
- l'assiduité scolaire.

Des équipes de 7 à 10 bénévoles sont affectées à chaque école, afin qu'un nombre suffisant de bénévoles soient disponibles pour avoir un effet sur toutes les classes au sein de l'école. Les volontaires s'engagent à consacrer au moins 15 heures par semaine à l'école pour toute la durée de l'année scolaire ; ils reçoivent une formation et une allocation pour rembourser leurs frais de transport et leurs repas. Les bénévoles reçoivent 30 heures de formation sur les compétences qui encouragent la flexibilité sur le plan mental, la coordination, l'apprentissage visuo-spatial et la résolution de problèmes. Les bénévoles se réunissent régulièrement pour planifier, résoudre des problèmes et se rencontrer. L'activité physique est stimulée de par la participation au programme, et inclut les trajets jusqu'à l'école et les déplacements au sein de l'école, comme monter et descendre les escaliers.

Ce programme a démontré des effets positifs sur la santé des personnes âgées. Un certain nombre d'essais randomisés ont évalué l'impact de la participation à *l'Experience Corps*. Les bénéfices pour les participants par rapport au groupe témoin ont montré :

- une augmentation de la force physique et des capacités (173, 174) ;
- une augmentation de l'activité cognitive ;
- le maintien de la vitesse de marche ;
- une amélioration des réseaux sociaux – c'est-à-dire que les bénévoles avaient des personnes à qui ils pouvaient faire appel pour obtenir de l'aide (174) ;
- moins de symptômes dépressifs (173).

Les bénévoles sont attirés par *l'Experience Corps*, par l'opportunité d'apporter une contribution significative à la société, et d'aider les enfants à la réussite scolaire. Le degré de satisfaction des bénévoles atteint 98 %, et 80 % des personnes interrogées sont retournées pour l'année scolaire suivante (175). Les programmes de promotion de la santé traditionnels qui se concentrent spécifiquement sur l'activité physique ont tendance à avoir des taux de rétention nettement plus faibles.

Initié en 1996 dans cinq villes des États-Unis, le programme a été étendu à 17 villes, et a inspiré des initiatives similaires au niveau international. Par exemple, au Japon, un programme nommé REPRINTS place des équipes de 6 à 8 personnes âgées bénévoles dans les écoles maternelles et les écoles primaires pour faire la lecture aux jeunes enfants. Une évaluation de suivi a constaté que ceux qui se sont portés volontaires de manière la plus assidue, étaient ceux qui avaient un contact significativement plus élevé avec leurs propres petits-enfants et d'autres enfants dans leurs quartiers, ainsi qu'une meilleure auto-évaluation de leur état de santé, par rapport à ceux qui ne se sont pas portés volontaires, ou qui l'ont seulement fait de manière épisodique (176).

Les opportunités de bénévolat, si elles sont bien conçues, peuvent être mutuellement bénéfiques pour les personnes âgées et leurs communautés. Des programmes comme *Experience Corps* et *Reprints*, ne doivent pas forcément être coûteux à mettre en place, et ils peuvent potentiellement générer des résultats positifs en termes de bénéfices sur la santé et de bénéfices sur le plan social autant pour les générations âgées que les jeunes générations (145, 177).

gens prennent de l'âge, ils peuvent accorder une priorité encore plus importante à cette aptitude (178). Un large éventail de relations sont importantes pour les personnes âgées, y compris leurs relations avec leurs enfants et d'autres membres de la famille, les relations intimes, et les relations sociales informelles avec des amis, des voisins, des collègues et des connaissances, ainsi que des relations plus formelles avec les prestataires de services communautaires.

Cette aptitude est également fortement interconnectée avec toutes les autres aptitudes, et peut avoir un impact sur elles (179-185). Par exemple, la quantité et la qualité des relations interpersonnelles, le degré de confiance et le sentiment d'appartenance à un réseau de personnes ayant des intérêts communs, peuvent influencer la jouissance d'autres capacités, comme le fait d'être mobile et de contribuer à la communauté (186). L'encadré 6.15 résume certains des mécanismes et des moyens par le biais desquels les réseaux sociaux peuvent affecter la santé et le bien-être de personnes âgées (187).

Les relations sociales sont un élément important du *Vieillessement en bonne santé* parce que lorsqu'elles sont positives, elles peuvent véhiculer des ressources, telles que le sentiment de confiance et le soutien social. Les relations avec la famille n'ont pas la même importance que celles avec des amis et des voisins. Les relations familiales se caractérisent à la fois par une solidarité et une ambivalence (188). Les personnes âgées bénéficient directement des interactions positives avec les réseaux sociaux, et indirectement si elles résident dans une communauté avec un haut niveau de cohésion sociale et de participation (186, 189, 190). De solides réseaux sociaux peuvent améliorer la longévité et la qualité de vie des personnes âgées, protéger des limitations fonctionnelles, et promouvoir la résilience (179-185). Malgré les avantages des relations, les personnes âgées peuvent trouver certaines d'entre elles pesantes. Par exemple, soigner un conjoint sur une longue durée peut affecter la santé mentale des aidants familiaux et leur capacité à tirer parti d'autres

Encadré 6.15. L'accès des personnes âgées aux ressources via les réseaux sociaux

Les personnes âgées peuvent obtenir différents types de soutien par le biais de leurs réseaux sociaux. Il existe quatre principaux types de soutien (179) :

- le soutien fonctionnel pour aider aux activités de la vie quotidienne, telles que faire les courses, se rendre à des rendez-vous, effectuer les tâches ménagères et payer les factures ;
- le soutien à l'évaluation, pour aider à la décision, obtenir un retour adéquat ou résoudre des problèmes ;
- le soutien en matière d'informations, qui comprend des conseils ou des informations sur des besoins particuliers ;
- un soutien affectif, qui comprend l'amour et l'amitié, la compréhension, la bienveillance et la reconnaissance.

Les réseaux peuvent aussi exercer une influence sociale. Les valeurs, les normes et les attitudes qui prévalent dans le réseau d'une personne peuvent influencer les individus, soit de façon à promouvoir la santé, soit à lui nuire ; par exemple, la consommation excessive d'alcool peut être acceptée ou encouragée au sein d'un groupe social, tout comme des amis peuvent décourager les personnes âgées de quitter leur domicile par peur des chutes.

En offrant des possibilités de participation sociale, les réseaux sociaux définissent et renforcent des rôles importants au sein de la famille, de la communauté et au-delà, qui à leur tour offrent un sentiment de valorisation, d'appartenance et d'attachement.

Les réseaux facilitent davantage l'accès à un revenu et à des biens matériels. Cet accès peut inclure des prêts en espèces pour aider à payer les frais d'un traitement médical, de soins de longue durée ou fournir un accès à un hébergement, à des repas ou à un revenu.

Les réseaux sociaux sont intégrés dans des contextes sociaux et culturels beaucoup plus larges, qui déterminent leur structure et leur fonction. Dans les communautés où la protection sociale et l'accès aux soins de santé sont limités, les réseaux sociaux peuvent jouer un rôle relativement plus important en offrant un accès aux ressources et aux services essentiels.

opportunités, comme la formation (191). Élever leurs petits-enfants peut exercer des contraintes financières, émotionnelles et physiques supplémentaires sur les grands-parents (192).

Les capacités à développer et à entretenir des relations et des réseaux sociaux sont étroitement liées à une série de compétences, y compris l'aptitude à nouer de nouvelles relations et à se comporter d'une manière adéquate sur le plan social. Elles sont aussi étroitement liées aux niveaux des capacités intrinsèques. Lorsqu'elles sont confrontées à une baisse de capacités, les personnes âgées peuvent trouver qu'il est plus difficile de maintenir leurs réseaux sociaux, qui par conséquent souvent se réduisent (179-185).

La solitude – c'est-à-dire l'insatisfaction quant à la quantité et la qualité des relations sociales, et l'isolement social (193) – qui représente le manque de contacts sociaux, est susceptible d'indiquer l'absence de réseaux sociaux solides. Celle-ci est associée à une baisse de l'état de santé et de la qualité de vie, bien que la solitude et l'isolement social soient des caractéristiques distinctes, et puissent avoir des effets indépendants sur la santé (194). Les estimations de la prévalence de l'isolement social chez les personnes âgées vivant dans des logements communautaires varient entre 7 et 17 %, selon les définitions et les mesures des résultats utilisées ; environ 40 % des personnes âgées déclarent se sentir seules (195). Les liens de causalité sont difficiles à déterminer, mais la solitude, l'isolement social, les facteurs de risque liés aux comportements, et une mauvaise santé tissent un réseau interdépendant, qui peut avoir un impact significatif sur le risque de limitations fonctionnelles, d'invalidité et de décès chez une personne âgée (186, 190, 196).

Les mesures efficaces pour développer et entretenir des relations

Identifier et s'attaquer à la solitude et à l'isolement social

Des données probantes justifient l'utilisation d'interventions pour lutter contre la solitude et l'isolement social, bien que celles-ci ne doivent pas simplement se concentrer sur un seul aspect du réseau complexe reliant ces caractéristiques distinctes, sans prendre en compte la contribution et l'impact qu'ils ont sur d'autres caractéristiques. Compte tenu de la prévalence de la solitude et de l'isolement social, il pourrait être important d'identifier les personnes à risque, comme celles qui ont récemment pris leur retraite ou qui viennent de subir un deuil. Identifier des personnes, grâce aux services de santé ou aux services sociaux, est plus simple que de répondre à la question de savoir comment aider les personnes âgées qui sont seules et isolées socialement. La recherche dans ce domaine est limitée, mais certains principes de mesures efficaces sont ressortis de ces recherches (195, 197-199).

- Les interventions de groupe (par exemple, fournir un soutien social, des programmes d'exercice physique ou de développement des compétences au sein de la communauté) ont tendance à être plus efficaces que les interventions individuelles, peut-être parce qu'elles offrent des possibilités de participation sociale et des opportunités de développer de nouveaux liens sociaux (Encadré 6.1).
- Les interventions en personne et celles assistées par les technologies (par exemple, par le biais du téléphone ou d'Internet) peuvent être toutes deux efficaces (Encadré 6.16).
- Il est important d'identifier et d'alimenter les types de réseaux qui prennent en charge les personnes âgées, par exemple qui gèrent leurs propres soins (113, 115).

- Les interventions participatives sont plus efficaces que les interventions non participatives, et les interventions disposant d'un fondement théorique ont tendance à être plus efficaces que celles qui en sont dépourvues.
- L'accès à des aides techniques appropriées apporte un soutien important (164, 203).
- Faciliter l'accès, la confiance et les compétences dans l'utilisation des TIC a également démontré son efficacité (204).

Créer des opportunités pour des rôles sociaux valorisants et des relations de réciprocité

Les relations basées sur la réciprocité sont importantes pour le sentiment d'estime de soi d'une personne âgée, et comme facteur de motivation pour le maintien de la participation sociale (205). Les Encadré 6.14 et Encadré 6.17 décrivent

Encadré 6.16. Le téléphone sonne à 5 heures : Portugal

Le téléphone sonne à 5 heures offre une source fiable de compagnie et de stimulation mentale pour les personnes âgées à Setúbal, au Portugal, qui ont des difficultés à quitter leur foyer. Le programme, qui est gratuit, et nécessite seulement que les participants disposent d'un téléphone, relie quatre personnes âgées chaque jour avec un animateur bénévole de la communauté. Les sujets abordés varient selon le jour et l'expertise de l'animateur, et comprennent des sujets d'actualité, de culture, de santé et de sport. En outre, le programme offre ce que l'on appelle des visites guidées, dans lesquelles des photos de centres d'intérêt locaux sont envoyées à l'avance aux participants par courrier, et l'animateur conduit le groupe à travers une visite et une discussion virtuelle (200). Ce programme a été mené avec succès comme projet pilote, de 2011 à 2013, et d'autres programmes similaires continuent de fournir des services par le biais de centres pour personnes âgées dans les communautés (appelés 'centres sans murs pour les aînés'), comme à Manitoba, au Canada (201), et à Oakland, en Californie (202).

des programmes efficaces encourageant ce type de relations mutuelles. Les 'banques de temps', grâce auxquelles les gens échangent leur temps et leurs services pour d'autres services, ont également prouvé qu'elles favorisaient les relations réciproques et renforçaient le capital social dans les collectivités (207). Créer des occasions d'interaction sociale par la création de locaux dédiés, d'événements spéciaux, de cours et de lieux de rassemblement, peut également améliorer les liens sociaux (Encadré 6.1 et Encadré 6.17).

Prendre en compte l'impact des bâtiments publics, des transports, du logement et des installations médicales sur les réseaux sociaux

Le recours des personnes âgées à l'aide sociale tend à augmenter avec la baisse des capacités (cognitives, intellectuelles, sociales et physiques) et avec l'inaccessibilité de l'environnement, comme les espaces sociaux et les transports. Les obstacles doivent être identifiés et éliminés, et les politiques doivent être mises à contribution pour créer des environnements favorables. Les politiques de transports tels que les transports publics accessibles et le développement du transport non-motorisé (par exemple, le cyclo-pousse à Lyon, en France) (208), l'utilisation des principes de la conception universelle dans l'environnement bâti et l'essor des quartiers piétonniers, ainsi que la disponibilité des aides techniques (voir le paragraphe sur la capacité à se déplacer) peuvent tous contribuer à encourager les réseaux sociaux (156, 199, 209-211). Les quartiers qui facilitent l'interaction sociale et le soutien mutuel peuvent être conçus à la fois par la mise en œuvre d'un aménagement urbain adéquat et le développement de services sociaux, tels que les centres pour seniors (Encadré 6.18).

Améliorer l'accès aux technologies de l'information et de la communication

Communiquer par téléphone ou par Internet est important pour maintenir des relations (213-215). Une série d'interventions ont clairement

Encadré 6.17. Redynamiser les principes d'échanges entre les générations : Allemagne

Des 'Centres intergénérationnels' en Allemagne renouent avec les principes d'échanges 'donnant-donnant' entre les générations, qui étaient courantes autrefois, dans les familles élargies. Ils fournissent aux jeunes et aux seniors un espace public dans le quartier, où toutes les générations peuvent se rencontrer, développer et entretenir des relations, et bénéficier de leurs différentes compétences, expériences et intérêts réciproques.

Depuis 2006, plus de 450 centres intergénérationnels ont été créés et subventionnés par le gouvernement allemand, créant une infrastructure pour la cohésion sociale dans les villes et les collectivités à travers le pays. Les services et les activités offerts comprennent des soins informels pour les personnes âgées qui sont dépendantes des soins, des formations, un soutien pour bénéficier de services pour les tâches ménagères, et des possibilités de bénévolat.

Au cœur de chaque centre intergénérationnel se trouve le "Offener Treff", une salle de séjour ouverte, dans laquelle les générations peuvent établir un contact dans une atmosphère détendue. Pour beaucoup, il offre un premier contact informel avec les services offerts, ainsi qu'avec des possibilités de bénévolat. Les activités intergénérationnelles qui facilitent le contact et le soutien mutuel sont mises en valeur. Celles-ci sont particulièrement utiles pour les enfants et les jeunes qui ont des possibilités limitées de rencontre et de partage avec les générations plus âgées, par exemple lorsque leurs grands-parents habitent loin. Dans les centres intergénérationnels, des personnes âgées peuvent enseigner aux adolescents des techniques artisanales traditionnelles ou des recettes, et les jeunes peuvent, à leur tour, enseigner aux personnes âgées l'utilisation des ordinateurs ou des Smartphones.

Environ 15 000 bénévoles participent au programme et sont au cœur de la réussite des centres. Les bénévoles assurent 60 % des activités qui sont offertes, et 20 % d'entre elles sont gérées exclusivement par des bénévoles. Ces activités comprennent, par exemple, la préparation des repas, la lecture d'histoires aux enfants, et l'encadrement des jeunes dans leurs choix professionnels. Pour de nombreuses personnes âgées, les centres sont le premier point de contact avec des opportunités de bénévolat, et ils ouvrent souvent la porte du rétablissement de contacts avec le marché du travail. Cette dynamique est activement soutenue par des opportunités de formation, de conseil et de réseautage offertes aux bénévoles.

Les centres intergénérationnels servent aussi comme lieux de coordination des informations et des services dans la communauté. Chacun d'eux est axé sur les besoins de la communauté locale. Par exemple, un service de consultation pour les personnes atteintes de démence a été établi dans le centre intergénérationnel 'Groß-Zimmern' pour informer les familles qui prodiguent des soins à domicile, des services de soutien qui existent. D'autres centres fournissent des services de garde d'enfants ou de soins pour les personnes âgées, par exemple en offrant des services flexibles qui complètent les services de jour habituels, et facilitent la tâche aux parents pour continuer de travailler et prendre soin de leurs parents. Les centres encouragent les contacts et la coopération avec les entreprises locales, les prestataires de services, les institutions culturelles et éducatives, et les médias. Dans le centre de la ville de Bielefeld, de jeunes retraités offrent un service bénévole à leurs pairs plus âgés, effectuent de petites réparations, comme changer des ampoules, qui complètent les services offerts par des entreprises locales.

Les centres intergénérationnels fournissent un soutien à toutes les étapes de la vie, et pour les personnes âgées en particulier, ils fournissent des services de soutien et d'information qui peuvent faciliter la participation active à la vie communautaire, et offrent des opportunités pour contribuer de manière significative à la communauté, mais ils soutiennent également des activités de la vie quotidienne qui peuvent permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps dans leurs foyers et dans leurs communautés. En favorisant les relations entre les générations, ces centres contribuent également à lutter contre les stéréotypes négatifs et les attitudes âgistes dans la communauté (206).

Encadré 6.18. Une ville pour les aînés : Suisse

Cité Seniors à Genève, en Suisse, est un centre d'information et de rencontre pour les personnes âgées, offrant un espace de socialisation, de formation et d'accès aux informations sur une grande variété de sujets. *Cité Seniors* organise des événements toute l'année, y compris des séminaires, des débats, des sorties culturelles et une variété de cours de formation. Plus de 25 cours et ateliers pratiques sont disponibles sur des sujets tels que l'informatique, les arts créatifs et le bien-être global. Un nouveau programme est disponible chaque semestre, et une journée d'inscription sur le site offre la possibilité d'en apprendre davantage sur les activités disponibles et de s'y inscrire. *Cité Seniors* fournit également un espace de rencontre pour la plate-forme des associations de personnes âgées de Genève – la *Plateforme des associations d'aînés de Genève* – qui rassemble plus de 35 000 membres. Les locaux sont utilisés par environ 25 000 personnes chaque année, et accueillent toutes les générations. *Cité Seniors* fait partie d'une plus large infrastructure de centres de rencontre pour les aînés, basés dans les quartiers (212).

démontré qu'elles amélioreraient l'accès des personnes âgées à ces ressources y compris l'utilisation d'aides techniques adéquates pour pallier aux déficiences sensorielles qui pourraient avoir un impact négatif sur la communication et les relations – qu'elles augmentaient la couverture et l'accessibilité des services de TIC, et amélioreraient la disponibilité d'informations accessibles, en particulier en faisant la promotion des événements et des structures offrant des possibilités d'interaction sociale.

Capacité à apporter sa contribution

Cette capacité couvre d'innombrables contributions que les personnes âgées apportent à leurs familles et leurs communautés, comme l'aide à des voisins et des amis, l'encadrement de leurs pairs ou de jeunes, et les soins aux membres de la

famille et de la communauté dans son ensemble. La capacité à apporter sa contribution est étroitement liée à la participation à des activités sociales et culturelles, qui font l'objet d'une discussion dans d'autres paragraphes traitant des capacités à développer et entretenir des relations et des capacités à apprendre, à se développer sur le plan personnel et à prendre des décisions.

Le volontariat et le travail sont deux domaines importants dans lesquels les adultes s'épanouissent à un âge avancé, et ils sont utilisés dans ce chapitre pour illustrer la capacité à apporter sa contribution. Le terme «travail» est pris au sens le plus large, et inclut le travail non rémunéré à domicile ou dans une entreprise familiale, le travail rémunéré pour une tierce personne ou organisation dans l'économie formelle ou informelle, ainsi que l'auto-emploi (165). Le bénévolat consiste en un travail non rémunéré que les personnes âgées choisissent d'effectuer pour des personnes en dehors de leur foyer, et pour la communauté en général (216).

Bien que les éléments de preuve soient limités, les recherches dans les pays à revenus élevés suggèrent que le travail et le bénévolat plus tard dans la vie, peuvent avoir des effets positifs sur la santé (217). Par exemple, les changements liés à l'âge en matière de capacités physiques, intellectuelles et cognitives peuvent être réduits par les activités physiques et intellectuelles liées au travail (127). Une étude longitudinale au Japon d'hommes âgés qui travaillaient, a constaté que la participation à un travail rémunéré pendant moins de 35 heures par semaine a contribué à maintenir la santé physique et mentale des personnes âgées (218). Les personnes âgées dans les pays à revenus élevés ou intermédiaires peuvent valoriser davantage le travail une fois qu'elles ont pris leur retraite, et de nombreuses personnes âgées désirent retourner au travail après la retraite, en particulier si le travail n'est pas exigeant physiquement, et qu'elles peuvent réduire le nombre d'heures de travail (219, 220).

Ainsi, faciliter différents types d'activités professionnelles pour les personnes âgées peut

avoir des avantages importants si les capacités le permettent, et si les conditions sont réunies pour un travail décent (221). Cependant, il y a de nombreux “si”. Comme décrit au Chapitre 1, des preuves montrent également que, par exemple, la plupart des personnes âgées au Royaume-Uni sont atteintes d’une certaine forme de handicap bien avant l’âge actuel de la retraite, et le risque d’invalidité avant l’âge de la retraite est beaucoup plus grand pour les personnes vivant dans des milieux défavorisés. En outre, non seulement les personnes âgées défavorisées sont plus susceptibles de présenter un niveau inférieur de capacités intrinsèques, elles sont moins susceptibles d’avoir les compétences ou les niveaux d’enseignement qui offrent une flexibilité et une opportunité pour un travail promouvant la santé. Les milieux du travail dans les pays à revenus faibles et intermédiaires sont susceptibles d’être trop dangereux et trop fatigants pour avoir des effets positifs.

La santé et le bénévolat ont une relation de réciprocité. Les personnes âgées qui sont en meilleure santé sont plus susceptibles de faire du bénévolat, et les gens sont en meilleure santé et plus heureux parce qu’ils font du bénévolat (222, 223). Les chercheurs ont fait valoir que le caractère altruiste du bénévolat contribuait à ses effets bénéfiques sur la santé (224, 225). Parce que le bénévolat est valorisé socialement, publiquement reconnu, et qu’il offre plus de choix que le travail ou les prestations de soins, il peut avoir des effets positifs encore plus prononcés que les autres formes de contribution sociale (226, 227). Les études auprès des personnes âgées ont démontré que le bénévolat améliorait la santé physique selon la propre évaluation des intéressés (228-230), réduisait l’hypertension (231), augmentait la force physique et la vitesse de marche (232, 233), et réduisait les symptômes dépressifs (234-236). Les effets positifs du bénévolat sur la santé physique et mentale ont également été observés chez les personnes de plus de 80 ans (229). Une étude longitudinale d’Américains âgés de 60 ans et plus a constaté que plus ils passaient de temps à des activités productives, plus les bénéfices

en matière de bien-être étaient élevés (237). Le bénévolat apporte des bienfaits aux personnes âgées de multiples autres façons : elles rapportent avoir acquis un sentiment de maîtrise, se sentent appréciées, le sentiment d’avoir un but, et d’avoir l’occasion d’apprendre et de donner quelque chose en retour (238).

Bien que les politiques dans de nombreux pays se concentrent sur le fait d’accroître les capacités des personnes âgées à apporter leur contribution, ceci exige d’autres capacités à améliorer comme conditions préalables. Cela exige également une gamme de politiques et de pratiques qui encouragent les aptitudes des personnes âgées à travailler et à faire du bénévolat, de manière à promouvoir le *Vieillessement en bonne santé*.

Les mesures efficaces pour encourager les capacités à apporter sa contribution

La décision des personnes âgées de travailler est influencée par leurs intérêts, leurs besoins financiers, la santé, la nature du travail proposé, et les implications pour leurs pensions.

Faire en sorte que les politiques soient efficaces exige des approches qui créent des possibilités pour les personnes âgées qui peuvent et veulent contribuer, et qui soutiennent des employeurs prêts à recruter, former et conserver des professionnels et des bénévoles. Les politiques doivent également lutter contre les inégalités : par exemple, en général, les femmes ont moins accumulé de ressources financières, et toute leur vie, sont susceptibles d’avoir passé plus de temps à assurer des soins aux aînés et aux enfants que leurs homologues masculins.

Les options politiques suivantes peuvent ne pas s’appliquer aux personnes âgées qui ont toujours participé au marché du travail informel.

Lutter contre l'âgisme et créer des environnements inclusifs qui tiennent compte de la diversité des âges

Les employeurs ont souvent des attitudes négatives envers les employés seniors (239). La discrimination liée à l'âge persiste même si les employés seniors ne sont pas nécessairement en moins bonne santé, moins instruits, moins habiles ou moins productifs que leurs homologues plus jeunes (240, 241). Les femmes âgées sont confrontées à des défis particuliers en matière d'emploi en raison de leur sexe et de leur âge.

Les stratégies pour combattre l'âgisme peuvent comprendre l'introduction de lois qui rendent illégale la discrimination liée à l'âge ; accroître les possibilités d'équipes intergénérationnelles, et élaborer des campagnes pour contester les mythes et les stéréotypes erronés qui entravent la capacité des personnes âgées à participer (242). Un certain nombre d'études ont porté sur le fait d'exposer les jeunes à une interaction avec les personnes âgées, afin de lutter contre les stéréotypes négatifs. Ce contact prolongé a prouvé qu'il réduisait les attitudes négatives et modérait les perceptions (243). Le contact avec des exemples positifs d'employés seniors peut améliorer les croyances implicites sur les personnes âgées (244). Une intervention consistant à fournir des informations sur les mythes et les réalités du vieillissement, suivie d'une discussion sur l'âgisme visant à transformer les attitudes, s'est révélée avoir modifié avec succès les perceptions des jeunes gens sur le vieillissement (245).

De nombreux pays à revenus élevés et intermédiaires ont mis en œuvre des lois anti-discrimination pour combattre l'âgisme. Par exemple, pour les pays de l'Union européenne, la directive-cadre sur l'égalité au travail 2000/78 / CE vise à lutter, dans le milieu du travail, contre la discrimination basée sur le handicap, l'orientation sexuelle, la religion et l'âge, et tous les États membres de l'Union européenne sont tenus de la mettre en œuvre dans leurs lois nationales (246). Les États-Unis, qui ont l'un des taux les plus

élevés de participation au marché du travail chez les personnes âgées de plus de 65 ans, possèdent certaines des plus fortes lois anti-discrimination ainsi que les mécanismes pour leur application : par exemple, la Loi datant de 1967, intitulée '*Age Discrimination in Employment Act*' qui interdit la discrimination en matière l'emploi envers les personnes âgées de plus de 40 ans. D'autres pays, comme les Pays-Bas, ont même été jusqu'à filtrer de manière proactive les offres d'emploi pour prévenir la discrimination liée à l'âge (247).

Abolir l'âge de la retraite obligatoire

L'âge n'est pas un indicateur fiable pour juger du potentiel d'employabilité ou de la productivité potentielle des employés. L'OCDE a recommandé l'élimination, à terme, de toutes les politiques de retraite obligatoire, afin de bénéficier aux travailleurs, aux employeurs et aux économies (247). De nombreux pays, y compris ceux qui ont pris des mesures pour accroître la participation des personnes âgées à la main-d'œuvre, ont encore en vigueur un âge de retraite obligatoire, ou des activités de soutien à l'âge de la retraite obligatoire. Les organisations des Nations Unies ont aussi un âge de retraite obligatoire. Les politiques appliquant un âge de retraite obligatoire ne contribuent pas à créer des emplois chez les jeunes, comme cela avait été envisagé au départ, mais elles réduisent la capacité des employés seniors à apporter leur contribution, et réduisent les possibilités d'une organisation de bénéficier des compétences des personnes âgées.

Réformer les systèmes de retraite qui incitent à la retraite anticipée ou pénalisent le retour au travail

La disponibilité et la conception des systèmes de retraite peuvent soit augmenter, soit diminuer la participation à la population active. Dans les pays à faibles revenus, de nombreux adultes ont besoin d'un travail rémunéré (aussi dans le sens d'un travail agricole ou d'une activité de subsistance) tout au long de leur vie, parce qu'il n'existe pas de filets de protection sociale, et ils ne peuvent

pas se permettre financièrement de prendre leur retraite (248). En revanche, les pays riches qui ont élargi la couverture et la générosité de leur système de retraite, permettent aux travailleurs âgés de se retirer du marché du travail à un âge moins avancé (249). Les politiques imposant la retraite obligatoire réduisent les possibilités et la motivation des personnes âgées de continuer à travailler. Par exemple, au Japon, si toutes les autres valeurs sont constantes, on observe que la retraite obligatoire a réduit de 20 % la probabilité des hommes âgés de 60 à 69 ans de rester dans la vie active (86). La participation à la population active est susceptible d'être réduite si les personnes âgées ont droit à une pension, mais le système limite les revenus lorsqu'elles perçoivent une retraite (86). Les systèmes de retraite qui n'incitent pas à la retraite anticipée ou qui ne pénalisent pas les retraités qui retournent au travail peuvent constituer une influence particulière sur la volonté des personnes âgées à travailler. En Suède, par exemple, les individus peuvent cesser de recevoir la totalité ou une partie de leur retraite et continuer à travailler à tout âge, sans contraintes sur leurs revenus professionnels (250).

Soutenir les options de retraite progressive et les modalités de travail flexibles

Une des options souhaitées que les personnes approchant l'âge habituel de la retraite ont identifiée, est la flexibilité du travail à temps partiel. Les plans de retraite échelonnée restent encore à évaluer, mais ils ont néanmoins le potentiel de permettre aux entreprises de conserver leurs employés expérimentés (251, 252). Les politiques qui offrent l'option de la retraite partielle – soit une évolution progressive du travail vers la retraite – et qui en éliminent les obstacles financiers, peuvent permettre aux individus de quitter ou réintégrer leur travail à souhait. Des passerelles vers une retraite progressive peuvent permettre aux personnes âgées de changer de secteur dans lequel elles travaillent, de se mettre à leur propre compte, ou de réduire le nombre d'heures de travail. Le Japon, la Norvège et la

Suède, par exemple, ont particulièrement bien réussi à mettre en œuvre des régimes de retraite partielle formels et des programmes de formation pour aider les employés seniors à améliorer leurs compétences et à rester plus longtemps sur le marché du travail (242, 253).

Les employés seniors peuvent souhaiter des modalités de travail flexibles pour un certain nombre de raisons. Par exemple, ils peuvent avoir besoin ou souhaiter endosser des responsabilités de prestation de soins pour leurs parents, leurs partenaires ou leurs petits-enfants. Des modalités de travail flexibles peuvent permettre aux gens de travailler à temps partiel, ou de disposer de flexibilité dans leurs heures de travail, ou de travailler à domicile ou à l'extérieur d'un bureau. Elles peuvent également inclure des pratiques de rémunération flexibles ; par exemple, à mesure que les employés seniors changent de responsabilités, leur salaire peut changer à la mesure de leur contribution au monde du travail. Les programmes d'emploi particulièrement progressistes prennent en considération la conciliation entre vie professionnelle et vie privée, ainsi que les responsabilités des aidants familiaux (86), et aident les sociétés à atteindre une meilleure adéquation entre le désir de travail des personnes âgées et ce qu'offrent les employeurs. Les expériences en Finlande et dans d'autres pays européens, suggèrent que l'amélioration de l'adéquation entre les préférences et les capacités des employés seniors et leur emploi, exige non seulement l'intervention active des décideurs politiques mais aussi des responsables des ressources humaines (254).

Envisager des mesures d'incitation qui encouragent les employeurs à retenir, former, recruter, protéger et récompenser les travailleurs seniors

De nombreux pays, qui sont confrontés à des pénuries de main-d'œuvre, à des taux élevés de chômage de longue durée, et à des systèmes de retraite saturés, offrent des incitations aux employeurs pour embaucher des professionnels âgés. Les mesures d'incitation diffèrent selon les pays, mais sup-

posent habituellement d'exonérer les employeurs de certains impôts, de leur offrir des primes, ou de leur fournir un accès aux marchés publics. Les subventions salariales qui sont utilisées comme alternative aux programmes de formation professionnelle publics ou privés pour les travailleurs seniors, ont été proposées comme une option rentable sur le plan financier, mais demandent encore à faire l'objet d'une évaluation (255). Certains pays offrent des incitations à l'embauche de groupes spécifiques de travailleurs seniors, notamment les femmes, les personnes à faibles revenus et ceux qui ont été incarcérés. Certains pays ont des lois de protection de l'emploi qui incitent spécifiquement les employeurs à embaucher les femmes sans emploi âgées de plus de 50 ans, et les hommes sans emploi âgés de plus de 55 ans (248) ; ces pays sont l'Autriche, la Bulgarie, la France, la Grèce, la Hongrie, la Lituanie et la Slovaquie. La France, qui possède l'un des plus faibles taux de mobilité professionnelle pour les travailleurs seniors des pays de l'OCDE, fournit une aide financière et l'accès aux marchés publics pour les employeurs qui embauchent des chômeurs âgés de plus de 50 ans. Singapour a mis en œuvre un programme d'incitation qui ne limitait pas les niveaux de rémunération, et les entreprises ont bénéficié d'incitations de l'État, mais les travailleurs âgés recevaient des salaires en dessous du cours du marché.

Aider les personnes âgées à planifier la deuxième moitié de la vie, et investir dans l'apprentissage continu

L'espérance de vie accrue a une grande incidence, à la fois sur la durée de la vie professionnelle des gens, et sur la façon qu'ils peuvent choisir pour se réinventer au cours de cette période. Offrir des conseils adéquats et accessibles sur les possibilités de carrières tout au long de la vie peut aider les gens à prendre des décisions éclairées au sujet de transitions dans la vie, y compris de s'engager dans une formation et un emploi tout au long de la vie.

Bien que chaque génération de personnes âgées devienne plus instruite que la génération précédente, un ingrédient essentiel pour aider

à assurer l'employabilité et l'emploi des professionnels, consiste en l'apprentissage tout au long de la vie, en particulier pour les travailleurs seniors et tout particulièrement pour ceux dans des emplois peu qualifiés (247). Les employeurs doivent investir dans les travailleurs seniors afin qu'ils restent actifs, que leurs connaissances soient à jour, et qu'ils puissent rester flexibles et adaptés aux exigences du travail. En plus de fournir un apprentissage et de la formation, on peut envisager également d'assurer un mentorat, des programmes de compagnonnage et de rotation des postes. Bien que différentes approches aient été entreprises dans un certain nombre de pays, il est difficile de déterminer ce qui fonctionne en termes de politiques et de pratiques (49, 247, 256).

Investir dans la santé et les aptitudes fonctionnelles

Dans tous les pays, le mauvais état de santé est la raison la plus fréquente pour laquelle les personnes sont obligées de prendre leur retraite, suivi par les licenciements, et l'incapacité de trouver un nouvel emploi (257). Veiller à ce que la population active soit en bonne santé est une condition préalable pour permettre aux seniors de travailler plus longtemps et une considération essentielle pour toutes les modifications proposées pour l'âge de la retraite ou l'accès aux pensions. L'absentéisme pour des raisons liées à la santé a lieu moins souvent chez les employés seniors, mais quand il se produit, la durée est souvent plus longue. Investir dans des activités qui favorisent le *vieillessement en santé*, y compris des changements d'attitudes et de comportements, sera crucial pour optimiser la santé de tous les travailleurs.

Les lieux de travail qui encouragent les employés à entretenir leurs capacités par l'activité physique et une alimentation nutritive peuvent favoriser la santé de leurs employés (Chapitre 3). Lorsque les aptitudes fonctionnelles des travailleurs diminuent, la disponibilité

d'aides techniques et d'autres aménagements raisonnables peut leur permettre de continuer à travailler.

Un autre mécanisme permettant d'entretenir la santé, la productivité et l'employabilité des travailleurs seniors, consiste à les soutenir avant qu'ils ne soient épuisés ou perdent leur motivation. Modifier leurs tâches ou la séquence des tâches, en particulier si elles sont mentalement ou physiquement épuisantes sur une longue période, peut aider les employés à éviter la maladie et la perte de motivation (248). Les travailleurs peuvent effectuer un travail donné jusqu'à ce qu'ils aient atteint leur productivité optimale, et ensuite, avant qu'ils ne perdent ce niveau de productivité, ils peuvent être déplacés vers un nouvel ensemble de tâches qui nécessite un niveau de qualification similaire ou supérieur, en fonction des capacités de l'individu (258, 259).

Créer les conditions du bénévolat

Les facteurs qui influencent le bénévolat sont vastes, mais le désir d'aider, une expérience précédente de bénévolat, avoir travaillé mais être à la retraite, devenir un aidant familial, vivre une dégradation de son état de santé, ou le décès d'un conjoint constituent des facteurs importants (260-264). Toutefois, les personnes âgées sont susceptibles de faire du bénévolat surtout en raison de leur désir d'aider les autres et de rester actives (265, 266).

La générativité – soit le désir de travailler avec les jeunes et de transmettre des connaissances – devient plus marquée avec l'âge (221, 263). Ce rapport ne peut pas explorer toutes les diverses façons qu'ont les organisations pour soutenir les personnes âgées bénévoles. Cependant, la recherche suggère un certain nombre de considérations importantes, et notamment celles décrites ci-dessous.

- **Encourager les gens à avoir la confiance en soi nécessaire pour faire du bénévolat.** La formation est essentielle pour renforcer le sentiment de confiance des personnes âgées et leur permettre de devenir des lea-

ders efficaces. Les personnes âgées peuvent craindre que si elles se lancent dans du bénévolat, elles soient condamnées à y engager beaucoup de temps et d'énergie. En même temps, il peut être coûteux pour les organisations d'avoir un taux de roulement important de bénévoles. Fournir des informations claires sur les exigences de l'organisation et assurer que le soutien soit disponible, sont essentiels pour aider les bénévoles à prendre des décisions éclairées.

- **Offrir des opportunités de rencontre entre les organisations et les bénévoles.** Il existe plusieurs façons de sensibiliser à la disponibilité et aux compétences des personnes âgées, et créer des mécanismes pour accéder à leurs connaissances et à leurs compétences, comme les "banques de cerveaux" en Thaïlande, qui fournissent des informations et facilitent les contacts avec des travailleurs retraités qualifiés et expérimentés pour un large éventail d'organisations.
- **S'assurer que le type et la nature du travail donnent satisfaction.** Assurer la satisfaction personnelle des bénévoles est essentiel pour les fidéliser. Lorsque des bénévoles ont été comparés avec un échantillon apparié d'employés rémunérés effectuant des tâches similaires dans la même organisation, l'autonomie (c'est-à-dire, avoir le choix et le contrôle de ses actes) et la capacité aux relations (c'est-à-dire, être en mesure de développer et de maintenir des relations sûres et respectueuses avec les autres) ont été plus positivement liées aux intentions des bénévoles à rester dans l'organisation, et cette relation est liée à la satisfaction générée par la tâche effectuée par le bénévole (267).
- **Assurer la «correspondance» entre les motivations des bénévoles et le rôle qui leur est attribué.** Faire coïncider les motivations des bénévoles potentiels avec les messages utilisés pour le recrutement a prouvé son importance (268). On a constaté

que les bénévoles dont les rôles correspondaient à leurs motivations tiraient davantage de satisfaction et de plaisir de leur prestations et étaient plus susceptibles de continuer à faire du bénévolat (268). Faire correspondre les opportunités de bénévolat aux motivations des bénévoles, pourraient ainsi augmenter la satisfaction et diminuer le taux de roulement de la main d'œuvre bénévole.

- **Offrir une indemnisation pour encourager la fidélisation.** Bien que l'indemnisation en espèces soit difficile à assurer pour de nombreuses organisations, le taux de rotation peut être réduit en offrant une compensation financière ou en nature pour couvrir les dépenses des bénévoles. L'utilisation d'allocation a également été associée à la capacité d'engager diverses populations, d'augmenter le maintien en poste et de garantir que les bénévoles aient la meilleure expérience possible (269).
- **La gestion des ressources humaines.** La façon dont les bénévoles sont contactés, sélectionnés, formés et supervisés influence le recrutement et le maintien en poste. Par exemple, la méthode de recrutement la plus efficace est ce qu'on appelle la sollicitation directe (264, 270). Bien qu'il soit moins probable qu'on fasse appel aux personnes âgées pour du bénévolat, celles à qui l'on propose, acceptent cinq fois plus de faire du bénévolat, que celles que l'on n'a pas sollicitées (271). Le sens attribué au travail volontaire, le soutien et les conseils du personnel, et les relations avec les autres bénévoles sont tout aussi importants pour la qualité de l'expérience du bénévolat (221). Une étude menée en Angleterre a montré que plus les bénévoles se sentaient appréciés, plus ils étaient satisfaits de leur vie en général (272).

La voie à suivre

Préserver les aptitudes fonctionnelles chez les personnes âgées est important pour faire face au vieillissement de la population. La prise en compte des capacités des personnes âgées, en mettant l'accent sur les ressources personnelles et celles de l'environnement, ainsi que sur les capacités intrinsèques, est pertinente pour tous les pays. Les priorités stratégiques peuvent varier, et les pays devront adapter les actions à leurs contextes spécifiques, mais améliorer l'adéquation entre les personnes âgées et leurs environnements est réalisable partout dans le monde.

Mettre l'accent sur l'optimisation des aptitudes fonctionnelles aide les gouvernements, la société civile et d'autres partenaires à mettre davantage l'accent sur les résultats et l'impact. Se concentrer sur les capacités, modifie l'accent porté aux intrants – par exemple, le transport – en le déplaçant sur les résultats – comme l'accessibilité et la mobilité. Ce faisant, on souligne à la fois ce qui est important pour les personnes âgées et les programmes des différents secteurs ou organismes, ce qui constitue une approche gagnant-gagnant. En outre, cet accent mis sur les aptitudes fonctionnelles va au-delà de la seule utilisation de check-lists, qui ont des limites car elles ne tiennent pas compte du rôle de l'environnement qui stimule les capacités et peuvent être propices aux aptitudes : elles partent du principe que tout le monde doit bénéficier de manière équitable d'une ressource particulière, et ne reconnaissent pas le fait qu'un facteur puisse en annuler un autre, comme par exemple, le fait de réaliser un aménagement du logement puisse réduire le besoin de soins de longue durée.

Dans une période de préoccupation accrue sur les conséquences du vieillissement de la population, l'augmentation de l'austérité nationale et les crédits limités en matière de soutien, l'accent sur les aptitudes fonctionnelles offre un moyen, pour tous les secteurs, à tous les niveaux de gouvernement, de décider ensemble comment

‘ajouter de la santé aux années’ le plus efficacement possible.

Chaque paragraphe de ce chapitre a fourni des options de mesures pouvant être prises pour améliorer différents domaines de compétences. Le [Tableau 6.2](#) illustre les contributions que les différents secteurs peuvent apporter pour favoriser les aptitudes fonctionnelles. Les trois approches suivantes sont essentielles pour répondre à ces questions transversales, et sont discutées au Chapitre 7 :

1. lutter contre l’âgisme ;
2. encourager l’autonomie ;
3. soutenir le *Vieillessement en bonne santé* dans toutes les politiques et à tous les niveaux de gouvernement.

Inciter au changement exige une collaboration entre différents niveaux de gouvernement, et entre le gouvernement et les acteurs non gouvernementaux, y compris, par exemple, les univer-

sitaires et les organisations de personnes âgées. Les mesures qui peuvent appuyer l’action intersectorielle sur le *Vieillessement en bonne santé* comprennent (273, 274) :

- sensibiliser au *Vieillessement en bonne santé* ;
- adapter les messages de sensibilisation à des secteurs particuliers, sur la façon dont ils peuvent contribuer au *Vieillessement en bonne santé* ;
- s’inspirer d’expériences antérieures réussies en matière d’action intersectorielle ;
- mettre en place des dispositifs organisationnels qui favorisent la collaboration continue, afin d’inclure le *Vieillessement en bonne santé* dans tous les secteurs ;
- institutionnaliser l’objectif visant l’amélioration des aptitudes fonctionnelles ;
- mesurer les résultats des aptitudes, et consigner les mesures ou les interventions spécifiques qui ont été prises ;
- combler les lacunes de la recherche.

Tableau 6.2. Exemples d'interventions qui contribuent à atteindre les cinq aptitudes essentielles au Vieillissement en bonne santé, par secteur

		Secteur					
Aptitudes	Transport	Logement	Protection sociale & assistance	Développement urbain	Information & communication	Éducation & emploi	Santé et soins de longue durée
Répondre aux besoins de base	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des options de transport sûres pour l'accès aux services de base, aux services alimentaires et aux services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir un accès à un logement adéquat 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une assurance sociale pour assurer la sécurité du revenu. Fournir une assistance aux familles qui prennent soin de membres de la famille âgés 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les structures et les terrains/sites soient accessibles, sûrs et bien conçus 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que des informations claires et accessibles soient disponibles sur les services sociaux et de santé disponibles pour les personnes âgées. Veiller à ce que la planification d'urgence tienne compte des besoins des personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir des programmes de remise à niveau adaptés aux employés âgés 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce qu'une gamme adéquate de services de santé et de soutien soient disponibles pour la promotion, le maintien et le rétablissement des capacités
Apprendre, se développer et décider	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les opérateurs de transport de première ligne soient formés aux besoins des personnes âgées et des pratiques non-discriminatoires 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les personnes âgées disposent d'informations sur les options de logement 	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la planification préalable des soins 	<ul style="list-style-type: none"> Développer une infrastructure piétonnière qui utilise les principes de la conception universelle. Encourager l'utilisation du transport non motorisé 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir des programmes éducatifs qui fassent découvrir aux personnes âgées les nouvelles technologies, qui peuvent les aider à combattre la solitude et l'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir un accès à des ordinateurs et à Internet à un moindre coût (par exemple, dans les bibliothèques et les centres communautaires). Veiller à ce que le sous-titrage des émissions de télévision soit disponible pour les personnes ayant une déficience auditive 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des budgets personnels

Aptitudes	Secteur						
	Transport	Logement	Protection sociale & assistance	Développement urbain	Information & communication	Éducation & emploi	Santé et soins de longue durée
Être mobile	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que les transports en commun soient accessibles aux personnes âgées et aux personnes handicapées. - Veiller à ce que les personnes âgées aient des sièges prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Aider à l'aménagement du domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que des options de transport spécialisées soient disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer des conditions de sécurité routière pour la conduite et pour les piétons qui traversent les routes. - Fournir un stationnement prioritaire aux personnes âgées handicapées. - Fournir des toilettes publiques propres 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que l'information sur les options de transport et les horaires soient disponibles dans des formats accessibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que les lieux de travail soient adaptés aux besoins des personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir une évaluation précoce des besoins en matière de logement
Développer et entretenir des relations	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que les transports en commun assurent suffisamment d'arrêts et de stations pour permettre aux personnes âgées d'accéder aux centres pour seniors, aux édifices religieux et pour rendre visite à leurs familles 	<ul style="list-style-type: none"> - Concevoir des logements qui facilitent l'intégration dans la communauté. - Veiller à ce que le logement ne soit pas surpeuplé 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les organisations bénévoles afin de faciliter l'accès des personnes âgées à des activités sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir des endroits dans la collectivité, où les gens peuvent se rencontrer, comme les centres communautaires, les centres pour seniors, et les parcs publics 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir des informations accessibles sur les activités sociales et les loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que les professionnels seniors aient la possibilité de partager leur expertise avec d'autres professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les personnes âgées à développer et maintenir leurs capacités intrinsèques

Secteur							
Aptitudes	Transport	Logement	Protection sociale & assistance	Développement urbain	Information & communication	Éducation & emploi	Santé et soins de longue durée
Apporter sa contribution	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que le transport soit disponible pour amener les gens au travail ou aux activités de bénévolat 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que le logement soit situé à proximité des services et des opportunités de travail ou de bénévolat 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir une assurance-chômage 	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la sécurité des déplacements à pied pour le transport (par exemple, pour se rendre au travail) et pour les loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir des informations sur les possibilités de bénévolat. - Mettre en œuvre des campagnes de communication pour encourager l'âgeisme au travail par les employeurs et les employés plus jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce qu'il y ait un éventail de possibilités pour les travailleurs âgés. - Veiller à ce que la retraite soit un choix et ne soit pas obligatoire. - Mettre en œuvre des politiques visant à prévenir la discrimination liée à l'âge 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir une assurance santé qui inclut la couverture des dépenses de santé catastrophiques

Liste des références

1. Attitudes about Aging: a global perspective. Washington (DC): Pew Research Center; 2014 (<http://www.pewglobal.org/files/2014/01/Pew-Research-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf>, accessed 10 July 2015).
2. Center for Excellence in Universal Design [website]. Dublin: National Disability Authority; 2012 (<http://universaldesign.ie/>, accessed 1 July 2015).
3. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, accessed 20 July 2015).
4. Safe streets for seniors. In: New York City Department of Transportation [website]. New York: City of New York; 2015 (<http://www.nyc.gov/html/dot/html/pedestrians/safeseniors.shtml>, accessed 1 July 2015).
5. Handi-Transit. In: City of Winnipeg [website]. Winnipeg: City of Winnipeg; 2015 (<http://winnipegtransit.com/en/handi-transit/handi-transit>, accessed 1 July 2015).
6. What is a men's shed? In: Australian Men's Shed Association [website]. Windale (NSW): Australian Men's Shed Association; 2015. (<http://www.mensshed.org/what-is-a-men-s-shed.aspx>, accessed 1 July 2015).
7. The universal declaration of human rights. New York: United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/documents/udhr/>, accessed 10 July 2015).
8. Naughton C, Drennan J, Treacy MP, Lafferty A, Lyons I, Phelan A, et al. Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the national study of elder abuse and neglect. Dublin: National Centre for the Protection of Older People; 2010. (<http://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/Study%203%20Prevalence.pdf>, accessed 20 July 2015.)
9. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2012;7(3):e33857.doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0033857> PMID: 22448276
10. Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol*. 2011 Jul;30(4):377–85.doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022826> PMID: 21534675
11. Illiffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *Br J Gen Pract*. 2007 Apr;57(537):277–82. PMID: 17394730
12. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 10 July 2015).
13. Blazer DG, Sachs-Ericsson N, Hybels CF. Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults. *Am J Public Health*. 2005 Feb;95(2):299–304.doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2003.035576> PMID: 15671468
14. World Development Report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>, accessed 20 July 2015).
15. Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2008 (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/growing-unequal_9789264044197-en#page1, accessed 20 July 2015).
16. Middleton S, Hancock R, Kellard K, Beckhelling J, Phung VH, Perren K. Measuring resources in later life: a review of the data. York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2007. (<http://www.jrf.org.uk/system/files/2001-measuring-resources-older-people.pdf>, accessed 10 July 2015).
17. Zimmer Z, Das S. The poorest of the poor: composition and wealth of older person households in sub-Saharan Africa. *Res Aging*. 2014 May;36(3):271–96.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027513484589> PMID: 25650994
18. World development report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>, accessed 10 July 2015).
19. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012. (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 10 July 2015).
20. International covenant on economic, social and cultural rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 10 July 2015).
21. The right to adequate housing. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2014 (Fact sheet No. 21/Rev. 1; http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf, accessed 20 July 2015).
22. Howden-Chapman P, Signal L, Crane J. Housing and health in older people: ageing in place. *Soc Policy J NZ*. 2010;13:14–30.
23. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD008657. PMID: 23450585

24. Healthy ageing: a challenge for Europe. Stockholm: Swedish National Institute for Public Health; 2006 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20Ageing%20-%20A%20Challenge%20for%20Europe.pdf>, accessed 10 July 2015).
25. Gibson M, Petticrew M, Bamba C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place*. 2011 Jan;17(1):175–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.011> PMID: 21159542
26. Beard JR, Cerdá M, Blaney S, Ahern J, Vlahov D, Galea S. Neighborhood characteristics and change in depressive symptoms among older residents of New York City. *Am J Public Health*. 2009 Jul;99(7):1308–14. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.125104> PMID: 19008519
27. Lipman B, Lubell J, Salomon E. Housing an aging population: are we prepared. Washington (DC): Center for Housing Policy; 2012. (<http://www.nhc.org/media/files/AgingReport2012.pdf>, accessed 10 July 2015).
28. Pope ND, Kang B. Residential relocation in later life: a comparison of proactive and reactive moves. *J Hous Elder*. 2010;24(2):193–207. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763891003757122>
29. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
30. James M, Graycar A, Mayhew P. A safe and secure environment for older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2003. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/51/rpp051.pdf, accessed 10 July 2015).
31. Bachman R, Meloy ML. The epidemiology of violence against the elderly: implications for primary and secondary prevention. *J Contemp Crim Justice*. 2008;24(2):186–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1043986208315478>
32. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998 Aug 5;280(5):428–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.280.5.428> PMID: 9701077
33. Hutton D. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://www.who.int/ageing/publications/Hutton_report_small.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
34. Derges J, Clow A, Lynch R, Jain S, Phillips G, Petticrew M, et al. 'Well London' and the benefits of participation: results of a qualitative study nested in a cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2014;4(4):e003596. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003596> PMID: 24694622
35. Guidelines for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2012 (http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2000&Itemid=, accessed 20 July 2015).
36. Cooper K, Stewart K. Does money in adulthood affect adult outcomes? York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2015. (<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/money-adult-outcomes-full.pdf>, accessed 10 July 2015).
37. Beard JR, Tracy M, Vlahov D, Galea S. Trajectory and socioeconomic predictors of depression in a prospective study of residents of New York City. *Ann Epidemiol*. 2008 Mar;18(3):235–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.10.004> PMID: 18083544
38. Gorman M. Age and security: how social pensions can deliver effective aid to poor older people and their families. London: HelpAge International (<http://www.globalaging.org/pension/world/2004/security.pdf>, accessed 20 July 2015).
39. Soares S, Osorio RG, Soares FV, Medeiros M, Zepeda E. Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality. *Estudios económicos*. 2009;(1):207–24. (<http://core.ac.uk/download/pdf/6327963.pdf>, accessed 14 August 2015).
40. McKinnon R. Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. Developments and trends: supporting dynamic social security. Geneva: International Social Security Association; 2007:31–7. (<https://www.issa.int/html/pdf/publ/2DT07.pdf>, accessed 10 July 2015).
41. Asher M. The future of old age income security. New York: International Longevity Centre Global Alliance; 2013 (Revised version of Robert Butler Memorial Speech, delivered at the International Centre Global Alliance Symposium on The Future of Ageing, Singapore, 21 June 2013; http://www.ilc-alliance.org/images/uploads/publication-pdfs/The_future_of_old_age_income_security_Oct_2013_1.pdf, accessed 20 July 2015).
42. Duflo E. Grandmothers and granddaughters: old age pension and intra-household allocation in South Africa. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2000. (<http://economics.mit.edu/files/732>, accessed 10 July 2015).
43. World development report 2011: conflict, security, and development. Washington (DC): World Bank; 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-8439-8>
44. Shin E, Do YK. Basic old-age pension and financial wellbeing of older adults in South Korea. *Ageing Soc*. 2015;35:1055–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X14000051>
45. Bussolo M, Koettl J, Sinnott E. Golden aging: prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia. Washington (DC): World Bank; 2015. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22018>, accessed 10 July 2015).

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé

46. Why social pensions are needed now. London: HelpAge International; 2006 (<http://www.helpage.org/silo/files/why-social-pensions-are-needed-now.pdf>; accessed 20 July 2015).
47. Sadana R, Foebel AD, Williams AN, Beard JR. Population ageing, longevity, and the diverse contexts of the oldest old. *Public Policy Aging Rep.* 2013;23(2):18–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ppar/23.2.18>
48. Social protection floor. In: Social Protection Floor Initiative [website]. Geneva: Social Protection Floor Initiative; 2014 (<http://www.socialprotectionfloor-gateway.org/4.htm>, accessed 7 July 2015).
49. Maclean R, Wilson D, editors. International handbook of education for the changing world of work. Dordrecht, Netherlands: Springer; 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-5281-1>
50. Asher M. Pension plans, provident fund schemes and retirement policies: India's social security reform imperative. *ASCI J Manag.* 2010;39(1):1–18. ([http://journal.asci.org.in/Vol.39\(2009-10\)/39_1_Mukul%20G%20Asher.pdf](http://journal.asci.org.in/Vol.39(2009-10)/39_1_Mukul%20G%20Asher.pdf), accessed 14 August 2015).
51. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. *Soc Indic Res.* 2010;99(3):405–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9588-5>
52. Braubach M, Power A. Housing conditions and risk: reporting on a European study of housing quality and risk of accidents for older people. *J Hous Elder.* 2011;25(3):288–305. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763893.2011.595615>
53. Hui ECM, Wong FKW, Chung KW, Lau KY. Housing affordability, preferences and expectations of elderly with government intervention. *Habitat Int.* 2014;43:11–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.habitatint.2014.01.010>
54. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of "aging in place" to older people. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):357–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098> PMID: 21983126
55. van der Pas S, Ramklass S, O'Leary B, Andersen S, Keating N, Cassim B. Features of home and neighbourhood and the liveability of older South Africans. *Eur J Ageing.* 2015;30 May:1–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-015-0343-2>
56. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing 'best-fit'. *Can J Aging.* 2013 Dec;32(4):319–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980813000408> PMID: 24128863
57. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 10 July 2015).
58. The National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. executive summary. Canterbury (England): Personal Social Services Research Unit; 2013 (<http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs053.pdf>, accessed 10 July 2015).
59. Wahl HW, Iwarsson S, Oswald F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):306–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154> PMID: 22419248
60. Nygren C, Oswald F, Iwarsson S, Fänge A, Sixsmith J, Schilling O, et al. Relationships between objective and perceived housing in very old age. *Gerontologist.* 2007 Feb;47(1):85–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/47.1.85> PMID: 17327544
61. Tanner B, Tilse C, de Jonge D. Restoring and sustaining home: the impact of home modifications on the meaning of home for older people. *J Hous Elder.* 2008;22(3):195–215. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763890802232048>
62. Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB. Relocation remembered: perspectives on senior transitions in the living environment. *Gerontologist.* 2014 Feb;54(1):75–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt070> PMID: 23840021
63. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (1):CD004441. PMID: 15674948
64. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. *Gerontologist.* 2016. (In press.).
65. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. *J Epidemiol Community Health.* 1996 Oct;50(5):551–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.50.5.551> PMID: 8944864
66. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Rossum E, van Eijk JT, Yardley L, Kempen GI. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Apr;55(4):603–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x> PMID: 17397441
67. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO Safe Community. *Public Health.* 2001 Sep;115(5):308–16. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506\(01\)00468-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506(01)00468-1) PMID: 11593439
68. Poulstrup A, Jeune B. Prevention of fall injuries requiring hospital treatment among community-dwelling elderly. *Eur J Public Health.* 2000;10(1):45–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/10.1.45>
69. Duff JM. Reducing the number of environmental hazards in the homes of community dwelling elderly: a comparison of approaches to fall prevention via environmental assessment and modification [thesis]. Ann Arbor: New York University; 2010.
70. Svanström L, Ader M, Schelp L, Lindstrom A. Preventing femoral fractures among elderly: the community safety approach. *Saf Sci.* 1996;21(3):239–46. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0925-7535\(95\)00067-4](http://dx.doi.org/10.1016/0925-7535(95)00067-4)

71. Kempton A, Van Beurden E, Sladden T, Garner E, Beard J. Older people can stay on their feet: final results of a community-based falls prevention programme. *Health Promot Int.* 2000;15(1):27–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.1.27>
72. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation—a longitudinal perspective. *Am J Occup Ther.* 2005 May-Jun;59(3):296–304. doi: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.59.3.296> PMID: 15969277
73. Heywood F. Money well spent: the effectiveness and value of housing adaptations. Bristol: Policy Press; 2001 (<http://www.jrf.org.uk/system/files/jr100-effectiveness-housing-adaptations.pdf>, accessed 10 July 2015).
74. The MetLife Study of Elder Financial Abuse. Crimes of occasion, desperation, and predation against America's elders. New York: MetLife Mature Market Institute; 2011 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf>, accessed 20 July 2015).
75. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. *Soc Indic Res.* 2010;99(3):405–12.
76. Help at home. My aged care [website]. Canberra: Australian Government, Department of Social Services; 2015. (<http://www.myagedcare.gov.au/#!/help-home>, accessed 27 July 2015).
77. Ageing in the twenty-first century a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund; 2012 (<http://www.unfpa.org/publications/ageing-twenty-first-century>, accessed 10 July 2015).
78. Care & Repair England. In: Care & Repair England [website]. Nottingham (England): Care & Repair England. 2014 (http://careandrepair-england.org.uk/?page_id=30, accessed 10 July 2015).
79. Morris ME, Adair B, Miller K, Ozanne E, Hansen R, Pearce A, et al. Smart home technologies to assist older people to live well at home. *J Aging Sci.* 2013;1(1):1–9. (<http://www.esciencecentral.org/journals/smart-home-technologies-to-assist-older-people-to-live-well-at-home-jasc.1000101.pdf>, accessed 10 July 2015).
80. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, accessed 10 July 2015).
81. Lansley P, McCreadie C, Tinker A. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age Ageing.* 2004 Nov;33(6):571–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afh190> PMID: 15347537
82. Mitchell OS, Piggott J. Unlocking housing equity in Japan. *J Jpn Int Econ.* 2004;18(4):466–505. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjie.2004.03.003>
83. Rosenfeld O. Social and affordable housing finance – current trends and challenges in countries with mature social housing sector. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2014 (<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/hlm/prgm/hmm/social%20housing/geneva2014/1.05.rosenfeld.pdf>, accessed 10 July 2015).
84. Ageing in cities. Paris: OECD Publishing; 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231160-en>
85. Beaulieu M, Dubé M, Bergeron C, Cousineau M-M. Are elderly men worried about crime? *J Aging Stud.* 2007;21(4):336–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.001>
86. Global population ageing: peril or promise. Geneva: World Economic Forum; 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 20 July 2015).
87. James M, Graycar A. Preventing crime against older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2000. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/32/rpp032.pdf, accessed 10 July 2015).
88. Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. *Gerontologist.* 2016. Forthcoming. PMID: 3342992
89. Lachs M, Berman J. Under the radar: New York State elder abuse prevalence study. New York: Lifespan of Greater Rochester, Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University, and New York City Department for the Aging; 2011.
90. Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR Jr, Wells MT, et al. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. *J Gen Intern Med.* 2014 Dec;29(12):1615–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-2946-2> PMID: 25103121
91. Kwok JST, Fritsch P, Raza A, Newport M. Loving the older people in times of cholera: preliminary findings from a study to analyse care and outcomes for cholera patients treated by Médecins Sans Frontières Operational Centre Amsterdam in Haiti and Zimbabwe 2008–12. London: Médecins Sans Frontières; 2012.
92. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf, accessed 20 July 2015).
93. Disabilities among refugees and conflict-affected populations: resource kit for fieldworkers. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children; 2008 (<https://womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations?catid=232>, accessed 20 July 2015).
94. Duggan S, Deeny P, Spelman R, Vitale CT. Perceptions of older people on disaster response and preparedness. *Int J Older People Nurs.* 2010 Mar;5(1):71–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00203.x> PMID: 20925760

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé

95. Powell S, Plouffe L, Gorr P. When ageing and disasters collide: lessons from 16 international case studies. *Radiat Prot Dosimetry*. 2009 Jun;134(3-4):202–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/rpd/ncp082> PMID: 19435731
96. Fitzgerald KG. Evaluation of the preparedness of Massachusetts nursing homes to respond to catastrophic natural or human-made disasters. In: British Society of Gerontology [website]. York (England): British Society of Gerontology; 2008 (abstract; <http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/evaluation-of-the-preparedness-of-massachusetts-nu.html>, accessed 20 July 2015).
97. Kim HJ, Fritsch P. Older people in humanitarian contexts: the impact of disaster on older people and the means of addressing their needs. *Gerontologist*. 2016. (In press).
98. Boulton-Lewis GM. Education and learning for the elderly: why, how, what. *Educ Gerontol*. 2010;36(3):213–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03601270903182877>
99. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychol Health*. 2015;30(6):715–31. PMID: 24678916
100. Carstensen LL, Hartel CR, editors. *When I'm 64*. Washington (DC): National Academies Press; 2006. (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11474&page=R1, accessed 10 July 2015).
101. Aspin DN, Chapman J, Evans K, Bagnall R. *Second International handbook of lifelong learning*. Dodrecht, Netherlands: Springer; 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2360-3>
102. The lifelong learning needs of older people in Ireland: a discussion paper. Dublin: AONTAS, The National Adult Learning Organisation; 2007 (http://www.aontas.com/download/pdf/olderpeopleresearch_ppr_2007.pdf, accessed 10 July 2015).
103. Jeong H, Kim HS. Aging and text comprehension: interpretation and domain knowledge advantage. *Educ Gerontol*. 2009;35(10):906–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03601270902834601>
104. McNair S. *Demography and lifelong learning: IFLL thematic paper No. 1*. Leicester, England: National Institute of Adult Continuing Education; 2009.
105. Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *J Clin Nurs*. 2010 May;19(9-10):1226–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x> PMID: 20345826
106. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs*. 2014 Oct;70(10):2208–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12412> PMID: 25209751
107. Laal M. Lifelong learning: what does it mean? *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;28(0):470–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.090>
108. Laal M. Barriers to lifelong learning. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;28(0):612–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.116>
109. Rahhal TA, Hasher L, Colcombe SJ. Instructional manipulations and age differences in memory: now you see them, now you don't. *Psychol Aging*. 2001;16(4):697–706. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.4.697>
110. Hess TM, Auman C, Colcombe SJ, Rahhal TA. The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Jan;58(1):3–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.1.P3> PMID: 12496296
111. Kronfol NSA, Rizk A. *Ageing in the Arab region: trends, implications and policy options*. Beirut: Economic and Social Commission for Western Asia; 2013. (http://www.escwa.un.org/divisions/div_editor/Download.asp?table_name=divisions_other&field_name=ID&FileID=1588, accessed 10 July 2015).
112. Kothari B, Bandyopadhyay T. Same language subtitling of Bollywood film songs on TV: effects on literacy. *Inf Technol Int Dev*. 2014;10(4):31–47. (<http://itidjournal.org/index.php/itid/article/view/1307>, accessed 14 August 2015).
113. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J, et al. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic Illn*. 2011 Mar;7(1):60–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395310383338> PMID: 20921033
114. Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999 Aug 18;282(7):646–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.7.646> PMID: 10517717
115. Rogers A, Vassilev I, Sanders C, Kirk S, Chew-Graham C, Kennedy A, et al. Social networks, work and network-based resources for the management of long-term conditions: a framework and study protocol for developing self-care support. *Implement Sci*. 2011;6(1):56. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-56> PMID: 21619695
116. Wurzer B, Waters DL, Hale LA, Leon de la Barra S. Long-term participation in peer-led fall prevention classes predicts lower fall incidence. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Jun;95(6):1060–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.018> PMID: 24508186
117. Guo PJ, Reinecke K. Demographic differences in how students navigate through MOOCs. In: *Proceedings of the first ACM conference on Learning @ scale conference*. New York: Association of Computing Machinery; 2014. 21–30.

118. Löckenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory, aging, and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *J Pers.* 2004 Dec;72(6):1395–424. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x> PMID: 15509287
119. McCormack B. Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing Soc.* 2001;21(4):417–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X01008303>
120. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health Soc Care Community.* 2004 May;12(3):212–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x> PMID: 19777711
121. Ottmann G, Allen J, Feldman P. A systematic narrative review of consumer-directed care for older people: implications for model development. *Health Soc Care Community.* 2013 Nov;21(6):563–81. PMID: 23465034
122. Cui D, Wang P, Wang Q. A three-pronged approach to the care of elders with Alzheimer's Disease. *Ageing Int.* 2010;35(2):142–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-010-9058-z>
123. Willis M, Dalziel R. LinkAge Plus: Capacity building – enabling and empowering older people as independent and active citizens. London: Department for Work and Pensions; 2009 (Research report No. 571; <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2009-2010/rrep571.pdf>, accessed 10 July 2015).
124. Evaluation on the model of inter-generational self-help club [website]. Vientiane (Vietnam); ISMS; 2014 (<http://isms.org.vn/>, accessed 10 July 2015) (in Vietnamese).
125. [Final evaluation of the project promotion the rights of the disadvantaged older people in Vietnam]. Vientiane (Vietnam): ISMS; 2014 (in Vietnamese).
126. Beales S. Empowerment and older people: enhancing capabilities in an ageing world. Expert Group Meeting on “Promoting people's empowerment in achieving poverty eradication, social integration and productive and decent work for all”. New York: United Nations; 2012. (<http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2012/SylviaBeales.pdf>, accessed 10 July 2015).
127. Crawford JO, Graveling RA, Cowie HA, Dixon K. The health safety and health promotion needs of older workers. *Occup Med (Lond).* 2010 May;60(3):184–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ocmed/kqq028> PMID: 20423949
128. Hamilton S, Tew J, Szymczynska P, Clewett N, Manthorpe J, Larsen J, et al. Power, choice and control: how do personal budgets affect experiences of people with mental health problems and their relationships with social workers and other practitioners? *Br J Soc Work.* 2015;23(April). doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcv023>
129. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; (https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 10 July 2015).
130. Aw D, Hayhoe B, Smajdor A, Bowker LK, Conroy SP, Myint PK. Advance care planning and the older patient. *QJM.* 2012 Mar;105(3):225–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcr209> PMID: 22075012
131. Billings JA. The need for safeguards in advance care planning. *J Gen Intern Med.* 2012 May;27(5):595–600. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1976-2> PMID: 22237664
132. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340 Mar 23 1:c1345. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345> PMID: 20332506 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345>
133. Morrison RS, Chichin E, Carter J, Burack O, Lantz M, Meier DE. The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Feb;53(2):290–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53116.x> PMID: 15673354
134. Satariano WA, Guralnik JM, Jackson RJ, Marottoli RA, Phelan EA, Prohaska TR. Mobility and aging: new directions for public health action. *Am J Public Health.* 2012 Aug;102(8):1508–15. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300631> PMID: 22698013
135. Ross LA, Schmidt EL, Ball K. Interventions to maintain mobility: What works? *Accid Anal Prev.* 2013 Dec;61:167–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2012.09.027> PMID: 23083492
136. Yeom HA, Keller C, Fleury J. Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009 Feb;21(2):95–100. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00390.x> PMID: 19228247
137. Yeom HA, Fleury J, Keller C. Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. *Geriatr Nurs.* 2008 Mar-Apr;29(2):133–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.07.002> PMID: 18394514
138. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: a comprehensive framework. *Gerontologist.* 2010 Aug;50(4):443–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq013> PMID: 20145017
139. Shumway-Cook A, Ciol MA, Yorkston KM, Hoffman JM, Chan L. Mobility limitations in the Medicare population: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Jul;53(7):1217–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53372.x> PMID: 16108942

140. Nordbakke S, Schwanen T. Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. *Mobilities*. 2014;9(1):104–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17450101.2013.784542>
141. Mezuk B, Rebok GW. Social integration and social support among older adults following driving cessation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008 Sep;63(5):S298–303. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.5.S298> PMID: 18818450
142. Yen IH, Fandel Flood J, Thompson H, Anderson LA, Wong G. How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: realist synthesis of 20 years of research. *J Aging Health*. 2014 Dec;26(8):1340–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264314527610> PMID: 24788714
143. Shumway-Cook A, Patla AE, Stewart A, Ferrucci L, Ciol MA, Guralnik JM. Environmental demands associated with community mobility in older adults with and without mobility disabilities. *Phys Ther*. 2002 Jul;82(7):670–81. PMID: 12088464
144. Cress ME, Orini S, Kinsler L. Living environment and mobility of older adults. *Gerontology*. 2011;57(3):287–94. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000322195> PMID: 20980733
145. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf>, accessed 20 July 2015).
146. Frank LD, Schmid TL, Sallis JF, Chapman J, Saelens BE. Linking objectively measured physical activity with objectively measured urban form: findings from SMARTRAQ. *Am J Prev Med*. 2005 Feb;28(2) Suppl 2:117–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.11.001> PMID: 15694519
147. Chad KE, Reeder BA, Harrison EL, Ashworth NL, Sheppard SM, Schultz SL, et al. Profile of physical activity levels in community-dwelling older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2005 Oct;37(10):1774–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1249/01.mss.0000181303.51937.9c> PMID: 16260980
148. Prohaska T, Belansky E, Belza B, Buchner D, Marshall V, McTigue K, et al. Physical activity, public health, and aging: critical issues and research priorities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006 Sep;61(5):S267–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.5.S267> PMID: 16960240
149. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *Am J Public Health*. 2003 Sep;93(9):1583–9. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1583> PMID: 12948984
150. Anderson LA, Slonim A, Yen IH, Jones DL, Allen P, Hunter RH, et al. Developing a framework and priorities to promote mobility among older adults. *Health Educ Behav*. 2014 Oct;41(1) Suppl:105–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492> PMID: 25274706
151. Booth ML, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Prev Med*. 2000 Jul;31(1):15–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492> PMID: 10896840
152. Wilcox S, Bopp M, Oberrecht L, Kammermann SK, McElmurray CT. Psychosocial and perceived environmental correlates of physical activity in rural and older african american and white women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):329–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.P329> PMID: 14614117
153. Bauman A, Singh M, Buchner D, Merom D, Bull F. Physical activity in older adults. *Gerontologist*. 2016. (In press).
154. Marottoli RA, Allore H, Araujo KLB, Iannone LP, Acampora D, Gottschalk M, et al. A randomized trial of a physical conditioning program to enhance the driving performance of older persons. *J Gen Intern Med*. 2007 May;22(5):590–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0134-3> PMID: 17443366
155. Marmeleira JF, Godinho MB, Fernandes OM. The effects of an exercise program on several abilities associated with driving performance in older adults. *Accid Anal Prev*. 2009 Jan;41(1):90–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2008.09.008> PMID: 19114142
156. Garin N, Olaya B, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Power M, Bucciarelli P, et al. Built environment and elderly population health: a comprehensive literature review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10(1):103–15. doi: <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901410010103> PMID: 25356084
157. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):549–62. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7) PMID: 25468153
158. Ackerman ML, Edwards JD, Ross LA, Ball KK, Lunsman M. Examination of cognitive and instrumental functional performance as indicators for driving cessation risk across 3 years. *Gerontologist*. 2008 Dec;48(6):802–10. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/48.6.802> PMID: 19139253
159. Ball K, Edwards JD, Ross LA. The impact of speed of processing training on cognitive and everyday functions. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007 Jun;62(Spec. No. 1):19–31. PMID:17565162doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/62.special_issue_1.19
160. Lane A, Green E, Dickerson AE, Davis ES, Rolland B, Stohler JT. Driver rehabilitation programs: defining program models, services, and expertise. *Occup Ther Health Care*. 2014 Apr;28(2):177–87. PMID: 24754768

161. Li G, Braver ER, Chen LH. Fragility versus excessive crash involvement as determinants of high death rates per vehicle-mile of travel among older drivers. *Accid Anal Prev.* 2003 Mar;35(2):227–35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575\(01\)00107-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575(01)00107-5) PMID: 12504143
162. Löfqvist C, Nygren C, Széman Z, Iwarsson S. Assistive devices among very old people in five European countries. *Scand J Occup Ther.* 2005 Dec;12(4):181–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/11038120500210652> PMID: 16457091
163. Rosso AL, Auchincloss AH, Michael YL. The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *J Aging Res.* 2011;2011:816106. doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/816106>
164. Joint position paper on the provision of mobility devices in less-resourced settings. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502887_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
165. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
166. Proposed conceptual framework: universal design. In: Global Universal Design Commission [website]. Syracuse (NY): Global Universal Design Commission; 2015 (<http://www.globaluniversaldesign.org/node/11>, accessed 1 July 2015).
167. About UD. The Center for Universal Design, College of Design, North Carolina State University [website]. Raleigh (NC): North Carolina State University; 2008. (http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/about_ud/about_ud.htm, accessed 10 July 2015).
168. Norway: Oslo's Common Principles of Universal Design 2014. In: World Health Organization, Age-friendly World [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://agefriendlyworld.org/en/the-common-principles-of-universal-design-city-of-oslo-2014/>, accessed 3 July 2015).
169. Accessibility in the built environment. In: Building and Construction Authority [website]. Singapore: Singapore Government; 2014 (http://www.bca.gov.sg/barrierfree/barrierfree_buildings.html, accessed 1 July 2015).
170. Kegler MC, Escoffery C, Alcantara I, Ballard D, Glanz K. A qualitative examination of home and neighborhood environments for obesity prevention in rural adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5(1):65. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-5-65> PMID: 19077210
171. Li F, Fisher J, Brownson RC. A multilevel analysis of change in neighborhood walking activity in older adults. *J Aging Phys Act.* 2005 Apr;13(2):145–59. PMID: 15995261
172. Rantakokko M, Törmäkangas T, Rantanen T, Haak M, Iwarsson S. Environmental barriers, person-environment fit and mortality among community-dwelling very old people. *BMC Public Health.* 2013;13(1):783. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-783> PMID: 23981906
173. Hong SI, Morrow-Howell N. Health outcomes of Experience Corps: a high-commitment volunteer program. *Soc Sci Med.* 2010 Jul;71(2):414–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.009> PMID: 20510493
174. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health.* 2004 Mar;81(1):64–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094> PMID: 15047786
175. Rebok GW, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Hill J, Wasik BA, et al. Short-term impact of Experience Corps participation on children and schools: results from a pilot randomized trial. *J Urban Health.* 2004 Mar;81(1):79–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth095> PMID: 15047787
176. Fujiwara Y, Sakuma N, Ohba H, Nishi M, Lee S, Watanabe N, et al. REPRINTS: effects of an intergenerational health promotion program for older adults in Japan. *J Intergener Relatsh.* 2009;7(1):17–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15350770802628901>
177. Frick KD, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Rebok GW, Simpson C, et al. Modeled cost-effectiveness of the Experience Corps Baltimore based on a pilot randomized trial. *J Urban Health.* 2004 Mar;81(1):106–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth097> PMID: 15047789
178. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science.* 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
179. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000 Sep;51(6):843–57. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4) PMID: 10972429
180. Ramlagan S, Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Social capital and health among older adults in South Africa. *BMC Geriatr.* 2013;13(1):100. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-100> PMID: 24073666
181. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010 Jul;7(7):e1000316. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316> PMID: 20668659
182. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Jul;59(7):574–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.025429> PMID: 15965141

183. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1986–1992. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001 May;56(3):S179–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.3.S179> PMID: 11316843
184. Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *Am J Epidemiol*. 2003 Apr 1;157(7):633–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwg028> PMID: 12672683
185. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol*. 1988;7(3):269–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269> PMID: 3289916
186. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2013;17(4):394–410. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.742490> PMID: 23186534
187. Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3>
188. Silverstein M, Giarrusso R. Aging and family life: a decade review. *J Marriage Fam*. 2010 Oct;72(5):1039–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00749.x> PMID: 22930600
189. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol*. 2012;22(3):179–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20110128> PMID: 22447212
190. Nyqvist F, Cattan M, Andersson L, Forsman AK, Gustafson Y. Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: a comparative study. *J Aging Health*. 2013 Sep;25(6):1013–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313497508> PMID: 23988810
191. Litwin H, Stoeckel KJ, Roll A. Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging Ment Health*. 2014 Mar;18(2):225–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.837148> PMID: 24047262
192. Grandparents parenting. Charlottetown: Community legal information association; 2015 (<http://www.cliapei.ca/sitefiles/File/publications/PLA17.pdf>, accessed 27 July 2015).
193. De Jong Gierveld J, Keating N, Fast J. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015;34(2):125–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070>
194. de Jong Gierveld J, Keating N, Fast JE. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015 Jun;34(2):125–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070> PMID: 25707297
195. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11(1):647. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-647> PMID: 21843337
196. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res*. 2011; 2011:534781. PMID:21423600doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/534781>
197. Cattan M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas*. 2011 Dec;70(4):328–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010> PMID: 21958942
198. Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc*. 2003;23(05):647–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
199. Health Quality Ontario. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2008;8(5):1–49. PMID: 23074510
200. The telephone rings at 5 program. In: *Ageing with pleasure* [website]. Setúbal (Portugal): Envelhecer com praza; 2015 (<http://en.envelhecer.org/index.php?/programs/in-domo-nostira/>, accessed 1 July 2015).
201. Englehart T, Melo R, Ranville M. Ageing in place with age-friendly conference calls. In: 2nd International Conference on Age-friendly Cities [website]. Québec, Canada: 2nd International Conference on Age-friendly Cities; 2013 (http://www.afc2013.ca/docs/PrésentationsVADA/2C_TerryEnglehart.pdf, accessed 10 July 2015).
202. Senior center without walls. In: *Senior Center without Walls*; Episcopal Senior Communities [website]. Oakland (CA): Episcopal Senior Communities; 2015 (<http://www.seniorcenterwithoutwalls.org/>, accessed 1 July 2015).
203. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014 Mar;150(3):378–84. PMID: 24384545
204. Cotten SR, Anderson W, McCullough B. The impact of ICT use on loneliness and contact with others among older adults. *Gerontechnology* (Valkenswaard). 2012;11(2):161. doi: <http://dx.doi.org/10.4017/gt.2012.11.02.378.00>
205. Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies. *Milbank Q*. 2013 Jun;91(2):222–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/milq.12013> PMID: 23758511
206. Haus MG. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [website]. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015. [Multigenerational centres]. (<http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>, accessed 10 July 2015).

207. Forte D. Relationships. In: Cattan M, editor. *Mental health and well being in later life*. Maidenhead, England: University Press, McGraw-Hill Education; 2009:84–111. (<http://www.mheducation.co.uk/9780335228928-emea-mental-health-and-well-being-in-later-life/>, accessed 10 July 2015).
208. Le cyclo-pousse: un service de transport de proximité destiné aux seniors. [The “cyclo-pousse”: a local transport service for older people.] In: AREFO [website]. Lyons: AREFO; 2015 (<http://www.arefo.com/arefo-services/le-cyclo-pousse/>, accessed 24 July 2015) (in French).
209. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Aug;59(8):619–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.029678> PMID: 16020636
210. Leyden KM. Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *Am J Public Health*. 2003 Sep;93(9):1546–51. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1546> PMID: 12948978
211. Ysseldyk R, Haslam SA, Haslam C. Abide with me: religious group identification among older adults promotes health and well-being by maintaining multiple group memberships. *Aging Ment Health*. 2013;17(7):869–79. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.799120> PMID: 23711247
212. Senior City courses and workshops. [Cours et ateliers de Cité Seniors.] In: Ville de Genève [website]. Geneva: Ville de Genève; 2015 (<http://www.ville-geneve.ch/themes/social/seniors/cite-seniors/cours-ateliers/>, accessed 1 July 2015).
213. Russell C, Campbell A, Hughes I. Ageing, social capital and the Internet: findings from an exploratory study of Australian ‘silver surfers’. *Australas J Ageing*. 2008 Jun;27(2):78–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00284.x> PMID: 18713197
214. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health*. 2013 Jun;25(4):617–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313482489> PMID: 23548944
215. Choi NG, Dinitto DM. Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. *J Med Internet Res*. 2013;15(5):e97. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2333> PMID: 23681083
216. Veerle M. *Cooking, caring and volunteering: unpaid work around the world*. Paris: OECD Publishing; 2011 (OECD social, employment and migration working papers No. 116; [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/SEM\(2011\)1&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/SEM(2011)1&doclanguage=en), accessed 25 July 2015).
217. Maimaris W, Hogan H, Lock K. The impact of working beyond traditional retirement ages on mental health: implications for public health and welfare policy. *Public Health Rev*. 2010;31(2):532–48 (http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/8/PHR_32_2_Maimaris.pdf, accessed 10 July 2015).
218. Kajitani S. Working in old age and health outcomes in Japan. *Japan World Econ*. 2011;23(3):153–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.japwor.2011.06.001>
219. Calvo E, Haverstick K, Sass SA. Gradual retirement, sense of control, and retirees’ happiness. *Res Aging*. 2009;31(1):112–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027508324704>
220. Aleksandrowicz P, Fasang A, Schömann K, Staudinger UM. Die Bedeutung der Arbeit beim vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. [The meaning of work at early retirement]. *Z Gerontol Geriatr*. 2010 Oct;43(5):324–9. PMID:19806292 (in German). doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0068-y>
221. Decent work. In: International Labour Organization [website]. Geneva: International Labour Organization; 2015 (<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>, accessed 24 July 2015).
222. Thoits PA, Hewitt LN. Volunteer work and well-being. *J Health Soc Behav*. 2001 Jun;42(2):115–31. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3090173> PMID: 11467248
223. Hao Y. Productive activities and psychological well-being among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008 Mar;63(2):S64–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.2.S64> PMID: 18441271
224. Greenfield EA. Felt obligation to help others as a protective factor against losses in psychological well-being following functional decline in middle and later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Nov;64(6):723–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp074> PMID: 19825942
225. Brown SL, Brown RM, House JS, Smith DM. Coping with spousal loss: potential buffering effects of self-reported helping behavior. *Pers Soc Psychol Bull*. 2008 Jun;34(6):849–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0146167208314972> PMID: 18344495
226. Piliavin JA, Siegl E. Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *J Health Soc Behav*. 2007 Dec;48(4):450–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/002214650704800408> PMID: 18198690
227. Morrow-Howell N. Volunteering in later life: research frontiers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Jul;65(4):461–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq024> PMID: 20400498
228. Morrow-Howell N. Civic service across the life course. *Generations*. 2007;30:37–42.
229. Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *J Health Soc Behav*. 2002 Dec;43(4):490–509. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3090239> PMID: 12664678

230. Kumar S, Calvo R, Avendano M, Sivaramakrishnan K, Berkman LF. Social support, volunteering and health around the world: cross-national evidence from 139 countries. *Soc Sci Med*. 2012 Mar;74(5):696–706. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.017> PMID: 22305947
231. Burr JA, Tavares J, Mutchler JE. Volunteering and hypertension risk in later life. *J Aging Health*. 2011 Feb;23(1):24–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264310388272> PMID: 20971920
232. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health*. 2004 Mar;81(1):64–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094> PMID: 15047786
233. Carlson MC, Helms MJ, Steffens DC, Burke JR, Potter GG, Plassman BL. Midlife activity predicts risk of dementia in older male twin pairs. *Alzheimers Dement*. 2008 Sep;4(5):324–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2008.07.002> PMID: 18790459
234. McDonnall MC. The effect of productive activities on depressive symptoms among older adults with dual sensory loss. *Res Aging*. 2011 May;33(3):234–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027511399106> PMID: 21686087
235. Kim J, Pai M. Volunteering and trajectories of depression. *J Aging Health*. 2010 Feb;22(1):84–105. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264309351310> PMID: 19920207
236. Kahana E, Bhatta T, Lovegreen LD, Kahana B, Midlarsky E. Altruism, helping, and volunteering: pathways to well-being in late life. *J Aging Health*. 2013 Feb;25(1):159–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264312469665> PMID: 23324536
237. Baker L, Cahalin L, Gerst K, Burr J. Productive activities and subjective well-being among older adults: the influence of number of activities and time commitment. *Soc Indic Res*. 2005;73(3):431–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-005-0805-6>
238. Cattan M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas*. 2011 Dec;70(4):328–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010> PMID: 21958942
239. Bowen C, Staudinger UM. Images of aging in the workplace moderate age differences in promotion orientation. *Gerontologist*. 2010;50:79.
240. Burtless G. The impact of population aging and delayed retirement on workforce productivity. Chestnut Hill (MA): Center for Retirement Research at Boston College; 2013 (<http://crr.bc.edu/working-papers/the-impact-of-population-aging-and-delayed-retirement-on-workforce-productivity/>, accessed 10 July 2015).
241. MacArthur Foundation Research Network on an Aging Society. Facts and fictions about an aging America. *Contexts*. 2009;8(4):16–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1525/ctx.2009.8.4.16>
242. Wacker RR, Roberto KA. Aging social policies: an international perspective. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2011. (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/aging-social-policies/book229325>, accessed 10 July 2015).
243. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol*. 2008;35(1):1–14. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/03601270802299780>
244. Malinen S, Johnston L. Workplace ageism: discovering hidden bias. *Exp Aging Res*. 2013;39(4):445–65. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/0361073X.2013.808111> PMID: 23875840
245. Ragan AM, Bowen AM. Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. *Gerontologist*. 2001 Aug;41(4):511–5. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.4.511> PMID: 11490049
246. European Union. Council directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Brussels: Council of the European Union; 2000 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32000L0078>, accessed 10 July 2015).
247. Sonnet A, Olsen H, Manfredi T. Towards more inclusive ageing and employment policies: the lessons from France, the Netherlands, Norway and Switzerland. *Economist*. 2014;162(4):315–39. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10645-014-9240-x>
248. Staudinger U, Finkelstein R, Calvo E, Sivaramakrishnan K. Ageing, work, and health. *Gerontologist*. 2016. (In press).
249. OECD employment outlook 2013. Paris: OECD Publishing; 2013 doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en doi: http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en
250. Promoting longer working lives through pension reforms. First part: flexibility in retirement age provision. Brussels: European Commission, Social Protection Committee; 2007 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=745&langId=en>, accessed 20 July 2015).
251. The SunAmerica Retirement Re-Set Study: redefining retirement post recession. Los Angeles: SunAmerica Financial Group; 2011 (<http://www.agewave.com/research/retirementresetreport.pdf>, accessed 4 June 2015).
252. Fairlie RW. Kauffman Index of Entrepreneurial Activity 1996–2012. Kansas City (MO): Ewing Marion Kauffman Foundation; 2013 (http://www.kauffman.org/~media/kauffman_org/research%20reports%20and%20covers/2013/04/kaea_2013_report.pdf, accessed 10 July 2015).

253. Sundén A. The Swedish experience with pension reform. *Oxf Rev Econ Policy*. 2006;22(1):133–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/oxrep/grj009>
254. Naegele GWA. A guide to good practice in age management. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2006 (<http://www.ageingatwork.eu/resources/a-guide-to-good-practice-in-age-management.pdf>, accessed 10 July 2015).
255. Heckman JJ. Policies to foster human capital. *Res Econ*. 2000;54(1):3–56.
256. Pavlova M, Maclean R. Reskilling for all? The changing role of TVET in the ageing societies of developing countries. In: Karmel T, Maclean R, editors. *Technical and vocational education and training in an ageing society: expert meeting proceedings*. Adelaide: National Centre for Vocational Education Research; 2007:2401–15.
257. Munnell AH, Sass SA. Working longer: the solution to the retirement income challenge. Washington (DC): Brookings Institution Press; 2008 (<http://www.brookings.edu/research/books/2008/workinglonger>, accessed 10 July 2015).
258. Staudinger UM, Bowen CE. A systemic approach to aging in the work context. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*. 2011;44(4):295–306.
259. Bowen C, Staudinger UM. Age moderates the relationship between job satisfaction and performance. *Gerontologist*. 2012;52:2–3.
260. Tang F, Choi E, Morrow-Howell N. Organizational support and volunteering benefits for older adults. *Gerontologist*. 2010 Oct;50(5):603–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq020> PMID: 20211944
261. Tang F. What resources are needed for volunteerism? A life course perspective. *J Appl Gerontol*. 2006;25:375–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464806292858>
262. Hank K, Erlinghagen M. Dynamics of volunteering in older Europeans. *Gerontologist*. 2010 Apr;50(2):170–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp122> PMID: 19666783
263. Gray E, Khoo S-E, Reimondos A. Participation in different types of volunteering at young, middle and older adulthood. *J Popul Res*. 2012;29(4):373–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12546-012-9092-7>
264. Butrica BA, Johnson RW, Zedlewski SR. Volunteer dynamics of older Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Sep;64(5):644–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn042> PMID: 19213847
265. Okun MA, Schultz A. Age and motives for volunteering: testing hypotheses derived from socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2003 Jun;18(2):231–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.231> PMID: 12825773
266. Omoto AM, Snyder M, Martino SC. Volunteerism and the life course: investigating age-related agendas for action. *Basic Appl Soc Psych*. 2000;22:181–97. doi: http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_6
267. Boezeman EJ, Ellemers N. Intrinsic need satisfaction and the job attitudes of volunteers versus employees working in a charitable volunteer organization. *J Occup Organ Psychol*. 2009;82(4):897–914. doi: <http://dx.doi.org/10.1348/096317908X383742>
268. Clary EG, Snyder M, Ridge RD, Copeland J, Stukas AA, Haugen J, et al. Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1998 Jun;74(6):1516–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1516> PMID: 9654757
269. McBride ME, Huddleston CB, Balzer DT, Goel D, Gazit AZ. Hypoplastic left heart associated with scimitar syndrome. *Pediatr Cardiol*. 2009 Oct;30(7):1037–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00246-009-9479-1> PMID: 19495846
270. Musick MA, Wilson J. *Volunteers: a social profile*. Bloomington (IN): Indiana University Press; 2008 (http://www.iupress.indiana.edu/product_info.php?products_id=41769, accessed 10 July 2015).
271. America's senior volunteers. Washington (DC): Independent Sector; 2000 (https://www.independentsector.org/uploads/Resources/americas_senior_volunteers.pdf, accessed 10 July 2015).
272. McMunn A, Nazroo J, Wahrendorf M, Breeze E, Zaninotto P. Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing Soc*. 2009;29(05):765. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X08008350>
273. *Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action*. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/78335>, accessed 20 July 2015).
274. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah CL, Molnar A, Renahy E, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *J Epidemiol Community Health*. 2013 Dec 1;67(12):1068–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202731> PMID: 23986493



Chapitre 7 Les étapes suivantes

Ruth, 101 ans, Norvège

Ruth a participé régulièrement au « Walker Rally « d'Oslo. Cet événement annuel, organisé par la ville d'Oslo, en collaboration avec les organisations non gouvernementales et le Conseil pour les personnes âgées, célèbre le Vieillissement en bonne santé en mettant l'accent sur l'accessibilité, la participation, le bénévolat et la collaboration de différentes générations.

Des personnes âgées avec des cannes, des déambulateurs et des fauteuils roulants occupent le devant de la scène, avec des prix décernés au déambulateur le mieux décoré, ainsi qu'à la plus longue distance parcourue.

«Rester active me fait oublier mes douleurs au dos!», dit Ruth qui vit toujours à la maison à 101 ans, et fait l'éloge de son centre de jour local organisant des activités qui aident à rester actif et connecté sur le plan social.

7

Les étapes suivantes

Introduction

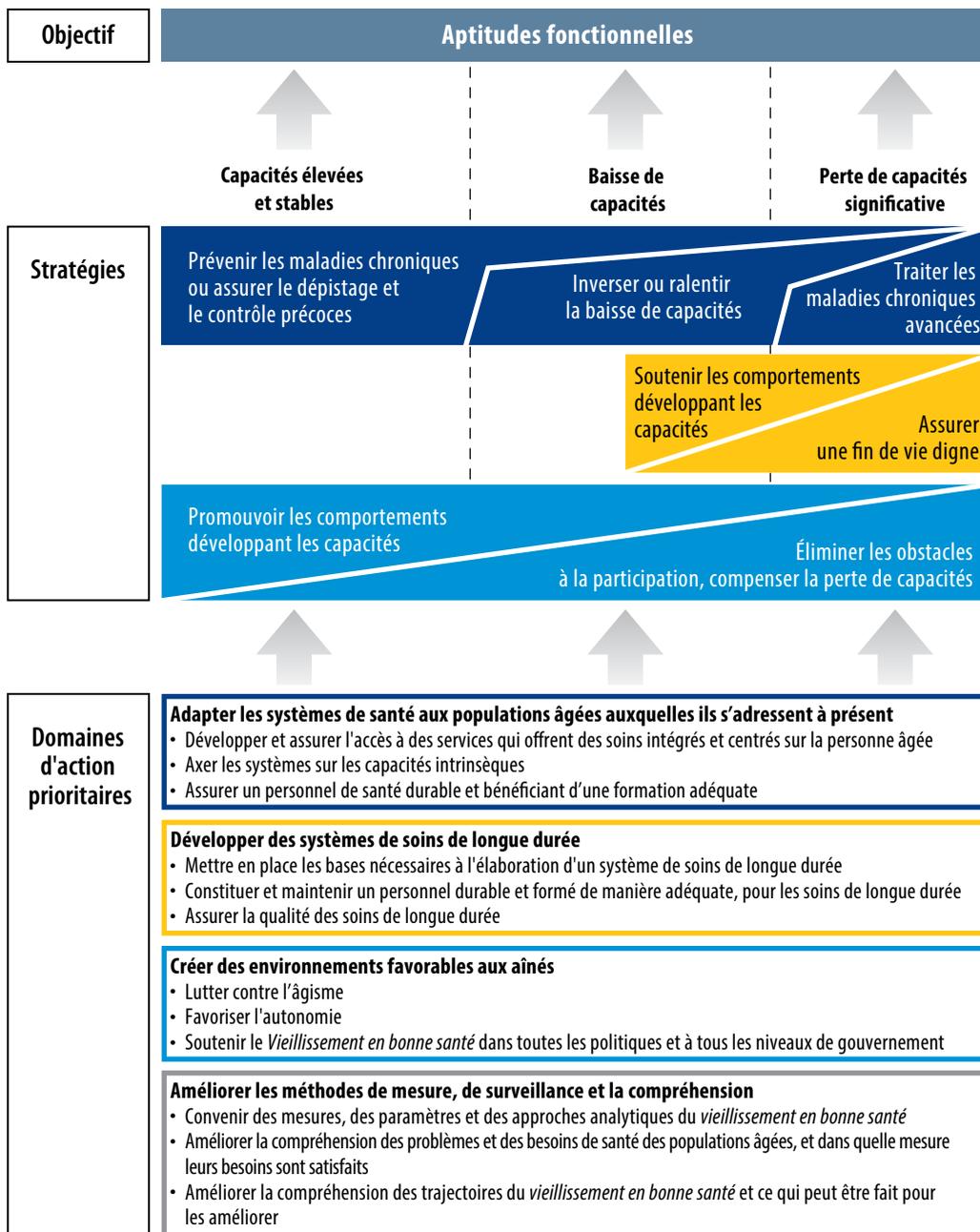
Une action globale de santé publique en matière de vieillissement s'impose en urgence. Bien qu'il existe encore d'importantes lacunes en termes de connaissances, nous disposons de suffisamment d'éléments de preuves pour agir maintenant, et il existe des dispositions que chaque pays peut prendre, indépendamment de sa situation ou de son niveau de développement actuel.

La première étape sera de se concentrer sur l'optimisation des aptitudes fonctionnelles : elle constitue l'objectif du *Vieillissement en bonne santé*. Pour les individus, cela nécessitera des politiques, des systèmes et des services qui permettent d'optimiser les trajectoires des aptitudes fonctionnelles sur tout le parcours de vie. Au niveau de la population, les stratégies devront avoir pour objectif non seulement d'améliorer le niveau global des capacités, mais aussi d'affiner la répartition des capacités en accordant une attention particulière à ceux qui ont le moins de ressources, ou le plus faible niveau d'aptitudes fonctionnelles.

Les principales opportunités pour des interventions de santé publique sont exposées à la [Fig. 7.1](#), qui se base sur le cadre de santé publique pour le *Vieillissement en bonne santé* décrit à la [Fig. 2.4](#). Comme décrit au Chapitre 2, favoriser les aptitudes fonctionnelles qui permettent le bien-être chez les personnes âgées, nécessite des stratégies visant à développer et à maintenir les capacités intrinsèques sur l'ensemble du parcours de vie. Mais agir sera également nécessaire pour permettre aux personnes âgées d'être et de réaliser ce qu'elles ont des raisons de valoriser, indépendamment de leur niveau de capacités.

Les Chapitres 4 à 6 ont décrit de nombreuses actions pouvant contribuer à atteindre cet objectif. Choisir lesquelles d'entre elles sont les plus appropriées ou urgentes, et la façon dont elles sont mises en œuvre, variera selon le contexte. Bien que les besoins de santé des personnes âgées soient assez homogènes dans le monde entier, se préparer à les satisfaire variera entre les pays et au sein même des pays. Un facteur important à prendre en compte est le niveau de développement socio-économique d'un pays. Cependant, même parmi les pays ayant des niveaux de ressources similaires, la manière dont on répond actuellement aux besoins des personnes âgées, varie énormément. Par exemple, bien que de nombreux pays à revenus élevés fournissent des soins de santé

Fig. 7.1. Opportunités d'interventions de santé publique pour assurer le *Vieillessement en bonne santé*



universels, accessibles à tous, les prestations et le financement des soins de longue durée dans ces mêmes milieux varient considérablement. Dans certains de ces pays, ils sont financés de manière pérenne par une mutualisation universelle des risques, mais dans d'autres, ils demeurent de la responsabilité des individus et de leurs familles, avec les risques qui y sont associés, et qui ont été mis en évidence dans ce rapport.

Ainsi, chaque pays ou région doit évaluer sa situation actuelle, et déterminer ce qui est susceptible de fonctionner dans son propre contexte, avant d'identifier les prochaines étapes spécifiques qui seront les plus appropriées.

Toutefois, quatre domaines d'action prioritaires peuvent être identifiés :

1. adapter les systèmes de santé aux besoins des populations âgées auxquelles ils s'adressent à présent ;
2. développer des systèmes de soins de longue durée ;
3. créer des environnements favorables aux aînés ;
4. améliorer les méthodes de mesure, de surveillance et la compréhension.

Les trois premiers points reflètent l'objet des Chapitres 4 à 6 de ce rapport. Le quatrième point prioritaire reflète les lacunes flagrantes en matière de connaissances, auxquelles sont confrontés les décideurs, et par conséquent, la nécessité urgente de combler ces lacunes.

Agir dans ces quatre domaines peut contribuer à garantir que le *Vieillessement en bonne santé* devienne une réalité pour toutes les personnes âgées, quel que soit leur niveau de capacités. Mais cela nécessitera également de se préoccuper des trois différents sous-groupes de personnes âgées, décrits au Chapitre 2. Pour ceux présentant des capacités relativement élevées et stables, les principaux objectifs seront d'éliminer les obstacles qui limitent la participation, de faciliter les comportements renforçant les capacités et l'autosoin et de prévenir les maladies chroniques ainsi qu'assurer leur dépistage précoce et

leur maîtrise effective. Pour ceux avec une baisse de capacités, l'objectif s'élargit aux efforts pour que cette baisse soit réversible, à prévenir de nouvelles limitations, et à favoriser les aptitudes fonctionnelles en dépit de ces limitations. Pour ceux qui présentent, ou qui ont un risque élevé de limitations de capacités significatives, l'objectif consistera davantage à leur permettre de vivre avec dignité, et leur offrir des services de santé pour gérer les maladies chroniques à un stade avancé. Ces sous-groupes ne sont pas rigides, et ils ne couvrent pas non plus l'ensemble du parcours de vie de chaque personne âgée. Toutefois, si les besoins de ces sous-groupes sont satisfaits, les aptitudes fonctionnelles de la plupart des personnes âgées se trouveront améliorées.

Certains des principaux domaines d'action pour atteindre ces résultats sont décrits plus en détail ci-dessous. Peu de temps après la publication de ce rapport, l'OMS travaillera avec ses États membres pour élaborer une stratégie et un plan d'action mondial sur le vieillissement et la santé. La stratégie se basera sur ce rapport et sur d'autres sources, pour identifier les priorités d'action au niveau mondial et identifier les acteurs responsables de leur mise en œuvre.

Le moyen de financer les interventions variera selon les contextes. Certaines peuvent être financées par l'adaptation des services actuels à l'évolution des contextes démographiques et épidémiologiques. Cependant, garantir l'accès à une couverture universelle des soins de santé et des soins de longue durée reste encore une ambition lointaine dans de nombreux pays. Dans ces contextes, des mesures concrètes doivent être prises et des investissements réalisés pour veiller à ce que toutes les personnes âgées aient accès aux services nécessaires – prévention, promotion de la santé, traitement, réadaptation et soins de longue durée – sans être exposées au risque de difficultés financières connexes qui pourraient les affecter, elles ou leurs familles. Lorsque cela ne peut être réalisé immédiatement pour l'ensemble de la population, la cible initiale devrait être les personnes qui ont les besoins

les plus importants et qui ont le moins de ressources pour y remédier. Lorsque les pays sont limités par l'insuffisance des ressources, certains des principaux domaines d'action, en particulier ceux qui exigent une assistance technique et un renforcement des capacités, peuvent être inclus dans le cadre de la coopération internationale.

Principaux domaines d'action en matière de *Vieillesse en bonne santé*

Adapter les systèmes de santé aux besoins des populations âgées auxquelles ils s'adressent à présent

À mesure que les gens vieillissent, leurs besoins de soins ont tendance à devenir plus chroniques et plus complexes. Répondre à ces besoins exige des soins intégrés élaborés autour d'un objectif commun : l'optimisation de la trajectoire des aptitudes fonctionnelles, en portant une attention particulière à l'optimisation des capacités intrinsèques. Pourtant de nombreux services existants ont été conçus pour traiter des problèmes de santé ou des symptômes aigus ; les questions de santé sont souvent gérées de manière isolée et fragmentée ; et la coordination fait souvent défaut entre les prestataires, les lieux de soins et les périodes de soins.

Transformer les systèmes de santé pour rompre avec ces approches obsolètes demande d'agir sur plusieurs fronts. Les trois approches suivantes sont cruciales pour la réorientation des systèmes de santé :

1. encourager et assurer l'accès à des services qui assurent des soins intégrés et centrés sur la personne âgée ;
2. axer les systèmes sur les capacités intrinsèques ;
3. assurer un effectif de soignants pérenne et qualifié.

Encourager et assurer l'accès à des services qui assurent des soins intégrés et centrés sur la personne âgée

La meilleure façon de réorienter les systèmes de santé dans le but d'optimiser les aptitudes fonctionnelles est de placer les personnes âgées au centre des prestations de services. En pratique, cela signifie que les systèmes soient organisés autour des besoins et des préférences des personnes âgées ; que les services soient respectueux des personnes âgées ; qu'ils travaillent en étroite coordination avec la personne âgée, et lorsqu'elle l'autorise et que c'est approprié, avec les membres de la famille et les membres de la communauté. Bien que la combinaison de stratégies puisse varier, l'intégration des soins est cruciale, à la fois entre les différents niveaux et au sein des services, ainsi qu'entre les soins de santé et les services de soins de longue durée (*Encadré 7.1*). Les principales mesures à prendre pour assurer des soins intégrés et centrés sur la personne âgée comprennent :

- veiller à ce que toutes les personnes âgées bénéficient d'une évaluation complète, et disposent d'un large programme de soins spécifiques engageant l'ensemble du service, qui vise à optimiser leurs capacités ;
- développer des services qui soient situés le plus près possible des lieux de vie des personnes âgées, y compris des prestations de soins à domicile, et des services à base communautaire ;
- élaborer une organisation des services qui favorisent la prestation de soins par des équipes multidisciplinaires ;
- soutenir les personnes âgées pour leur permettre de se traiter elles-mêmes, en offrant un soutien par les pairs, une formation, des informations et des conseils ;
- assurer la disponibilité d'équipements médicaux, de vaccins et de technologies qui sont nécessaires pour optimiser leurs capacités.

Encadré 7.1. Des équipes apportent un soutien pour vieillir chez soi, à Singapour

Le système de santé Alexandra à Singapour utilise un programme exhaustif permettant de vieillir chez soi, et visant à réduire les hospitalisations évitables, et à améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Les personnes âgées qui ont recours fréquemment aux services hospitaliers (y compris aux soins d'urgence) reçoivent les visites à domicile d'une infirmière communautaire, pour étudier leurs besoins et déterminer quels besoins risqueraient de ne pas être pris en compte, pour élaborer un plan de soins et coordonner le suivi nécessaire (1).

Selon les besoins de la personne, des visites de suivi peuvent être menées par des infirmières, des kinésithérapeutes, des pharmaciens, des diététiciens, des ergothérapeutes, ou d'autres collaborateurs communautaires. Par exemple, les infirmières communautaires peuvent enseigner à une personne âgée comment utiliser un kit de contrôle de la glycémie ; les kinésithérapeutes peuvent enseigner des exercices simples de renforcement musculaire, pour favoriser l'autonomie ; et les pharmaciens peuvent vérifier les médicaments. La fréquence des visites dépend des besoins de la personne.

Grâce à cette approche, le système de santé a réduit les hospitalisations de 67 %, et a optimisé l'utilisation des ressources hospitalières.

Axer les systèmes sur les capacités intrinsèques

Si un système de santé est réellement adapté aux besoins des populations âgées, tous ses mécanismes mettront principalement l'accent sur les capacités intrinsèques. Cette orientation exige une transformation importante des systèmes actuels qui sous-tendent les prestations de services. Cela pourrait inclure de modifier les données administratives et relatives à la santé que les systèmes recueillent, les éléments mentionnés dans leurs rapports, la manière dont la performance est contrôlée, les mécanismes de financement et les mesures d'incitation qui sont mises en place, la formation qu'ils offrent

et les comportements qu'ils récompensent. Plusieurs actions sont susceptibles d'aider à cette transformation :

- adapter les systèmes d'information afin de recueillir, d'analyser et de communiquer les données relatives aux capacités intrinsèques ;
- adapter le mécanisme de suivi des performances, les mécanismes de financement et de rétribution pour encourager les soins qui optimisent les capacités ;
- élaborer des directives cliniques pour optimiser la trajectoire des capacités intrinsèques et mettre à jour les directives existantes, de sorte que leur impact sur les capacités soit clair.

Assurer un personnel de santé pérenne et une formation appropriée

Assurer un personnel de santé pérenne et formé de manière adéquate pour le 21^{ème} siècle exigera de déterminer attentivement les ressources humaines qui seront nécessaires pour assurer des soins intégrés et centrés sur la personne âgée. Il sera important de veiller à ce que les prestataires de services aient des compétences de base en gérontologie et en gériatrie, ainsi que des compétences plus générales nécessaires pour travailler dans des systèmes de soins intégrés, notamment la communication, le travail d'équipe, les TIC et d'autres technologies. Mais les stratégies ne devraient pas se limiter aux délimitations actuelles des professions de santé. Les principales mesures qui peuvent être prises incluent :

- offrir une formation de base sur les questions de gériatrie et de gérontologie pendant la formation initiale et la formation professionnelle continue pour tous les professionnels de santé ;
- y compris des compétences de base en gériatrie et en gérontologie dans tous les programmes de cours des professions de santé ;
- veiller à ce que l'offre en médecins gériatres réponde aux besoins de la population, et encourager la création d'unités de gériatrie pour prendre en charge les cas complexes ;

- tenir compte des besoins en nouveaux cadres de santé (comme les coordinateurs de soins et les conseillers en autosoins), et développer les rôles du personnel existant, comme ceux des agents de santé communautaires, afin qu'ils puissent coordonner les soins aux personnes âgées au niveau communautaire.

Élaborer des systèmes pour assurer les soins de longue durée

Au 21^{ème} siècle, aucun pays ne peut se permettre de ne pas disposer d'un système exhaustif de soins de longue durée. Dans les pays à revenus élevés, les défis pour l'élaboration de tels systèmes, s'articulent probablement autour de la nécessité d'améliorer la qualité des soins de longue durée, de développer des moyens financièrement viables pour fournir ces soins à tous ceux qui en ont besoin, et de mieux les intégrer aux systèmes de santé en général.

Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, le défi peut être de construire un système lorsqu'il n'en existe pas encore. Dans ces contextes, la responsabilité des soins de longue durée a souvent été entièrement abandonnée aux familles. Le développement socio-économique, le vieillissement de la population et l'évolution du rôle des femmes signifient que cette pratique n'est plus supportable ni équitable.

Indépendamment du contexte, des systèmes exhaustifs de soins de longue durée seront essentiels pour répondre aux besoins des personnes âgées, réduire la dépendance inappropriée aux services de soins aigus, aider les familles à éviter les dépenses de santé catastrophiques, et libérer les femmes pour leur permettre d'assumer des rôles sociaux plus larges. L'objectif central de ces systèmes devrait être de maintenir un niveau d'aptitudes fonctionnelles chez les personnes âgées qui ont ou qui pourraient présenter un risque élevé de limitations fonctionnelles significatives, et de veiller à ce que ces soins soient conformes à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine.

Cela inclue la reconnaissance de leur quête de bien-être et de respect.

Seuls les gouvernements peuvent concevoir et superviser ces systèmes. Mais cela ne signifie pas que les soins de longue durée soient de la seule responsabilité des gouvernements. Bien que le système adéquat pour chaque pays et chaque contexte soit différent, il doit être basé sur des partenariats clairs avec les familles, les communautés, les autres prestataires de soins et le secteur privé. Le rôle du gouvernement (souvent assuré via les ministères de la santé) sera de gérer ce partenariat, de former et de soutenir les aidants familiaux, de veiller à ce que l'intégration des soins s'effectue à travers différents services (y compris le secteur de la santé), d'assurer la qualité des services, et d'assurer directement des prestations à ceux qui en ont le plus besoin (que ce soit en raison de leurs faibles capacités intrinsèques, ou de leur statut socio-économique). Ces objectifs sont réalisables, même pour les pays qui ont les ressources les plus limitées. En effet, dans ces milieux, des actions innovantes sont déjà en cours ([Encadré 7.2](#)).

Trois approches seront cruciales pour mettre en place un système accessible de soins de longue durée ; en effet, il faudra :

1. établir les bases nécessaires à un système de soins de longue durée ;
2. développer et maintenir en poste un personnel de santé pérenne et doté d'une formation adéquate ;
3. assurer la qualité des soins de longue durée.

Établir les bases nécessaires pour mettre en place un système de soins de longue durée

Élaborer un système intégré de soins de longue durée qui soit orienté vers le renforcement des capacités des personnes âgées, nécessite une structure de gouvernance qui puisse en guider et en superviser l'élaboration, et à qui confier la responsabilité de leur bon déroulement. La conception d'un système s'adaptant aux contextes sociaux, culturels et économiques sera soutenue

Encadré 7.2. AgeWell : groupes communautaires de soutien par les pairs à Cape Town, en Afrique du Sud

Les personnes âgées peuvent constituer la plus grande ressource d'une communauté vieillissante, en s'inspirant de leurs propres expériences pour identifier et répondre aux problèmes rencontrés par les autres personnes âgées. Ceci constitue l'argument d'AgeWell, un projet pilote visant à développer le soutien par les pairs au niveau communautaire, à Cape Town, en Afrique du Sud.

Pour améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées à Khayelitsha - le plus grand township en Afrique du Sud et l'une des régions les plus pauvres de Cape Town – 28 personnes âgées de la communauté ont été formées comme pairs-aidants. Travaillant en binôme, ils ont effectué des visites à domicile chez 211 personnes âgées dans leur communauté. Les visites à domicile avaient pour but d'encourager la camaraderie et le soutien social, et de générer un sentiment d'appartenance à la communauté ; elles étaient également destinées à identifier les besoins sanitaires et sociaux des aînés. Lorsque des besoins étaient identifiés, les personnes âgées étaient référées à des prestataires de soins ou à des services sociaux.

L'orientation des personnes âgées a été effectuée grâce à un Smartphone chargé d'un outil de dépistage qui comprenait des questions élémentaires, en plus des observations réalisées par les pairs-aidants lors des visites à domicile. Les pairs-aidants sont devenus un lien important entre leurs pairs et les services communautaires.

Une étude a évalué les avantages de ce projet- pilote, et a constaté qu'il comportait de multiples avantages.

Les personnes âgées qui ont reçu des visites à domicile présentaient une amélioration sensible. Il y avait une amélioration de 60 % des scores relatifs à la mesure du bien-être ; un score moyen de satisfaction avec un soutien social amélioré de 50 % au cours de la période d'étude. Les pairs-aidants ont également fait part de leurs propres bénéfices pour la santé en participant au programme, y compris l'amélioration de la flexibilité, de l'agilité, de la résistance, un sommeil de meilleure qualité et une diminution du niveau de stress.

La capacité des personnes âgées à satisfaire leurs besoins fondamentaux a été renforcée. Les pairs-aidants avaient une meilleure sécurité financière, parce qu'ils étaient payés un salaire comparable aux professionnels de santé communautaires employés par le gouvernement pour 20 heures de travail par semaine. Avoir facilité l'accès des personnes âgées aux services sociaux et de santé à base communautaire, leur a permis de répondre à leurs besoins essentiels en matière de santé et de services sociaux. L'orientation de personnes à travers AgeWell a été liée à une augmentation de l'utilisation des services cliniques, passant de 30 personnes âgées à 200 personnes au cours de la période d'étude.

Les capacités à apprendre, à se développer sur le plan personnel et à prendre des décisions des pairs-aidants ont été renforcées, grâce à la formation qui leur a été offerte. Ils ont démontré une meilleure estime de soi et une meilleure auto-efficacité, et une nouvelle perception de détermination et d'espoir qui a été attribuée à la formation. Ils ont également décrit un sentiment d'autonomisation (*empowerment*) et d'enthousiasme à apprendre à utiliser des technologies telles que les Smartphones et les médias sociaux.

Les capacités des personnes âgées à développer et à entretenir des relations ont été renforcées, tant pour les pairs-aidants que pour les clients à qui ils ont rendu visite. Les adhésions au Club Senior local ont triplé en raison de la participation accrue des clients d'AgeWell. Les pairs-aidants ont déclaré se sentir plus liés les uns aux autres et à leur communauté, et qu'ils avaient créé des liens plus solides avec leurs voisins, leurs amis et d'autres membres de la communauté. Ils ont déclaré ne plus se sentir «isolés» et «seuls» et considèrent leurs collègues pairs-aidants comme de la «famille» et les clients comme des «amis».

Le programme a également renforcé la capacité des personnes âgées à apporter une contribution à leur communauté. Les résultats des groupes de discussion de pairs-aidants ont démontré que le programme offrait un niveau de responsabilisation (*empowerment*) qui découlait de l'apprentissage de nouvelles compétences, et du fait d'aider les autres. Redevenir actif sur le plan économique a été décrit par beaucoup comme ayant «changé leur vie».

Source : M Besser et S Rohde ; Organisation mondiale de la Santé, Kobe Centre ; Étude de cas en Afrique du Sud : AgeWell, service de soutien par les pairs dans un contexte communautaire, pour améliorer le bien-être et la santé chez les personnes âgées vivant dans un township de Cape Town ; 2015 ; communication non publiée.

par un processus transparent, s'appuyant sur les connaissances et l'expérience des personnes âgées, des soignants et des chercheurs, et qui prendra en considération les approches actuelles, et évaluera leurs forces et leurs faiblesses. Ce processus peut aider à définir quels sont les services et les rôles-clés nécessaires, quels obstacles peuvent exister, qui est le mieux placé pour assurer ces services, et qui serait susceptible d'assumer au mieux d'autres rôles, tels que la formation et l'accréditation. Une des cibles-clé devrait être d'élaborer le système de façon à permettre aux personnes âgées de vieillir dans un lieu qui leur convienne, et de maintenir des liens avec leur communauté et leurs réseaux sociaux. Pour assurer l'accès aux soins de longue durée, tout en réduisant le risque que les bénéficiaires ou leurs aidants familiaux subissent des difficultés financières, il faudra des ressources adéquates et l'engagement de privilégier le soutien aux personnes ayant les besoins de santé et les besoins financiers les plus importants.

Les principales mesures qui pourraient être prises sont de :

- reconnaître les soins de longue durée comme un service public important ;
- assigner des responsabilités claires pour l'élaboration d'un système de soins de longue durée, et planifier de quelle façon cet objectif sera atteint ;
- créer des mécanismes équitables et pérennes pour le financement des soins ;
- définir les rôles du gouvernement et développer les services qui seront nécessaires pour assurer ces rôles.

Développer et maintenir un personnel de santé de soins de longue durée qui soit pérenne et doté d'une formation adéquate

Comme pour les systèmes de santé, il sera crucial de développer un effectif pérenne et bénéficiant d'une formation appropriée, pour assurer les soins de longue durée. Plusieurs des mesures relatives aux systèmes de santé déjà formulées, seront également pertinentes pour le personnel

soignant rémunéré assurant des soins de longue durée. Cependant, le domaine des soins de longue durée est traditionnellement mal reconnu. Une autre stratégie essentielle pour s'assurer un personnel pérenne dans le futur consistera à garantir que les soignants rémunérés reçoivent le statut et la reconnaissance que leur contribution mérite.

En outre, contrairement à ce qui prévaut dans le système de santé, la majorité des soignants du système de soins de longue durée sont encore à l'heure actuelle des membres de la famille, des bénévoles, des membres d'organisations communautaires et des agents rémunérés, mais qui ne bénéficient pas de formation. La plupart d'entre eux sont des femmes. Leur dispenser une formation qui leur permettra de réaliser correctement leur travail, tout en les soulageant de la contrainte qui résulte du fait de ne pas être suffisamment informées de la façon de traiter des situations difficiles, sera au cœur de l'élaboration d'un système de soins de longue durée. Fournir un soutien concret aux aidants familiaux en leur offrant des soins de répit ou des paiements en espèces, peut aussi alléger leur charge. Il sera également important de déterminer de quelle façon la responsabilité de la prestation de soins pourrait être partagée plus équitablement entre les sexes et les générations.

Des opportunités intéressantes émergent des pays à revenus faibles et intermédiaires, en matière d'autonomisation (*empowerment*) des personnes âgées bénévoles, sous la forme d'associations ou organisations de personnes âgées militant pour les droits des personnes âgées et assurant les soins et le soutien qu'elles peuvent nécessiter. Ces concepts peuvent être transposables aux milieux à revenus élevés.

Les principales mesures permettant de développer et maintenir un personnel pérenne et formé de manière adéquate pour les soins de longue durée consistent entre autres à :

- améliorer leur salaire et leurs conditions de travail et créer des parcours professionnels pour leur permettre d'accéder à des postes

- de responsabilité et à des rémunérations plus importantes ;
- adopter des lois encourageant des modalités de travail ou des congés flexibles pour les aidants familiaux ;
- établir des mécanismes de soutien pour les aidants familiaux, comme par exemple leur offrir des périodes de répit et l'accès à des formations ou à des ressources documentaires ;
- sensibiliser à l'importance et à la gratification du rôle de soignant, et lutter contre les normes et les rôles sociaux qui découragent les hommes et les jeunes gens de travailler comme soignants ;
- soutenir les initiatives communautaires qui réunissent les personnes âgées pour qu'elles collaborent en tant que personnes-ressource, à des activités de soins et à d'autres activités de développement communautaire.

Assurer la qualité des soins de longue durée

La première étape pour assurer la qualité des soins de longue durée sera d'orienter les services vers l'objectif consistant à optimiser les aptitudes fonctionnelles. Cela exige de la part des systèmes et des soignants de déterminer de quelle façon ils peuvent à la fois optimiser la trajectoire des capacités de la personne âgée, et compenser les limitations fonctionnelles en offrant des soins et en aménageant l'environnement, qui aideront les personnes âgées à maintenir leurs aptitudes fonctionnelles à un niveau qui garantisse leur bien-être. La coordination tant au sein du système de soins de longue durée qu'avec les services de santé sera essentielle si l'on veut atteindre cet objectif. Les systèmes de gestion de la qualité peuvent aider à maintenir cette approche coordonnée de manière à se concentrer sur les capacités.

Les principales mesures permettant d'atteindre cet objectif sont entre autres de :

- développer et diffuser des directives ou des protocoles de soins qui traitent des questions-clé ;
- établir des mécanismes d'accréditation pour les services et les soignants qualifiés ;
- établir des mécanismes formels pour la coordination des soins (y compris entre les soins de longue durée et les services de santé) ;
- établir un système de gestion de la qualité pour contribuer à garantir qu'on maintienne l'accent sur l'optimisation des aptitudes fonctionnelles.

Créer un environnement favorable aux personnes âgées

L'environnement physique et social a une puissante influence sur le *Vieillessement en bonne santé*. Il configure la trajectoire des capacités, et peut optimiser ce qu'une personne est capable de faire (ses aptitudes fonctionnelles). Un environnement favorable aux aînés permet aux personnes âgées d'être et de réaliser ce qu'elles ont des raisons de valoriser, en leur permettant d'optimiser à la fois leurs capacités et de leurs aptitudes.

Créer un environnement qui soit réellement favorable aux aînés exige une action dans de nombreux secteurs – santé, soins de longue durée, transport, logement, emploi, protection sociale, information et communication – par de nombreux intervenants – gouvernement, prestataires de services, société civile, personnes âgées et leurs organisations, familles et amis. Cela demande également des interventions à différents niveaux de gouvernement. Viser l'objectif commun consistant à optimiser les aptitudes fonctionnelles, permet à ces différents acteurs de travailler dans leurs domaines spécifiques, mais de manière ciblée, qui complète ce qui est fait par d'autres.

Les opportunités d'action concernant les capacités spécifiques ont été présentées au Chapitre 6. Les approches clés suivantes sont pertinentes pour chacune de ces capacités, et pour l'ensemble des parties prenantes :

1. lutter contre l'âgisme ;
2. encourager l'autonomie ;

3. soutenir le *Vieillissement en bonne santé* dans toutes les politiques, et à tous les niveaux de gouvernement.

Lutter contre l'âgisme

Les stéréotypes fondés sur l'âge influencent les comportements, l'élaboration des politiques et même la recherche. Les traiter doit être au cœur de toute action de santé publique qui concerne le vieillissement de la population. Bien que ce défi soit difficile à relever, les expériences de lutte contre d'autres formes de discrimination largement répandues, comme le sexisme et le racisme, montrent que les attitudes et les normes peuvent être changées.

Il existe également des exemples concrets de la façon dont cela pourrait être réalisé pour l'âgisme (**Encadré 7.3**).

La lutte contre l'âgisme nécessitera de construire et d'inscrire dans la pensée de toutes les générations, une nouvelle compréhension du vieillissement. Comme le souligne ce rapport, cela ne peut pas être basé sur des conceptualisations dépassées des personnes âgées, les considérant comme des fardeaux, ou sur des hypothèses irréalistes estimant que les personnes âgées d'aujourd'hui ont en quelque sorte échappé aux problèmes de santé de leurs parents et de leurs grands-parents. Au contraire, cela exige d'accepter la grande diversité de l'expérience des aînés, de reconnaître les inégalités qui les constituent bien souvent, et demande une ouverture d'esprit pour se demander comment on pourrait améliorer les choses.

Les mesures qui pourraient aider à lutter contre l'âgisme pourraient inclure :

- mener des campagnes de communication pour améliorer les connaissances et la compréhension du vieillissement dans les médias, auprès du grand public, des décideurs, des employeurs et des prestataires de services ;
- légiférer contre la discrimination fondée sur l'âge ;
- veiller à ce qu'une vision équilibrée du vieillissement soit présentée dans les médias, par exemple en minimisant les

Encadré 7.3. 'Dites Non à l'âgisme' en Irlande

L'Irlande a mené une campagne continue contre l'âgisme, basée sur les très nombreuses preuves indiquant que les stéréotypes négatifs et la discrimination envers les personnes âgées sont omniprésents et préjudiciables. La semaine 'Dites Non à l'âgisme' a eu lieu chaque année de 2004 à 2012, pour promouvoir la sensibilisation et stimuler l'action contre l'âgisme. Élaborée par l'Autorité pour l'égalité et la direction du Service de santé, avec le soutien de l'Office pour les personnes âgées et les organisations de personnes âgées, la semaine 'Dites non à l'âgisme' comprenait deux volets complémentaires : une campagne d'information du public en utilisant la publicité, la radio, les médias sociaux et des affiches ; et la mise en œuvre d'une série d'actions sectorielles visant à améliorer la prestation de services favorables aux aînés.

Au fil des ans, les secteurs ayant participé comprenaient la santé, le transport, les assurances, le secteur hospitalier, les sports et les loisirs. Les mesures prises par les secteurs y participant ont inclus : des groupes de discussion avec des personnes âgées pour comprendre les obstacles auxquels elles sont confrontées dans l'utilisation des structures de remise en forme ; offrir une formation de sensibilisation aux personnes âgées pour l'ensemble du personnel des bus de Dublin ayant un contact direct avec la clientèle ; fournir un transport gratuit pour les événements 'dites Non à l'âgisme' ; apporter des améliorations en matière d'information et de communication afin d'assurer qu'ils ont utilisé des messages plus favorables aux aînés, y compris le remplacement du mot "vieux" par "personnes âgées" ; et l'illustration de salariés âgés dans les outils de marketing pour souligner l'inclusion des industries irlandaises.

Une étude de l'initiative 'Dites non à l'âgisme' a été menée en 2008, et a souligné que la force de l'engagement, de la mobilisation et des relations de travail entre les partenaires et les intervenants sectoriels constituaient la clé du succès de la campagne.

Bien que les campagnes d'information visant à sensibiliser et à stimuler le débat sur l'âgisme au sein du grand public soient importantes en soi, un des points forts de l'initiative irlandaise a été d'étayer cette sensibilisation par des initiatives sectorielles pratiques qui ont assuré des formations 'sur mesure', afin de procéder à des changements positifs en matière de comportements et de prestations de services (2).

reportages à sensation sur les crimes contre les personnes âgées.

Faciliter l'autonomie

Les personnes âgées ont le droit de faire des choix et d'exercer le contrôle sur tout un éventail de questions, y compris les lieux où elles vivent, les relations qu'elles ont, les habits qu'elles portent, la façon dont elles passent leur temps, et si elles suivent un traitement ou non. La possibilité de faire un choix et d'établir un contrôle est façonnée par de nombreux facteurs, y compris les capacités intrinsèques des personnes âgées, l'environnement où elles habitent, les ressources personnelles et financières dans lesquelles elles peuvent puiser, et les opportunités qui leur sont offertes.

Combinés, ceux-ci déterminent l'autonomie des personnes âgées, qui a une forte influence sur la dignité, l'intégrité, la liberté et l'indépendance des personnes âgées ; et l'autonomie a souvent été identifiée comme une composante essentielle de leur bien-être général.

Une mesure-clé encourageant l'autonomie consistera à optimiser les capacités intrinsèques, et cela est largement traité dans les stratégies relatives aux systèmes de santé décrites plus haut. Mais l'autonomie peut également être renforcée indépendamment du niveau de capacités d'une personne âgée. Cela peut être réalisé en modifiant l'environnement où elles habitent ou en fournissant des aides techniques qui les aident à gérer leurs limitations fonctionnelles. On peut aussi assurer cela en protégeant leurs droits et en renforçant leur résilience et leur capacité à contrôler ou à modifier leur environnement. L'autonomie est fortement dépendante du fait que les besoins fondamentaux d'une personne âgée soient satisfaits.

Les mesures qui seront importantes pour faciliter l'autonomie, incluent entre autres de :

- élaborer des lois pour protéger les droits des personnes âgées (par exemple, en les protégeant contre la maltraitance), les aider à prendre conscience de leurs droits et à les

exercer, et créer des mécanismes auxquels elles peuvent faire appel en cas de violation de ces droits, y compris dans les situations d'urgence ;

- assurer des services qui soutiennent les aptitudes fonctionnelles, tels que les aides techniques, les services à base communautaire, ou les services à domicile ;
- prévoir des mécanismes de planification préalable des soins et d'aide à la prise de décision, qui permettent aux personnes âgées de conserver un niveau maximum de contrôle sur leur vie, malgré une diminution importante de leurs capacités ;
- créer des opportunités accessibles de formation et de développement personnel tout au long de la vie.

Soutenir le *Vieillessement en bonne santé* dans toutes les politiques et à tous les niveaux du gouvernement

Dans un nombre rapidement croissant de pays, plus d'une personne sur cinq est âgée de plus de 60 ans. Il y aura peu de politiques ou de services qui ne les concerneront pas, de quelque manière que ce soit. Si l'on veut atteindre les objectifs du *Vieillessement en bonne santé*, tous les secteurs doivent réfléchir à leur contribution et leur impact sur le *Vieillessement en bonne santé*.

Les stratégies nationales, régionales, étatiques ou municipales et les plans d'action concernant le vieillissement peuvent contribuer à orienter cette action intersectorielle, et à assurer une intervention coordonnée qui recouvre plusieurs secteurs et niveaux du gouvernement (**Encadré 7.4**). Ceci exigera d'établir des engagements clairs sur les objectifs visés, ainsi que des responsabilités clairement délimitées, disposer de budgets adéquats, et spécifier les mécanismes de coordination, de suivi, d'évaluation et d'établissement des rapports entre les différents secteurs.

Il sera également important de collecter et d'utiliser des informations concernant les capacités des personnes âgées, désagrégées par âge.

Encadré 7.4. Vivre et vieillir ensemble : une action intersectorielle au Québec

En 2011, le Secrétariat aux aînés, un organisme provincial pour les personnes âgées faisant partie du gouvernement du Québec, a révélé sa première politique de vieillissement visant à favoriser une approche inclusive et globale pour soutenir les personnes âgées : Vivre et vieillir ensemble. Elle est basée sur la collaboration entre les secteurs et les niveaux de gouvernement, pour permettre aux personnes âgées de vieillir dans leurs foyers et leurs communautés.

Secteur intergouvernemental – collaboration horizontale : elle appelle les organismes et les ministères au même niveau de gouvernement à collaborer dans l'ensemble des missions et des secteurs de compétences. Par exemple :

- trois départements au niveau provincial ont collaboré pour améliorer la qualité des services, la formation et l'indemnisation des aidants naturels, afin d'améliorer la disponibilité du soutien destiné aux personnes âgées vivant chez elles ;
- pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, deux organismes provinciaux ont uni leurs forces en 2010 (dans le Programme d'infrastructures Québec-Municipalités – et Municipalité amie des aînés) pour fournir un soutien financier aux petits projets d'infrastructures et d'installations, tels que la rénovation de bâtiments municipaux ou l'amélioration d'installations de loisirs, afin de refléter les besoins et les attentes des personnes âgées (par exemple, en construisant des toilettes accessibles ou des parcours de marche).

Secteur intergouvernemental – collaboration verticale : elle implique la collaboration entre l'échelon provincial (Québec), le niveau régional et le niveau municipal (local) du gouvernement, pour atteindre des objectifs communs. Dans un effort pour augmenter l'utilisation par les personnes âgées des transports en commun, deux organismes provinciaux et un organisme régional, y compris les municipalités régionales du comté, se sont associés pour examiner et modifier les plans de transport en commun pour assurer que les personnes âgées aient accès aux transports.

Collaboration entre le gouvernement et le secteur privé : elle implique la collaboration entre le gouvernement et les organisations non gouvernementales locales et provinciales, et les organisations communautaires, le secteur privé et le milieu universitaire. À Montréal, un projet de recherche-action a été mis en place entre le monde universitaire et l'unité de recherche du département de police, pour élaborer et mettre en œuvre une intervention de la police pour lutter contre les maltraitements envers les aînés ; elle comprend la prévention, la détection, l'intervention de première ligne, le suivi et l'investigation. Ce modèle met l'accent sur une réponse intersectorielle à la maltraitance des personnes âgées, qui comprend la police, un centre d'assistance aux victimes, des organisations à base communautaire, les services de santé publique et les services sociaux, le Curateur public et les tribunaux.

Collaboration entre les familles, les gouvernements et le secteur privé : un autre exemple de collaboration entre les personnes âgées et leurs familles relative à l'amélioration des soins de longue durée. Les membres de la famille qui prennent soin d'une personne âgée reçoivent de la part du gouvernement à la fois un crédit d'impôt et une assistance financière pour engager des soignants et des professionnels de santé qualifiés à venir à domicile pour offrir des soins à temps partiel.

Cela permettra de faciliter l'examen de l'efficacité et des lacunes des politiques, des systèmes et des services existants. En outre, des mécanismes pour consulter et impliquer les personnes âgées ou les organisations de personnes âgées dans l'élaboration et l'évaluation des politiques, pourront contribuer à garantir leur pertinence pour les populations locales.

Il existe de nombreux domaines d'action, mais les opportunités incluent :

- établir des politiques et des programmes qui multiplient les options de logement pour les personnes âgées, et aident à l'aménagement du domicile, permettant ainsi aux personnes âgées de vieillir dans un lieu qui leur convient ;
- introduire des mesures visant à garantir que les personnes âgées soient protégées

- contre la pauvreté, grâce, par exemple, à des programmes de protection sociale ;
- offrir des opportunités de participation sociale et la possibilité d'assumer des rôles sociaux constructifs, en ciblant spécifiquement les processus qui marginalisent et isolent les personnes âgées ;
- éliminer les obstacles, établir des normes d'accessibilité et garantir le respect de ces normes en matière de bâtiments, de transports et de TIC ;
- projeter des décisions en matière d'aménagement urbain et d'utilisation des sols, en tenant compte de leur impact sur la sécurité et la mobilité des personnes âgées ;
- promouvoir la diversité fondée sur l'âge et l'inclusion dans le milieu du travail.

Améliorer l'évaluation, le suivi et les connaissances

Pour progresser sur la question du *Vieillessement en bonne santé*, il faudra une bien meilleure compréhension des tendances et des questions liées à l'âge. De nombreuses questions fondamentales restent sans réponse :

- Quelles sont les tendances actuelles en termes de *Vieillessement en bonne santé* et sont-elles en train de changer au fil du temps ?
- Quels sont les déterminants du *Vieillessement en bonne santé* ? Les inégalités se creusent-elles ou se réduisent-elles ?
- Quelles sont les interventions qui donnent de bons résultats et encouragent le *Vieillessement en bonne santé* ? Dans quels sous-groupes de la population réussissent-elles ? Quels sont l'échéancier et la synchronisation appropriés de ces interventions pour maintenir et améliorer les capacités intrinsèques et les aptitudes fonctionnelles ?
- Quels sont les besoins en matière de santé et de soins de longue durée chez les personnes âgées, et dans quelle mesure sont-ils satisfaits ?

- Quelles sont les véritables contributions économiques apportées par les personnes âgées, et quels sont les coûts et les bénéfices réels des mesures encourageant le *Vieillessement en bonne santé* ?

Le premier élément de réponse à ces questions, consistera à inclure les personnes âgées dans les statistiques démographiques et enquêtes générales de population, et l'analyse de ces sources d'information devra être désagrégée par âge et par sexe. Les méthodes de mesure appropriées du *Vieillessement en bonne santé* ainsi que ses déterminants et variations, devront également être inclus dans ces études.

Mais la recherche devra également être encouragée dans une série de domaines spécifiques liés au vieillissement et à la santé, et cela nécessitera de s'accorder sur les concepts clés et la façon selon laquelle ils peuvent être mesurés. Les approches telles que les études plurinationales et multidisciplinaires devraient être encouragées, car elles peuvent être représentatives de la diversité d'une population, et peuvent analyser les déterminants du *Vieillessement en bonne santé* ainsi que le contexte spécifique des personnes âgées. De façon similaire, l'implication et la contribution des personnes âgées devraient également être encouragées. Cela pourrait conduire à des résultats plus pertinents et plus innovants ([Encadré 7.5](#)).

Enfin, à mesure que de nouvelles et plus pertinentes connaissances sur le vieillissement et la santé sont générées, des mécanismes internationaux et locaux seront nécessaires pour assurer rapidement leur application en pratique clinique, en interventions de santé publique axées sur la population, ou en politiques sociales et de santé.

Les approches principales incluent entre autres de :

1. convenir des méthodes de mesure, des paramètres et des approches analytiques relatives au *Vieillessement en bonne santé* ;

Encadré 7.5. La recherche avec les personnes âgées, et non seulement pour elles

L'Institut pour la recherche collaborative sur le vieillissement de Manchester en Angleterre a entrepris une étude sur les 'Villes amies des aînés' qui se base sur les opinions, les préoccupations et les compétences des personnes âgées résidentes (3). Travaillant avec des groupes-cibles dans trois quartiers du sud de Manchester, trois caractéristiques clés ont façonné ce travail :

- **la participation** – les résidents seniors collaborent comme 'co-chercheurs' à toutes les étapes du processus, y compris la planification, la conception et la mise en œuvre ;
- **la collaboration** – un éventail de partenaires, y compris les collectivités locales, les organisations bénévoles et d'autres organisations non gouvernementales, collaborent comme conseillers, contribuant au processus par des groupes de discussion, des entretiens et des partenariats continus ;
- **l'action** – des recommandations ont été élaborées pour l'aménagement urbain et la rénovation, l'engagement communautaire et la mise en œuvre des politiques. Un nouvel espace a été ouvert pour inclure des idées directement dans les programmes et les initiatives en cours à Manchester, et au-delà.

Un groupe diversifié de 18 adultes âgés entre 58 et 74 ans, ont été formés en tant que co-chercheurs. Des sessions participatives et des réunions de réflexion ont veillé à ce que les participants soient impliqués, et soient familiarisés avec tous les aspects du processus de recherche, y compris la conception. Au total, 68 entrevues approfondies ont été menées avec les résidents âgés, dont beaucoup ont connu de multiples formes d'exclusion sociale, des problèmes de santé, un isolement social et la pauvreté.

Prise dans son ensemble, cette étude représente une avancée méthodologique significative dans le développement de nouveaux modèles d'engagement communautaire. Des interventions telles que celles utilisées dans l'étude représentent d'excellentes sources de données, une démarche fructueuse en termes d'engagement communautaire pour tous les participants, et des mécanismes rentables pour l'élaboration de politiques éclairées en période d'austérité.

2. améliorer la compréhension de l'état de santé et des besoins des populations âgées, et dans quelle mesure ils sont satisfaits ;
3. améliorer la compréhension du processus de *Vieillesse en bonne santé*, et ce qui peut être fait pour l'améliorer.

Convenir des méthodes de mesure, des paramètres et des approches analytiques relatives au *Vieillesse en bonne santé*

Les mesures et les méthodes actuelles utilisées dans le domaine du vieillissement sont limitées, empêchant une réelle compréhension des aspects essentiels du *Vieillesse en bonne santé*. Souvent, les méthodes adéquates n'existent pas encore. Parfois, des approches globales sont utilisées dans d'autres domaines, mais ne sont pas adaptées à des populations plus âgées. Un consensus est nécessaire quant aux approches les plus adéquates. Celles-ci devront permettre de réaliser des comparaisons, et éventuellement des corrélations entre les données recueillies dans une série de pays, de contextes et de secteurs. Voici certaines priorités :

- élaborer et parvenir à un consensus sur les paramètres, les stratégies de mesure, les instruments, les tests et les biomarqueurs pour les concepts clés relatifs au *Vieillesse en bonne santé*, y compris pour les aptitudes fonctionnelles, les capacités intrinsèques, le bien-être subjectif, les caractéristiques de santé, les caractéristiques personnelles, le patrimoine génétique, la comorbidité et les besoins en termes de services et de soins ;
- parvenir à un consensus sur les approches d'évaluation et d'interprétation des trajectoires de ces paramètres et de ces mesures tout au long de la vie. Il sera important de démontrer comment l'information générée peut servir d'intrants pour les politiques, le suivi, l'évaluation, les choix cliniques ou les décisions en matière de santé publique ;
- élaborer et mettre en œuvre de meilleures approches pour tester les interventions

cliniques, qui tiennent compte des différences physiologiques des personnes âgées et des comorbidités.

Améliorer la compréhension de l'état de santé et des besoins des populations âgées, et dans quelle mesure ils sont satisfaits

Bien que les recherches démographiques et le suivi de la population générale doivent mettre davantage l'accent sur les personnes âgées, la recherche démographique spécifique relative aux personnes âgées est également nécessaire pour identifier les niveaux et les variations des aptitudes fonctionnelles et des capacités intrinsèques ; de quelle manière elles évoluent dans le temps ; les besoins de santé, de soins et de soutien, et dans quelle mesure ceux-ci sont satisfaits.

Ces recherches pourraient consister à :

- établir des enquêtes de population régulières des personnes âgées, qui soient en mesure de refléter de manière détaillée : les aptitudes fonctionnelles ; les capacités intrinsèques ; les états de santé spécifiques ; les besoins en matière de santé ou de soins de longue durée, ou d'aménagements plus larges de l'environnement, et dans quelle mesure ces besoins sont satisfaits ;
- cartographier les tendances des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles dans différentes cohortes de naissance, et déterminer si l'augmentation de l'espérance de vie est associée à des années de vie ajoutées en bonne santé ;
- identifier des indicateurs et des mécanismes de surveillance continue des trajectoires du *Vieillessement en bonne santé*.

Améliorer la compréhension du processus du *Vieillessement en bonne santé* et ce qui peut être fait pour l'améliorer.

Pour favoriser le *Vieillessement en bonne santé*, il faudra une bien meilleure compréhension des trajectoires courantes des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles, leurs déterminants

et l'efficacité des interventions pour les modifier. Les principales mesures à prendre pour atteindre cet objectif consistent à :

- identifier l'amplitude et les types de trajectoires des capacités intrinsèques et des aptitudes fonctionnelles, et leurs déterminants dans différentes populations ;
- quantifier l'impact des soins de santé, des soins de longue durée et des aménagements de l'environnement sur le processus de *Vieillessement en bonne santé*, et identifier de quelle façon ils opèrent ;
- mieux quantifier la contribution économique des personnes âgées, le coût des prestations de services qu'elles nécessitent et élaborer des moyens rigoureux, valides et comparables pour analyser le rendement des investissements.

Conclusion

Il est urgent de mettre en œuvre une action exhaustive de santé publique concernant le vieillissement. Bien qu'il existe de grandes lacunes en matière de connaissances, nous disposons de suffisamment de données probantes pour agir dès maintenant, et chaque pays peut faire quelque chose, indépendamment de sa situation actuelle ou de son niveau de développement.

Cette réponse de la société au vieillissement de la population exigera une transformation des systèmes de santé, s'éloignant des modèles curatifs basés sur les maladies, pour préconiser plutôt des prestations de soins intégrés et centrés sur la personne âgée. Cela nécessitera la mise en place de systèmes complets de soins de longue durée, parfois en partant de rien. Et il faudra une réponse coordonnée de nombreux autres secteurs que celui de la santé, et à divers niveaux du gouvernement. Cette réponse devra être basée sur un changement fondamental dans notre façon d'appréhender le vieillissement, pour une approche qui tienne compte de la diversité des

personnes âgées et réponde aux inégalités qui sous-tendent souvent le vieillissement. Il faudra enfin recourir aux meilleures façons de mesurer et de surveiller la santé ainsi que les aptitudes fonctionnelles des populations âgées.

Bien que ces actions nécessitent inévitablement des ressources, elles sont susceptibles

de constituer un investissement judicieux pour l'avenir de la société : un avenir qui offre aux personnes âgées la liberté de vivre la vie que les générations précédentes n'auraient jamais imaginé vivre.

Liste des références

1. Alexandra Health System's Ageing-in-Place Programme – first Singapore public healthcare programme to win 2014 UN Public Service Award. Singapore: Khoo Teck Puat Hospital; 2014 (<https://www.ktph.com.sg/uploads/1403773586Media%20Release%20-%20First%20Singapore%20Public%20Healthcare%20Programme%20to%20Win%202014%20UN%20Public%20Service%20Award.pdf>, accessed 29 June 2015).
2. Say No to Ageism Week (Ireland). In: Equinet; European Network of Equality Bodies [website]. Brussels: Equinet Secretariat; 2015 (<http://www.equineteurope.org/Say-No-To-Ageism-Week-Ireland>, accessed 15 July 2015).
3. Buffel T, editor. Researching age-friendly communities: stories from older people as co-investigators. Manchester: University of Manchester Library; 2015. (<http://www.socialsciences.manchester.ac.uk/medialibrary/brochures/Age-Friendly-Booklet.pdf>, accessed 27 July 2015).

Accessibilité

elle décrit la mesure dans laquelle un environnement, service ou produit permet l'accès par autant de personnes que possible

Activité

exécution d'une tâche ou d'une action par un individu

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

activités élémentaires nécessaires à la vie quotidienne, telles que prendre son bain ou sa douche, s'habiller, manger, entrer ou sortir du lit ou s'asseoir et se lever d'une chaise, utiliser les toilettes, et se déplacer à l'intérieur du domicile

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

activités qui facilitent la vie autonome, comme utiliser un téléphone, prendre des médicaments, gérer de l'argent, faire des courses, préparer des repas et utiliser un plan

Âge (chronologique)

nombre d'années vécues depuis sa naissance

Âgisme

les stéréotypes et la discrimination envers des individus ou des groupes de personnes sur la base de leur âge ; l'âgisme peut prendre plusieurs formes, y compris les préjugés, les pratiques discriminatoires ou les politiques et les pratiques institutionnelles qui perpétuent les idées reçues

Aidant familial

une personne qui fournit des soins et un soutien à un autre individu ; un tel soutien peut inclure :

- aider aux soins auto-administrés, aux tâches ménagères, à la mobilité, à la participation sociale et à des activités significatives ;
- offrir des informations, des conseils et un soutien affectif, ainsi que s'engager dans le plaidoyer, fournir un soutien pour la prise de décision et un soutien par les pairs, et aider à la planification préalable des soins ;
- offrir des services de répit ; et
- participer à des activités visant à favoriser les capacités intrinsèques

les aidants familiaux peuvent inclure des membres de la famille, des amis, des voisins, des bénévoles, des agents de santé et des professionnels de santé

Aides techniques et technologiques (ou technologies de la santé)

tout dispositif conçu, fabriqué ou adapté pour aider une personne à accomplir une tâche particulière ; ces produits peuvent être disponibles sur le marché ou spécialement conçus pour les personnes avec une limitation spécifique de capacités ; les technologies de la santé sont un sous-ensemble des aides technologiques, dont le but principal est de maintenir ou d'améliorer les aptitudes fonctionnelles et le bien-être d'un individu

Aménagement du logement

modifications ou adaptations apportées aux caractéristiques physiques permanentes de l'environnement du logement pour améliorer la sécurité, l'accessibilité physique et le confort

Aménagement raisonnable

les modifications et les adaptations nécessaires et appropriées qui peuvent être réalisées sans imposer une charge disproportionnée ou indue, pour que les personnes âgées présentant une diminution des aptitudes fonctionnelles puissent profiter et exercer tous les droits de l'homme et libertés fondamentales sur une base d'égalité avec les autres

Approche du parcours de vie

elle prend en considération les processus biologiques, comportementaux et psychosociaux sous-jacents qui se produisent tout au long de la vie, qui sont façonnés par les caractéristiques individuelles et par l'environnement dans lequel nous vivons

Aptitudes fonctionnelles

les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce à quoi ils

accordent de la valeur; elles sont constituées des capacités intrinsèques de l'individu, des caractéristiques pertinentes de l'environnement, et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques

Assistance sociale (services sociaux)

aide aux activités de la vie quotidienne (comme les soins personnels, l'entretien du domicile)

Autosoins (ou autogestion du traitement)

activités menées par des personnes pour favoriser leur santé, la maintenir, se traiter et prendre soin d'elles-mêmes, ainsi que prendre des décisions à propos de leur santé

Bien-être

terme général englobant l'ensemble des domaines de la vie humaine, y compris les aspects physiques, intellectuels et sociaux, qui constituent ce qu'on peut appeler une « vie agréable »

Capacités intrinsèques

l'ensemble de toutes les capacités physiques et intellectuelles dans lesquelles un individu peut puiser

Caractéristiques de santé

changements sous-jacents liés à l'âge, comportements liés à la santé, facteurs de risque physiologiques (par exemple, hypertension artérielle), maladies, lésions, modifications de l'homéostasie, et syndromes gériatriques plus larges ; l'interaction entre ces caractéristiques de santé déterminera, en définitive, les capacités intrinsèques d'un individu

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

une classification des domaines de la santé et des domaines relatifs à la santé qui décrivent les fonctions et les structures du corps, les activités et la participation ; les domaines sont classés à partir de différentes perspectives : organiques, individuelles et sociétales ; comme l'état fonctionnel et la situation de handicap d'un individu s'inscrivent dans un contexte, cette classification comprend une liste de facteurs environnementaux

Conception universelle

la conception de tout environnement, produit et système afin qu'il puisse être utilisé par toute personne, dans la plus large mesure possible, sans nécessiter ni d'adaptation ni de conception spéciale

Concordance personne-environnement

la relation entre les individus et leur environnement ; l'adéquation entre les personnes et leurs environnements exige (i) la prise en compte des besoins de la personne (soit les caractéristiques et la capacité de santé d'un individu), et les besoins et les ressources de la société, (ii) la prise de conscience que la relation est dynamique et interactive, et (iii) de porter une attention aux changements qui se produisent chez les personnes et les lieux, au fil du temps

Déficience

perte ou anomalie d'une structure organique ou d'une fonction physiologique (y compris les fonctions intellectuelles) ; dans ce rapport, le terme 'anomalie' est utilisé

pour faire strictement référence à une variation significative par rapport à des normes statistiques établies (soit une divergence des normes standards mesurées par rapport à la moyenne de la population)

Dépendance aux soins

cela se produit lorsque les aptitudes fonctionnelles se sont réduites à un point où un individu n'est plus en mesure d'entreprendre les activités de base qui sont nécessaires à la vie quotidienne sans assistance

Dépenses directes

les paiements pour des produits ou des services qui comprennent (i) les paiements directs, tels que les paiements pour des produits ou des services qui ne sont couverts par aucune forme d'assurance ; (ii) le partage des coûts – qui est une prestation de l'assurance maladie ou de tiers-payant qui exige que la personne couverte paye une partie du coût des soins de santé qu'elle reçoit ; et (iii) les paiements informels, tels que les paiements non officiels de biens et de services, qui devraient être intégralement financés par les recettes mises en commun

Directives anticipées (ou testament de vie)

mécanisme par lequel des personnes, aptes à le faire, expriment leurs souhaits, de telle sorte que s'il se présente des circonstances affectant leur capacité à prendre des décisions concernant un traitement médical, leurs préférences soient respectées ; les directives anticipées sont consignées par écrit, en rédigeant un testament de vie ou en accordant une procuration à un autre individu

Environnement bâti

les bâtiments, les routes, les services publics, les habitations, les aménagements, les parcs et toutes les autres structures conçues par l'homme qui constituent les caractéristiques physiques d'une communauté

Environnement (s)

tous les facteurs dans le monde externe qui forment le contexte de la vie d'un individu ; l'environnement inclut le domicile, les communautés et la société au sens large ; au sein de ces environnements, il existe un ensemble d'éléments, comme l'environnement bâti, les individus et leurs relations, les attitudes et les valeurs, les politiques sociales et de santé, les systèmes et les services

Environnements amis des aînés

un environnement (comme le domicile ou la communauté) qui favorise le fait de vieillir en restant actif et en bonne santé, par le développement et le maintien des capacités intrinsèques sur tout le parcours de vie, et qui permet de meilleures aptitudes fonctionnelles chez une personne avec un niveau donné de capacités

Espérance de vie (à 60 ans)

le nombre moyen d'années qu'une personne de 60 ans peut espérer vivre, si elle est soumise au taux de mortalité selon l'âge, au cours d'une période donnée

Espérance de vie (à la naissance)

le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né est censé vivre s'il est soumis au taux de mortalité selon l'âge au cours d'une période donnée

Établissements de soins

se réfère à des institutions au sein desquelles sont fournis des soins de longue durée ; celles-ci peuvent inclure des centres communautaires, des résidences avec services de soutien, des maisons de repos, des hôpitaux et d'autres établissements de santé ; les établissements de soins ne sont pas définis uniquement par leur taille

État/niveau fonctionnel

un terme générique désignant les fonctions de l'organisme, les structures du corps humain, les activités et la participation ; il désigne les aspects positifs de l'interaction entre un individu (avec un problème de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (facteurs environnementaux et personnels)

Évaluation gériatrique globale

évaluation multidimensionnelle d'une personne âgée, qui inclut les composantes médicales, physiques, cognitives, sociales et spirituelles ; peut également inclure l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés et une équipe interdisciplinaire pour soutenir le processus

Facilitateurs

facteurs dans l'environnement d'une personne qui, par leur absence ou leur présence, améliorent les aptitudes fonctionnelles ; ceux-ci comprennent des facteurs tels que l'environnement physique qui est accessible, la disponibilité d'aides techniques et technologiques pertinentes, et les attitudes positives envers les personnes âgées, ainsi que les services, les systèmes et les politiques qui visent à accroître la participation, dans tous les domaines de la vie, et de toutes les personnes avec un problème de santé ; l'absence d'un

facteur peut aussi être un facilitateur – par exemple, l'absence de stigmatisation ou d'attitudes négatives ; les facilitateurs peuvent empêcher une déficience ou une limitation d'activités de restreindre la participation, parce que la performance réelle d'une action est renforcée, malgré le problème que présente une personne en terme de capacités

Facteur de risque

un facteur de risque est un attribut, une caractéristique ou une exposition à une probabilité accrue de développer une maladie ou un traumatisme, qui y est associée par un lien de causalité

Fragilité (ou personne âgée fragile)

extrême vulnérabilité à des facteurs de stress endogènes et exogènes qui expose une personne à un risque plus élevé d'incidences négatives sur la santé

Gériatrie

branche de la médecine spécialisée dans la santé et les maladies liées à l'âge ainsi que leurs soins et services adéquats

Gérontologie

étude des aspects sociaux, psychologiques et biologiques du vieillissement

Gestion de cas

un processus collaboratif de planification des services pour répondre aux besoins de santé d'un individu grâce à la communication avec la personne et ses prestataires de services et la coordination des ressources

Handicap

un terme générique pour les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation, indiquant les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (avec un problème de santé) et les facteurs contextuels de cet individu (facteurs environnementaux et personnels)

Inégalités de santé

différences en matière d'état de santé survenant entre les individus ou les groupes de personnes, ou, plus formellement, l'ensemble de variations interindividuelles en matière de santé pour une population donnée, qui prend souvent en considération les différences de statut socio-économique ou d'autres caractéristiques démographiques

Iniquités en santé

différences en matière de santé qui sont inutiles, évitables, partiales et injustes

Longévité

durée de vie des personnes

Maladie chronique

une maladie, un trouble, une lésion ou un traumatisme qui est persistant, ou qui a des effets durables

Maladies non transmissibles

maladies qui ne sont pas transmises de personne à personne ; les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (telles que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (telles que la broncho-

pneumopathie obstructive chronique et l'asthme) et le diabète

Maltraitance envers les personnes âgées

un acte unique ou répété, ou l'absence d'action appropriée, survenant au sein d'une relation d'où l'on attend plutôt la confiance, qui est source de préjudice ou de détresse pour la personne âgée

Mobilité

se déplacer en changeant de position du corps ou d'emplacement, ou en se transférant d'un endroit à un autre ; en transportant, déplaçant ou en maniant des objets ; en marchant, en courant ou en montant ; et en utilisant divers moyens de transport

Multimorbidité

la présence simultanée de deux ou plusieurs problèmes de santé chroniques chez une même personne

Obstacles

facteurs dans l'environnement d'une personne qui limitent les aptitudes fonctionnelles, par leur absence ou leur présence

Participation

implication d'une personne dans une situation de la vie ; elle représente la perspective sociale de l'état fonctionnel

Performance

ce que les individus font dans leur environnement actuel, y compris leur implication dans les situations de la vie

Personne âgée

une personne dont l'âge a passé l'espérance de vie moyenne à la naissance

Polypharmacie

l'administration simultanée de plusieurs médicaments au même patient

Prise de décision assistée

fait référence aux personnes recevant un soutien pour exercer leur capacité juridique ; la prise de décision assistée peut revêtir plusieurs formes, y compris l'utilisation des réseaux de soutien, un médiateur personnel, des services communautaires, un soutien par les pairs, un assistant personnel et une planification préalable

Problème de santé

terme générique pour désigner une maladie aiguë ou chronique, un trouble, une lésion ou un traumatisme

Promotion de la santé

le processus permettant aux gens de mieux maîtriser et d'améliorer leur santé

Protection sociale

programmes visant à réduire la précarité qui découle de situations telles que la pauvreté, le chômage, la vieillesse et le handicap

Réadaptation

un ensemble de mesures visant les individus qui ont vécu ou sont susceptibles de connaître une situation de handicap, pour les aider à atteindre et à maintenir un état

fonctionnel optimal lors de l'interaction avec leur environnement

Réseau social

tissu de liens de parenté, d'amitié et de liens communautaires d'un individu

Résilience

la capacité à conserver ou à améliorer un niveau d'aptitudes fonctionnelles face à l'adversité, grâce à la résistance, à la récupération ou à l'adaptation

Santé

un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou de d'infirmité

Sécurité sociale

comprend toutes les mesures qui fournissent des prestations, que ce soit en espèces ou en nature, afin de garantir la protection sociale

Services centrés sur la personne

une approche des soins qui adopte délibérément la perspective des individus, des familles et des communautés, et les considère comme des participants ainsi que des bénéficiaires des systèmes de santé et de soins de longue durée, qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences de façon humaine et holistique ; garantir que soient assurés des soins centrés sur la personne, exige que celle-ci dispose de la formation et du soutien dont elle a besoin pour prendre des décisions et pour participer à ses propres soins ; ils sont axés sur les besoins et les attentes des personnes en matière de santé, plutôt que sur les maladies

Services de santé intégrés

les services de santé intégrés sont gérés et fournis de manière à garantir aux personnes un continuum de services, y compris de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de gestion de la maladie, de réadaptation et de soins palliatifs, à différents niveaux et dans différentes structures au sein du système de santé, et que les soins soient fournis en fonction de leurs besoins, tout au long de leur parcours de vie

Soins de longue durée

activités entreprises par des tiers pour veiller à ce que les personnes ayant une perte significative des capacités intrinsèques puissent maintenir un niveau d'aptitudes fonctionnelles conforme à leurs droits fondamentaux, aux libertés fondamentales et à la dignité humaine

Soins informels

soins non rémunérés fournis par un membre de la famille, un ami, un voisin ou un bénévole

Syndromes gériatriques

états de santé complexes qui ont tendance à se produire plus tard dans la vie, et qui n'entrent pas dans des catégories de maladie distinctes ; ils sont souvent la conséquence de plusieurs facteurs sous-jacents et du dysfonctionnement de multiples systèmes organiques

Viellir chez soi / en un lieu adéquat

viellir chez soi est la capacité de vivre dans son propre domicile et sa propre communauté, en toute sécurité, de façon indépendante et confortablement, indépendamment de l'âge, du revenu ou du niveau de capacités.

Vieillir en un lieu adéquat étend ce concept à la capacité de vivre dans un endroit qui correspond le mieux aux besoins et aux préférences de la personne – qui peut être son propre logement ou pas

Vieillir en bonne santé

le processus qui développe et entretient les aptitudes fonctionnelles, permettant d'accéder au bien-être à un âge avancé

Vieillir en restant actif

il s'agit du processus d'optimisation des opportunités en matière de santé, de participation et de sécurité, afin d'améliorer la qualité de vie, à mesure que les personnes prennent de l'âge

Vieillissement

sur le plan biologique, le vieillissement résulte de l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires se produisant au fil du temps

Vieillesse de la population

un changement dans la structure de la population, entraînant l'augmentation de la proportion de personnes dans les groupes plus âgés

Vieux/vieille

une construction sociale qui définit les normes, les rôles et les responsabilités qui sont attendues d'une personne âgée ; ce terme est fréquemment utilisé dans un sens péjoratif

Villes et communautés amies des aînés

une ville ou une communauté qui favorise le fait de vieillir en restant actif et en bonne santé

A

- accessibilité
 - des services/ressources/établissements 16, 257
 - des aides techniques et technologiques 120, 186-189, 195
 - des soins de longue durée 147, 150, 155
 - des soins intégrés et centrés sur la personne 240
 - des technologies de l'information et de la communication 211, 213
 - des transports 203-205
 - en cas de catastrophes 182
 - obstacles 102
 - financière 189, 207
 - obstacles 102
 - soins de longue durée 141, 146, 147, 160, 162
 - physique vers le domicile ou à domicile 186-187, 189
- accident vasculaire cérébral 18, 30, 35, 58, 66, 69, 70, 80
- accréditation/certification/homologation 155-157, 246, 247
- action 239, 240-242
 - cadre d'une action mondiale 4-7
 - cadres pour 21, 31-32, 37-40
 - financement *voir* financement
 - gestion des catastrophes/des risques en situation d'urgence 193-195
 - intersectorielle 220, 249
 - Canada 250
 - catastrophes 193-195
 - voir aussi* collaboration ; équipes multidisciplinaires
 - pourquoi agir ? 16-20
 - santé publique 29-30, 31, 32, 33, 37-40, 239, 240, 248
 - soins de longue durée 159, 244, 246, 247
 - Vieillir en bonne santé* et domaines clés pour 240, 241-242
- activités 257
 - de la vie quotidienne (AVQ) 74, 78, 79, 257
 - instrumentales (AIVQ) 74, 78, 79, 257
 - de la vie quotidienne (AIVQ) 74, 78, 79, 257
 - soutien aux 209
 - physiques/exercice 72, 73, 80-81, 113, 114, 118-120, 123, 142, 187, 198
 - à domicile 118-120
 - environnement bâti et 187
 - maintenir et conserver la mobilité par 180, 181
- Afrique
 - programmes de santé communautaire 119
- Afrique du Sud
 - aides au logement 189
 - retraites 183
 - soutien par les pairs au niveau communautaire à Cape Town 245
- Afrique subsaharienne
 - financement des soins de longue durée 162
 - recours au système de santé 100, 103
 - sécurité financière 180
 - vieillessement de la population 49
- âge
 - chronologique 18, 38, 106, 257
 - diversité, englobant 196
 - retraite obligatoire, abolition 196
 - voir aussi* parcours de vie

- agents de santé communautaire 105, 119, 120
 - Ghana 105
- AgeWell (Afrique du Sud) 245
- âgisme 19, 105-106, 215, 223, 248, **257**
 - dans les soins de santé 105-106, 145
 - voir aussi* attitudes négatives ; stéréotypes
- aidant, familial **257**
 - naturels informels (non rémunérés) 142, 145, 146, 155, 194, 199, 213, 250, 257
- aides techniques et technologies de la santé 63, 125, 150, 152, 153, 186-189, **258**
 - communication 42, 62-63, 122, 195
 - domicile 190, 202
 - mobilité 205
- Allemagne
 - aménagements du domicile 187
 - centres intergénérationnels 212
 - dépenses directes pour les soins de santé 18
- allocations sociales 183
- alphabétisation (lecture et écriture)
 - des personnes âgées 197-198
 - personnes âgées aidant les enfants 208
- altérations
 - des articulations 59-61
 - osseuses 59, 73
- Alzheimer, maladie d' 41, 67, 68, 158, 168
- aménagement, raisonnable **258**
 - voir aussi* domiciles; prise en charge institutionnelle et maison de repos
- Amérique latine, financement des soins de longue durée 162, 180
- Ami(e)s des aînés/favorables aux personnes âgées 177-223
 - communautés 178-179, 264
 - environnement(s) 20, 240, 260
 - ville 178-179, 264
- Angleterre
 - aménagements du logement 185, 188
 - espérance de vie sans incapacité à la naissance, selon le niveau de revenu du quartier 10
- impact économique du vieillissement de la population sur les services de santé 106-107
- Institut de recherche collaborative sur le vieillissement, à Manchester 252
- intégration et coordination des soins 109
- Régime de soins Torbay 107
- anxiété 66
 - voir aussi* peur
- approche du parcours de vie, **258**
- approches analytiques du Vieillissement en bonne santé 240, 251-252
- aptitudes et compétences (personnel) 101, 220
 - équipes multidisciplinaires 109
 - soins de longue durée 152
- aptitudes fonctionnelles **258**
 - voir aussi* état fonctionnel
- arthrose 57, 58, 60, 65, 68, 70, 71, 81, 121
- articulations 59-60
- Asie-Pacifique, Région
 - Droits de l'Homme 17
 - piété filiale 15
- assistance sociale **258**
- assurances, soins de longue durée 144, 147, 151, 152, 154, 162
- attitudes négatives 32, 105
 - des employeurs 197
 - envers la formation tout au long de la vie 178
 - envers les soins de longue durée 145, 164
 - voir aussi* âgisme; stéréotypes
- Australie
 - démence, soins de relève 158
 - étude longitudinale sur la santé des femmes 8, 76
 - intégration et coordination des soins 104
 - Men's Sheds 179
 - pharmaciens 119, 124
- autonomie 34, 41, 42, 240
- autosoins/gestion 118, 241, 244, **258**

B

Bangladesh, recours aux retraites et promouvoir la reddition des comptes 184
« banques de cerveaux », Thaïlande 218
banques et risques d'exploitation financière 192

bâtiments

construction de nouveaux logements 190
publics, réseaux sociaux et impact 189-190

bénévolat 194-195, 211, 213

clubs intergénérationnels en Allemagne 212

créer les conditions pour 218-219
dans les écoles 208

besoins fondamentaux 179-194

Afrique du Sud 245

bien-être 29, 258

Brésil

intégration et coordination des soins 109
plans de soins individualisés dans les bidonvilles de Rio de Janeiro 117
stratégie en matière de santé familiale 126

broncho-pneumopathie obstructive chronique 65, 66, 68, 69

budgets de santé, individuels 202

C

cadres juridiques

financement des soins de longue durée 147, 167

internationaux 4-5

Californie, exploitation financière 192

Canada

Handi-Transit Winnipeg 179

intégration et coordination des soins au Québec 109

Vivre et Vieillir Ensemble au Québec 250

cancer, mortalité 69

capacité à satisfaire les besoins fondamentaux 179-185

Afrique du Sud 245

capacités, intrinsèques 258

physiques tout au long de la vie 8, 36

voir aussi état fonctionnel

caractéristiques de santé 258

cardiopathie ischémique 35, 66, 69, 70

caries, dentaire 82

cartilage, articulaire 61

cataracte 63, 69

catastrophes 83-84, 154, 182, 193-195

centre de jour, démence 158

cerveau (santé du) tout au long de la vie,

Indonésie 114

voir aussi fonctions cognitives

changement

à l'échelle mondiale 13-14

inciter au 220

changements

démographiques 3, 49-58

épidémiologiques 49-58

sociaux, réponses globales 14

charge mondiale de morbidité, projet sur la 58, 59, 66

Chili

pension sociale/prestations de retraite 183

soins de longue durée 147, 164

Chine, soignants et modalités/dispositifs de soins 144-145

choix, offrir/faciliter le 41-42, 199-202

logement 185-186

voir aussi prise de décision

chutes 65, 68, 72-73

prévention 187

Cité Seniors, Suisse 213

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé 31, 259

clubs et centres multigénérationnels/
intergénérationnels

Allemagne 212

Viet Nam 201

code d'éthiques en matière de soins de longue durée
nouvelles aides technologiques en matière de santé 165
recrutement 154

collaboration
intergouvernementale, Canada 250
personnes âgées impliquées 252
soins de longue durée 152
voir aussi participation

communauté(s)
amie(s) des aînés 177, 179, 264
catastrophes 193-194
démence 148
peur de la criminalité et rôle de la 181-182
programmes d'autogestion 116, 118
soins de longue durée dans la 142, 143-144, 147, 148-149
soutien par les pairs, Afrique du Sud 245
voir aussi quartiers/voisinage

communication, impact de la perte d'audition 62
voir aussi technologies de l'information et de la communication

comorbidité 69-70, 71, 72, 103, 128

compétences *voir* aptitudes et compétences

comportement(s) sain(s) 79-83, 113

compréhension, améliorer 240, 249

conception universelle 190, 206, 211, 221, 259

concordance personne-environnement 259

conduite/conduire 62, 204-205

confiance en soi des bénévoles 218, 259

connaissances (du personnel) 105, 121

contributions des personnes âgées 195, 196, 208, 213-214
Afrique du Sud 245

contrôle, faciliter le 199-202, 249

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (et son protocole facultatif) 31, 42, 185, 203

coordination (systèmes de santé)
absence de 104-105

enseignements tirés de l'expérience des pays 109

cours en ligne massifs et ouverts (MOOC) 199

coût *voir* accessibilité financière ; exploitation financière ; financement ; impact économique ; indemnisation ; investissement ; sécurité financière ; paiements

criminalité 178, 181-182

D

décès *voir* mortalité

décision (prise de) 182, 194, 195-202
Afrique du Sud 245
aide à la 209, 213, 217, 218, 249
assistée 262
catastrophes 195
participation des personnes âgées à la 177
voir aussi choix

déclaration politique 4, 5, 6, 7, 31

déficiences 259

demande et besoin (de services) 99-106
adaptation (des systèmes de santé) à 112-115, 125, 242-244
améliorer la compréhension des besoins et les satisfaire 253
soins de longue durée 100, 146, 147, 164
voir aussi besoins fondamentaux

démence 63, 64, 65, 67, 148
initiative basée sur Internet pour les aidants naturels 155
interventions à base communautaire pour les aidants naturels en Inde 150

maladie d'Alzheimer 41, 67, 68, 70, 158, 166
soins centrés sur la personne 156
soins de répit 157

dépendance et dépendance aux soins 15
soins 72, 74, 77-79, 83, 113, 119, 142, 143, 169, 259

dépenses directes 259

dépistage de cas 119

dépression 62, 66, 71, 72, 80, 82

détresse émotionnelle 200
développement/élaboration
 des politiques 7-14
 pérenne *voir* pérennité
 socio-économique 12, 13, 49, 51, 55,
 76-77, 106, 239, 244
 urbain, 178, 221-223
 voir aussi pays à revenus élevés ; pays à
 revenus faibles et/ou intermédiaires
diabète 65, 68, 69, 70, 80, 82, 112
directive anticipée **259**
Directive-cadre sur l'égalité au travail
 2000/78 / CE (UE) 214
discrimination 199
 lutter contre et droit à l'absence de (non-
 discrimination) 16-17, 106, 110, 148,
 199
disponibilité (des services/des ressources/
 des installations) 10, 16, 20
 transport 197
 voir aussi obstacles
Dites non à l'âgisme (Irlande) 248
Diversité
 chez les personnes âgées 7-9, 58
 des âges, comprenant 215
domiciles et logement 180-182, 184-186,
 189-190, 201, 205-206
 activité physique à domicile 118-119
 aménagement/améliorations 186-189,
 206, 258
 assurer l'adéquation/l'adaptation des
 logements 186, 187, 188, 194
 en Turquie, soins de santé à domicile 161
 hôpital à domicile, services 109
 réseaux sociaux et impact du logement
 186
 visites à domicile 109, 119, 126, 187, 189,
 195, 243, 245
dossiers de santé électroniques 123, 161
droits (humains) 6, 16, 17,
 droit international 6, 16
 logement adéquat et 181
 soins de longue durée et 148, 151, 165,
 167
 violations 16, 148

E

écoles, bénévoles dans les 208
Écosse
 multi morbidité 69
 Stratégie nationale concernant la
 démence 166
emploi *voir* personnel/soignants ; travail
employeurs
 attitudes négatives 215
 investir dans les travailleurs seniors
 216-217
enfants, les aider à lire et à étudier 208
Enquête sur la santé, le vieillissement et la
 retraite en Europe (SHARE) 59, 61, 69,
 78, 79
enseignement *voir* écoles; formation et
 éducation
environnement(s) 29, 31, 177-178, **260**
 bâti 187-188, 260
 concordance personne-environnement
 35, 259
 dans la prévention des chutes 187
 diversité des âges et 215
 favorable aux aînés 42, 241, 247-249, 260
 risques 83-86
 Vieillesse en bonne santé et
 opportunités d'action 38
équipes multidisciplinaires/interdiscipli-
 naires 109, 121-122, 123, 126, 161, 192,
 242
 catastrophes 193
 maltraitance des personnes âgées et 191
 soins
 de longue durée 152
 palliatifs 159, 165
 vieillir chez soi à Singapour 243
 voir aussi collaboration; action
 intersectorielle
espérance de vie 3
 à 60 ans 49, 260
 à la naissance 10, 260
 augmentation 4, 14, 51, 54, 56, 58, 106,
 108, 217
 iniquité 10

essais cliniques 128
 impact de la comorbidité 71
état fonctionnel et capacité fonctionnelle
 36, 38, 126, 141, 142, 149, 153, **258**
 baisse 114, 159-160, 200
 développement socio-économique et
 76-77
 diminution/chute 29-30, 35, 36, 37, 38,
 39, 42, 56, 125, 128, 153, 249
 domaines 35, 40-42, 177
 voir aussi domaines spécifiques
 élevés et stables 36, 38, 112, 240, 241
 impact de l'activité physique sur 113
 investir dans 196, 198-199
 perte significative de 38, 113, 115, 141
 soins de longue durée et 141, 142
 trajectoire(s) 36, 37, 38
 voir aussi capacités intrinsèques
États-Unis
 aider les enfants 208
 allocations au logement 189
 discrimination 206
 exploitation financière en Californie 192
 planification préalable des soins 202
Étude sur le vieillissement et la santé des
 adultes dans le monde (SAGE) 7, 59, 61,
 74, 75, 76, 78, 79, 81, 102
évaluation gériatrique globale 72, 117, **260**
évaluations, *Vieillesse en bonne santé*
 105, 111, 114, 116, 117, 121
exercice *voir* activité physique
exploitation financière 192

F

facilitateurs **260-261**
Facteurs de risque **261**
 chutes 73
 comportemental et 79-80
 environnement 83-86
 maltraitance des personnes âgées 84-86
 multimorbidité 66-67
Famille
 Brésil, plans de soins individualisés 117

Canada, collaboration entre les
 gouvernements et le secteur privé 250
changements structurels 13
relations 193
 voir aussi soignants informels
fécondité (taux de), chute 55
femmes
 capacités intrinsèques au cours de la vie
 74-75
 espérance de vie 54
 Étude longitudinale australienne sur la
 santé des femmes 8, 76
 force de préhension 59
 mortalité 52
 sécurité financière 180-181
 vitesse de marche 62
financement
 des soins de longue durée, Amérique
 latine 162
 équitable des soins de longue durée 152
 et budgétisation 146-148, 241
 aménagement du domicile 185-186
 équitable 160-163
 soins de longue durée 146-148, 160-
 163, 241
 Vieillesse en bonne santé 127-128,
 178
 voir aussi investissement
fonction
 immunitaire 64-65
 musculaire 59
fonctions
 cognitives 39, 63, 204
 de la peau et maladies 65
 du mouvement 59-60
 et capacités cognitives 32, 63, 204
 sensorielles et déficience 61-62, 65, 81, 84
force de préhension 59, 60, 61
formation et apprentissage/enseignement
 communauté, à la gestion des risques de
 catastrophes 195
 personnel (rémunéré et non rémunéré)
 142, 144-146, 155, 192, 246
 soins de longue durée 151, 152, 165,
 167, 246

personnes âgées 197, 198, 199, 202, 203, 205
 bénévoles 208
 tout au long de la vie 182, 216, 217, 249
 fractures
 de la hanche 60, 73
 ostéoporotiques 60
 fragilité (personne âgée fragile) 64, 71, **261**

G

générations, favoriser les relations entre,
voir clubs et centres intergénérationnels
 générativité 218
 gériatrie (branche de la médecine) **261**
 gérontologie **261**
 gestion des cas 109, 117, **261**
 soins de longue durée 152
 gestion des systèmes de soins de longue
 durée 151, 167
 Ghana, agents de santé communautaire 105
 gouvernance 116, 120, 125-126, 142, 160,
 244
 gouvernement 250
 politiques *voir* politiques
 soins de longue durée et 149, 150-151,
 154, 161, 244
 Vivre et vieillir ensemble (Canada) 250

H

hanche, fractures de la 60, 73
 handicap **261**
 causes des années de vie perdues 66,
 68-69
 espérance de vie à la naissance sans 10
 Handi-transit (Canada) 179
 hôpital à domicile, services 109
 hospitalisation, soins de longue durée,
 réduire 125, 165
 hypertension 5, 7, 18, 30, 34, 35, 69, 79, 112
 maladies cardiovasculaires 81, 112-113

I

immigrés comme source de main-d'œuvre
 pour les soins de longue durée 153-154
 impact économique
 vieillissement de la population 106-110
voir aussi accessibilité financière;
 exploitation financière ; sécurité
 financière ; financement ;
 investissement ; paiements;
 incontinence urinaire 71, 72-73, 77, 103
 Inde
 agents de police de la communauté à
 New Delhi 191
 démence 150
 interventions communautaires pour les
 aidants naturels à Goa dans le cadre de
 la priorité pour la santé bucco-dentaire
 dans l'État de Karnataka 110
 régime de pension 165
 indemnisation des bénévoles 219
 Indonésie, santé du cerveau tout au long de
 la vie 114
 inégalités 9, **261**
 en matière de demande de soins 99, 106
 infection par le VIH et Sida 6, 70, 183
 information, soutien en matière d' 209
 technologies de la communication (TIC)
 121, 122-123, 127, 178, 211-213, 221-223,
 243
 infrastructure (système de santé), favorable
 aux personnes âgées 120
 iniquité(s) 9-10, 126-127, 180
 en santé 9, 10, 35, 40-41, 126-127, 261
 impact 9-11
 lutter contre/réduction de 40-41, 126-127
 retraites 10
 inondations, Mozambique 195
 installations/infrastructures médicales,
 réseaux sociaux et impact des 211
 Internet (en ligne) 14, 118
 cours en ligne massifs et ouverts
 (MOOC) 199
 formation des soignants 155, 157

interventions de groupe pour l'isolement social 210
investissement 20
 dans l'apprentissage tout au long de la vie 196, 217-218
 dans la santé et les aptitudes fonctionnelles 217-218
 dans le développement 196
 dans les soins de longue durée 20
 voir aussi financement

Irlande

 conception universelle 206
 Dites non à l'âgisme 248
 Men's Sheds 179

isolement social et solitude 125, 179, 182, 210-211, 252

iSupport, démence 155

J

Japon

 soins de longue durée 147
 modèle d'unité de soins 40

Jordanie, soutien financier 184

K

Kazakhstan, retraites 184

Koweït, carte d'accès prioritaire 103

L

Le téléphone sonne à 5 heures (Portugal) 211

leadership 120

lecture et écriture, *voir* alphabétisation

lentille/cristallin cataracte 62, 63, 68

Liban, conflit de 2006, 195

logement *voir* domiciles et logement

longévité 261

M

maîtriser la démence 155

maladie cardiovasculaire

 hypertension 81, 112-113

 ischémique 35, 66, 69, 70

maladies chroniques/maladies 101, 103, 112-113, 261

 autogestion 118

 comorbidité (multimorbidité) 66-71, 124, 262

 non transmissibles 58, 66, 70, 78, 80, 103, 112-113, 119, 261-262

maltraitance (personnes âgées) 84-86, 121, 148-149, 157, 182, 191-193, 262

médias 212, 248

 apprentissage tout au long de la vie 197
 soins de longue durée 164-165

médicaments *voir aussi* traitement
 pharmacologique

mémoire 63, 67

Men's Sheds 179

messages positifs 200

méthodes de mesure, améliorer 240, 241, 251

Mexique, soignants et dispositifs de soins 145

mobilité et mouvement 59-61, 181, 202-204, 262

modalités de travail flexibles 216

(MOOC) cours en ligne massifs et ouverts 199

morbidité *voir* comorbidité; multimorbidité
mortalité/décès 54-55, 59, 66-67

 cause d'années perdues 69

 dépenses de santé et durée de vie jusqu'au décès 107

 femmes 52

 hommes 53

voir aussi décès

motivations des bénévoles 218-219

mourir, peur de la mort 164

voir aussi soins de fin de vie ; soins palliatifs

mouvement et mobilité 59-61, 181, 202-204, 262

Mozambique, inondations 195

multimorbidité 66-71, 73, 128, 262

N

naissance, espérance de vie à la 10, **260**
 Namibie, retraites 183
 Nicaragua, projet de logements 189
 Nigeria, soignants et dispositifs de soins
 145
 non-discrimination (droit à la) 16, 17, 41,
 199
 Norvège, conception universelle 206
 nutrition/alimentation 81-83, 110, 113-114

O

obstacles (et leur réduction)
 à l'utilisation des services de santé
 101-103
 définition 262
 environnement bâti 186
 voir aussi disponibilité
 OCDE voir Organisation de coopération et
 de développement économiques
 œil 62
 offre de soignants de longue durée 152-154
 Organisation de coopération et de dévelop-
 pement économiques (OCDE) 56, 66
 mortalité 52, 53, 56
 sécurité financière des femmes 180
 soins de longue durée 144, 146, 147, 162
 voir aussi pays à revenus élevés
 organisations et associations
 pour les bénévoles/volontaires 213
 pour les personnes âgées 154, 158, 162,
 184, 191, 201, 213
 ostéoporose 59-60, 73

P

*Pacte international relatif aux droits écono-
 miques, sociaux et culturels* 181
 paiements et dépenses (y compris en
 espèces)
 directs/dépenses individuelles 18, 102,
 146, 184, 259
 efficacité et intérêt 188

pour les soins ambulatoires, sources de
 102
 pairs 195
 soutien par les pairs 195
 Afrique du Sud 245
 Pakistan, centre de jour, démence 158
 parcours de vie (et trajectoires dans toutes
 les catégories d'âge) **258**
 capacité physique sur le 8, 36
 capacités intrinsèques sur tout le 36-38,
 110-111, 129
 mortalité sur le 52-53
 santé du cerveau sur tout le, Indonésie
 114
 stéréotypes et 11-13
 participation 252, **262**
 créer des opportunités 210-213
 garantir une 17
 voir aussi collaboration
 patrimoine génétique 9, 33
 pauvreté
 satisfaction des besoins fondamentaux et
 180-181, 183-184
 soins de longue durée, réduire la 165
 pays à revenus élevés
 années supplémentaires et niveaux de
 santé dans les 55, 56
 contributions des personnes âgées dans
 les 208
 dépendance aux soins 143
 fonctionnel 76-77
 impact économique du vieillissement de
 la population sur les systèmes de santé
 106-110
 mortalité
 des femmes 52
 des hommes 53
 multimorbidité 66-68
 soins de longue durée 141, 144-146, 148,
 157
 taux de fécondité 55
 travail/emploi et bénévolat 208
 utilisation des services de santé 99-100
 obstacles à l' 100-101, 102

- voir aussi* Organisation de coopération et de développement économiques
- pays à revenus faibles et/ou intermédiaires
 - agents de santé communautaire 119
 - années supplémentaires et états de santé dans les 55, 56
 - aptitudes fonctionnelles 76-77
 - contributions des personnes âgées dans les 208
 - dépendance aux soins 143
 - impact économique du vieillissement de la population sur les systèmes de santé 106-110
 - lacunes en matière de soins de santé 7
 - mortalité
 - des femmes 52
 - des hommes 53
 - multimorbidité 66-68
 - problèmes de santé chez les personnes âgées 65-66
 - soins de longue durée 141, 144-146, 148, 157
 - stéréotypes 11-13
 - taux de fécondité 55
 - travailler 199, 212, 214
 - utilisation des services de santé 99-100
 - obstacles à l' 100-101, 102
 - voir aussi* pays très pauvres
- pays à revenus intermédiaires *voir* pays à revenus faibles et/ou intermédiaires
- Pays de Galles, aménagement du logement 188
- pays très pauvres, financement des soins de longue durée 162
- Pays-Bas
 - discrimination 215
 - financement
 - logements 180
 - soins de longue durée 163
- pérennité 14
 - financement des soins de longue durée 146, 152, 165
 - personnel de santé 240, 243-244
- performances **262**
- Pérou, soignants et dispositifs de soins 150
- personnel/soignants (ressources humaines y compris professionnels de santé)
 - dans la communauté *voir* agents de santé communautaire
 - durable/pérenne 240, 243-244
 - formation *voir* formation
 - incitations financières 128
 - informel/non rémunéré 145, 157, 184, 193, 212, 214, 263
 - maltraitance de la part de, et éviter 191-193
 - manque d'accès 101
 - productivité 59, 215
 - soins de longue durée 142, 144-145, 149, 151, 152-154, 221
 - renforcement des capacités et soutien 152-159
 - sous-évalués et manque de soutien ou de formation 144-145
 - transformations 120-122
 - voir aussi* équipes multidisciplinaires
- personnes âgées **262**
 - associations et organisations 154, 158, 184, 195, 201, 213
 - maltraitance envers 84-86, 121, 148-149, 157, 182, 191-193, 262
- personnes/individus
 - budgets de santé personnels 201
 - caractéristiques individuelles 31
 - environnement et, adéquation entre/ concordance personne-environnement 31-32, 260
 - sécurité personnelle *voir* sécurité et sûreté
 - services et interventions centrés sur la personne 40, 99, 111, 115-116, 118, 120-123, 240
 - démence 148
 - soins de longue durée 147, 149, 152, 156, 166
- perte d'audition 61-62, 68, 84, 103
- peur
 - de la criminalité 182, 190-191
 - de la mort 164
 - voir aussi* anxiété

- pharmaciens, Australie 124
voir aussi traitement pharmacologique
- pharmacovigilance 128
- piété filiale région Asie-Pacifique 15
- Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* 4, 5, 7, 31
- planification préalable des soins 159-160, 202
- plans de soins/programme de soins
 - évaluation exhaustive 114, 126, 128
 - planification préalable des soins 159-160, 202
 - Vieillesse en bonne santé* et 105, 110, 111, 114, 116, 117, 119, 120
- police, communauté, New Delhi 191
- politiques (du gouvernement) 5, 6, 7-9, 240, 249-251
 - améliorer l'équité 41
 - développement 7-15
 - logements 180-182, 185
 - sécurité financière 183
 - soins de longue durée 150, 153, 154
 - travail et bénévolat 198-199, 201, 216
 - Vieillesse en bonne santé* 119, 125-127, 178, 239-240, 248
- polymédication/polypharmacie 71, 111, 124, **262**
- Portugal, *Le téléphone sonne à 5 heures* 211
- préhension, force de 59, 60, 61
- presbycusie (perte auditive) 61-62, 68, 84, 103
- presbytie 63
- pression artérielle, *voir* hypertension
- prêts, aménagement du domicile 187
- prise de décision assistée 199-202, 249, **262**
- prise en charge institutionnelle et en établissement (y compris maisons de retraite) 143, 148-149
 - évaluation sur le plan nutritionnel 82
 - fonction sexuelle 63-64
- problèmes de santé et états de santé (troubles/maladies/lésions/traumatismes) 30-31, 65-73, **262**
 - activité physique protégeant contre 80-81
 - chroniques *voir* maladies chroniques
 - comorbidité(s) 70-71, 72, 103, 128
 - complexe(s) 71-73
 - non transmissibles 66, 70, 79, 80, 103, 112-113, 261-262
 - situations d'urgence et 83-84
- productivité (milieu du travail) 59, 215
- produits médicaux 124-125
- protection sociale 56, 163, 164, 166, 182-183, 209, 215, 221-223, 247, 251, **262**
- ## Q
- qualité
 - de soins/services/ressources/infrastructures 11, 14, 16
 - soins de longue durée 148-149, 240
 - de vie
 - années supplémentaires et 56-57, 60
 - soins de longue durée, améliorer 148-149
- quartiers/voisinage
 - amélioration de l'habitat dans les zones défavorisées 189-190
 - environnement physique, amélioration de 204
 - espérance de vie à la naissance selon le niveau des revenus, Angleterre 10
 - mobilité et 204
 - réseaux sociaux 209
 - soins de longue durée et 153
 - voir aussi* communauté
- Québec
 - intégration des soins et coordination 109
 - Vivre et vieillir ensemble* 250
- ## R
- réadaptation 115, 194, **262-263**
- recherche
 - avec, les personnes âgées et non seulement pour elles 252
 - médicale 128-129
- reddition des comptes et responsabilité 126
 - promouvoir/améliorer 17, 123, 184
- relations 207-213, 218-219

- Afrique du Sud 245
 - intergénérationnelles *voir* clubs et centres intergénérationnels
 - maltraitance des personnes âgées et 84
 - récioproques 211, 212
 - réseaux sociaux 186, 211, 246, 263
 - remise en forme 81
 - répit, soins de 157-158
 - réponses mondiales/au niveau international)
 - changements 13, 15
 - en terme d'action 4-8
 - République de Corée
 - régimes d'assurance 152, 162
 - retraites 180
 - réseaux sociaux 186, 196, 200, 208, **263**
 - résilience 30, **263**
 - responsabilité *voir* reddition des comptes et responsabilité
 - retraite(s) 10, 182-183, 198
 - abolir l'âge obligatoire de 215
 - anticipée, incitation 215-216
 - progressive/partielle/graduelle 216
 - village-retraite 185, 189
 - revenu et richesse
 - capacités intrinsèques sur tout le parcours de vie par 75
 - quartier, espérance de vie sans incapacité à la naissance par, Angleterre 10
 - voir aussi* pays à revenus élevés; pays à revenus faibles et/ou intermédiaires
 - rôles sociaux 211
 - Royaume Uni
 - malnutrition 82
 - questions économiques 19, 102
 - voir aussi* Angleterre; Écosse; Pays de Galles
- S**
- SAGE (étude sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde) 7, 59, 61, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 102
 - santé 49-86, **263**
 - action sur la *voir* action
 - années ajoutées à la 3-21
 - santé bucco-dentaire 81, 82
 - Inde, priorité à 110
 - caractéristiques (individuelles) 32, 73, 74-79, 258
 - chutes et 71
 - comportement de 79-83, 112
 - des personnes âgées 59-86
 - financement *voir* financement
 - inégalité *voir* inégalités
 - iniquité 9, 10, 35, 261
 - investir dans 217-218
 - mauvais état vs bon état, années supplémentaires 55-57
 - promotion de la 114, 121, 127, 199, 262
 - publique *voir* santé publique
 - raisons d'agir pour 16-18
 - santé publique (des politiques et interventions) 5, 7, 11, 20, 29, 32, 40-42
 - action de 67, 86, 248
 - cadre 37-40
 - intervention 29, 32, 40-42
 - maltraitance des personnes âgées 191-192
 - réponse actuelle 8
 - satisfaction des bénévoles 208
 - secteur privé, Québec 250
 - sécurité
 - des rues pour les aînés, ville de New York 179
 - et sûreté (personnelle) 177, 179, 180-182, 188
 - aménagement du domicile pour 181
 - financière 12, 180-183, 245
 - personnelle *voir* sécurité et sûreté
 - personnelle
 - sociale 154, 182, 184, 263
 - services de santé (services de soins/systèmes de santé) 99-129
 - adaptation 120-128, 241, 244
 - âgisme 105-106
 - conçu pour différents problèmes 103-106
 - défi 244
 - essentiels 127, 184
 - impact économique du vieillissement de la population 106-110

- intégrés *voir* services et soins de santé intégrés
- intervention 110-129
- lacunes dans les pays à revenu faibles et intermédiaires 7
- obstacles à l'accès 99, 101-103
- pérennité *voir* pérennité
- qualité des *voir* qualité
- spécialisés 115, 120, 159
- Vieillesse en bonne santé et possibilités d'action* 40-42
- services et soins de santé intégrés 39, 40, 109-111, 115-120, **263**
 - enseignements tirés de l'expérience des pays 107
 - mise en œuvre 115-120
 - pharmaciens dans 124
 - promotion des 154, 159-169
 - soins de longue durée et 147, 149-150, 159, 160, 161
 - voir aussi* coordination
- services sociaux/services/soutien 121, 126, 151, 160, 161, 163, 164, 166, 181, **Turquie** 161
- sexualité 63-64
- SHARE (enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe) 59, 69, 78, 79
- Sida et infection au VIH 6, 70, 183
- Singapour
 - conception universelle 206
 - démence, soins de répit 158
 - soutenir le vieillissement chez soi/à domicile 243
 - vieillir chez soi 243
- situations d'urgence 83-84
 - catastrophes 83-84, 154, 182, 190, 193-195
- soignants (informels) non rémunérés 142, 145-146, 155, 193, 198, 213, **263**
- soins
 - ambulatoires, sources de paiement pour 102
 - autosoins/autogestion 118, 244, 258
 - centrés sur la personne *voir* personnes
 - dépendance 72, 74, 77-79, 83, 113-115, 142, 160, 244, 259
 - fin de vie 115, 128, 165, 202
 - informels, 263
 - longue durée *voir* soins de longue durée
 - palliatifs 113, 115, 121, 128, 159, 160, 165, 202
 - qualité *voir* qualité
- soins de longue durée 5, 20-21, 38, 141-167, 221-223, **263**
 - approches actuelles 143-149
 - besoins et demandes de 105, 143, 147, 149, 150, 163
 - financement 128, 142, 146-148
 - intégration des soins de santé et des 115
 - néfastes 148
 - prestations archaïques et fragmentées 148-149
 - principes clés 142
 - relever le défi 149-152
 - Vieillesse en bonne santé et* 33, 141, 143, 154
- solitude et isolement social 123, 125, 179, 210-211
- soutien
 - affectif 209
 - à l'évaluation 209
- Sri Lanka, accessibilité aux bâtiments 207
- stéréotypes 8-9, 11, 152, 164, 178, 197, 212
 - voir aussi* âgisme; attitudes négatives
- stratégie mondiale de l'OMS sur des services de santé intégrés et centrés sur la personne 40, 116
- subventions
 - aménagement du domicile 186-187, 189-190
 - logement 186-187, 189-190
 - salariales 217
- Suisse, Cité Seniors à Genève 213
- suivi, améliorer 243, 249, 251-253
- syndromes gériatriques 70, **263**
- système de santé
 - Alexandra (Singapour) 243
 - voir* services de santé/soins de santé

T

- technologies (y compris nouvelles technologies) 42, 153, 221
 - accessibilité 124-125
 - aides techniques *voir* nouvelles technologies (de santé)
 - domestiques 188-189
 - information et la communication (TIC) 121, 122, 124-125, 179, 206, 211-213, 243
- téléSanté (technologies de l'information et de la communication, TIC) 105, 109, 121, 122-124, 179, 206, 211
- testament de vie 192, **259**
- Thaïlande
 - “banques de cerveaux” 218
 - intégration et coordination des soins 109
- TIC (technologies de l'information et de la communication) 121, 122, 124-125, 179, 206, 211-213, 243
- Torbay Care Trust 107
- traitement pharmacologique 125
 - multimorbidité et 126
 - polymédication 71, 111, 124,
- transferts directs (subventions), logement 187, 189
- transports 197, 202-204, 206, 207
 - réseaux sociaux et impact des 203
 - vers les services de santé 102
- travail (emploi) 199, 212, 213-214
 - flexible 216
- troubles affectifs 69
- Turquie, système de services à domicile et système d'aide sociale 161

U

- Union européenne, Directive cadre sur l'égalité au travail 2000/78/EC 215
- unité de soins, modèle d', Japon 40
- Uruguay, aide au logement 189

V

- vaccins 124-125
- vieillir en restant actif 4-7, 31, **264**
- vieillissement de la population 49-58, **264**
 - impact économique sur les systèmes de santé 106-110
 - soins de longue durée et 145
- Vieillesse en bonne santé* 32-42, 74, 180, 202, 209, 214, 220, 221-223, **264**
 - choix et contrôle/maîtrise 199-200
 - conception des systèmes de santé pour 110-111
 - évaluations 114, 116, 117, 121
 - financement 127-129
 - interventions contribuant à la réalisation des capacités essentielles au 221-223
 - mobilité 202
 - planification des soins 111, 116, 121, 129, 159
 - politiques 125-127, 178, 239-240, 248
 - principaux domaines d'action 240, 242-247, 248
 - relations sociales 195
 - soins de longue durée et 38, 141, 143, 154
 - trajectoires 36-37
- vieillesse/vieillir (références de base) 29-30, **264**
 - action sur le *voir* action en bonne santé *voir* *Vieillesse en bonne santé*
 - en restant actif 4, 5, 6, 7, 264
 - état fonctionnel et 36-37
 - vieillir chez soi/dans un endroit adéquat 42, 116, 119, 126, 151, 153, 263-264
 - soutien/favoriser 116, 153, 243
- Viet Nam, clubs intergénérationnels 201
- villes, amies des aînés 252, **264**
- vitesse de marche 62, 208, 214
- Vivre et vieillir ensemble, Québec 250
- vue/vision 61-62, 73

Z

zones rurales, soignants et modalités de
soins 145



Une action globale de santé publique en matière de vieillissement de la population est nécessaire de toute urgence. Cela nécessitera des changements fondamentaux, et pas uniquement dans ce que nous réalisons, mais dans la façon dont nous concevons le vieillissement lui-même. Le *rapport mondial sur le vieillissement et la santé* définit un cadre d'action pour favoriser *le vieillissement en bonne santé*, construit autour du nouveau concept des capacités fonctionnelles. Cela exigera une transformation des systèmes de santé s'éloignant des modèles curatifs basés sur la maladie pour préconiser la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée. Cela nécessitera la mise en place de systèmes complets de soins de longue durée, parfois en partant de rien. Et il faudra une réponse coordonnée de nombreux autres secteurs que celui de la santé, et à divers niveaux du gouvernement. Il faudra enfin recourir aux meilleures façons de mesurer et de surveiller la santé ainsi que les capacités fonctionnelles des populations âgées.

Ces actions sont susceptibles de constituer un investissement judicieux pour l'avenir de la société. Un avenir qui offre aux personnes âgées la liberté de vivre la vie que les générations précédentes n'auraient jamais imaginé vivre.

ISBN 978 92 4 256504 1

