



Organisation
mondiale de la Santé

RÉSUMÉ

RAPPORT
MONDIAL
SUR

**LE
VIEILLISSEMENT
ET LA
SANTÉ**



Organisation
mondiale de la Santé

RÉSUMÉ

RAPPORT
MONDIAL
SUR

**LE
VIEILLISSEMENT
ET LA
SANTÉ**

© **Organisation mondiale de la Santé, 2015**

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.

Page de couverture: L'illustration de la page de couverture du rapport est un tableau réalisé par Rose Wiley, qui s'intitule «PV Windows and Floorboards». A 81 ans, le style de Rose Wiley est original, imprévisible et avant-gardiste. Ce tableau a remporté le prix John Moores de peinture en 2014, et a été sélectionné parmi plus de 2500 participants. Rose Wiley, qui est deux fois plus âgée que de précédents lauréats, montre que l'âge ne doit pas être un obstacle à la réussite. Le Prix John Moores de peinture, contrairement à d'autres prix prestigieux dans le domaine de l'art, n'impose pas de limite d'âge aux soumissions pour des œuvres contemporaines. Les droits d'auteur de ce tableau sont propriété de l'artiste.

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

Introduction

Aujourd'hui, pour la première fois dans l'histoire, la majorité des populations peuvent espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà (1). Combinée à une baisse marquée des taux de fécondité, cette augmentation de l'espérance de vie conduit à un vieillissement rapide des populations partout dans le monde.

Il s'agit là d'un profond bouleversement, et ses répercussions 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. En République islamique d'Iran en 2015, seule 1 personne sur 10 est âgée de 60 ans. En seulement 35 ans, ce ratio passera à environ 1 personne sur 3. Ainsi, le rythme de vieillissement de la population est beaucoup plus rapide que ce qu'il était dans le passé.

Une vie plus longue représente une ressource extrêmement précieuse (2). Elle offre l'opportunité de repenser non seulement ce que pourrait représenter l'âge avancé, mais comment l'ensemble de notre vie pourrait se dérouler. Par exemple, dans de nombreuses parties du monde, le parcours de vie s'articule aujourd'hui autour d'un enchaînement d'étapes successives : la petite enfance, les années d'études, une période définie d'âge actif sur le plan professionnel, et enfin la retraite. Partant de ce point de vue, on présume souvent que les années supplémentaires sont simplement rajoutées à la fin de la vie, et permettent une retraite plus longue. Cependant, comme de plus en plus de personnes vivent jusqu'à un âge avancé, il apparaît que nombre d'entre elles sont en train de remettre en question cette délimitation rigide des étapes de leur vie. Elles cherchent plutôt à vivre ces années supplémentaires d'une autre manière, comme par exemple en poursuivant une formation complémentaire, en se lançant dans une nouvelle carrière, ou en s'adonnant à une passion longtemps négligée. En outre, comme les jeunes s'attendent à vivre plus longtemps, ils peuvent planifier les choses différemment, en commençant par exemple une carrière plus tard, après avoir consacré davantage de temps à élever une famille, plus tôt dans leur vie.

Pourtant, l'importance des opportunités induites par une longévité accrue, dépendra fortement d'un facteur clé : la santé. Si les personnes âgées jouissent d'une bonne santé pendant ces années de vie supplémentaires, leurs capacités à réaliser des activités qui ont une valeur à leurs yeux, différeront peu de celles d'une personne plus jeune. En revanche, si ces années supplémentaires sont dominées

par une diminution des capacités physiques et intellectuelles, les implications pour les personnes âgées et pour la société seront beaucoup plus négatives.

Malheureusement, même si l'on suppose souvent que l'augmentation de la longévité s'accompagne d'une plus longue période en bonne santé, peu de preuves indiquent que les personnes âgées d'aujourd'hui sont en meilleure santé que leurs parents au même âge.

Cependant, un mauvais état de santé ne doit pas nécessairement prendre le pas sur l'âge avancé. La plupart des problèmes de santé auxquels sont confrontées les personnes âgées sont liés aux maladies chroniques, et notamment aux maladies non transmissibles. Nombre d'entre elles peuvent être prévenues ou retardées en adoptant des comportements sains. D'autres problèmes de santé peuvent être traités efficacement, en particulier s'ils sont détectés suffisamment tôt. Et même pour des personnes avec des limitations fonctionnelles, un environnement favorable peut leur assurer une vie digne et un développement personnel continu. Cependant, le monde est encore bien loin de cet idéal.

Le vieillissement des populations exige par conséquent une réponse globale en terme de santé publique. Néanmoins, le débat concernant ce que cela pourrait représenter a manqué d'envergure, et on ne dispose que de peu de données probantes quant aux mesures qui pourraient être prises (3, 4). Pour autant, cela ne signifie pas qu'il n'y ait rien qui puisse être fait actuellement. En effet, la nécessité d'agir est impérative. Ce rapport examine en détail ce que nous savons au sujet de la santé et du vieillissement, et élabore un cadre stratégique concernant les actions à entreprendre en matière de santé publique ; il propose un programme de mesures pratiques pouvant être adaptées aux différents pays, à tous les niveaux de développement économique.

Ce faisant, il aborde les changements associés au vieillissement, sur l'ensemble du parcours de vie. Toutefois, étant donné les problèmes uniques qui se posent à un âge avancé, et le peu d'intérêt suscité habituellement par cette période de la vie, le rapport se concentre sur la deuxième moitié de la vie.

Changer les perceptions sur la santé et le vieillissement

Un des défis à relever pour élaborer une réponse globale au vieillissement des populations, consiste en ce que de nombreuses perceptions et croyances courantes sur les personnes âgées sont fondées sur des stéréotypes totalement dépassés. Ceci limite la manière dont nous conceptualisons les problèmes, les questions que nous posons, et notre capacité à saisir les opportunités innovantes (5). Les faits indiquent qu'il est nécessaire d'adopter de nouvelles perspectives.

Les personnes âgées se caractérisent par une grande diversité

Il n'existe pas de modèle-type de la personne âgée. Certaines personnes de 80 ans ont des capacités physiques et mentales comparables à celles de nombreux jeunes

de 20 ans. Les politiques doivent être conçues de manière à permettre à autant de personnes que possible de réaliser cette trajectoire positive de vieillissement. Elles doivent en outre contribuer à éliminer les nombreux obstacles qui limitent la contribution et la participation sociale continues des personnes âgées. Mais de nombreuses personnes connaîtront une altération significative de leurs capacités à un âge beaucoup plus précoce. Par exemple, certaines personnes de 60 ans peuvent nécessiter l'aide d'une tierce personne pour réaliser certaines activités, même les plus élémentaires. Une réponse globale de santé publique au vieillissement de la population se doit également de répondre à leurs besoins.

Stimuler les capacités et répondre aux besoins de ces populations si diverses peut entraîner des politiques qui semblent décousues, qui sont parfois gérées par des départements différents et concurrents au sein d'un même gouvernement. Il serait préférable de considérer la diversité des besoins des personnes âgées comme un continuum fonctionnel. Pour cela, une réponse politique globale devrait être capable de concilier ces différents éléments en un parcours cohérent du vieillissement.

La diversité chez les personnes âgées n'est pas aléatoire

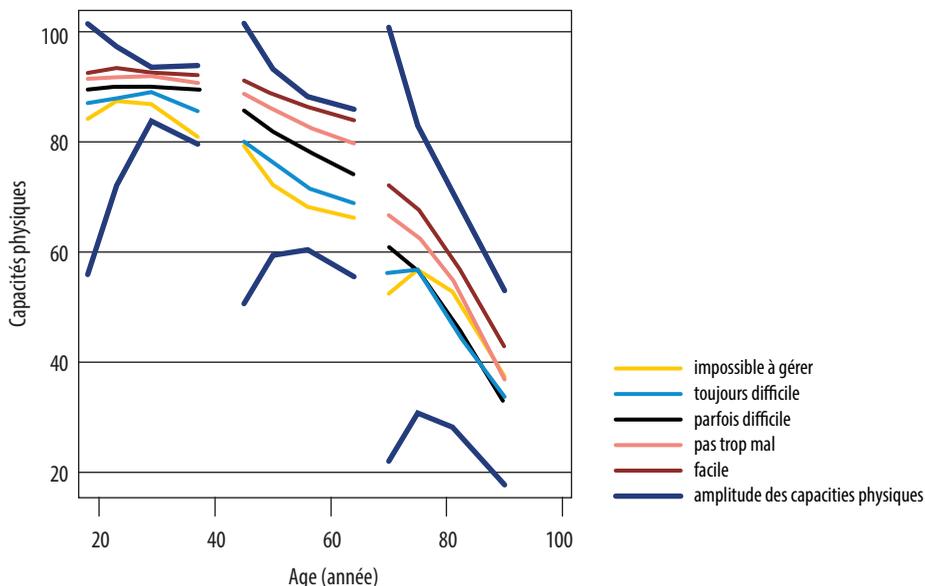
Bien qu'une partie de la diversité observée chez les personnes âgées reflète notre patrimoine génétique (6), la part la plus significative de cette diversité résulte de l'environnement physique et social dans lequel nous vivons. Cet environnement comprend notre domicile, notre voisinage et notre communauté, et ceux-ci peuvent affecter notre santé, de manière directe ou par le biais d'obstacles ou d'incitations qui influencent les opportunités qui s'offrent à nous, ainsi que les décisions et les comportements que nous adoptons.

Mais 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, injustes et évitables (7). 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 (8).

On peut constater ces tendances sur la [figure 1](#), qui illustre la progression des capacités physiques tout au long de la vie, reposant sur les données d'une étude longitudinale australienne sur la santé des femmes (9). Cela montre le vaste éventail des capacités physiques à un âge avancé (indiquées par les lignes noires en haut et en bas du schéma). La figure 1 répartit aussi la cohorte en quintiles de revenu adéquat. Plus le niveau de revenu adéquat est élevé, plus le pic des capacités physiques moyennes est élevé dans la petite enfance. Cette disparité tend à persister tout au long de la vie.

Ces modèles ont des implications majeures dans le développement des politiques, parce que les personnes qui ont les besoins en matière de santé les plus importants à n'importe quel moment de la vie, peuvent également être celles qui

Figure 1. Capacités physiques au cours de la vie, stratifié par capacité à gérer le revenu actuel



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

ont le moins de ressources pour y remédier. Les réponses politiques doivent être élaborées de manière à surmonter ces inégalités plutôt que de les renforcer.

Vieillir n'est pas synonyme de dépendance

Bien qu'il n'existe pas de modèle-type de la personne âgée, la société la considère souvent à travers des stéréotypes qui peuvent conduire à une discrimination à l'encontre d'individus ou de groupes de personnes, basée tout simplement sur leur âge. Aujourd'hui, la discrimination à l'encontre des personnes âgées (ou « *âgisme* ») peut constituer une forme de discrimination encore plus universelle que le sexisme ou le racisme (10, 11). Un des stéréotypes les plus répandus relatif à l'âge, part du principe que les personnes âgées sont dépendantes ou constituent un fardeau. Ceci peut conduire, lors de l'élaboration des politiques, à l'hypothèse que les dépenses relatives aux personnes âgées constituent tout simplement une lourde charge sur les économies, et qu'il faut mettre l'accent sur la maîtrise des coûts.

Les hypothèses basées sur l'âge en matière de dépendance, ignorent les nombreuses contributions que les personnes âgées apportent à l'économie. Par exemple, une recherche menée au Royaume-Uni en 2011 a estimé qu'après avoir imputé le coût des retraites, de l'aide sociale et des soins de santé aux contributions apportées par la fiscalité, les dépenses en matière de consommation et d'autres activités économiquement productives, les personnes âgées ont apporté une contribution nette

à la société de près de 40 milliards de Livres (£) ; celle-ci passera à 77 milliards de £ en 2030 (12).

Malgré que l'on dispose de moins d'éléments de preuves en provenance des pays à revenus faibles et intermédiaires, la contribution des personnes âgées dans ces contextes est également significative. Au Kenya, par exemple, l'âge moyen des petits exploitants agricoles est supérieur à 60 ans. Les personnes âgées sont par conséquent essentielles au maintien de la sécurité alimentaire au Kenya, ainsi que dans d'autres parties de l'Afrique subsaharienne (13). Elles jouent également un rôle crucial dans le soutien d'autres générations. En Zambie, par exemple, environ un tiers des femmes âgées sont les principales responsables et aidants naturels de leurs petits-enfants dont les parents sont soit décédés dans l'épidémie de VIH, soit ont migré pour trouver du travail.

En outre, quelque soit le contexte socio-économique, les personnes âgées apportent une contribution sous diverses formes moins tangibles économiquement, comme par exemple, en offrant un soutien affectif en période de stress, ou une guidance et un accompagnement lors de problèmes majeurs. Les politiques devraient être élaborées de manière à promouvoir la capacité des personnes âgées à assurer ces multiples contributions.

Le vieillissement de la population augmentera le coût des soins - mais pas autant que prévu

Une autre idée reçue largement répandue est le fait que les besoins croissants des personnes âgées vont entraîner une augmentation insoutenable des coûts de soins de santé. En réalité, la situation est beaucoup moins claire qu'il n'y paraît.

Bien que le vieillissement soit généralement associé à de plus importants besoins en matière de santé, sa relation tant avec l'utilisation des services de santé qu'avec les dépenses de santé est variable (14–17). En fait, dans certains pays à revenu élevé, les dépenses de santé par tête d'habitant diminuent considérablement après l'âge de 75 ans environ (alors que les dépenses pour les soins de longue durée augmentent) (18–20). Puisque de plus en plus de personnes atteignent un âge avancé, le fait de permettre à ces personnes de vivre longtemps et en bonne santé pourrait par conséquent atténuer les pressions exercées sur l'inflation des coûts de santé.

Le lien entre l'âge et le coût des soins est également fortement influencé par le système de santé lui-même (21). Ceci est susceptible de refléter les différences entre les systèmes de prestations, de subventions, d'approches en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que les différences en termes de normes culturelles, en particulier à l'approche de la mort.

En effet, quelque soit l'âge au décès, la période qui est associée aux coûts de santé les plus importants est la dernière ou les deux dernières années de la vie (22). Mais ce lien varie aussi considérablement en fonction des pays. Par exemple, environ 10 % de l'ensemble des dépenses de santé en Australie et aux Pays-Bas, et autour de 22 % aux États-Unis, sont engagés dans les soins aux personnes dans leur dernière année de vie (23–25). La hausse des dépenses associées aux dernières

années de la vie semblent également moins élevées dans les groupes de personnes les plus âgées, comparées aux groupes plus jeunes.

Bien que davantage d'éléments de preuves soient nécessaires, prédire les futurs coûts de santé en se basant sur la pyramide des âges de la population est de ce fait discutable. Ceci est renforcé par des analyses menées dans le passé qui suggèrent que le vieillissement de la population a beaucoup moins d'influence sur les dépenses de santé que de nombreux autres facteurs. A titre d'exemple, aux Etats-Unis, entre 1940 et 1990 (qui correspond à une période de vieillissement de la population beaucoup plus rapide que ce qui a prévalu depuis), le vieillissement semble avoir contribué à hauteur de 2 % environ de l'augmentation des dépenses de santé, alors que les changements liés à la technologie ont été responsables de 38 % à 65 % de l'augmentation (19).

Les personnes de 70 ans ne sont pas la nouvelle génération des 60 ans, mais pourraient bien le devenir

Une hypothèse qui va à l'encontre des conceptions erronées généralement associées au vieillissement, est que les personnes âgées d'aujourd'hui sont en meilleure santé que leurs parents ou leurs grands-parents. Cette idée est résumée par l'adage « Les personnes de 70 ans représentent la nouvelle tranche d'âge des 60 ans ». Bien qu'elle semble exacte à première vue, cette hypothèse pourrait comporter un bémol. Si les personnes de 70 ans aujourd'hui sont dans le même état de santé que celles de 60 ans dans le passé, on pourrait tirer la conclusion que les personnes de 70 ans d'aujourd'hui sont plus aptes à se « débrouiller » par elles-mêmes, et elles auraient par conséquent moins besoin d'aides diverses comme les mesures politiques.

Bien qu'il existe des éléments de preuves solides que les personnes âgées vivent plus longtemps, en particulier dans les pays à revenu élevé, la qualité de vie de ces années supplémentaires n'est pas clairement déterminée (26). Les résultats de la recherche sont très contradictoires, tant à l'intérieur d'un même pays qu'entre les pays (27-35). En outre, les tendances au sein des différents sous-groupes de population peuvent être très variables les uns des autres (36, 37).

L'analyse par l'OMS des personnes nées entre 1916 et 1958, ayant participé à plusieurs études longitudinales à grande échelle, indique que la prévalence des situations de handicap sévère (qui nécessite l'aide d'une tierce personne pour réaliser des activités aussi courantes que l'alimentation et l'hygiène personnelle) peut avoir légèrement diminué, alors qu'aucune variation significative n'a été observée pour les déficiences moins sévères (38).

En outre, quel que soit le contexte, les recherches ont généralement pris en considération uniquement les pertes d'autonomie significatives qui surviennent le plus souvent dans les dernières années de la vie. Parce qu'une diminution des capacités débute généralement beaucoup plus tôt, la manière de comparer les capacités intrinsèques des personnes qui ont encore 10-20 ans à vivre par rapport à celles des générations précédentes, demeure encore largement inconnue.

Bien que les personnes de 70 ans ne semblent pas encore constituer la nouvelle génération des 60 ans, il n'y a aucune raison que cela ne devienne une réalité dans

l'avenir. Mais pour ce faire, cela nécessitera une action de santé publique relative au vieillissement qui soit beaucoup plus concertée.

Se tourner vers l'avenir, pas vers le passé

De nombreux autres changements sociaux importants se produisent parallèlement au vieillissement de la population. Ces éléments combinés signifient que vieillir dans le futur sera très différent de l'expérience vécue par les générations précédentes.

Par exemple, l'urbanisation et la mondialisation ont été accompagnées par une augmentation des migrations et une déréglementation des marchés du travail (39, 40). Pour les personnes âgées ayant les compétences souhaitables et une flexibilité financière, ces changements créent de nouvelles opportunités. D'autres personnes âgées peuvent au contraire voir les jeunes générations migrer vers les zones de croissance, alors qu'elles sont abandonnées dans les zones rurales les plus pauvres, sans les filets sociaux et les structures familiales qui, traditionnellement, leur apportaient un soutien.

Les normes relatives au genre évoluent également dans de nombreuses parties du monde. Un des rôles clé pour les femmes était celui d'aidant familial, à la fois auprès des enfants et des parents âgés. Ces rôles limitaient 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. Ceci ajouté au nombre rapidement croissant de personnes âgées qui peuvent nécessiter des soins, signifie que les anciens modèles d'assistance familiale ne sont tout simplement pas pérennes.

Les mutations technologiques accompagnent également le vieillissement de la population et crée des opportunités qui n'existaient pas auparavant. Par exemple, l'internet permet de continuer à être connecté à la famille malgré l'éloignement, offre un accès à l'information, ce qui permet d'accompagner la personne âgée, l'aide à se soigner elle-même, et apporte un soutien aux aidants naturels. Les aides techniques, telles que les prothèses auditives, sont plus fonctionnelles et plus abordables que dans le passé, et les dispositifs mobiles portables offrent de nouvelles possibilités pour assurer le contrôle de l'état de santé et les soins personnalisés.

Ces importantes mutations sociales et technologiques signifient que les politiques ne doivent pas être conçues autour des modèles sociaux obsolètes du vieillissement, mais devraient plutôt saisir les opportunités que ces développements offrent pour mettre en œuvre des approches innovantes. Cependant, l'élaboration de politiques sur la base de ce qui pourrait se passer dans le futur risque également de ne pas être adapté, car il nous est difficile d'imaginer les mutations à venir, ainsi que leur impact. Par conséquent, l'approche adoptée dans ce rapport consiste à se concentrer sur le renforcement des capacités des personnes âgées, afin de leur

permettre d'évoluer dans un monde en pleine évolution, et d'inventer de nouvelles façons de vivre, meilleures et plus productives. Ceci est cohérent avec un travail similaire dans d'autres politiques, qui vise à offrir aux personnes l'opportunité de réaliser des activités auxquelles elles ont raison d'aspirer, plutôt que de se concentrer uniquement sur les performances économiques (41–43).

Les dépenses relatives aux personnes âgées représentent un investissement et non un coût

Les dépenses relatives aux systèmes de santé, aux soins de longue durée et à de plus vastes environnements facilitateurs sont souvent considérées comme des coûts. Ce rapport adopte une approche différente. Il considère ces dépenses comme des investissements, qui encouragent les aptitudes des personnes âgées, et, par conséquent, leur bien-être et leur contribution. Ces investissements aident également les sociétés à respecter leurs obligations en ce qui concerne les droits fondamentaux des personnes âgées. Dans certains cas, le bénéfice de ces investissements est direct (de meilleurs systèmes de santé conduisent à une meilleure santé, qui permet à son tour une plus importante participation et un niveau supérieur de bien-être). D'autres types de bénéfices peuvent être moins évidents mais exigent une égale considération : par exemple, investir dans les soins à long terme aidera les personnes âgées avec d'importantes limitations fonctionnelles de maintenir une vie digne, et peut également permettre aux femmes de rester sur le marché du travail, et encourager la cohésion sociale grâce au partage des risques au sein de la communauté.

Reformuler la logique économique de l'action de cette manière déplace à nouveau le débat : à la focalisation sur la minimisation de ces coûts prétendus, il faut substituer une analyse qui prend en considération les avantages dont la société serait privée si elle ne parvient pas à réaliser les adaptations et les investissements adéquats. Il sera crucial de quantifier et de prendre en compte pleinement l'ampleur des investissements et des dividendes qu'ils rapportent, si les décideurs veulent concevoir des politiques réellement éclairées.

Vieillesse, santé et capacités fonctionnelles

Qu'est-ce que le vieillissement ?

Les changements qui constituent et influencent le vieillissement sont complexes (44). Sur le plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. 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 intrinsèques 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.

En outre, l'âge avancé implique souvent des changements significatifs, au-delà des altérations biologiques. Ces changements entraînent une modification des rôles

et des positions sociales, et exigent de faire face à la perte de personnes et d'amis proches. En réaction à cela, les personnes âgées ont tendance à choisir des activités et des objectifs 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 pour réaliser leurs activités (45). Les objectifs, priorités, préférences, et facteurs de motivation semblent également évoluer (46–48). 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 dans des contextes sociaux interdépendants » (45–49). Ces bouleversements psychosociaux peuvent expliquer pourquoi dans de nombreuses situations, l'âge mûr peut être une période de bien-être subjectif accru (50).

Lorsqu'on élabore une intervention de santé publique relative au vieillissement, il est donc 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 résilience et le développement psychosocial.

La santé des personnes âgées

Les incapacités et la mort résultent en grande partie des altérations liées à l'âge : perte de l'ouïe, de la vue et mobilité réduite ; maladies non transmissibles, notamment maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, affections respiratoires chroniques, cancer et affections neuro-dégénératives comme la démence. Ce ne sont pas seulement des problèmes de pays riches. En fait, le fardeau associé à bon nombre de ces affections chez les personnes âgées est beaucoup plus lourd dans les pays à faibles revenus et à revenus 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. Par exemple, en dépit d'une déficience auditive significative, une personne peut conserver des capacités fonctionnelles élevées grâce à l'utilisation d'une prothèse auditive. En outre, il serait simpliste d'étudier l'impact de chaque affection séparément, car le vieillissement est également associé à un risque accru de subir plus d'une maladie chronique simultanément (phénomène plus connu sous le nom de « comorbidité »). Par exemple, en Allemagne, près d'un quart des personnes entre 70 et 85 ans sont atteintes de 5 ou de plus de 5 maladies simultanément (51). L'impact de la comorbidité sur les capacités fonctionnelles, l'utilisation des services de santé et les coûts, est souvent bien plus important que ce que l'on imagine si l'on prend en compte les effets de chacune de ces affections séparément.

En outre, d'autres problèmes de santé atteignent les personnes âgées qui n'apparaissent pas dans les systèmes classiques de classification des maladies. Ces problèmes de santé peuvent être chroniques (comme par exemple l'asthénie, qui peut avoir une prévalence de l'ordre de 10 % chez les personnes de plus de 65 ans), ou aigus (par exemple, l'état de confusion mentale, qui peut résulter de multiples déterminants, aussi variés qu'une infection ou les effets secondaires d'une intervention chirurgicale).

Cette complexité des problèmes de santé et des altérations fonctionnelles qui touchent les personnes âgées, soulève des questions fondamentales : qu'est ce que nous entendons par la santé des personnes âgées ? De quelle façon la mesurons-nous ? Et comment pourrions-nous la promouvoir ? De nouveaux concepts sont nécessaires, à définir non pas uniquement par la présence ou l'absence de maladie, mais en termes d'impact que ces affections ont sur les capacités fonctionnelles et le bien-être d'une personne âgée. Les évaluations exhaustives de ces problèmes de santé 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 (52).

Le Vieillissement en bonne santé

Pour formuler la façon dont la santé et les capacités fonctionnelles pourraient être envisagées à un âge avancé, ce rapport définit et établit une distinction entre deux concepts importants. Le premier est la **capacité intrinsèque**, qui se réfère à l'ensemble de toutes les capacités physiques et intellectuelles dans lesquelles un individu peut puiser à tout moment.

Toutefois, la capacité intrinsèque représente seulement l'un des facteurs qui déterminent ce qu'une personne âgée peut réaliser. L'autre facteur constitue l'environnement dans lequel la personne habite, et avec lequel elle interagit. Cet environnement présente une série de ressources ou d'obstacles qui détermineront en fin de compte si les personnes ayant un certain niveau de capacités seront en mesure ou non de réaliser les activités qu'elles jugent importantes. Ainsi, même si les personnes âgées ont des limitations fonctionnelles, elles seront pourtant encore en mesure de faire des courses, pour peu qu'elles aient accès à un traitement anti-inflammatoire, à une aide technique (comme une canne de marche, un fauteuil roulant ou un scooter) et qu'elles vivent à proximité de moyens de transport abordables et accessibles. Cette conjonction entre les individus et leur environnement, et l'interaction entre eux, représente leurs **capacités fonctionnelles** : celles-ci sont définies dans ce rapport comme étant les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant.

Partant de ces deux concepts, ce rapport définit le « **Vieillissement en bonne santé comme étant le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être** » .

Au cœur de cette conception du « *Vieillissement en bonne santé* » repose l'idée que ni les capacités intrinsèques, ni les capacités fonctionnelles ne restent constantes. Bien que ces deux types de capacités aient tendance à diminuer au fur et à mesure que l'âge augmente, les choix réalisés ou les incidents subis à différents moments de la vie permettront de déterminer le cheminement - ou **trajectoire** - de chaque individu.

Le « *Vieillissement en bonne santé* » il s'agit d'un processus qui demeure pertinent pour chaque personne âgée, parce que son expérience du *Vieillissement en bonne santé* peut toujours évoluer en plus favorable ou moins favorable. Par exemple, le processus du *Vieillissement en bonne santé* de personnes atteintes d'un stade avancé de démence ou de maladie cardiaque, peut s'améliorer si elles ont

accès à des soins abordables qui optimisent leurs capacités, et si elles vivent dans un environnement facilitateur.

Un cadre de santé publique relatif au *Vieillessement en bonne santé*

La nécessité d'élaborer une action globale de santé publique relative aux personnes âgées constitue une urgence. Bien qu'il existe de grandes lacunes en matière de connaissances à ce sujet, nous disposons cependant 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.

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 capacités fonctionnelles. Ceci peut être réalisé de deux façons : en renforçant et en entretenant les capacités intrinsèques, et en permettant à une personne présentant une limitation des capacités fonctionnelles de réaliser les activités qui sont importantes pour elle.

Les principales opportunités pour prendre des mesures optimisant les capacités fonctionnelles et les capacités intrinsèques tout au long de la vie, sont présentées sur la [figure 2](#). Le schéma identifie trois sous-populations différentes de personnes âgées : celles avec des capacités relativement élevées et stables, celles avec une diminution des capacités et celles avec des limitations fonctionnelles significatives. Ces sous-groupes ne sont pas figés et ils ne couvrent pas non plus le parcours de vie de chaque personne âgée. Toutefois, si on répond aux besoins de ces sous-groupes, la plupart des personnes âgées verront une amélioration de leurs capacités fonctionnelles. Quatre domaines d'action prioritaires peuvent contribuer à réaliser cet objectif :

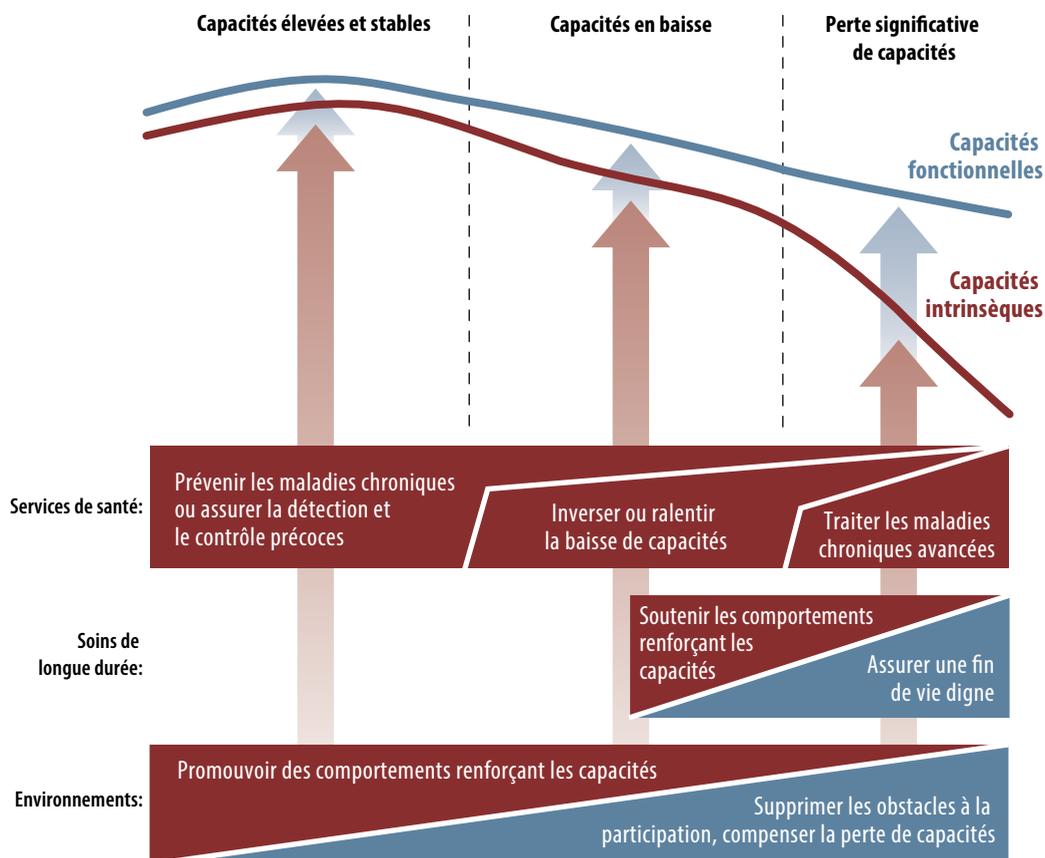
1. harmoniser les systèmes de santé aux besoins des personnes âgées auxquelles ils s'adressent à présent ;
2. développer des systèmes de soins de longue durée ;
3. créer des environnements facilitateurs pour les personnes âgées ;
4. améliorer l'évaluation, les méthodes de surveillance et la compréhension de ce sujet.

Bien que la disposition de chaque pays à prendre des mesures sera variable, plusieurs démarches, qui pourraient s'avérer efficaces, peuvent être adoptées dans chacun des domaines cités ci-dessus. Ce qu'il faut entreprendre précisément et dans quel ordre, dépendra beaucoup du contexte national.

Harmoniser les systèmes de santé aux besoins des personnes âgées auxquelles ils sont dédiés à présent

Au fur et à mesure de l'avancée en âge, les besoins de santé ont tendance à devenir plus chroniques et plus complexes. Les actions de santé qui répondent à ces exigences multidimensionnelles de l'âge avancé de manière intégrée se sont révélées plus efficaces que les

Figure 2. Un cadre de santé publique relatif au *Vieillesse en bonne santé* : opportunités pour des actions de santé publique sur tout le cycle de vie



services qui réagissent simplement à des maladies spécifiques de manière indépendante (53–55). Pourtant, les personnes âgées sont souvent confrontées à des services qui ont été conçus pour traiter des affections ou des symptômes aigus, qui gèrent les questions de santé de façon dissociée et fragmentée, et qui manque de coordination entre prestataires, infrastructures et périodes de soins. Il en résulte des soins qui, non seulement ne parviennent pas à répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées, mais qui coûtent très cher, que ce soit au niveau des soins eux-mêmes ou du système de santé en général.

Par conséquent, pour encourager le *Vieillesse en bonne santé*, il ne s'agit pas simplement de faire davantage que ce qui se fait déjà. Il s'agit plutôt de développer les systèmes de santé de manière à ce qu'ils puissent assurer un accès abordable à des services intégrés qui soient centrés sur les besoins des personnes âgées. Il a été prouvé que ces soins intégrés aboutissaient à de meilleurs résultats pour les personnes âgées et ne coûtaient pas plus chers que les services classiques. Bien que ces systèmes partageront un objectif commun à plusieurs secteurs- celui consistant

à développer et à maintenir les capacités fonctionnelles des personnes âgées- la principale contribution des services de santé dans la réalisation de cet objectif sera d'optimiser les capacités intrinsèques.

Réaliser cette transition pourra s'avérer particulièrement difficile pour les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, et pour les milieux les plus pauvres à travers le monde. Dans ces contextes aux ressources limitées, les fondements de base des systèmes de santé sont souvent absents. Mais cela offre une opportunité pour développer de nouvelles approches qui permettent de dispenser des soins centrés sur la personne âgée et des soins intégrés, tout en répondant aux besoins en matière de soins aigus, qui restent importants pour les plus jeunes populations.

Trois approches- clé aideront à harmoniser les systèmes de santé aux besoins des populations plus âgées :

1. développer et assurer l'accès aux services qui offrent des soins centrés sur la personne âgée et des soins intégrés ;
2. axer les systèmes sur les capacités intrinsèques ;
3. garantir qu'on dispose d'un personnel de santé pérenne et possédant une formation adéquate.

Des services qui offrent des soins centrés sur la personne âgée et des soins intégrés

Fournir des soins centrés sur la personne âgée et leur en garantir l'accès, exigera des systèmes qui soient organisés autour des besoins et des priorités des personnes âgées et demandera que les services soient adaptés aux personnes âgées et collaborent étroitement avec les familles et les communautés. L'intégration des prestations de santé sera nécessaire entre les différents niveaux de soins et au sein-même des services, ainsi qu'entre les soins aigus et les soins de longue durée. Les principales mesures qui peuvent contribuer à atteindre cet objectif sont, entre autres, de :

- 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.

Des systèmes axés sur les capacités intrinsèques

Ré- axer l'orientation des systèmes de façon à se focaliser sur les capacités intrinsèques, nécessitera de modifier les données sanitaires et administratives que ces

services recueillent, la façon dont ils assurent le suivi des performances, les mécanismes de financement et de subventions qu'ils utilisent, et la formation qu'ils offrent. Certaines mesures peuvent faciliter cette conversion :

- adapter les systèmes d'information pour recueillir, analyser et communiquer les données relatives aux capacités intrinsèques ;
- adapter les dispositifs de suivi des performances et de rétribution ainsi que les mécanismes de financement, pour encourager les soins qui optimisent les capacités fonctionnelles ;
- élaborer des directives cliniques pour optimiser la progression des capacités intrinsèques, et mettre à jour les directives existantes, de sorte que leur impact sur les capacités soit clair.

Un personnel de santé pérenne et possédant une formation adéquate.

Ces nouveaux systèmes vont exiger de tous les prestataires de services d'avoir des compétences élémentaires en gérontologie et en gériatrie, ainsi que des compétences plus générales nécessaires pour travailler au sein de systèmes de soins intégrés, y compris des aptitudes liées à la communication, au travail d'équipe et aux technologies de l'information et de la communication. Mais les stratégies ne devraient pas être limitées aux définitions actuelles des rôles prévalant au sein du personnel. Les principales mesures qui pourraient être prises consistent à :

- assurer une formation de base en gériatrie et en gérontologie pendant la formation initiale, et durant les cours de perfectionnement professionnel pour tous les professionnels de santé ;
- veiller à ce que l'offre en médecins gériatres réponde aux besoins de la population, et encourager le développement d'unités de gériatrie pour traiter les cas complexes ;
- tenir compte des besoins en nouveaux cadres de santé (comme les coordinateurs de soins et les conseillers en auto-soins), et développer les rôles du personnel existant, comme ceux des agents de santé communautaire, afin qu'ils puissent coordonner les soins aux personnes âgées au niveau communautaire.

Elaborer des systèmes pour assurer les soins de longue durée

Au 21^{ème} siècle, aucun pays peut se permettre de ne pas disposer d'un système exhaustif de soins de longue durée. L'objectif central de ces systèmes devrait être de maintenir un niveau de capacités fonctionnelles chez les personnes âgées qui ont ou qui pourraient avoir 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 nécessitera de reconnaître leur aspiration permanente au bien-être et au respect.

Les systèmes de soins de longue durée ont de nombreux avantages potentiels, au-delà du fait qu'ils permettent aux personnes âgées dépendant des soins, de vivre dans la dignité. Voici quelques-uns de ces avantages : réduire l'utilisation inappropriée des services de soins aigus, aider les familles à éviter des dépenses de santé

catastrophiques, et libérer les femmes d'une charge pour leur permettre d'assumer des rôles sociaux plus larges. En partageant les risques et les charges associés à la dépendance aux soins, les systèmes de soins de longue durée peuvent ainsi contribuer à favoriser la cohésion sociale.

Dans les pays à revenus élevés, les défis consistant à élaborer des systèmes exhaustifs, s'articulant 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 des rôles des femmes signifient que cette pratique n'est plus supportable ni équitable.

Seuls les gouvernements peuvent concevoir et superviser ces systèmes. Mais cela ne signifie pas que les soins de longue durée sont de la seule responsabilité des gouvernements. Les systèmes de santé de longue durée devraient plutôt être basés sur des partenariats clairs avec les familles, les communautés, les autres prestataires de soins et le secteur privé, et refléter les préoccupations et les perspectives de ces parties prenantes. Pour gérer ce partenariat, le rôle du gouvernement (souvent assuré par les ministères de la santé) sera de former et de soutenir les aidants naturels, 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 services à ceux qui en ont le plus besoin (soit en raison de leurs faibles capacités intrinsèques, soit de leur statut socio-économique). Cet objectif est réalisable, même dans les pays qui ont les ressources les plus limitées.

Le rapport identifie trois approches qui seront cruciales pour élaborer des systèmes assurant des soins de longue durée. Voici ces approches :

1. établir les bases nécessaires à un système de soins de longue durée ;
2. constituer et maintenir une main d'oeuvre pérenne et ayant une formation appropriée ;
3. assurer la qualité des soins de longue durée.

Les bases d'un système de soins de longue durée

Les systèmes de soins de longue durée nécessitent une structure de gouvernance qui puisse en guider et en superviser l'élaboration, et à qui confier la responsabilité de leur bon déroulement. Cela 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 naturels subissent des difficultés financières,

il faudra des ressources adéquates et l'engagement de privilégier le soutien aux personnes ayant les plus grands besoins financiers et besoins de santé. 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.

Une main d'oeuvre pérenne et bénéficiant d'une formation adéquate

Former la main-d'œuvre nécessaire à ces nouveaux systèmes exigera un certain nombre de mesures. 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, parce que le domaine des soins de longue durée est mal reconnu, une autre stratégie essentielle consistera à veiller à ce 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 sont pas formés. La plupart d'entre eux sont des femmes. Leur dispenser la 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 informés de la façon de traiter des situations difficiles, sera au coeur de l'élaboration d'un système de soins de longue durée. Les principales mesures à prendre sont entre autres de :

- améliorer des salaires et des conditions de travail des professionnels de santé rémunérés travaillant dans les soins de longue durée et créer des parcours professionnels pour leur permettre d'accéder à des postes de responsabilité et de rémunération plus importantes ;
- adopter des lois encourageant des modalités de travail ou des congés flexibles pour les aidants naturels familiaux ;
- établir des mécanismes de soutien pour les aidants naturels, 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 en tant que personnes-ressource pour des activités de soins et d'autres activités de développement communautaire. Dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires il existe des exemples intéressants de personnes âgées bénévoles qui ont été formées par des associations de personnes âgées, pour défendre leurs droits, et dispenser des soins et un soutien à leurs pairs qui

en ont besoin. Ces concepts peuvent être transposés aux milieux de niveau socio-économique supérieur.

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 capacités 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 capacités fonctionnelles à un niveau qui garantisse leur bien-être. Les principales mesures à prendre 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 services de santé et les soins de longue durée) ;
- établir un système de gestion de la qualité pour contribuer à garantir qu'on maintienne l'accent sur l'optimisation des capacités fonctionnelles.

Créer un environnement favorable aux personnes âgées

Ce rapport adopte le cadre de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, en considérant que l'environnement englobe l'ensemble du contexte dans lequel nous vivons (56). Cela comprend le transport, le logement, le travail, la protection sociale, l'information et la communication, ainsi que les services de santé et les soins de longue durée, même si ceux-ci sont traités séparément et plus en détail dans ce rapport. Le cadre de santé publique pour un *Vieillessement en bonne santé* identifie un objectif commun pour toutes ces parties prenantes : optimiser les capacités fonctionnelles. Le rapport explore la façon dont cela pourrait être réalisé dans cinq domaines des capacités fonctionnelles étroitement interconnectés, qui sont essentiels pour permettre aux personnes âgées de réaliser les activités qui comptent pour elles ; ces capacités sont les suivantes :

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

Collectivement, ces capacités permettent aux personnes âgées de vieillir en toute sécurité dans un lieu qui leur convient, de continuer à se développer sur le plan personnel, d'apporter leur contribution à leurs communautés, et de conserver leur autonomie et préserver leur santé.

Les mesures nécessaires pour développer ces capacités peuvent prendre plusieurs formes, mais fonctionnent de deux façons fondamentales. La première manière est de développer et d'entretenir les capacités intrinsèques, soit grâce à la réduction des 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 (par exemple, des taux élevés de criminalité ou une circulation dangereuse sur les routes) ; soit en fournissant des services qui entretiennent les capacités (comme les soins de santé). La deuxième façon est de renforcer les capacités fonctionnelles chez quelqu'un avec un certain niveau de capacités. En d'autres termes, en comblant l'écart entre ce que les gens peuvent réaliser compte tenu de leur niveau de capacités fonctionnelles, et ce qu'ils pourraient faire s'ils vivaient dans un environnement facilitateur (par exemple, en fournissant des aides techniques appropriées, en assurant un transport public accessible ou en rendant les quartiers plus sûrs). Bien que ces deux possibilités d'intervention au niveau de la population puissent améliorer l'environnement pour de nombreuses personnes âgées, un grand nombre d'entre elles ne seront pas en mesure d'en profiter pleinement sans un soutien personnalisé et adapté.

Parce que de si nombreux secteurs et intervenants peuvent influencer le *Vieillissement en bonne santé*, il sera crucial d'adopter une approche coordonnée des politiques et des pratiques, qui accordera une place centrale aux besoins et aux aspirations des personnes âgées. Ce rapport identifie trois approches qui sont communes à quasi tous les secteurs, et qui constituent des priorités pour la mise en œuvre. Ces approches sont les suivantes :

1. lutter contre la discrimination à l'encontre des personnes âgées (ou « *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 en luttant contre la discrimination à l'encontre des personnes âgées 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.

La lutte contre l'âgisme nécessitera de construire et d'inscrire dans la pensée de toutes les générations, une nouvelle compréhension du vieillissement. Celle-ci ne peut pas être basée 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 échappées aux problèmes de santé de leurs parents et de leurs grands-parents. Au contraire, cela exige l'acceptation de la grande diversité de l'expérience des aînés, de reconnaître les inégalités qui les constituent bien souvent, et une ouverture d'esprit pour se demander comment on pourrait améliorer les choses. Les principales mesures à prendre consisteraient à :

- mener des campagnes de communication pour élargir 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 reportages à sensation sur les crimes contre les personnes âgées.

Faciliter l'autonomie

La deuxième priorité transversale est d'encourager l'autonomie. L'autonomie est fortement dépendante du fait que les besoins fondamentaux d'une personne âgée soient satisfaits et, à son tour, a une forte influence sur la dignité, l'intégrité, la liberté et l'indépendance des personnes âgées ; l'autonomie a souvent été identifiée comme une composante essentielle de leur bien-être général.

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.

Une mesure-clé encourageant l'autonomie sera d'optimiser les capacités intrinsèques, et cela est largement traité dans les stratégies relatives aux systèmes de santé. Mais l'autonomie peut être renforcée indépendamment du niveau de capacités d'une personne âgée. Les mesures permettant d'atteindre cet objectif 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 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 capacités fonctionnelles, tels que les aides techniques, les services à base communautaire et 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.

Le Vieillissement en bonne santé doit être intégré à toutes les politiques et à tous les niveaux du gouvernement

Dans un nombre rapidement croissant de pays, plus d'1 personne sur 5 est âgée de 60 ans. Il y aura peu de politiques ou de services qui ne les concerneront pas, de quelque manière que ce soit. Il sera par conséquent crucial d'inscrire le *Vieillissement en bonne santé* dans toutes les politiques et à tous les niveaux du gouvernement. 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

niveaux et secteurs du gouvernement. Ceci exigera d'établir des engagements clairs sur les objectifs visés ainsi que des responsabilités clairement délimitées, des budgets adéquats, et devra 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 les informations ventilées par âge concernant les capacités des personnes âgées. 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, cependant, de nombreux autres domaines d'action, comme par exemple :

- 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 technologies de l'information et de la communication ;
- 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 *Vieillissement en bonne santé*, il faudra une bien meilleure compréhension des tendances et questions liées à l'âge. De nombreuses questions fondamentales restent sans réponse :

- Quelles sont les tendances actuelles en terme de *Vieillissement en bonne santé* et sont-elles en train de changer au fil du temps ?
- Quels sont les déterminants du *Vieillissement en bonne santé* ?
- Les inégalités se creusent-elles ou se réduisent-elles ?
- Quelles sont les interventions qui donnent de bons résultats et encouragent le *Vieillissement en bonne santé* ? et dans quels sous-groupes de la population réussissent-elles ?
- Quels sont l'échéancier et la synchronisation appropriés de ces interventions ?
- 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 *Vieillissement 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 ventilée par âge et par sexe. Les méthodes de mesure appropriées du *Vieillessement en bonne santé* et 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 dont 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. Donc, l'implication et la contribution des personnes âgées devraient également être encouragées, car cela pourrait conduire à des résultats plus pertinents et plus innovants. Ensuite, à mesure que les nouvelles et plus pertinentes connaissances sur le vieillissement et la santé sont générées, des mécanismes internationaux et locaux devront être instaurés pour assurer rapidement leur application en pratique clinique, en interventions de santé publique axées sur la population, ou en politiques sociales et de santé.

Trois approches seront cruciales pour améliorer l'évaluation, la surveillance et les connaissances de cette question. Ce sont les suivantes :

1. convenir des méthodes de mesure, des paramètres et des approches analytiques du *Vieillessement en bonne santé* ;
2. améliorer la connaissance de l'état de santé et des besoins des populations âgées, et dans quelle mesure leurs besoins sont satisfaits ;
3. améliorer les connaissances du processus du *Vieillessement en bonne santé*, et ce qui peut être fait pour l'améliorer.

Méthodes de mesure, paramètres et approches analytiques

Les paramètres et les méthodes actuelles utilisés dans le domaine du vieillissement sont limités, empêchant une réelle compréhension des aspects essentiels du *Vieillessement en bonne santé*. Un consensus est nécessaire quant aux approches et aux méthodes les plus adéquates. Celles-ci devront puiser dans de nombreux domaines, permettre de faire des comparaisons, et éventuellement des corrélations entre les données recueillies auprès d'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 *Vieillessement en bonne santé*, y compris pour les capacités fonctionnelles, les capacités intrinsèques, le bien-être subjectif, les caractéristiques de santé, les caractéristiques personnelles, l'héritage 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 de la progression 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 oeuvre de meilleures approches pour tester les interventions cliniques, qui tiennent compte des différences physiologiques des personnes âgées et des comorbidités.

Etat de santé et besoins des populations âgées

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 capacités 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 capacités fonctionnelles ; les capacités intrinsèques ; l'état de santé spécifique ; les besoins en matière de santé ou de soins de longue durée, ou d'aménagements plus larges de l'environnement, et enfin, dans quelle mesure ces besoins sont satisfaits ;
- cartographier les tendances des capacités intrinsèques et des capacités 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 du processus de *Vieillessement en bonne santé*.

Processus de *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 progressions courantes des capacités intrinsèques et des capacités 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 progression des capacités intrinsèques et des capacités 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 nécessaires pour un *Vieillessement en bonne santé*, et élaborer des moyens rigoureux, valides et comparables pour analyser le rendement des investissements.

Conclusion

Il est urgent de mettre en œuvre des mesures exhaustives de santé publique concernant le vieillissement, et il ne faut pas perdre de vue qu'il est possible de faire quelque chose dans tous les contextes, quelque soit le niveau de développement socio-économique.

Ce rapport présente le cadre d'un programme d'action de santé publique qui repose sur la notion de *Vieillesse en bonne santé*. 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 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. 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 celle-ci. Il faudra enfin recourir aux meilleures façons de mesurer et de surveiller la santé ainsi que les capacités 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. World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 22 July 2015).
2. 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. pp. 4–13 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 22 July 2015).
3. 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
4. Smith A. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010. (<http://www.nap.edu/catalog/12852/grand-challenges-of-our-aging-society-workshop-summary>, accessed 15 July 2015).
5. 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>
6. 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
7. 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 21 July 2015).
8. 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
9. 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
10. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:49–75 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
11. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
12. Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Work Older People*. 2011;15(4):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
13. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11.
14. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
15. 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 21 July 2015).
16. 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
17. 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

18. 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/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 21 July 2015).
19. 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>
20. 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
21. Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.3386/w11833>
22. Wong A, van Baal PHM, 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
23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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 USA*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
28. 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
29. 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
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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
34. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>

35. 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
36. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E75. PMID: 22440549
37. 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
38. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet.* 2014 Nov 5;385(9967):563–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
39. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity.* 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
40. Arxer SL, Murphy JW. *The Symbolism of globalization, development, and aging.* Dordrecht: Springer; 2012 (<http://USYD.eblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=994408>, accessed 21 July 2015).
41. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev.* 1997;9(2):281–302. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
42. Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ.* 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
43. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev.* 2002;4:123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
44. 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
45. 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.
46. 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
47. 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
48. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging.* 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
49. 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>
50. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet.* 2015 Feb 14;385(9968):640–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
51. 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).
52. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczy 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
53. 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
54. 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
55. 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
56. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.



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.