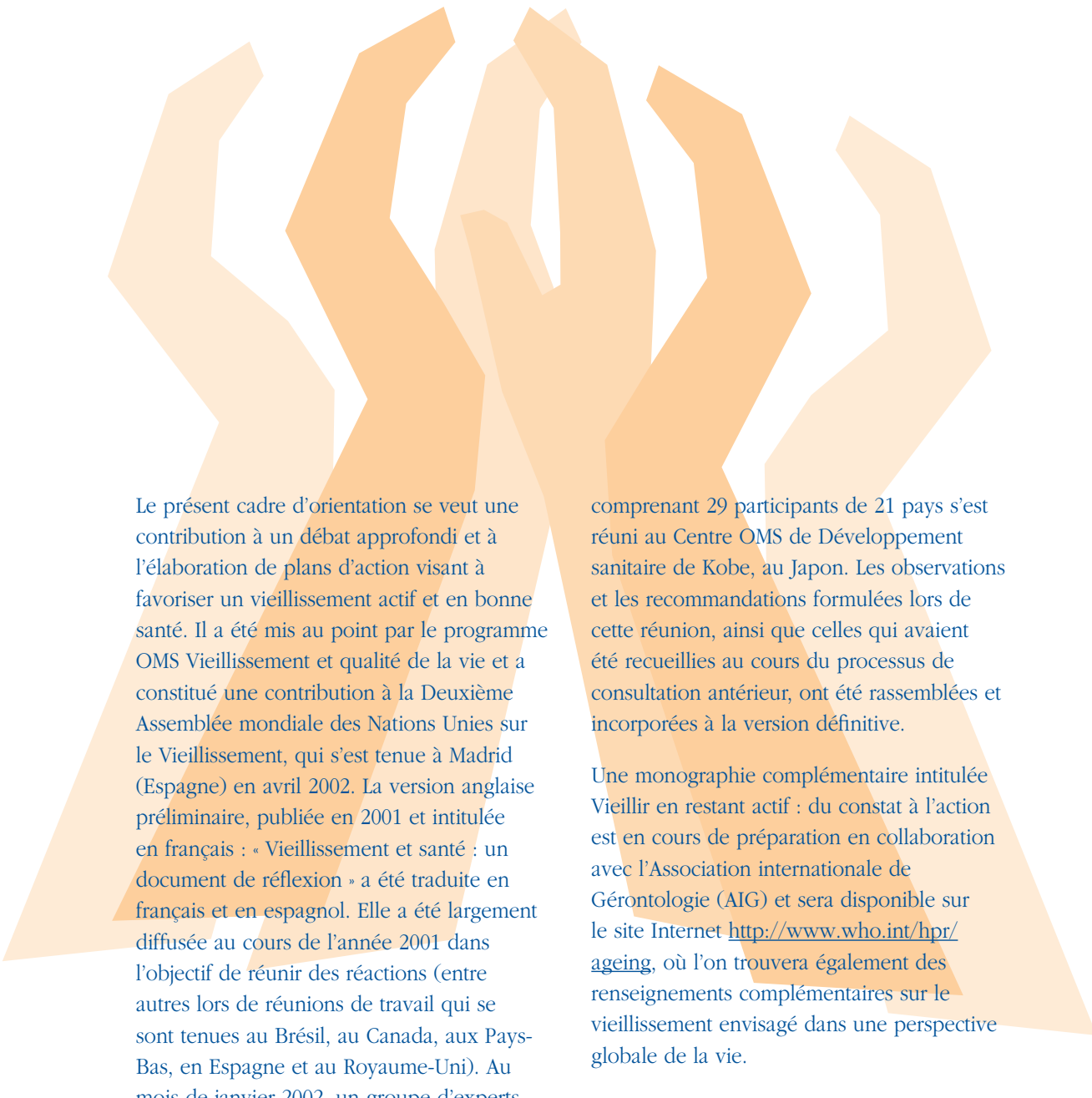


A stylized illustration of several hands in various shades of orange and yellow, raised and reaching upwards, symbolizing support, unity, and active aging. The hands are layered, creating a sense of depth and movement.

Vieillir en restant actif

Cadre d'orientation





Le présent cadre d'orientation se veut une contribution à un débat approfondi et à l'élaboration de plans d'action visant à favoriser un vieillissement actif et en bonne santé. Il a été mis au point par le programme OMS Vieillissement et qualité de la vie et a constitué une contribution à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, qui s'est tenue à Madrid (Espagne) en avril 2002. La version anglaise préliminaire, publiée en 2001 et intitulée en français : « Vieillissement et santé : un document de réflexion » a été traduite en français et en espagnol. Elle a été largement diffusée au cours de l'année 2001 dans l'objectif de réunir des réactions (entre autres lors de réunions de travail qui se sont tenues au Brésil, au Canada, aux Pays-Bas, en Espagne et au Royaume-Uni). Au mois de janvier 2002, un groupe d'experts

comprenant 29 participants de 21 pays s'est réuni au Centre OMS de Développement sanitaire de Kobe, au Japon. Les observations et les recommandations formulées lors de cette réunion, ainsi que celles qui avaient été recueillies au cours du processus de consultation antérieur, ont été rassemblées et incorporées à la version définitive.

Une monographie complémentaire intitulée Vieillir en restant actif : du constat à l'action est en cours de préparation en collaboration avec l'Association internationale de Gérontologie (AIG) et sera disponible sur le site Internet <http://www.who.int/hpr/ageing>, où l'on trouvera également des renseignements complémentaires sur le vieillissement envisagé dans une perspective globale de la vie.

**Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé
à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement,
Madrid, Espagne, 2002.**



Contents

Introduction	5
1. Le vieillissement mondial : un triomphe doublé d'un défi	6
La révolution démographique	6
Le vieillissement rapide de la population dans les pays en développement	9
2. Vieillir en restant actif : le concept et sa justification	12
Que signifie « Vieillir en restant actif »?	12
Vieillir en restant actif dans une perspective globale de la vie	14
Les politiques et les programmes en faveur d'un vieillissement actif	16
3. Les déterminants d'un vieillissement actif: interpréter le constat	19
Les facteurs généraux : culture et sexospécificité	20
Les facteurs sanitaires et sociaux	21
Les facteurs comportementaux	22
Les facteurs personnels	26
Les facteurs tenant à l'environnement physique	27
Les facteurs tenant à l'environnement social	28
Les facteurs économiques	30
4. Les défis d'une population vieillissante	33
Défi n° 1 : La double morbidité	33
Défi n° 2 : L'augmentation du risque d'incapacité	34
Défi n° 3 : Dispenser des soins à des populations vieillissantes	37
Défi n° 4 : La féminisation du vieillissement	39
Défi n° 5 : Ethique et inégalités	40
Défi n° 6 : Aspects économiques d'une population vieillissante	42
Défi n° 7 : Créer un nouveau modèle	43
5. La réponse au niveau des politiques	45
Action intersectorielle	46
Principales mesures proposées	46
1. La santé	47
2. La participation	51
3. La sécurité	52
L'OMS et le vieillissement	54
La collaboration internationale	55
Conclusion	55
6. Références bibliographiques	57

A quel âge est-on âgé ?

Dans la présente plaquette, les personnes sont définies comme « âgées » à partir de l'âge de référence des Nations Unies, c'est-à-dire 60 ans. Cela peut paraître encore jeune dans les régions développées du monde et dans les pays en développement où un allongement notable de l'espérance de vie a déjà été enregistré. Cependant, quel que soit l'âge utilisé dans divers contextes, il est important d'être conscient que l'âge chronologique n'est pas toujours le meilleur indicateur des changements qui accompagnent le vieillissement. Il existe d'énormes différences entre l'état de santé et le niveau d'activité et degré d'indépendance de personnes d'un même âge. Ce sont là des considérations dont les décideurs doivent tenir compte lorsqu'ils conçoivent des politiques et des programmes à l'intention de leurs concitoyens « âgés ». Adopter de larges politiques sociales fondées exclusivement sur l'âge chronologique peut s'avérer discriminatoire et peut aller à l'encontre du but recherché, qui est de veiller au bien-être des personnes âgées.

Les mains dessinées à l'arrière-plan sur les pages du présent document, célèbrent le triomphe mondial de la population vieillissante. Si vous tenez l'ouvrage d'une main, et que de l'autre, avec le pouce, vous faites tourner rapidement les pages, vous verrez les mains s'animer et applaudir la précieuse contribution qu'apportent les personnes âgées à nos sociétés et les énormes progrès réalisés dans le domaine de la santé publique et du niveau de vie, qui permettent aux hommes et aux femmes de vivre plus longtemps dans presque toutes les régions du monde.

Le texte du présent ouvrage ainsi que la version préliminaire du document ont été rédigés par Peggy Edwards, consultante de Santé Canada (le Ministère de la Santé du Canada), qui a travaillé six mois à l'OMS dans le cadre du Programme OMS Vieillesse et qualité de la vie. Nous tenons à remercier Santé Canada pour l'aide apportée à toutes les étapes du projet.



Introduction

Le vieillissement démographique pose de nombreuses questions de fond aux responsables politiques. Comment aidons-nous les personnes âgées à rester indépendantes et actives ? Comment renforcer les politiques de promotion de la santé et de prévention des maladies, en particulier celles qui s'adressent aux personnes âgées ? Maintenant que nous vivons plus longtemps, comment peut-on améliorer la qualité de la vie au cours de la vieillesse ? La masse des personnes âgées mettra-t-elle en faillite nos systèmes de santé et de sécurité sociale ? Comment parvenir à un équilibre optimal entre la famille et l'État lorsqu'il s'agit de s'occuper des personnes âgées qui ont besoin d'aide ? Comment reconnaissons-nous le rôle essentiel que jouent les aidants âgés et quel soutien leur fournissons-nous ?

Le présent document tente de répondre à ces questions ainsi qu'à d'autres interrogations relatives au vieillissement démographique. Il s'adresse aux responsables politiques de tous les niveaux et aux décideurs du secteur non gouvernemental et du secteur privé, qui tous élaborent des politiques et des programmes concernant le vieillissement. Il aborde la santé d'un large point de vue et constate qu'il n'est possible d'instaurer et de préserver la santé qu'avec la participation de multiples secteurs. Il préconise que les prestataires de soins et les professionnels de la santé prennent l'initiative si nous voulons que le but fixé soit atteint, c'est-à-dire que, *« lorsqu'elles sont en bonne santé, les personnes âgées [soient] une ressource pour leur famille, leur communauté et*

l'économie », selon les termes de la Déclaration sur le vieillissement et la santé faite par l'OMS à Brasilia en 1996.

- La Première partie décrit l'essor rapide de la population des plus de 60 ans dans le monde entier et plus particulièrement dans les pays en développement.
- La Deuxième partie étudie le concept et de « vieillir en restant actif » et sa justification en tant que but assigné à la formulation de politiques et de programmes.
- La Troisième partie récapitule les informations dont on dispose sur les facteurs qui permettent de déterminer si les individus et les populations jouiront ou non d'une qualité de vie positive pendant leur vieillesse.
- La Quatrième partie expose les sept grands défis qu'une population vieillissante lance aux gouvernements, au secteur non gouvernemental, au secteur privé et au monde universitaire.
- La Cinquième partie fournit un cadre d'orientation ainsi que des suggestions concrètes en vue de la formulation de propositions clés. Celles-ci pourront servir de base pour la mise au point de mesures plus précises aux niveaux régional, national et local, conformément au plan d'action adopté par la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement de 2002.

1. Le vieillissement mondial : un triomphe doublé d'un défi

Le vieillissement démographique est d'abord et avant tout une brillante réussite des politiques de santé publique ainsi que du développement économique et social...

Gro Harlem Brundtland, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

Le vieillissement démographique est l'un des plus grands triomphes de l'humanité. C'est aussi l'un des plus grands défis que nous ayons à relever. A l'aube du 21^{ème} siècle, le vieillissement mondial imposera des sujétions économiques et sociales accrues à tous les pays. Cependant, les personnes âgées constituent une ressource précieuse mais souvent méconnue, qui fournit une contribution importante au tissu social.

L'Organisation mondiale de la Santé estime que les pays peuvent se permettre de vieillir si les gouvernements, les organisations internationales et la société civile adoptent des politiques et des programmes qui nous aident à « vieillir en restant actif », c'est-à-dire qui favorisent la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés. Le moment est venu de dresser des plans et d'agir.

Partout, mais plus encore dans les pays en développement, les mesures qui visent à aider les personnes âgées à rester en bonne santé et économiquement actives sont une nécessité et non un luxe.

Ces politiques et ces programmes doivent se fonder sur les droits, les besoins, les préférences et les capacités des personnes âgées. Il leur faut aussi adopter une perspective globale de la vie qui tienne compte de l'influence du vécu antérieur sur la manière dont une personne vieillit.

La révolution démographique

A l'échelle mondiale, la proportion des 60 ans et plus augmente plus rapidement que n'importe quelle autre tranche d'âge. Entre 1970 et 2025, le nombre des personnes âgées devrait augmenter d'environ 694 millions, soit une hausse de 223 %. En 2025, le monde comptera environ 1,2 milliard d'habitants de plus de 60 ans. En 2050, ils seront plus 2 milliards, et 80 % d'entre eux vivront dans les pays en développement.

Un important facteur dont les dirigeants doivent tenir compte est celui de la structure par âge, c'est-à-dire de la proportion d'enfants, de jeunes adultes, d'adultes d'âge moyen et d'adultes âgés dans le pays. Le vieillissement démographique désigne la diminution de la proportion d'enfants et de jeunes gens et l'augmentation de la proportion des plus de 60 ans. A mesure que la population vieillit, la pyramide démographique, triangulaire en



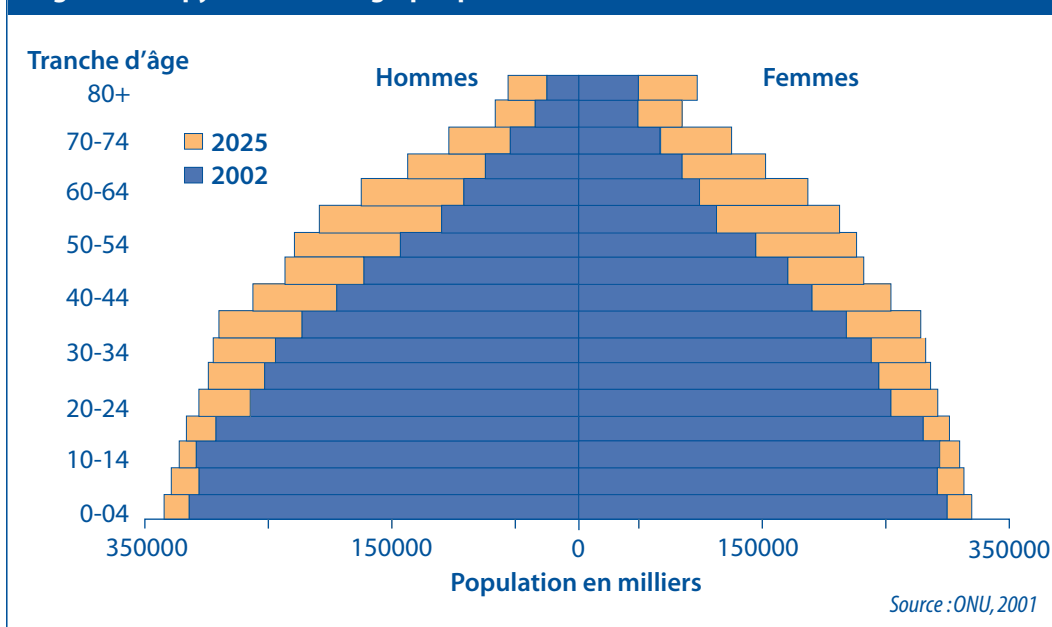
2002, sera remplacée par une structure de forme plus cylindrique en 2025 (voir Figure 1).

La baisse des taux de fécondité et l'augmentation de la longévité garantiront le « grisonnement » constant de la population du monde, malgré le recul de l'espérance de vie dans certains pays d'Afrique (en raison du SIDA) et dans quelques pays nouvellement indépendants (à cause d'une hausse de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires et à la violence). De nets fléchissements des taux de fécondité s'observent actuellement dans le monde. On estime qu'en 2025, 120 pays auront des taux de fécondité cumulée inférieurs au niveau de remplacement (taux de fécondité moyen de 2,1 enfants par femme), soit une progression sensible par rapport à 1975, époque à laquelle 22 pays seulement

avaient un taux de fécondité cumulée inférieur ou égal au niveau de remplacement. Actuellement, le nombre de ces pays est de 70.

Jusqu'à présent, on a surtout associé le vieillissement démographique aux régions plus développées de la planète. Par exemple, à l'heure actuelle, neuf des dix pays de plus de 10 millions d'habitants possédant la plus forte proportion de personnes âgées sont situés en Europe (voir Tableau 1). On s'attend à peu de changements dans ce classement d'ici à 2025, lorsque les 60 ans et plus constitueront environ un tiers de la population dans des pays tels que le Japon, l'Allemagne et l'Italie, suivis de très près par d'autres pays européens (voir Tableau 1).

Figure 1. La pyramide démographique mondiale en 2002 et en 2025



A mesure que la proportion d'enfants et de jeunes gens diminue et que la proportion des 60 ans et plus augmente, la pyramide démographique triangulaire de 2002 sera remplacée par une structure de forme plus cylindrique en 2025.

Tableau 1. Pays de plus de 10 millions d'habitants (en 2002) possédant la plus forte proportion de personnes de plus de 60 ans.

2002		2025	
Italie	24,5%	Japon	35,1%
Japon	24,3%	Italie	34,0%
Allemagne	24,0%	Allemagne	33,2%
Grèce	23,9%	Grèce	31,6%
Belgique	22,3%	Espagne	31,4%
Espagne	22,1%	Belgique	31,2%
Portugal	21,1%	Royaume-Uni	29,4%
Royaume-Uni	20,8%	Pays-Bas	29,4%
Ukraine	20,7%	France	28,7%
France	20,5%	Canada	27,9%

Source : ONU, 2001

On connaît moins bien la rapidité et l'ampleur du vieillissement démographique dans les régions les moins développées. Dès à présent, la plupart des personnes âgées – près de 70 % – vivent dans les pays en développement (voir Tableau 2). Ces effectifs continueront à croître à un rythme rapide.

Partout, mais plus encore dans les pays développés, la population âgée elle aussi vieillit. Les effectifs des plus de 80 ans s'élèvent actuellement à environ 69 millions de personnes, qui vivent pour la plupart dans les régions plus développées. Si les plus de 80 ans ne constituent actuellement qu'un pour cent de la

Tableau 2. Répartition de la population mondiale de plus de 60 ans dans les pays approchant ou dépassant les 100 millions d'habitants en 2002 (en millions)

2002		2025	
Chine	134,2	Chine	287,5
Inde	81,0	Inde	168,5
Etats-Unis d'Amérique	46,9	Etats-Unis d'Amérique	86,1
Japon	31,0	Japon	43,5
Fédération de Russie	26,2	Indonésie	35,0
Indonésie	17,1	Brésil	33,4
Brésil	14,1	Fédération de Russie	32,7
Pakistan	8,6	Pakistan	18,3
Mexique	7,3	Bangladesh	17,7
Bangladesh	7,2	Mexique	17,6
Nigéria	5,7	Nigéria	11,4

Source : ONU, 2001



population mondiale et trois pour cent de la population des régions développées, cette tranche d'âge n'en représente pas moins le segment de la population âgée dont l'augmentation est la plus rapide.

Dans les pays développés comme dans les pays en développement, le vieillissement démographique fait naître des interrogations quant à la capacité d'un nombre plus restreint de travailleurs de fournir le soutien dont a besoin la partie de la population communément jugée comme économiquement dépendante (c'est-à-dire les enfants et les personnes âgées).

Le rapport de dépendance économique des personnes âgées (c'est-à-dire le total des personnes âgées de 60 ans ou plus divisé par le total de la population des 15 à 60 ans – voir Tableau 3) sert principalement aux économistes et aux actuaires qui font des évaluations prévisionnelles des incidences financières des régimes de pensions. Cependant, cet indicateur est également utile pour tous ceux qui sont concernés par la gestion et la planification des services de soins.

Les rapports de dépendance économique des personnes âgées évoluent rapidement dans le monde entier. Au Japon, par exemple, il y a actuellement 39 personnes de plus de 60 ans pour 100 personnes dans la tranche d'âge des 15-60 ans. En 2025, il y en aura 66.

Cependant, la plupart des personnes âgées sur la planète continuent à constituer une ressource indispensable pour leur famille et leur communauté. Beaucoup continuent à travailler, que ce soit dans le secteur de l'emploi traditionnel ou dans le secteur dit informel.

De ce fait, en tant qu'indicateur de prévision des besoins des populations, le rapport de dépendance économique n'a qu'une utilité limitée. Il faut pouvoir disposer d'indicateurs plus perfectionnés, qui reflètent la « dépendance » avec davantage d'exactitude, et ne pas placer dans de fausses catégories des personnes âgées en pleine possession de leurs moyens et pleinement indépendantes.

Simultanément, il faut mettre en place des politiques et des programmes qui aident à « vieillir en restant actif » pour permettre aux personnes âgées de continuer à travailler selon leurs capacités et leurs préférences, et pour prévenir ou retarder les incapacités et les maladies chroniques coûteuses pour l'individu, les familles et le système de soins de santé. Cette question est examinée plus bas dans la section consacrée au travail (page 37) et dans les parties « Défi n° 2 : L'augmentation du risque d'incapacité » (page 41), et « Défi n° 6 : Aspects économiques d'une population vieillissante » (page 52).

Tableau 3. Taux de dépendance économique des personnes âgées dans quelques pays et régions

2002		2025	
Japon	0,39	Japon	0,66
Amérique du Nord	0,26	Amérique du Nord	0,44
Union européenne	0,36	Union européenne	0,56

Source : ONU, 2001

Le vieillissement rapide de la population dans les pays en développement

En 2002, près de 400 millions de personnes de 60 ans et plus vivaient dans le monde en développement. En 2025, ce chiffre atteindra

Figure 2. Effectifs des plus de 60 ans dans les régions plus et moins développées en 1970, 2000 et 2025

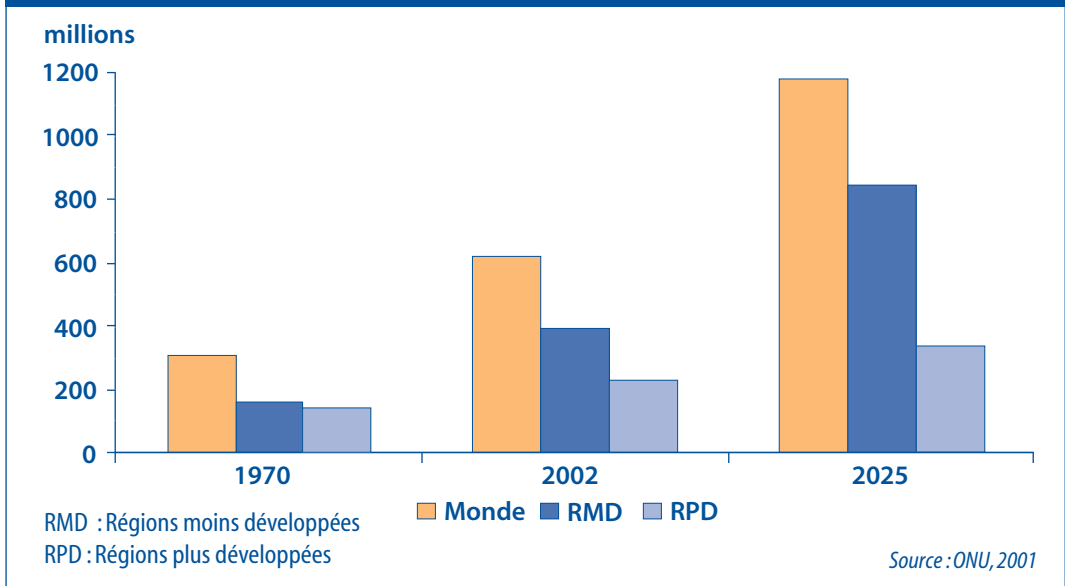
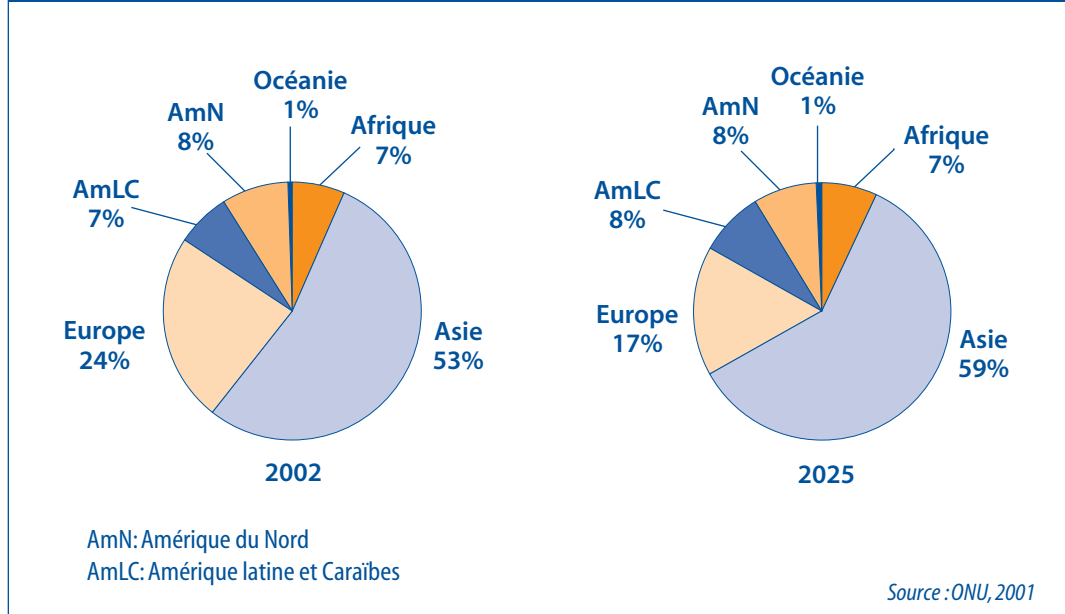


Figure 3. Répartition de la population mondiale de plus de 60 ans par région en 2002 and 2025





environ 840 millions, soit 70 % de toutes les personnes âgées sur la planète (voir Figure 2). Sous l'angle régional, plus de la moitié des personnes âgées du monde vivent en Asie. Au cours des deux prochaines décennies, la quote-part asiatique des personnes les plus âgées du monde est celle qui continuera à augmenter le plus, alors que la quote-part européenne est celle qui diminuera le plus (voir Figure 3).

Par rapport au monde développé, l'essor socio-économique des pays en développement n'est souvent pas allé au même rythme que le vieillissement rapide de la population. Par exemple, s'il a fallu 115 ans pour que la proportion de personnes âgées double et passe de 7 à 14 % en France, la Chine ne mettra que 27 ans pour accomplir une progression du même ordre. Dans la plupart des pays développés, le vieillissement de la population a été un processus graduel, qui a accompagné une

croissance socio-économique régulière et s'est déroulé sur plusieurs décennies et générations. Dans les pays en développement, ce processus est condensé sur une période de deux ou trois décennies seulement. Ainsi, alors que les pays développés sont devenus prospères avant de vieillir, les pays en développement vieillissent avant d'avoir notablement prospéré (Kalache et Keller, 2000).

Dans les pays en développement, le vieillissement rapide s'accompagne d'une évolution radicale dans les structures familiales et les rôles impartis au sein de celle-ci, ainsi que dans le travail et les migrations. L'urbanisation, l'exode vers les villes des jeunes en quête d'emploi, les familles plus petites et le plus grand nombre de femmes occupant un emploi, font qu'il y a toujours moins de monde pour s'occuper des personnes âgées lorsqu'elles ont besoin d'aide.

2. Vieillir en restant actif : le concept et sa justification

Si l'on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi qu'une vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en bonne santé, de participer et d'être en sécurité. L'Organisation mondiale de la Santé se sert de l'expression « vieillir en restant actif » pour exprimer le processus qui conduit à une telle conception du vieillissement.

Que signifie « Vieillir en restant actif »?

Vieillir en restant actif est le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse.

Vieillir en restant actif s'applique à toutes les personnes âgées, individuellement ou collectivement. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin.

Ainsi le terme « actif » désigne-t-il une implication constante dans les activités économiques, sociales, spirituelles, culturelles et citoyennes, et non pas uniquement l'aptitude à la seule activité physique et ou à l'emploi. C'est ainsi que les personnes âgées qui prennent leur retraite ou celles qui sont malades ou physiquement handicapées peuvent continuer à apporter une

contribution à leur famille, à leurs contemporains, à leur communauté et à leur pays. A terme, le vieillissement actif permet à toutes les personnes âgées, y compris celles qui sont fragiles, handicapées et qui ont besoin de soins, d'allonger leur espérance de vie en bonne santé et d'améliorer leur qualité de vie.

“La santé” signifie le bien-être physique, mental et social, selon la définition de la santé adoptée par l'OMS. Ainsi, dans le cadre d'un vieillissement actif, il est tout aussi important que les politiques et programmes favorisent la santé mentale et les liens sociaux que l'état de santé physique.

Il est primordial, à la fois pour les personnes âgées et pour les dirigeants politiques (voir les définitions dans l'encadré ci-dessous), que chacun puisse rester autonome et indépendant. Par ailleurs, les personnes âgées vivent parmi d'autres personnes – amis, anciens collègues, voisins et membres de la famille. C'est pourquoi les principes d'interdépendance et de solidarité intergénérationnelle (le processus d'échanges entre personnes et entre générations, par lequel chacun donne et reçoit) sont importants pour un vieillissement actif. L'enfant d'hier est l'adulte d'aujourd'hui et la grand-mère ou le grand-père de demain. La qualité de vie dont ils jouiront comme grands-parents dépendra des circonstances positives ou négatives du début de leur existence, ainsi que des formes d'aide et de soutien que leur fourniront les générations suivantes lorsqu'ils en auront besoin.



Quelques définitions clés

Autonomie : l'autonomie est l'aptitude perçue à maîtriser, affronter et prendre des décisions personnelles relatives à sa vie quotidienne dans le respect de ses propres règles et préférences.

Indépendance : l'indépendance est généralement définie comme la capacité à s'acquitter des tâches quotidiennes, c'est-à-dire à vivre de manière indépendante dans son environnement habituel sans aide extérieure ou avec une aide extérieure minimale.

Qualité de la vie : la qualité de la vie est « la perception qu'a une personne de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs du lieu où elle vit, par rapport à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (OMS, 1994). En ce qui concerne les personnes âgées, la qualité de la vie est largement déterminée par la capacité à conserver son autonomie et son indépendance.

Espérance de vie en bonne santé : l'expression « espérance de vie en bonne santé » est généralement employée comme synonyme d'« espérance de vie sans incapacité ». Si l'espérance de vie à la naissance reste une mesure importante du vieillissement de la population, l'espérance de vie sans incapacité revêt une importance particulière dans le cas des personnes âgées.

Hormis l'autonomie, qui est notoirement difficile à mesurer, tous les concepts ci-dessus ont été élaborés en tentant de mesurer les difficultés que rencontre une personne âgée pour accomplir les gestes et les tâches de la vie quotidienne. Dans les gestes de la vie quotidienne on place par exemple, se laver, se nourrir, aller à la toilette, se déplacer dans une pièce. Parmi les tâches qui jouent un rôle important dans la vie quotidienne on trouve faire ses courses, son ménage et préparer ses repas. Récemment, des recherches ont permis de mettre au point un certain nombre de mesures validées, plus holistiques, des aspects de la qualité de la vie directement liés à la santé. Ces indicateurs doivent être diffusés et adaptés pour pouvoir servir dans des cultures et des contextes variés.

L'expression « vieillir en restant actif » a été adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé à la fin des années 90. Elle veut transmettre un message plus complet que « vieillir en bonne santé » et rendre compte des facteurs qui, en plus des soins de santé, influent sur la manière dont vieillissent les individus et les populations (Kalache et Kickbusch, 1997).

L'idée d'un vieillissement actif procède d'une reconnaissance des droits de la personne âgée et des principes d'indépendance, de

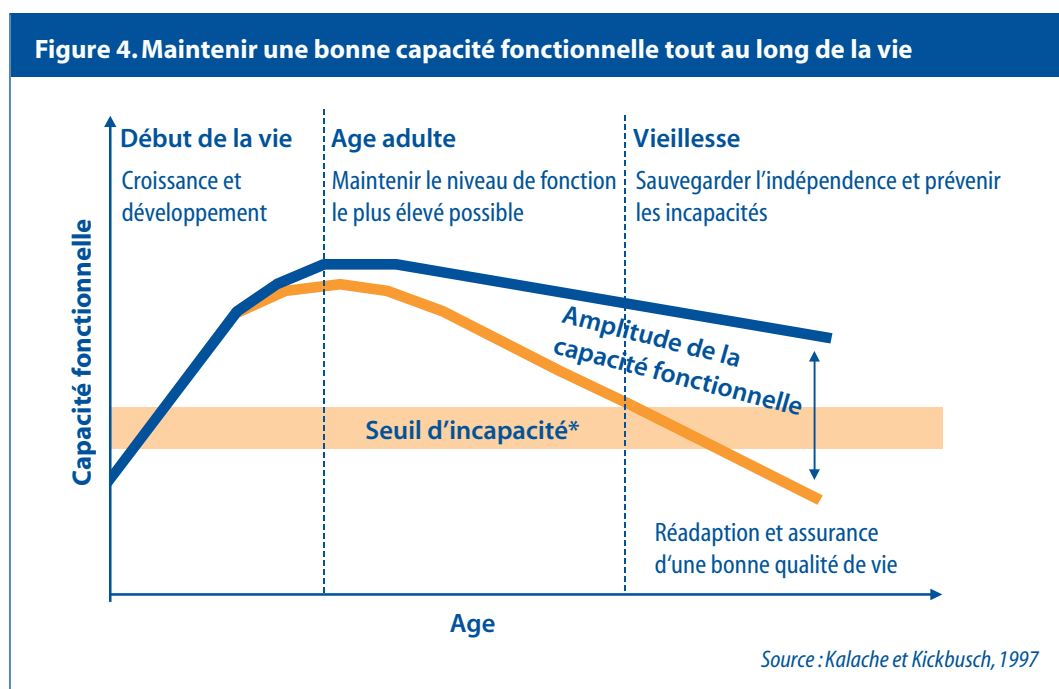
participation, de dignité, d'assistance et d'épanouissement de soi, consacrés par les Nations Unies. Avec elle, la planification des stratégies cesse de se fonder sur les besoins au profit d'une prise en compte des droits des personnes âgées à l'égalité de traitement et de possibilités dans tous les domaines de la vie. Elle soutient le libre exercice de leur participation au processus politique et aux divers aspects de la vie locale.

Vieillir en restant actif dans une perspective globale de la vie

Adopter une perspective globale de la vie c'est reconnaître que les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène et que l'hétérogénéité des personnes tend à croître avec l'âge. Les interventions qui créent des milieux porteurs et favorisent des choix propices à la santé ont leur importance à tous les stades de la vie (voir Figure 4).

A mesure que les personnes vieillissent, les maladies non transmissibles deviennent la principale cause de morbidité, d'incapacité et de mortalité dans toutes les régions du monde,

y compris dans les pays développés, comme l'indiquent les Figures 5 et 6. Les maladies non transmissibles, qui sont essentiellement des maladies de la vieillesse, sont coûteuses pour les individus, les familles et les finances publiques. Il est toutefois possible d'éviter ou de retarder l'apparition de nombreuses maladies non transmissibles. Si rien n'est fait pour prévenir ou maîtriser la progression de ces maladies, elles engendreront d'énormes coûts humains et sociaux, lesquels absorberont une quantité disproportionnée de ressources qui auraient pu être utilisées pour résoudre les problèmes de santé d'autres tranches d'âge.

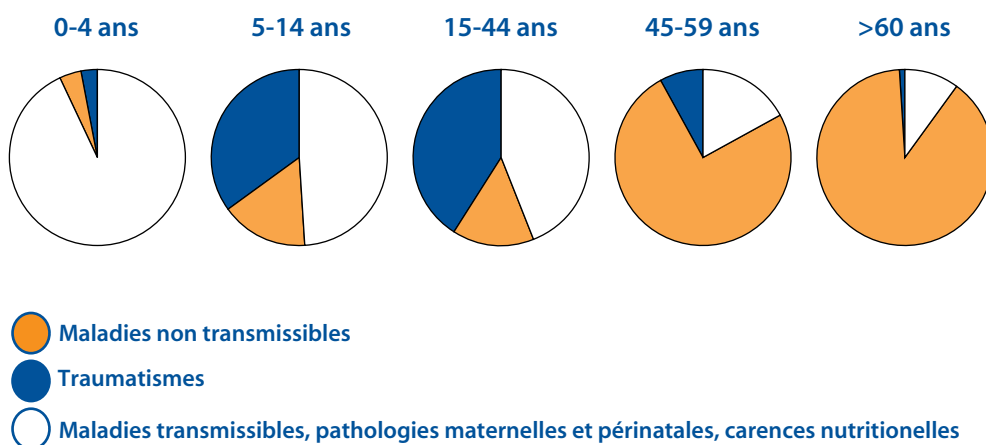


*Des modifications du milieu peuvent abaisser le seuil d'incapacité, réduisant ainsi le nombre de personnes handicapées dans une population donnée.

La capacité fonctionnelle (la capacité ventilatoire, la force musculaire, le débit cardio-vasculaire, etc.) se développe pendant l'enfance et culmine au début de l'âge adulte, pour décliner ensuite au cours des années. Cependant, le rythme de ce déclin est en grande partie fonction de facteurs liés au mode de vie à l'âge adulte – la consommation de tabac et d'alcool, le niveau d'activité physique et le régime alimentaire – ainsi que de facteurs externes et environnementaux. L'accélération du déclin peut être telle qu'elle entraîne une incapacité prématurée. Toutefois, il s'agit d'un phénomène réversible sur lequel, à tout âge, les décisions individuelles ou de santé publique peuvent influencer.

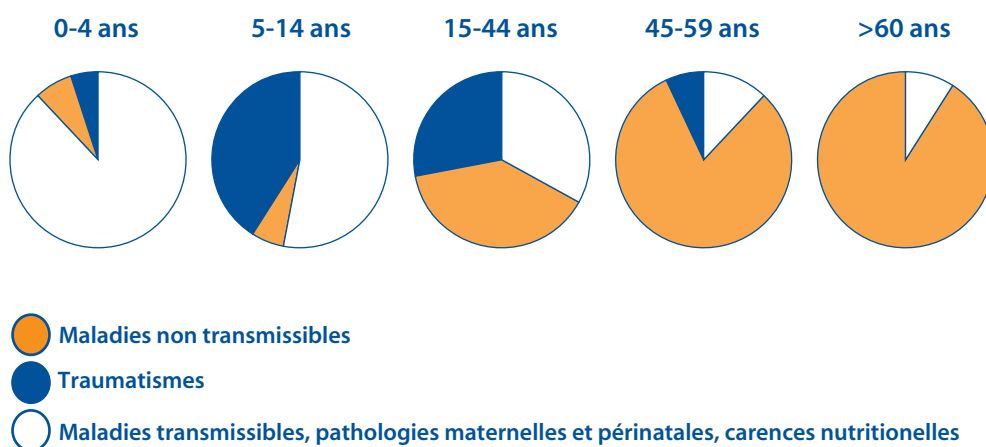


**Figure 5. Principales causes de décès pour les deux sexes, 1998
Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire par âge**



Source : Base de données, Rapport OMS sur la santé dans le monde, 1999

**Figure 6. Principales causes de la charge de morbidité pour les deux sexes, 1998
Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire par âge**



Source : Base de données, Rapport OMS sur la santé dans le monde, 1999

Principales affections chroniques frappant les personnes âgées dans le monde

- Maladies cardio-vasculaires (telles que les cardiopathies coronariennes)
- Hypertension
- Accident vasculaire cérébral
- Diabète
- Cancer
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Affections ostéomusculaires (telles que l'arthrite et l'ostéoporose)
- Troubles mentaux (surtout démence et dépression)
- Cécité et déficiences visuelles

Note : Au cours de la vieillesse, les causes d'incapacité sont sensiblement les mêmes chez les femmes et chez les hommes, bien que les femmes aient davantage tendance à signaler des problèmes ostéomusculaires.

Source : OMS, 1998a

Au début de la vie, les maladies transmissibles, les pathologies maternelles et périnatales et les carences nutritionnelles constituent les principales causes de décès et de maladie. Plus tard au cours de l'enfance, pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte, les traumatismes et les affections non transmissibles commencent à jouer un rôle beaucoup plus important. Vers le milieu de la vie (45 ans) et au cours de la vieillesse, les affections non transmissibles sont à l'origine de la grande majorité des décès et des maladies (voir Figures 5 et 6). Les données de plus en plus nombreuses fournies par la recherche montrent que l'origine des risques de maladies chroniques comme le diabète et les cardiopathies remonte à la petite enfance ou peut même la précéder. Ce risque est ultérieurement façonné et modifié par des

facteurs tels que la situation socio-économique et les expériences vécues tout au long de l'existence. Le risque de contracter des maladies non transmissibles continue à croître au fur et à mesure que l'on avance en âge. Mais c'est l'usage du tabac, le manque d'exercice physique, une mauvaise alimentation, ainsi que d'autres facteurs de risques établis chez l'adulte, qui feront courir aux personnes un risque relativement plus élevé de contracter une maladie non transmissible à un âge plus avancé (voir Figure 7). C'est pourquoi il est important de s'attaquer au problème du risque posé par les maladies non transmissibles dès le plus jeune âge et jusqu'à un âge avancé, c'est-à-dire tout au long de la vie.

Les politiques et les programmes en faveur d'un vieillissement actif

En élaborant des politiques et des programmes sous l'angle de vieillir en restant actif, on se donne la possibilité de relever tous les défis du vieillissement des individus mais aussi des populations. Potentiellement, lorsque les politiques suivies en matière de santé, de marché du travail, d'emploi, d'éducation et d'action sociale sont favorables à un vieillissement actif:

- moins d'adultes mourront prématurément aux stades hautement productifs de leur existence,
- moins de personnes âgées souffriront d'incapacités associées à des maladies chroniques,
- davantage de personnes âgées auront une bonne qualité de vie,
- davantage de personnes âgées participeront activement aux aspects sociaux, culturels, économiques et politiques de la vie en société, dans des emplois rémunérés ou non, dans leur foyer, leur famille et leur localité,

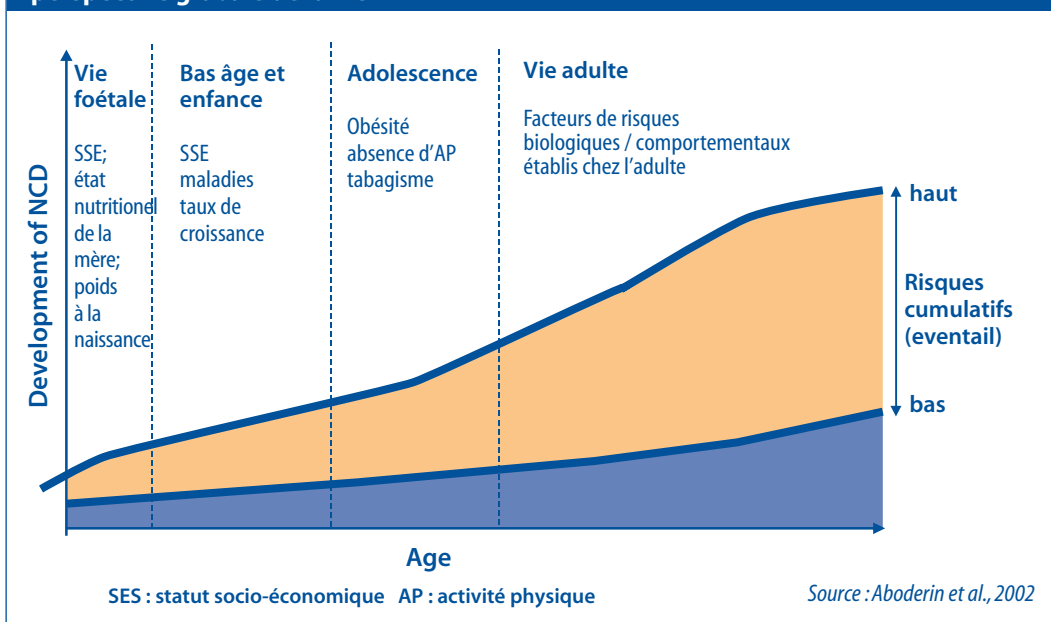


- moins de personnes âgées auront besoin de traitements médicaux et de services de soins coûteux.

Mettre en place des politiques et des programmes favorables à un vieillissement actif, c'est reconnaître qu'il faut encourager et équilibrer la prise de responsabilités personnelles (auto-prise en charge), les environnements aménagés à l'intention des personnes âgées et la solidarité intergénérationnelle. Chaque personne, chaque famille doit prévoir et se préparer pour la vieillesse, et faire des efforts personnels pour adopter de bonnes pratiques favorables à la santé tout au long de la vie. Parallèlement, il faut créer des environnements porteurs dans lesquels les bons choix en matière de santé soient les choix les plus faciles à faire.

L'adoption de politiques et de programmes favorables à un vieillissement actif se justifie amplement sous l'angle économique, du point de vue de l'augmentation de la productivité et de la diminution des dépenses de soins. Les personnes dépourvues d'un handicap ont moins de difficultés à continuer à travailler. La tendance actuelle, dans les pays industrialisés, à prendre une retraite anticipée est essentiellement due à des politiques sociales qui encouragent les personnes à quitter très tôt le marché du travail. Avec le vieillissement des populations, les pressions se feront grandissantes pour que de telles politiques soient modifiées – en particulier si de plus en plus de personnes âgées conservent leur bonne santé, c'est-à-dire sont « en état de travailler ». Leur activité contribuerait à compenser l'augmentation des dépenses liées aux retraites et aux dispositifs de garantie du revenu ainsi qu'à celles d'ordre médical et social.

Figure 7. Possibilités de prévention des maladies nontransmissibles dans une perspective globale de la vie



En ce qui concerne l'augmentation des dépenses publiques consacrées aux soins médicaux, un nombre croissant de données indique que la vieillesse en elle-même n'est pas associée à une augmentation des dépenses de santé. En revanche, l'incapacité et la mauvaise santé – souvent associées à la vieillesse – sont, elles, coûteuses. Il est de ce fait possible qu'une meilleure santé des personnes âgées ait pour conséquence une augmentation moins rapide des dépenses médicales.

Il faut que les responsables politiques aient une vue ensemble de la question et tiennent compte des économies qu'entraîne une diminution des taux d'incapacité. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, une telle diminution pourrait faire baisser les dépenses médicales d'environ 20 % au cours des 50 prochaines années (Cutler, 2001). En fait, par suite de la

baisse des taux d'incapacité qui s'est produite aux Etats-Unis d'Amérique entre 1982 et 1994, on a estimé que les économies réalisées sur les frais de maison de santé représentaient à elles seules plus de \$17 milliards (Singer et Manton, 1998). En outre, si des nombres plus élevés de personnes âgées en bonne santé faisaient partie de la population active (en occupant des emplois à plein temps ou à temps partiel), leur contribution aux recettes publiques augmenterait de manière permanente. Enfin, éviter la maladie coûte souvent moins cher que la soigner. Ainsi, on a estimé qu'un dollar consacré à des mesures visant à favoriser une activité physique modérée entraîne une économie de \$3,2 rien que pour les frais médicaux (U.S Centers for Disease Control, 1999).



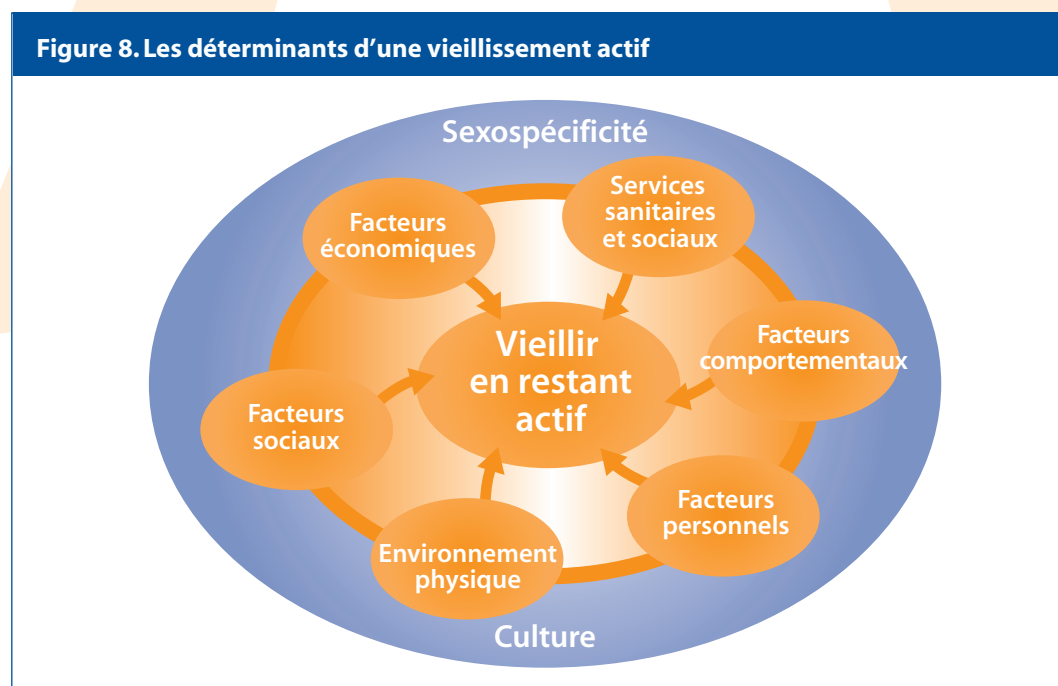
3. Les déterminants d'un vieillissement actif: interpréter le constat

Viellir en restant actif dépend de toutes sortes de facteurs ou « déterminants » qui entourent l'individu, sa famille et le pays. En interprétant les informations dont nous disposons sur les déterminants d'un vieillissement actif, nous serons mieux à même de concevoir des politiques et des programmes efficaces.

La section ci-dessous résume nos connaissances sur la manière dont les principaux déterminants de la santé agissent sur le processus du vieillissement. Ces déterminants s'appliquent à la santé de toutes les tranches d'âge, mais l'accent est ici placé sur la santé et la qualité de vie des personnes âgées. Actuellement, il n'est pas possible d'établir un rapport de causalité directe avec l'un de ces déterminants en particulier. Cependant, la grande quantité de

données relatives aux éléments qui déterminent la santé permettent de penser que tous ceux-ci (ainsi que leur interaction) constituent de bons facteurs prédictifs de la manière dont les individus et les populations vieillissent. Il faut poursuivre les recherches afin d'éclaircir et de préciser le rôle que joue chacun des déterminants, ainsi que leur interaction, dans le processus du vieillissement actif. Il nous faut également mieux comprendre par quels moyens ces principaux déterminants agissent sur la santé et le bien-être.

Il est en outre utile d'étudier l'influence des divers déterminants dans une perspective globale de la vie afin de profiter des transitions et des périodes propices pour améliorer la santé, la participation et la sécurité à différents stades. Par exemple, il semble que la stimulation et



l'existence d'attachements sécurisants au cours de la petite enfance influent sur les capacités d'apprentissage de l'individu, et sur son aptitude à s'entendre avec autrui pendant tout le restant de sa vie. L'emploi, qui constitue un déterminant tout au long de la vie adulte, a une influence considérable sur l'état de préparation financière à la vieillesse. L'accès à des soins de longue durée dignes et de grande qualité est particulièrement important à la fin de la vie. Souvent, comme c'est le cas pour l'exposition à une pollution, les tranches les plus vulnérables de population sont les jeunes et les personnes âgées.

Les facteurs généraux : culture et sexospécificité

La culture est un déterminant général pour vieillir en restant actif.

La culture, qui environne tous les individus et les populations, façonne la manière dont nous vieillissons parce qu'elle influence tous les autres déterminants du vieillissement actif.

Les valeurs et les traditions culturelles déterminent dans une large mesure la manière dont une société donnée perçoit les personnes âgées et le processus de vieillissement. Lorsqu'une société a davantage tendance à attribuer les symptômes d'une maladie au vieillissement qu'à la maladie, elle sera moins susceptible de fournir des services appropriés de prévention et de dépistage précoce et des traitements. La culture constitue un facteur décisif en ce qui concerne de choix de la cohabitation avec les générations plus jeunes. Par exemple, dans la plupart des pays asiatiques, la norme culturelle est d'attacher une grande valeur à la famille élargie et de vivre à plusieurs générations sous un même toit. Les facteurs culturels influencent également les comportements favorisant la

santé. Par exemple, les attitudes envers la cigarette changent progressivement dans un certain nombre de pays.

Il existe des cultures très diverses et complexes, tant au sein de chaque pays qu'entre les pays et les régions de la planète. Dans un même pays, par exemple, des groupes ethniques divers porteurs d'une variété de valeurs, d'attitudes et de traditions, enrichissent la culture principale. Il est important que les politiques et les programmes respectent les cultures et les traditions présentes tout en se débarrassant des anciens stéréotypes et des idées fausses. Il existe en outre des valeurs universelles essentielles qui transcendent la culture, telles que l'éthique et les droits de la personne.

La sexospécificité est une loupe qui doit servir à s'interroger sur l'opportunité de différentes options politiques ainsi que sur les effets que ces politiques pourront avoir sur le bien-être des hommes et des femmes.

Dans de nombreuses sociétés, les fillettes et les femmes ont une condition sociale inférieure et un accès plus restreint aux aliments nourrissants, à l'éducation, à un travail intéressant et aux soins. Le rôle traditionnel des femmes, qui est de prendre soin de la famille, contribue peut-être aussi au fait qu'elles sont plus pauvres et en moins bonne santé lorsqu'elles sont âgées. Certaines femmes sont contraintes d'abandonner leur emploi rémunéré pour s'acquitter de leur mission soignante. D'autres n'ont jamais accès à un emploi rémunéré parce qu'elles jouent à plein temps des rôles d'aides non rémunérées en s'occupant d'enfants, de parents âgés, d'un conjoint malade ou encore de petits-enfants. De leur côté, les jeunes garçons et les hommes sont davantage suscep-



tibles de souffrir de traumatismes débilissants et d'accidents du travail, de décéder des suites de violences ou de se suicider. Ils adoptent en outre davantage de comportements dangereux, tels que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, et l'exposition inutile à des risques de traumatismes.

Les facteurs sanitaires et sociaux

Pour promouvoir un vieillissement actif, il faut que les systèmes de santé adoptent une conception de la vie dans sa globalité qui privilégie la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'accès équitable à des soins primaires et des soins de longue durée de qualité.

Les services sanitaires et sociaux doivent être intégrés, coordonnés et d'un bon rapport coût – efficacité. Il ne doit pas y avoir de discrimination fondée sur l'âge dans la prestation des services et les prestataires doivent traiter les malades de tous les âges avec respect et dignité.

Promotion de la santé et prévention des maladies

La promotion de la santé est le processus visant à permettre aux personnes de prendre en main leur santé et de l'améliorer. La prévention des maladies recouvre les activités de prévention et de prise en charge des maladies particulièrement fréquentes chez les personnes âgées : les maladies non transmissibles et les traumatismes. La prévention recouvre à la fois la prévention « primaire » (éviter de fumer par exemple) et la prévention « secondaire » (dépistage précoce des maladies chroniques) ou encore la prévention « tertiaire », c'est-à-dire la prise en charge clinique adaptée des maladies. Toutes ces activités contribuent à réduire le risque d'incapacité. Les stratégies de prévention des

maladies – qui peuvent aussi s'appliquer aux maladies infectieuses – permettent de faire des économies à tous les âges. On estime ainsi qu'en ce qui concerne la vaccination contre la grippe des personnes âgées, un dollar consacré à l'achat de vaccins entraîne des économies de \$30 à \$60 sur le coût du traitement de la grippe (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

Services curatifs

Malgré tous les efforts que l'on peut déployer pour promouvoir la santé et prévenir les maladies, le risque de contracter des maladies augmente avec l'âge. De ce fait, l'accès aux services de soins curatifs devient indispensable. Comme les personnes âgées de tous les pays vivent en grande majorité au sein d'un groupe, la plupart des services curatifs doivent être offerts par le secteur des soins de santé primaires. Ce secteur est le mieux à même d'aiguiller les malades vers les niveaux de soins secondaire et tertiaire où la plupart des maladies aiguës et des urgences peuvent être prises en charge.

Au bout du compte, l'évolution mondiale de la charge de morbidité, qui s'est déplacée vers les maladies chroniques, impose que l'on passe du modèle « découvrir et réparer » à un ensemble de soins coordonnés et complets. Cette évolution exigera une réorientation des systèmes de santé actuellement structurés pour prendre en charge les épisodes aigus des maladies. Les soins aigus, qui sont les modèles actuels de la prestation des services de santé, sont inadaptés pour répondre aux besoins de santé de populations rapidement vieillissantes (OMS, 2001).

A mesure que la population vieillit, la demande de médicaments destinés à retarder l'apparition des maladies chroniques et à les traiter, à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie, ne cessera de croître. Pour y répon-

dre, il faut redoubler d'efforts pour augmenter l'accès à des médicaments essentiels sûrs et bon marché, et pour mieux garantir l'usage approprié, efficace et économique des médicaments, actuels ou nouveaux. Il faut que soient partenaires de cette action notamment les gouvernements, les professionnels de la santé, l'industrie pharmaceutique, les guérisseurs traditionnels, les employeurs et les associations représentant les personnes âgées.

Soins de longue durée

Les soins de longue durée ont été définis par l'OMS comme « l'ensemble des activités entreprises par les aidants non professionnels (famille, amis et / ou voisins) et / ou professionnels (services sanitaires et sociaux) pour qu'une personne qui n'est plus entièrement autonome puisse conserver la meilleure qualité de vie possible, selon ses préférences individuelles, avec le plus haut degré possible d'indépendance, d'autonomie, de participation, d'épanouissement personnel et de dignité humaine » (OMS, 2000b).

Ainsi, les soins de longue durée font intervenir des structures de soutien à la fois officielles et informelles. Les structures officielles pourront comprendre un large éventail de services collectifs (services de santé publique, de soins primaires, de soins à domicile, de soins palliatifs et de réadaptation) ainsi que des soins en établissement dans des maisons de santé et des centres de soins palliatifs. Les soins de longue durée désignent également des traitements visant à interrompre ou à inverser le cours d'une maladie ou d'une incapacité.

Services de santé mentale

Les services de santé mentale, qui jouent un rôle primordial dans la vieillesse active, doivent faire partie intégrante des soins de longue durée. Les taux de suicide et le fait que la maladie mentale (et notamment la dépression)

est sous-diagnostiquée chez les personnes âgées (OMS, 2001a), doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Les facteurs comportementaux

Il est important à tous les stades de l'existence d'adopter un mode de vie favorable à la santé et de participer activement à sa propre prise en charge. L'un des mythes de la vieillesse consiste à dire que c'est une période de la vie où il est trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé. Au contraire, avoir une activité physique adéquate, manger sainement, ne pas fumer, user de l'alcool et des médicaments avec modération, peuvent éviter la maladie et le déclin fonctionnel, accroître la longévité et améliorer la qualité de la vie.

Tabac

Le tabagisme constitue le plus important facteur de risque modifiable pour ce qui est des maladies non transmissibles, que les fumeurs soient jeunes ou moins jeunes, et il est la principale cause évitable de décès prématuré. Le tabagisme non seulement accroît le risque de contracter des maladies telles que le cancer du poumon, mais il a également un effet négatif sur des facteurs qui peuvent entraîner des pertes importantes de la capacité fonctionnelle. Par exemple, le tabagisme accélère la perte de densité osseuse et le déclin de la force musculaire et de la fonction respiratoire. Les recherches sur les effets de l'usage du tabac ont révélé non seulement que le tabagisme constituait un facteur de risque pour un grand nombre de maladies dont la liste s'allonge, mais aussi que ses effets néfastes sont cumulatifs et de longue



durée. Le risque de contracter au moins l'une des maladies associées au tabagisme augmente avec la durée de l'usage du tabac et la quantité de tabac fumé.

Dans ce domaine, le message essentiel à l'intention des jeunes devrait toujours être « Si vous voulez vivre vieux, ne fumez pas. De plus, si vous voulez vivre vieux et augmenter vos chances de vieillir en bonne santé, là encore, ne fumez pas. »

Cesser de fumer a de très nombreux effets positifs, à n'importe quel âge. Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer. Par exemple, le risque d'accident vasculaire cérébral diminue au bout de deux ans d'abstinence et, au bout de cinq ans, est identique à celui d'une personne n'ayant jamais fumé. Pour d'autres maladies telles que le cancer du poumon et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, lorsque le fumeur abandonne la cigarette, le risque diminue, mais très lentement. C'est pourquoi être ou ne pas être fumeur ne constitue pas un bon indicateur des risques présents et futurs. Le fait d'avoir fumé dans le passé doit aussi être pris en compte, les effets du tabagisme étant cumulatifs et de longue durée (Doll, 1999). Le tabagisme peut par ailleurs modifier les effets de traitements nécessaires. L'exposition à la fumée d'autrui peut également avoir un effet négatif sur la santé des personnes âgées, en particulier si elles souffrent d'asthme ou d'autres affections respiratoires.

La plupart des fumeurs commencent jeunes et sont rapidement dépendants à la nicotine. C'est pourquoi les efforts faits pour éviter que les enfants et les jeunes ne commencent à fumer doivent constituer une stratégie essentielle de la lutte antitabac. Simultanément, il faut aussi réduire la demande de tabac chez les adultes (grâce à des mesures générales telles que la taxation et les restrictions mises à la publicité) et aider les adultes de tous les âges à cesser

de fumer. Des études ont montré que la lutte antitabac est extrêmement rentable dans les pays à revenus moyens et faibles. En Chine, par exemple, des estimations prudentes incitent à penser qu'un relèvement de 10% des taxes sur le tabac réduirait la consommation de 5 % tout en augmentant la masse des recettes fiscales de 5 %. Ces ressources supplémentaires suffiraient à financer un ensemble de services de soins essentiels pour un tiers des Chinois les plus pauvres (Banque mondiale, 1999).

Activité physique

Pratiquer régulièrement une activité physique modérée et régulière peut retarder le déclin fonctionnel et réduire le risque de maladies chroniques tant chez les personnes âgées en bonne santé que chez les malades chroniques. Par exemple, une activité physique modérée et régulière réduit de 20 à 25% le risque de décès cardiaque chez les sujets atteints d'une cardiopathie déclarée (Merz et Forrester, 1997). Elle peut aussi sensiblement atténuer la gravité des incapacités liées aux cardiopathies et autres affections chroniques (U.S Preventive Services Task Force, 1996). Chez les personnes menant une vie active, la santé mentale est meilleure et les contacts sociaux sont souvent favorisés. Rester actif aide les personnes âgées à rester aussi indépendantes que possible le plus longtemps possible et peut aussi réduire les risques de chute. Le maintien d'une activité physique comporte de ce fait des avantages économiques. Les frais médicaux des personnes âgées actives sont nettement moins élevés (OMS, 1998). Malgré tous ces avantages, on observe que, dans la plupart des pays, les personnes âgées mènent pour la plupart une vie sédentaire. Les économiquement faibles, les minorités ethniques, les personnes âgées handicapées sont les groupes qui auront le plus tendance à être inactifs. Les politiques et les

programmes doivent inciter les inactifs à devenir plus actifs en vieillissant, et leur en donner la possibilité. A cet égard, il est particulièrement important de mettre à disposition des zones où l'on puisse se déplacer en toute sécurité, mais aussi de soutenir des activités culturellement adaptées qui stimulent l'activité physique et sont organisées et dirigées par les personnes âgées elles-mêmes. Prendre l'avis de spécialistes pour passer de l'inaction à une certaine action et organiser des programmes de réadaptation physique qui aident les aînés à retrouver leur mobilité, sont deux initiatives aussi efficaces que rentables.

Dans les pays les moins développés, on peut se trouver en face d'un problème inverse : les individus y accomplissent souvent des travaux pénibles et routiniers, qui peuvent être à l'origine d'incapacités précoces et de traumatismes et aggraver des maladies existantes, en particulier lorsque ces personnes commencent à vieillir. Elles peuvent notamment assumer la lourde charge de dispenser des soins à des membres de la famille malades ou mourants. Les efforts de promotion de la santé dans ces domaines devraient tendre à soulager les personnes âgées des tâches pénibles et répétitives et obtenir des améliorations ergonomiques, qui réduiront la douleur et le nombre des traumatismes. Les personnes âgées qui accomplissent régulièrement des travaux pénibles ont besoin d'avoir des occasions de se reposer et de se détendre.

Une alimentation saine

Parmi les problèmes de nutrition et de sécurité de l'alimentation figurent, à tous les âges, la sous-nutrition (essentiellement, mais non exclusivement, dans les pays les moins avancés) et la surconsommation de calories. Chez les personnes âgées, la malnutrition peut avoir toutes sortes de causes : accès limité à la nourriture, difficultés socio-économiques, méconnaissance des problèmes nutritionnels, mauvaise hygiène

alimentaire (consommation d'aliments très gras, par exemple), maladie et prise de médicaments, perte des dents, isolement social, incapacité cognitive ou physique empêchant d'acheter des aliments et de les cuisiner, situations d'urgence et manque d'exercice physique.

La consommation excessive de calories augmente très sensiblement le risque d'obésité, de maladies chroniques et d'incapacité chez les personnes âgées.

Un régime alimentaire très gras (graisse saturée) et salé, pauvre en fruits et légumes et qui ne fournit pas un apport suffisant en fibres et vitamines, conjugué à un mode de vie sédentaire, constitue un facteur de risque de premier plan pour des affections chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'obésité, l'arthrite et certains cancers.

Au cours de la vieillesse, l'apport insuffisant de calcium et de vitamine D est associé à une perte de densité osseuse et, de ce fait, à une augmentation du nombre de fractures douloureuses, coûteuses et débilitantes, notamment chez les femmes âgées. Dans les populations où l'incidence des fractures est élevée, le risque peut être réduit par un apport suffisant de calcium et de vitamine D.

Santé bucco-dentaire

Une mauvaise santé bucco-dentaire – qui se traduit essentiellement par la présence de caries dentaires et de maladies parodontales, par la perte des dents et par le cancer de la bouche – entraîne d'autres problèmes de santé généraux. Ces problèmes engendrent un fardeau financier pour les individus et la société et peuvent diminuer la confiance en soi et la qualité de vie des personnes qui en souffrent.



Les études montrent qu'une mauvaise santé bucco-dentaire est associée à la malnutrition et que les personnes qui en souffrent sont davantage exposées aux diverses maladies non transmissibles. Des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des caries, conçus pour encourager les personnes à conserver leurs dents naturelles, doivent intervenir dès le jeune âge et se poursuivre tout au long de la vie. Les problèmes de santé bucco-dentaire étant responsables d'affections douloureuses et d'une moindre qualité de vie, des soins dentaires de base et des prothèses dentaires accessibles sont indispensables.

Alcool

Si les personnes âgées ont tendance à consommer moins d'alcool que les plus jeunes, l'évolution du métabolisme qui accompagne le vieillissement accroît leur sensibilité aux maladies liées à l'alcool, notamment la malnutrition et les maladies hépatiques, gastriques et pancréatiques. Les personnes âgées sont également plus exposées aux chutes et traumatismes liés à la consommation d'alcool, ainsi qu'aux dangers potentiels associés au mélange alcool-médicaments. Des services de désintoxication alcoolique devraient être offerts aux personnes âgées comme aux plus jeunes.

Une étude récemment effectuée par l'OMS sur des travaux traitant de cette question permet de penser qu'une très faible consommation d'alcool (jusqu'à un verre par jour) peut conférer aux 45 ans et plus une certaine protection contre les cardiopathies coronariennes et les accidents cérébraux. Cependant, sur le plan de la surmortalité générale, les effets indésirables de l'alcool l'emportent sur toute espèce de protection contre les cardiopathies coronariennes, même dans les populations à haut risque (Jernigan et al., 2000).

Médicaments

Les personnes âgées souffrant souvent d'affections chroniques, il leur arrive plus souvent qu'aux adultes plus jeunes de devoir prendre des médicaments – traditionnels, en vente libre ou délivrés sur ordonnance. Dans la plupart des pays, les personnes âgées à revenu modeste ne sont pas ou sont peu assurées contre les frais pharmaceutiques. De ce fait, beaucoup se passent de médicaments ou leur consacrent une part excessive de leurs maigres ressources.

En revanche, on assiste parfois à une prescription excessive de médicaments aux personnes âgées (notamment aux femmes) lorsque celles-ci sont assurées ou ont les moyens de payer ces médicaments. Les pathologies iatrogènes et les chutes (associées notamment à la prise de somnifères et de tranquillisants) sont des causes importantes de souffrances personnelles et d'hospitalisations coûteuses dont on pourrait faire l'économie (Gurwitz et Avorn, 1991).

L'iatrogénie – c'est-à-dire les pathologies provoquées par des diagnostics ou des traitements – causée par l'usage de médicaments est fréquente au cours de la vieillesse. Elle a pour origine l'interaction médicamenteuse, les dosages inadaptés et une fréquence plus élevée de réactions imprévisibles déclenchées par des mécanismes inconnus. Avec l'arrivée de nombreux nouveaux traitements, il est de plus en plus nécessaire de mettre en place des mécanismes permettant de prévenir les effets indésirables des médicaments et d'informer les professionnels de la santé et les personnes âgées sur les risques et l'intérêt des traitements modernes.

L'observance des traitements

En ce qui concerne les maladies chroniques liées au vieillissement, il n'est pas suffisant pour un malade d'avoir accès aux médicaments

nécessaires, encore faut-il qu'il observe strictement le traitement sur la durée. L'observance du traitement englobe l'adoption et le maintien d'un large éventail de comportements (alimentation saine, activité physique, absence de tabagisme, par exemple), ainsi que la prise de médicaments selon la posologie prescrite par un professionnel de la santé. On estime que dans les pays développés, l'observance des traitements de longue durée est en moyenne de 50 %. Dans les pays en développement, les pourcentages sont encore plus faibles. Une observance aussi faible compromet gravement l'efficacité des traitements et comporte de considérables implications pour la qualité de la vie et, sur le plan économique, pour la santé publique. Au sein d'une population, les résultats sanitaires prévisionnels évalués à partir des données sur l'efficacité d'un traitement ne peuvent être obtenus que si tous les professionnels de la santé et les planificateurs disposent d'informations relatives à l'observance de ce traitement. Si l'on ne met pas en place un mécanisme de gestion des éléments qui influent sur l'observance, les progrès de la technologie biomédicale ne réaliseront pas leur potentiel de réduction de la charge des maladies chroniques (Dipollina et Sabaté, 2002).

Les facteurs personnels

Biologie et génétique

La biologie et la génétique ont une grande influence sur la manière dont une personne vieillit. Le vieillissement peut se définir comme une altération généralisée progressive des fonctions entraînant une perte de la réponse adaptative au stress alors que croît le risque de pathologies associées à l'âge (Kirkwood, 1996). En d'autres termes, si les personnes âgées tombent malades plus souvent que les personnes jeunes, c'est principalement parce que, ayant vécu plus longtemps, elles ont été exposées plus longtemps que les personnes plus jeunes à des

facteurs externes, comportementaux et environnementaux causes de maladies (Gray, 1996).

S'il est possible qu'il y ait un lien de causalité entre les gènes et la maladie, la cause de nombreuses maladies est environnementale et externe plus qu'elle n'est génétique et interne.

Il faut également noter qu'il semble bien exister dans certaines familles une tendance à la longévité. Mais, tout bien considéré, de l'avis général, pour une personne donnée, la succession de périodes de santé et de maladie tout au long de la vie est le fruit d'une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux, nutritionnels, du mode de vie et, dans une large mesure, du facteur chance (Kirkwood, 1996).

De ce fait, l'influence des facteurs génétiques sur l'apparition d'affections chroniques telles que le diabète, les cardiopathies, la maladie d'Alzheimer et certains cancers, varie beaucoup d'un individu à l'autre. Souvent, les comportements liés au mode de vie, tels que le fait de ne pas fumer, les capacités personnelles à faire face et l'existence d'un réseau de parents et d'amis proches peuvent, dans la pratique, modifier l'influence de l'hérédité sur le déclin fonctionnel et l'apparition de la maladie.

Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques, entre autres l'intelligence et les capacités cognitives (par exemple, l'aptitude à résoudre des problèmes et à s'adapter au changement et à la perte), constituent de puissants indices prédictifs d'un vieillissement actif et de longévité (Smits et al., 1999). Au cours d'un vieillissement normal, certaines capacités cognitives (parmi lesquelles



la vitesse d'apprentissage et la mémoire) déclinent de manière naturelle avec l'âge. Cependant, ces pertes peuvent être compensées par des gains en sagesse, en connaissances et en expérience. Souvent, la détérioration des fonctions cognitives est provoquée par la non-utilisation (le manque de pratique), la maladie (la dépression par exemple), des facteurs comportementaux (comme l'usage d'alcool et de médicaments), des facteurs psychologiques (tels que le manque de motivation, le fait d'avoir peu d'attentes, le manque de confiance) et des facteurs sociaux (la solitude et l'isolement par exemple), plutôt que par le vieillissement en tant que tel.

D'autres facteurs psychologiques acquis au cours de la vie ont une influence notable sur la manière dont on vieillit. L'auto-efficacité (la confiance que l'on a dans sa capacité à maîtriser sa vie) est liée à des choix personnels de comportement en vieillissant et à une préparation à la retraite. Les styles d'ajustement déterminent la capacité à s'adapter à des transitions (comme la retraite) et aux crises du vieillissement (telles que le deuil et la maladie).

Les hommes et les femmes qui préparent leur vieillesse et se montrent plus souples s'adaptent plus facilement à la vie après 60 ans. La plupart des gens restent capables de s'adapter en vieillissant et, dans l'ensemble, les personnes âgées ne se différencient pas sensiblement des plus jeunes quant à leur aptitude à faire face.

Les facteurs tenant à l'environnement physique

Le milieu physique

Un milieu physique adapté peut faire toute la différence entre indépendance et dépendance pour tous les individus, mais il revêt une importance particulière pour les personnes âgées. Ainsi, celles qui vivent dans un en-

vironnement dangereux ou dans des zones comportant de multiples obstacles physiques seront moins tentées de sortir et donc davantage sujettes à l'isolement, la dépression, la baisse de forme physique et une aggravation des problèmes de mobilité.

Une attention particulière doit être accordée aux personnes âgées qui vivent en milieu rural (environ 60 % dans le monde) où la morbidité peut être différente en raison des conditions environnementales et d'un manque de structures de soutien. L'urbanisation et l'exode des jeunes en quête d'emplois risquent d'isoler les personnes âgées en milieu rural, où elles ont peu de moyens de soutien et peu ou pas du tout d'accès aux services sanitaires et sociaux.

Des services de transports en commun accessibles et bon marché sont indispensables dans les zones rurales comme dans les zones urbaines pour que les personnes de tous âges puissent pleinement participer à la vie de famille et à la vie locale. Ceci est particulièrement important pour les personnes âgées qui ont des problèmes de mobilité.

Les dangers présents dans l'environnement physique peuvent être à l'origine de traumatismes débilissants et douloureux chez les personnes âgées. Les chutes, les incendies et les accidents de la circulation en sont les causes les plus fréquentes.

Un logement sûr

Un logement et un voisinage sûrs et adéquats sont essentiels pour le bien-être des toutes les personnes, jeunes et moins jeunes. Mais pour les personnes âgées, l'emplacement, et notamment la proximité de membres de la famille, de services et de moyens de transport, peut faire toute la différence entre une interaction sociale positive et l'isolement. Les normes de

construction doivent tenir compte des besoins des personnes âgées en matière de santé et de sûreté. Tout ce qui augmente les risques de chutes dans le lieu d'habitation, et présente donc un élément de danger, doit être modifié ou supprimé.

Dans le monde entier, les personnes âgées ont de plus en plus tendance à vivre seules, et notamment les femmes âgées, qui sont principalement des veuves, souvent pauvres, même dans les pays développés. D'autres se trouvent contraintes de vivre dans des conditions qu'elles n'ont pas choisies, par exemple avec des membres de leur famille dans des logements déjà surpeuplés. Dans bien des pays en développement, la proportion de personnes âgées vivant dans des bidonvilles et des taudis s'élève rapidement parce que beaucoup de ceux qui ont émigré vers les villes depuis longtemps se sont installés pour de bon dans des taudis, tandis que d'autres émigrent vers les villes pour y rejoindre des membres plus jeunes de leur famille. Les personnes âgées qui habitent ces quartiers y sont fortement exposées au risque d'isolement et de mauvaise santé.

En temps de crise et de conflit, les personnes âgées déplacées sont particulièrement vulnérables. Souvent, elles ne peuvent aller à pied jusqu'aux camps de réfugiés. Même lorsqu'elles y parviennent, il pourra leur être difficile d'obtenir un abri et de la nourriture, notamment lorsqu'il s'agit de femmes âgées et de personnes âgées handicapées, déjà victimes d'un statut social inférieur et confrontées à de multiples autres obstacles.

Les chutes

Les chutes chez les personnes âgées sont à l'origine d'un nombre élevé et croissant de décès et de traumatismes occasionnant des frais médicaux. Certains dangers liés à

l'environnement aggravent le risque de chute, notamment, pour les piétons, un mauvais éclairage, des sols irréguliers ou glissants et l'absence de rampes. Le plus souvent, ces chutes se produisent au domicile et sont évitables.

Les traumatismes ont des conséquences plus graves chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. A gravité égale, les personnes âgées s'en tirent avec une incapacité plus grande, une hospitalisation plus longue, des périodes de réadaptation plus prolongées, un plus grand risque de devenir ensuite dépendantes et un risque plus élevé de mourir.

Dans leur grande majorité, les traumatismes sont évitables, mais comme on les a traditionnellement considérés comme des « accidents », ils ont été longtemps négligés en santé publique.

De l'eau pure, un air non pollué et une nourriture saine

Il est particulièrement important qu'au sein de la population les personnes les plus vulnérables – les enfants, les personnes âgées et ceux qui souffrent de maladies chroniques ou dont le système immunitaire est déficient – puissent respirer un air non pollué et avoir accès à une eau pure et à une nourriture saine ne présentant aucun risque.

Les facteurs tenant à l'environnement social

Le soutien social, les possibilités d'éducation et de formation permanente, ainsi que la protection contre la violence et la maltraitance sont des facteurs fondamentaux de l'environnement social qui favorisent la santé, l'indépendance et la participation des personnes âgées. Pour elles, la solitude, l'isolement social, l'analphabétisme



et le manque d'instruction, la maltraitance et les situations de conflit multiplient les risques d'incapacité et de décès précoce.

Le soutien social

Un soutien social insuffisant est associé non seulement à une augmentation de la mortalité, de la morbidité et de la détresse psychologique, mais aussi, de manière générale, à une moins bonne santé et à un moindre bien-être. Les perturbations dans les liens personnels, la solitude, les relations conflictuelles constituent des sources majeures de stress, alors que les relations de soutien social et les relations intimes sont une source vitale de force psychique (Gironda et Lubben, sous presse). Au Japon, par exemple, les personnes âgées qui signalent avoir peu de contacts sociaux courent un risque une fois et demie plus élevé de mourir dans les trois ans que celles qui sont bien entourées (Sugiswawa et al., 1994).

Les personnes âgées risquent davantage de perdre des êtres chers et des amis, et d'offrir ainsi plus de prise à la solitude, à l'isolement social et au « rétrécissement du filet social ». Au cours de la vieillesse, l'isolement social et la solitude sont liés à un déclin du bien-être à la fois physique et mental. Dans la plupart des sociétés, les hommes âgés, à la différence des femmes, ont moins tendance à disposer d'un réseau de soutien social. Dans certaines cultures, cependant, les veuves âgées sont systématiquement exclues du corps social et même rejetées par leur communauté.

Les décideurs, les organisations non gouvernementales, l'industrie privée et les cadres des services d'action sanitaire et sociale peuvent aider à la constitution de réseaux sociaux pour les personnes âgées en soutenant les structures traditionnelles et les mouvements associatifs animés par les personnes âgées, le bénévolat, l'entraide de voisinage, les conseils et les visites

par des personnes de la même génération, les aidants familiaux, les actions de collaboration entre les générations et les services sur le terrain auprès des personnes âgées.

Violence et maltraitance

Les personnes âgées qui sont fragiles ou vivent seules pourront se sentir particulièrement vulnérables face aux vols et aux agressions. Mais c'est la maltraitance par des membres de la famille et des soignants institutionnels bien connus des victimes qui constitue une forme courante de violence contre les personnes âgées (et notamment les femmes âgées). La maltraitance des aînés est un phénomène indépendant du niveau économique de la famille dans laquelle elle se produit. Elle risque de s'intensifier dans les sociétés en proie à une crise économique et à la désagrégation sociale, lorsque le niveau de criminalité et d'exploitation tend à augmenter.

Selon le Réseau international pour la prévention de la maltraitance des aînés (INPEA), les mauvais traitements sont « des actes uniques ou répétitifs, ou l'absence de mesures appropriées, se produisant au sein d'une relation que l'on peut supposer empreinte de confiance et qui occasionnent du tort ou de la souffrance à une personne âgée » (Action contre la maltraitance des aînés, 1995).

La maltraitance des aînés peut notamment se traduire par des agressions physiques, sexuelles, psychologiques ou pécuniaires, ainsi que par la négligence. Pour les personnes âgées elles-mêmes, la maltraitance englobe les aspects sociétaux suivants : négligence (exclusion sociale et abandon), violation des droits (droits de la personne, droits au regard de la loi, droits médicaux) et privation (de choix, de décisions, de statut, de finances et de

respect) (OMS/INPEA, 2002). La maltraitance des personnes âgées constitue une violation des droits de la personne et une cause importante de traumatismes, de maladie, de perte de productivité, d'isolement et de désespoir. Elle est notoirement sous-notifiée dans toutes les cultures.

Pour faire face et réduire la maltraitance des aînés, une démarche multisectorielle et multidisciplinaire s'impose, impliquant la magistrature, les responsables des forces de police, les personnels des services d'action sanitaire et sociale, les dirigeants syndicaux, les chefs spirituels, les institutions religieuses, les associations de défense et les personnes âgées elles-mêmes. Des efforts soutenus s'imposent également pour sensibiliser le public au problème et faire évoluer les valeurs qui perpétuent le sexisme et les attitudes gérontophobes.

Éducation et alphabétisme

Chez les personnes âgées, les faibles niveaux d'éducation et d'alphabétisme sont associés à des risques accrus d'incapacité et de décès ainsi qu'à des taux plus élevés de chômage. L'instruction reçue dans l'enfance, conjuguée aux possibilités de formation tout au long de la vie, peut conférer à la personne âgée les aptitudes cognitives et la confiance voulue pour s'adapter et rester indépendante.

Des études ont également montré que si les personnes âgées éprouvent les difficultés à travailler, c'est plus souvent en raison d'un manque de connaissances de base que de leur âge. Si l'on veut que les personnes continuent à avoir des activités satisfaisantes et productives lorsqu'elles sont âgées, il faut, lorsqu'elles sont plus jeunes, leur offrir une formation continue en cours d'emploi et la possibilité de se former tout au long de la vie au sein de la collectivité (OCDE, 1998).

Comme les personnes plus jeunes, les aînés ont besoin d'être formés aux nouvelles technologies, en particulier dans l'agriculture et les moyens de communication électroniques. L'apprentissage auto-dirigé, davantage d'exercices pratiques et des aménagements matériels (tels que l'utilisation de grands caractères pour les textes imprimés) peuvent compenser la baisse de l'acuité visuelle, de l'ouïe et de la mémoire à court terme. Les personnes âgées peuvent rester créatives et ouvertes. Par l'apprentissage mutuel, les générations se rapprochent, les valeurs culturelles se transmettent mieux et l'idée que tous les âges ont leur valeur fait son chemin. Des études ont montré que les jeunes qui apprennent avec des personnes âgées ont des attitudes plus positives et plus réalistes vis-à-vis de celles-ci.

Malheureusement, de frappantes disparités de taux d'alphabétisation subsistent entre les hommes et les femmes. En 1995, dans les pays les moins avancés, 31 % des femmes adultes étaient analphabètes contre 20 % de leurs homologues masculins (OMS, 1998a).

Les facteurs économiques

Trois facteurs présents dans l'environnement économique conditionnent tout particulièrement une vieillesse active : les revenus, la protection sociale et le travail.

Les revenus

Les politiques favorables à un vieillissement actif doivent s'inscrire dans un ensemble plus vaste d'actions visant à réduire la pauvreté à tous les âges. Si les pauvres de tous âges sont plus exposés aux risques de maladie et d'incapacité, les personnes âgées sont, elles, particulièrement vulnérables. Beaucoup de personnes âgées, et notamment les femmes qui vivent seules ou dans des zones rurales, ne disposent pas de revenus suffisants et stables. Cela compromet gravement leur accès à des aliments



nourrissants, un logement adéquat et des soins de santé. En fait, des études ont montré que les personnes âgées à faibles revenus ont trois fois moins de chances d'avoir un niveau élevé d'autonomie que celles qui disposent de gros revenus (Guralnick et Kaplan, 1989).

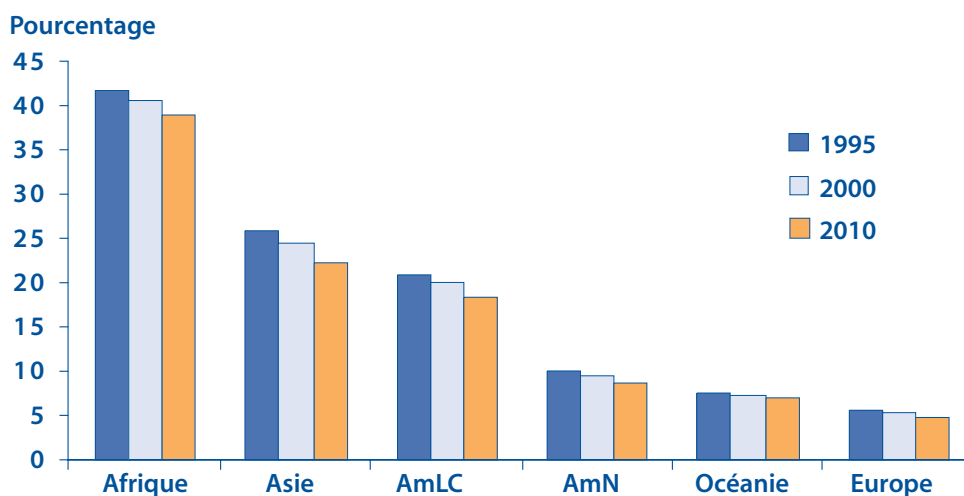
Les plus vulnérables sont les personnes âgées, hommes et femmes, qui ne possèdent pas de biens, pas ou peu d'économies, qui ne touchent pas de retraite ou de prestations sociales et qui appartiennent à des familles aux revenus faibles ou instables. Ceux qui n'ont pas d'enfants ou de famille, notamment, ont un avenir souvent incertain et courent un risque élevé de se retrouver sans domicile fixe ou indigents.

Protection sociale

Dans le monde entier, les familles assurent l'essentiel du soutien dont les personnes âgées ont besoin. Toutefois, à mesure que les sociétés évoluent et que commence à disparaître l'usage

de vivre à plusieurs générations sous le même toit, les pays sont de plus en plus incités à élaborer des mécanismes de protection sociale des personnes âgées qui, n'étant plus en mesure de gagner leur vie, sont seules et vulnérables. Dans les pays en développement, les personnes âgées qui ont besoin d'aide ont tendance à compter sur l'entraide familiale, les échanges de services et les économies personnelles. Les programmes d'assurance sociale y sont minimaux et, dans certains cas, redistribuent des revenus à des catégories minoritaires de la population qui en ont moins besoin. Cependant, dans certains pays tels que l'Afrique du Sud et la Namibie, qui possèdent un régime national de retraite, pour de nombreuses familles pauvres au sein desquelles vivent des personnes âgées, ces prestations sont une source majeure de revenus non seulement pour la personne âgée, mais aussi pour les autres adultes de la famille. L'argent de ces modestes prestations sert à acheter de la nourriture pour le ménage, à

Figure 9. Participation des plus de 65 ans à la population active par région



AmN : Amérique du Nord
AmLC : Amérique latine et Caraïbes

Source : OIT, 2000

envoyer les enfants à l'école, à investir dans les techniques agricoles et, en milieu urbain, permet à nombreuses familles pauvres de survivre.

Dans les pays développés, la protection sociale peut prendre la forme de pensions de retraite, de régimes de retraites complémentaires organisées par l'employeur, d'incitations à l'épargne volontaire, de fonds de contributions obligatoires, d'incitation à l'épargne, d'épargne obligatoire ainsi que de programmes d'assurance maladie, invalidité, dépendance et chômage. Au cours des dernières années, les réformes engagées ont favorisé un ensemble diversifié de régimes de retraites qui conjugue un soutien public et privé de la prévoyance vieillesse et favorise l'allongement des carrières et la cessation progressive d'activité (OCDE, 1998).

Le travail

Partout dans le monde, si les gens pouvaient bénéficier pendant leur vie d'un emploi digne (correctement rémunéré, dans un environnement convenable, protégé des risques), ils seraient encore en mesure d'occuper un emploi à un âge avancé. Toute la société en bénéficierait. Dans toutes les régions du monde, on prend en plus en plus conscience de la nécessité de soutenir la contribution active et la productivité que les personnes âgées peuvent apporter et apportent effectivement dans les secteurs formel et informel, les activités non rémunérées au sein du foyer et les occupations bénévoles.

Dans les pays développés, on ne se rend pas bien compte des avantages qu'il y aurait à inciter les personnes âgées à travailler plus longtemps. Mais lorsque le chômage est élevé, on a souvent tendance à voir dans la réduction du nombre des travailleurs âgés un moyen d'offrir des emplois aux plus jeunes. Cependant, l'expérience a montré que le recours aux préretraites pour libérer des postes en faveur des chômeurs n'a pas été une bonne solution (OCDE, 1998).

Dans les pays moins développés, les personnes âgées sont davantage susceptibles, cette fois par nécessité, de rester économiquement actives jusqu'à un grand âge (voir Figure 9). Mais l'industrialisation, l'adoption de nouvelles technologies et la mobilité du marché du travail sont en train de menacer une bonne part du travail traditionnel des personnes âgées, particulièrement en milieu rural. Les projets de développement doivent donc veiller à ce que les personnes âgées puissent profiter des possibilités de crédit et participer pleinement aux activités génératrices de revenus.

En s'attachant uniquement au travail du secteur formel, on tend à méconnaître la précieuse contribution que les personnes âgées fournissent au secteur informel (petites activités, activités indépendantes, travail domestique, etc.) et sous forme de travail non rémunéré au sein du foyer.

Dans les pays en développement comme dans les pays développés, les personnes âgées assument souvent l'essentiel de la responsabilité de l'entretien du ménage et de la garde des enfants, permettant ainsi aux adultes plus jeunes de travailler à l'extérieur.

Partout des personnes âgées qualifiées et expérimentées travaillent bénévolement dans des écoles, des collectivités, des institutions religieuses, des entreprises et des structures politiques et sanitaires. Les personnes âgées retirent un bénéfice de ce travail bénévole, qui leur permet de multiplier les contacts sociaux et augmente leur bien-être psychologique tout en apportant, par la même occasion, une contribution appréciable à leur communauté locale et à leur pays.



4. Les défis d'une population vieillissante

Le vieillissement démographique lance des défis mondiaux, nationaux et locaux. Pour les relever, une planification novatrice et une réforme fondamentale des politiques s'imposeront dans les pays développés et dans les pays en transition. Mais c'est dans les pays en développement, qui pour la plupart ne sont pas encore dotés de politiques complètes en matière de vieillissement, que les défis risquent d'être les plus redoutables.

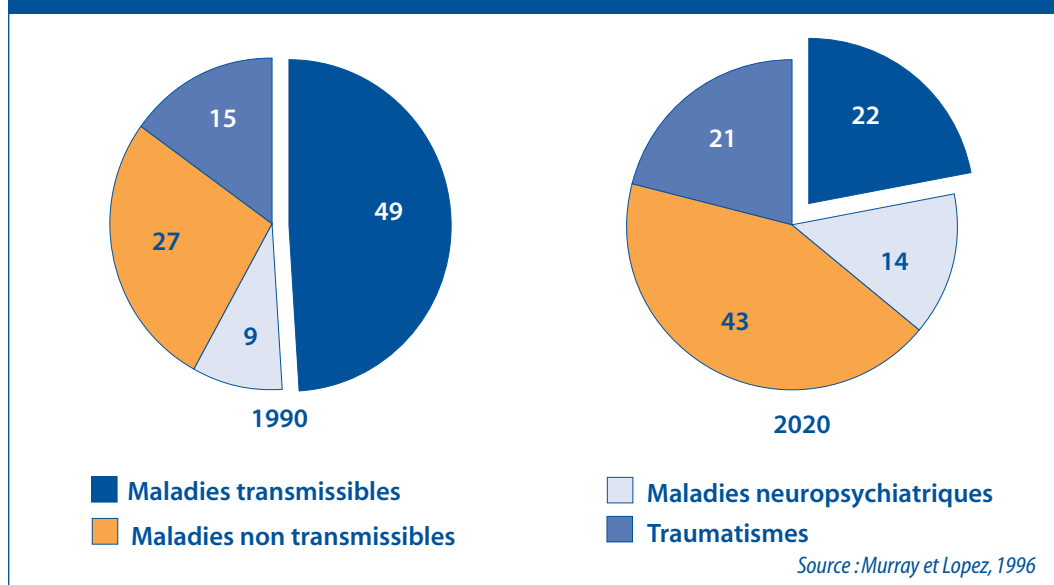
Défi n° 1 : La double morbidité

Lorsque les nations s'industrialisent, il se produit une évolution concomitante des conditions de vie et de travail, inévitablement accompagnée d'un changement de la pathocénose. C'est dans les pays en développement que ces changements sont les plus brutaux. En effet,

tout en continuant à lutter contre les maladies infectieuses, la malnutrition et les complications d'accouchement, ces pays sont confrontés à un essor rapide des maladies non transmissibles. Cette « double morbidité » sollicite à l'extrême des moyens d'action déjà limités.

La transition des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles s'opère rapidement dans la plupart des pays du tiers-monde, où les pathologies chroniques telles que les cardiopathies, le cancer et la dépression nerveuse sont rapidement en train de devenir les principales causes d'incapacité et de décès. Cette évolution s'accélérera au cours des prochaines décennies. En 1995, dans les pays en développement et nouvellement industrialisés, les maladies non transmissibles, les troubles mentaux et les trau-

Figure 10. Contribution des différentes groupes de maladies à la morbidité mondiale en 1990 et 2020 dans les pays en développement et nouvellement industrialisés



En 2020, dans les pays en développement et nouvellement industrialisés, les maladies non transmissibles, les troubles mentaux et les traumatismes représenteront plus de 70% de la morbidité totale.

matismes représentaient 51% de la morbidité totale. En 2020, cette morbidité s'élèvera jusqu'à représenter environ 78% (voir Figure 10).

Il est évident que les décideurs et les donateurs doivent continuer d'affecter des ressources à la lutte contre les maladies infectieuses et à leur élimination. Mais il est également indispensable de mettre en place des politiques, des programmes et des partenariats intersectoriels qui contribuent à enrayer l'expansion massive des maladies non transmissibles chroniques. Pour maîtriser la morbidité, ce sont les initiatives axées sur le développement local, la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'accroissement de la productivité qui s'avèrent

souvent les plus efficaces, bien qu'elles ne soient pas nécessairement faciles à mettre en œuvre. En outre, d'autres politiques à longue échéance visant la malnutrition et la pauvreté aideront à réduire les maladies chroniques, transmissibles et non transmissibles.

C'est dans les pays les moins développés qu'un soutien à des recherches menées dans ce sens s'impose avec le plus d'acuité. Actuellement, 85% de la population mondiale vit dans les pays à revenus faible et moyen, qui supportent 92% de la morbidité mais ne représentent que 10% des dépenses mondiales de la recherche dans le domaine de la santé (OMS, 2000).

Le VIH/SIDA et les personnes âgées

En Afrique et dans d'autres régions en développement, le VIH/SIDA a eu de nombreuses répercussions sur la vie des personnes âgées, qui sont parfois elles-mêmes atteintes de la maladie, qui dispensent des soins aux malades séropositifs ou élèvent les orphelins dont les parents ont été emportés par le SIDA. Cette situation a peu été prise en compte jusqu'ici. En fait, la plupart des données relatives aux taux d'infection par le VIH et le SIDA ne portent que sur les malades de moins de 50 ans. Il est urgent de recueillir des données plus complètes (sans limite d'âge) pour mieux comprendre les répercussions du VIH/SIDA sur la vie des personnes âgées. Dans le domaine du VIH/SIDA, les activités d'information, d'éducation et de prévention ainsi que les services de soins doivent concerner tous les âges.

De nombreuses études ont montré que la plupart des enfants adultes atteints du SIDA rentrent chez eux pour mourir. Les épouses, les mères, les tantes, les sœurs, les belles-sœurs et les grands-mères assurent alors l'essentiel des soins. Dans bien des cas, ce sont encore ces femmes qui s'occuperont des orphelins. C'est pourquoi il est essentiel que les gouvernements, les organisations non gouvernementales et l'industrie privée répondent aux besoins financiers, sociaux et de formation des personnes âgées qui soignent des membres de leur famille et des voisins atteints du SIDA et qui élèvent les enfants orphelins, parfois eux aussi séropositifs (OMS, 2002).



Défi n° 2 : L'augmentation du risque d'incapacité

Dans les pays en développement comme dans les pays développés, les maladies chroniques constituent des causes importantes et coûteuses d'incapacité et de moindre qualité de vie. L'indépendance d'une personne âgée est menacée dès lors que des incapacités physiques ou mentales viennent compliquer l'accomplissement des gestes élémentaires de la vie quotidienne.

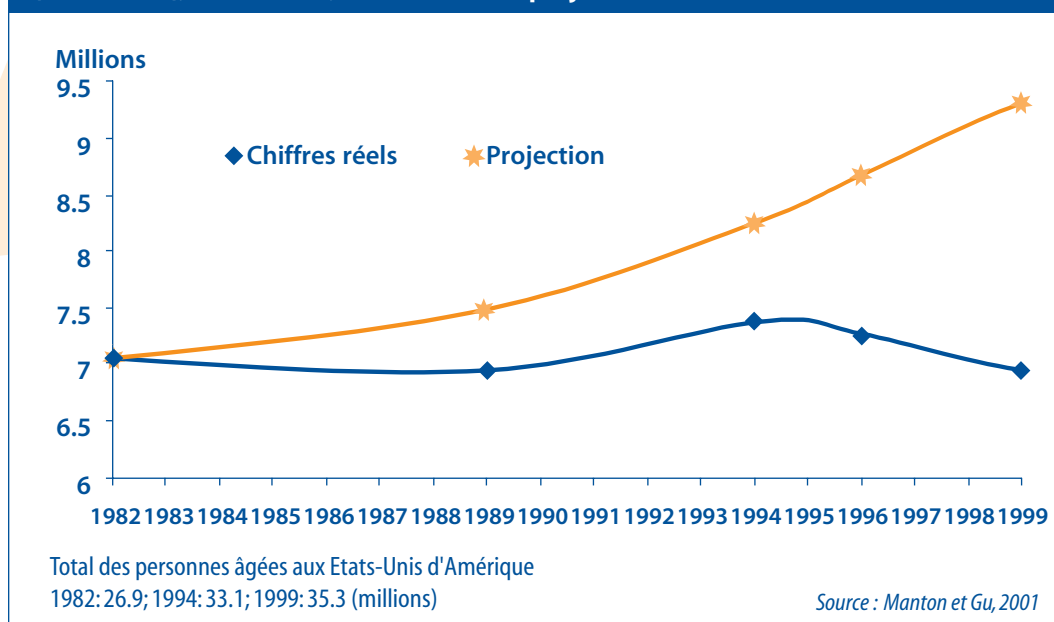
A mesure qu'elles avancent en âge, les personnes atteintes d'incapacités risquent de rencontrer des obstacles supplémentaires liés au vieillissement. Par exemple, des problèmes de mobilité dus à une poliomyélite contractée pendant l'enfance peuvent considérablement s'aggraver au cours de la vieillesse. Maintenant que de nombreuses personnes atteintes d'un handicap mental atteignent un âge avancé et vivent plus longtemps que leurs parents, il faut que les dirigeants portent une attention toute spéciale à ce groupe particulier.

rant que des incapacités apparaissent avec l'âge, dues à l'usure du temps (l'arthrose par exemple) ou à l'apparition d'une maladie chronique qui aurait pu être évitée (telle que le cancer du poumon, le diabète, les maladies vasculaires périphériques) ou à une maladie dégénérative (la démence par exemple). Le risque d'incapacité majeure cognitive ou physique augmente très sensiblement avec le grand âge. A cet égard, il est significatif qu'au niveau mondial le groupe des plus de 80 ans soit celui qui s'accroît le plus vite.

Mais il est possible d'éviter ou de retarder les incapacités associées au vieillissement et l'apparition de maladies chroniques. C'est ainsi qu'au cours des 20 dernières années, comme il est mentionné page 20, les taux d'incapacité par âge ont sensiblement baissé aux Etats-Unis d'Amérique (voir Figure 11), en Angleterre, en Suède et dans d'autres pays développés.

La Figure 11 illustre la baisse du taux d'incapacité relevée chez les personnes âgées

Figure 11. Nombre d'américains de plus de 65 ans souffrant d'incapacités chronique (en millions), 1982 à 1999, chiffres réels et projection



aux Etats-Unis d'Amérique entre 1982 et 1999 en comparant les chiffres réels à l'évolution attendue si les taux étaient restés stables ou cours de la période considérée.

Cette baisse est probablement due en partie à un niveau d'éducation plus élevé, à une amélioration du niveau de vie et à une meilleure santé au début de la vie. L'adoption de comportements et de modes de vie favorables à la santé est un autre facteur. Comme cela a déjà été dit, le choix de ne pas fumer et d'augmenter un peu son activité physique réduit sensiblement le risque de cardiopathie et d'autres maladies.

Des changements du milieu favorisant la santé ont aussi une grande importance, à la fois pour prévenir les incapacités et pour réduire les restrictions dont souffrent souvent les personnes handicapées. En outre, la prise en charge des affections chroniques a enregistré de remarquables progrès, notamment grâce aux nouvelles techniques de diagnostic et de traitement précoces ainsi qu'à la gestion sur la durée de maladies chroniques telles que l'hypertension et l'arthrite. De récentes études soulignent également que l'utilisation croissante faite par les personnes âgées de petit matériel auxiliaire – pouvant aller du simple accessoire personnel d'appui tel que la canne, le déambulateur ou la rampe, aux technologies destinées à l'ensemble de la population, telles que le téléphone – permet probablement de réduire le degré de dépendance des personnes handicapées. Aux Etats-Unis d'Amérique, l'utilisation de tels auxiliaires par les personnes âgées dépendantes a augmenté de 76% en 1984 à plus de 90% en 1999 (Cutler, 2001).

Acuité visuelle et auditive

La perte de l'acuité visuelle et auditive figure parmi les autres incapacités couramment liées à l'âge. A travers le monde, on compte actuellement 180 millions de personnes souffrant de déficience visuelle, parmi lesquelles 45 millions

au moins sont atteintes de cécité. La plupart d'entre elles sont des personnes âgées, les déficiences visuelles et la cécité augmentant fortement avec l'âge. Globalement, on estime que quatre pour cent environ des plus de 60 ans sont aveugles, et que 60% d'entre eux vivent en Afrique sub-saharienne, en Chine et en Inde. Les principales causes de cécité et de déficience visuelle liées à l'âge sont la cataracte (responsable de près 50% des cas de cécité), le glaucome, la dégénérescence maculaire et la rétinopathie diabétique (OMS, 1997).

Il y a un besoin urgent de politiques et de programmes destinés à prévenir les déficiences visuelles et à développer les services de soins ophtalmologiques, en particulier dans les pays en développement. Dans tous les pays, les verres correcteurs et les opérations de la cataracte doivent être accessibles et abordables pour les personnes âgées qui en ont besoin.

La perte de l'acuité auditive est l'une des incapacités les plus répandues, en particulier chez les personnes âgées. On estime que, dans le monde, plus de 50 % des plus de 65 ans présentent une perte plus ou moins marquée de l'acuité auditive (OMS, 2002a). Celle-ci peut provoquer des difficultés de communication, qui à leur tour entraînent la contrariété, une piètre opinion de soi-même, le repli sur soi et l'isolement social (Pal et al., 1974 ; Wilson et al., 1999).

Il faut mettre en place des politiques et des programmes pour réduire et finir par éliminer les déficiences auditives évitables et aider les malentendants à obtenir des prothèses auditives. On peut se protéger contre la perte de l'acuité auditive en évitant de s'exposer à des niveaux sonores excessifs et de prendre des drogues potentiellement dangereuses pour l'audition, et en traitant sans attendre les maladies qui peuvent entraîner une diminution de



l'acuité auditive, telles que les otites, le diabète et peut-être l'hypertension. La perte de l'acuité auditive peut parfois être traitée, en particulier si l'origine du problème se situe au niveau du conduit auditif ou de l'oreille moyenne. Le plus souvent, cependant, on réduit le niveau d'incapacité en amplifiant les sons, habituellement à l'aide d'une prothèse auditive.

Un environnement validant

A mesure que partout dans le monde les populations vivent plus longtemps, le besoin de politiques et de programmes qui contribuent à éviter et à réduire l'invalidité au cours de la vieillesse est toujours plus urgent, tant dans les pays en développement que dans les pays développés. Une façon judicieuse d'envisager la prise de décisions dans ce domaine est de raisonner en termes de validité plutôt que d'invalidité. Les processus invalidants, en accroissant les besoins des personnes âgées, mènent à l'isolement et à la dépendance. Inversement, les processus validants restaurent la fonction et accroissent la participation des aînés à tous les aspects de la vie en société.

Toutes sortes de secteurs peuvent adopter des politiques favorables aux personnes âgées, qui préviennent les incapacités et permettent à ceux qui en souffrent de participer pleinement à la vie de leur communauté locale. Voici quelques exemples de programmes, d'environnements et de politiques validants dans divers secteurs :

- lieux de travail aménagés, horaires flexibles, environnements de travail adaptés et emplois à mi-temps pour les personnes souffrant d'incapacités dues à l'âge ou pour celles qui s'occupent d'autres personnes handicapées (industrie privée et employeurs),
- rues bien éclairées où l'on peut se déplacer sans danger, toilettes publiques accessibles

et feux de circulation réglés de manière à donner davantage de temps pour traverser les rues (autorités municipales),

- cours de culture physique pour aider les personnes âgées à conserver leur mobilité ou à retrouver la force dont elles ont besoin pour se déplacer (services des loisirs et organismes non gouvernementaux),
- programmes de formation permanente et d'alphabétisation (secteur de l'éducation et organisations non gouvernementales),
- prothèses auditives ou cours de langue gestuelle permettant aux malentendants de continuer à communiquer avec autrui (services sociaux et organisations non gouvernementales),
- accès dégagé aux centres de santé, programmes de réadaptation et actes médicaux économiquement efficaces tels que l'opération de la cataracte et l'arthroplastie de la hanche (secteur de la santé),
- formules de crédit et accès à des possibilités de création et de développement de petites entreprises pour que les personnes âgées puissent continuer à gagner leur vie (gouvernements et organisations internationales).

Il est essentiel de modifier les attitudes des prestataires de services médico-sociaux si l'on veut que leurs pratiques donnent aux individus prise sur leur vie et leur permettent de rester aussi autonomes et indépendants que possible le plus longtemps possible. Les soignants professionnels doivent constamment respecter la dignité des personnes âgées et se garder d'interventions prématurées qui pourraient, de manière involontaire, entraîner une perte d'indépendance.

Les chercheurs doivent mieux définir et normaliser les instruments dont ils se servent pour évaluer la capacité et l'incapacité. Ils

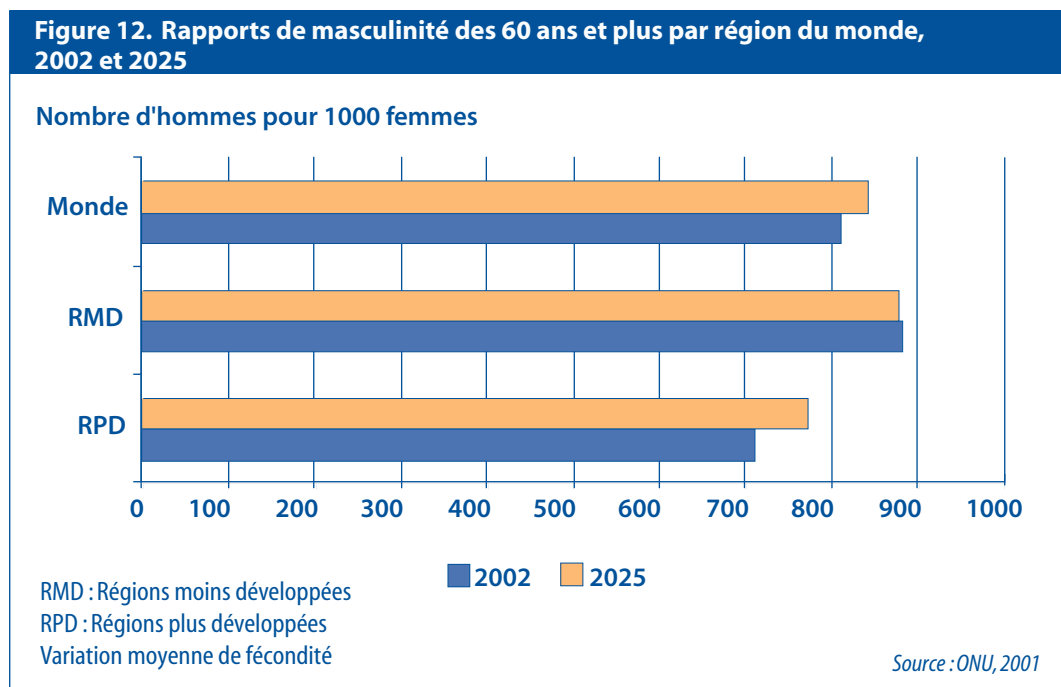
doivent aussi fournir aux décideurs des éléments d'appréciation supplémentaires sur les principaux processus validants présents dans l'environnement général ainsi que dans les domaines de la médecine et de la santé. Dans ces analyses, une attention particulière sera accordée aux différences sexospécifiques.

Défi n° 3 : Dispenser des soins à des populations vieillissantes

A mesure que les populations vieillissent, l'un des plus grands défis d'une politique de santé consiste à trouver un juste équilibre entre le soutien à l'auto-prise en charge (la personne âgée se prend en charge elle-même), l'accompagnement parallèle (des membres de la famille et des amis aident la personne âgée à se prendre en charge) et le soutien officiel (par les services d'action sanitaire et sociale). Les structures de soins officielles comprennent à la fois les soins de santé primaires (essentiellement dispensés au niveau local) et les soins

en établissement (dispensés dans un hôpital ou une maison de santé). Il est clair que les personnes âgées se soignent surtout par elles-mêmes ou grâce à des aidants non-professionnels ; néanmoins, la plupart des pays affectent leurs ressources financières de manière inversement proportionnelle aux besoins, puisque la plus grande partie des dépenses est consacrée aux soins en établissement.

Partout dans le monde, des membres de la famille, des amis et des voisins (le plus souvent des femmes) assurent l'essentiel du soutien et des soins aux adultes âgés qui ont besoin d'aide. Certains dirigeants politiques craignent qu'en assurant des services de soins officiels, on réduise la participation des familles. Mais les recherches montrent qu'il n'en est rien. Quand des services officiels sont assurés, les proches fournissent l'aide la plus importante (OMS, 2000c). Les tendances démographiques récentes dans un grand nombre de pays sont cependant préoccupantes puisqu'elles indiquent une



Les rapports de masculinité des plus de 60 ans font apparaître une plus grande proportion de femmes dans toutes les régions du monde, et particulièrement dans les régions plus développées.



augmentation de la proportion des femmes sans enfant, une modification des comportements en matière de divorce et de mariage et une forte diminution générale du nombre d'enfants des futures cohortes de personnes âgées, facteurs qui contribuent tous à un rétrécissement du filet familial (Wolf, 2001).

Les soins officiels dispensés par des services sanitaires et sociaux doivent être également accessibles à tous. Dans de nombreux pays, les personnes âgées pauvres qui vivent en milieu rural n'ont pas ou peu accès aux soins dont elles auraient besoin. En bien des endroits, la diminution du soutien public aux services de soins de santé primaires a eu pour effet d'alourdir la charge financière et intergénérationnelle pesant sur les personnes âgées et leur entourage.

La plupart des personnes âgées préfèrent être soignées chez elles lorsqu'elles ont besoin de soins. Mais les aidants (qui sont souvent eux-mêmes âgés) doivent être épaulés si l'on veut qu'ils continuent à prodiguer des soins sans tomber à leur tour malades. Avant tout, il faut qu'ils soient bien informés sur l'affection qu'ils auront à soigner et sur sa probable évolution, et qu'ils sachent comment obtenir les services de soutien qui existent. Les infirmières visiteuses, les soins à domicile, les programmes de soutien par des personnes de la même génération, les services de réadaptation, les accessoires fonctionnels (qui peuvent aller des petits appareils tels que les prothèses auditives à des dispositifs plus complexes comme des systèmes d'alarmes électroniques), les soins de relève et les centres de soins de jour sont autant de services importants qui permettent aux aidants parallèles de continuer à accompagner la personne qui a besoin d'aide, quel que soit son âge. Parmi les autres formes de soutien, figurent notamment les actions de formation, la garantie de

ressources (la couverture de la sécurité sociale et les retraites, par exemple), l'aide permettant aux familles d'aménager leur logement en vue de l'accueil d'une personne handicapée et les allocations destinées à couvrir le coût des soins.

A mesure que la proportion de personnes âgées augmentera dans tous les pays, il deviendra de plus en plus fréquent de vivre chez soi jusqu'à un âge avancé avec l'aide de son entourage. C'est pourquoi les soins à domicile et les services de proximité offrant un soutien aux aidants non professionnels doivent être accessibles à tous et non pas uniquement à ceux qui en connaissent l'existence ou qui peuvent se les offrir.

Les aidants professionnels ont également besoin d'une formation théorique et pratique les préparant à des formules de soins habilitants qui tiennent compte des forces des personnes âgées et leur donnent les moyens de maintenir ne serait-ce qu'une petite marge d'indépendance lorsqu'elles sont malades ou faibles. Des attitudes paternalistes ou irrespectueuses de la part des professionnels peuvent avoir un effet catastrophique sur l'estime de soi et l'indépendance des personnes âgées qui requièrent leurs services.

Un volet consacré à une information et à des cours sur le vieillissement actif doit être mis au programme d'étude et de formation de tous les agents de santé, travailleurs sociaux et employés des services des loisirs, ainsi que des urbanistes et des architectes. La formation de tous les étudiants en médecine et en soins infirmiers, ainsi que celle des autres professionnels de la santé, devrait obligatoirement comporter un enseignement des principes et des méthodes de base dans le domaine des soins aux personnes âgées.

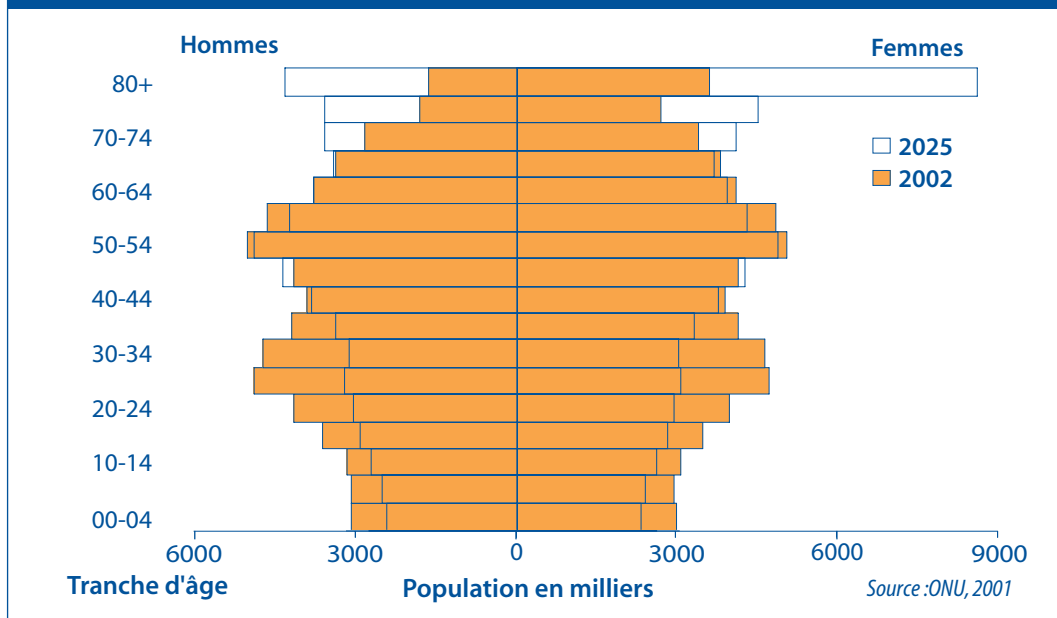
Défi n° 4 : La féminisation du vieillissement

Presque partout dans le monde, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Ceci se traduit par une proportion plus élevée de femmes que d'hommes parmi les personnes âgées. Ainsi en Europe, en 2002, pour les 60 ans et plus, on comptait 678 hommes pour 1000 femmes. Dans les régions moins développées, on comptait 879 hommes pour 1000 femmes (voir Figure 12). Au Brésil et en Afrique du Sud, les femmes constituent environ les deux tiers des plus de 75 ans. Si les femmes ont sur les hommes l'avantage de vivre plus longtemps, elles risquent plus que les hommes d'être victimes de la violence familiale et de la discrimination dans l'accès à l'éducation, aux revenus, à la nourriture, aux emplois intéressants, aux soins de santé, aux héritages, aux mesures de sécurité sociale et au pouvoir politique. Cette accumulation de désavantages fait que les femmes courent un risque plus grand que les hommes d'être pauvres et at-

teintes d'incapacités au cours de leur vieillesse. Parce que les femmes occupent une place de second rang, lorsqu'elles sont âgées, leur santé est souvent négligée, ou alors il n'en est fait aucun cas. En outre, nombre d'entre elles n'ont que de faibles revenus ou n'en ont aucun parce qu'elles ont pendant des années rempli le rôle d'aide non rémunérée. Ainsi, pour la femme qui s'occupe de sa famille, cette tâche s'accomplit souvent au détriment de sa sécurité économique et de sa santé pendant la vieillesse.

Les femmes ont également plus de chances que les hommes d'atteindre un très grand âge, c'est-à-dire une période où les incapacités et les problèmes de santé multiples sont plus fréquents. A 80 ans et plus, la moyenne mondiale est inférieure à 600 hommes pour 1000 femmes. Dans les régions les plus développées, il y a plus de deux femmes de 80 ans et plus pour un homme (voir l'exemple du Japon à la Figure 13).

Figure 13. Pyramide démographique du Japon en 2002 et 2025



Le vieillissement de la population donne à la structure de la population japonaise une forme non plus pyramidale mais conique. En 2025, la forme évoquera celle d'une pyramide renversée, les 80 ans et plus représentant alors le plus grand groupe. La féminisation de la vieillesse est parfaitement visible.



Parce que les femmes ont une espérance de vie plus longue et que les hommes ont tendance à épouser des femmes plus jeunes et à se remarier si leur épouse décède, les veuves sont beaucoup plus nombreuses que les veufs dans tous les pays. Par exemple, dans les pays en transition économique d'Europe orientale, plus de 70 % des femmes de 70 ans et plus sont veuves (Botev, 1999).

Les femmes âgées qui vivent seules sont extrêmement vulnérables à la pauvreté et à l'isolement social. Dans certaines cultures, des attitudes et des pratiques dégradantes et destructrices entourant les droits de sépulture et le partage du patrimoine privent parfois les veuves de leurs biens, de leur santé, de leur indépendance et, dans certains cas, de leur vie.

Défi n° 5 : Ethique et inégalités

Avec le vieillissement des populations surgit tout un éventail de considérations éthiques. Celles-ci concernent souvent la discrimination fondée sur l'âge dans l'attribution des ressources, les questions liées à la fin de vie des personnes âgées, et toute une série de dilemmes associés aux soins de longue durée et aux droits de la personne humaine des individus âgés, pauvres et handicapés. Les progrès scientifiques et la médecine moderne soulèvent de nombreuses questions éthiques liées à la recherche et aux manipulations génétiques, à la biotechnologie, aux travaux sur les cellules souches et à l'utilisation de la technologie pour prolonger la vie au détriment de sa qualité. Dans toutes les cultures, les consommateurs doivent disposer de toute l'information nécessaire sur les promesses mensongères des produits et des programmes anti-âge, qui sont inefficaces ou nocifs. Ils doivent être protégés contre des techniques commerciales et des plans de financement frauduleux, tout particulièrement lorsqu'ils vieillissent.

Les sociétés qui attachent de la valeur à la justice sociale doivent s'efforcer de faire en sorte que toutes les politiques et les pratiques défendent et garantissent les droits de toutes les personnes, quel que soit leur âge. L'action de défense et la prise de décisions éthiques sont autant de stratégies qui doivent être au centre de tous les programmes, pratiques, politiques et recherches relatifs au vieillissement.

L'âge aggrave souvent d'autres inégalités préexistantes fondées sur la race, l'origine ethnique ou le sexe. Si, du point de vue de la pauvreté, les femmes sont partout défavorisées, les hommes, eux, ont une espérance de vie plus courte dans la plupart des pays. L'exclusion et la paupérisation des femmes et des hommes âgés sont souvent le produit d'inégalités structurelles, et cela tant dans les pays développés qu'en développement. Les inégalités subies plus tôt dans la vie en matière d'accès à l'éducation, à l'emploi et aux soins de santé, ainsi que celles fondées sur le sexe et la race, influent de façon décisive sur la condition sociale et le bien-être pendant la vieillesse. Pour les personnes âgées pauvres, les conséquences de ce vécu antérieur sont encore aggravées par une exclusion des services de santé, des possibilités de crédit, des activités lucratives et des prises de décisions. Les inégalités en matière de soins se produisent lorsque des tranches de la population âgée, numériquement peu importantes et relativement aisées, en particulier dans les pays en développement, consomment une quantité disproportionnée des ressources publiques pour leurs soins.

Dans bien des cas, les personnes âgées ne se voient offrir que des moyens très limités de vivre dans la dignité et l'indépendance, de recevoir des soins et de participer à la vie citoyenne. Ces conditions sont souvent encore pires pour les personnes âgées qui vivent en milieu rural, dans les pays en transition et dans des situations de conflit ou de catastrophe humanitaire.

Dans toutes les régions du monde, la richesse et la pauvreté relative, la sexospécificité, la propriété des biens, l'accès au travail et la maîtrise des ressources sont des facteurs fondamentaux de la condition socio-économique. Des données récentes de la Banque mondiale révèlent que, dans de nombreux pays en développement, plus de la moitié de la population vit avec moins de deux dollars de parité de pouvoir d'achat (PPA) par jour (voir Tableau 4).

Chacun sait que la santé et la condition socio-économique sont intimement liées. A mesure que l'on s'élève dans l'échelle socio-économique, on vit plus longtemps et en meilleure santé (Wilkinson, 1996). Ces dernières années, l'écart entre les riches et les pauvres, avec les inégalités de santé qu'il entraîne, s'est accentué partout dans le monde (Lynch et al., 2000). Si l'on ne fait rien pour le résoudre, ce problème aura de graves conséquences pour l'économie et l'ordre social de la planète ainsi que pour les différentes sociétés et les individus de tous les âges.

Défi n° 6 : Aspects économiques d'une population vieillissante

Les dirigeants politiques redoutent peut-être avant tout que le vieillissement rapide de la population n'entraîne une explosion impossible à maîtriser des dépenses de santé et de sécurité sociale. S'il est indéniable que le vieillissement démographique se traduira par des besoins plus élevés dans ces domaines, les faits montrent aussi que grâce à l'innovation, à la coopération entre tous les secteurs, à la planification et au choix de politiques privilégiant une médecine factuelle et culturellement appropriée, les pays réussiront à surmonter les problèmes économiques posés par une population vieillissante.

Les recherches menées dans les pays où une large tranche de la population est âgée montrent que le vieillissement en tant que tel ne devrait pas entraîner « un dérapage incontrôlé des dépenses de santé » pour deux raisons :

En premier lieu, selon les données de l'OCDE, si les dépenses de santé augmentent en flèche c'est principalement en raison d'une situa-

Tableau 4. Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté international dans les pays approchant ou dépassant 100 millions d'habitants en l'an 2000

Pays	Population (en millions)#	Pourcentage disposant de <1 dollar/jour*	Pourcentage disposant de <2 dollars/jour*
Chine	1.275	18,5	53,7
Inde	1.008	44,2	86,2
Indonésie	212	7,7	55,3
Brésil	170	9,0	25,4
Féd. de Russie	145	7,1	25,1
Pakistan	141	31,0	84,7
Bangladesh	137	29,1	77,8
Nigéria	113	70,2	90,8
Mexique	98	12,2	34,8

*ajusté en fonction du pouvoir d'achat

*Source : Banque mondiale, 2001, #Source : ONU, 2001



tion n'ayant aucun rapport avec le vieillissement démographique des populations. En effet, c'est dans l'inefficacité des prestations de soins, la construction d'un trop grand nombre d'hôpitaux, les systèmes de paiement qui encouragent les longs séjours en établissement, le nombre excessif d'interventions médicales et la mauvaise utilisation de technologies coûteuses, qu'il faut rechercher les causes fondamentales de l'augmentation des dépenses de santé. Par exemple, aux Etats-Unis d'Amérique et dans d'autres pays de l'OCDE, on a parfois rapidement commencé à utiliser de nouvelles technologies d'une efficacité marginale relativement faible, alors qu'il existait d'autres techniques moins coûteuses (Jacobzone et Oxley, 2002). Il semble que les responsables politiques disposent d'un champ d'action considérable pour s'attaquer à ces problèmes et améliorer l'efficacité des soins de santé.

Deuxièmement, le coût des soins de longue durée peut être maîtrisé : il faut pour cela que les politiques et les programmes tiennent compte de la prévention et du rôle des soins non professionnels. Les politiques et les programmes de promotion de la santé qui visent à prévenir les maladies chroniques et à réduire le niveau d'incapacité chez les personnes âgées permettent à celles-ci de conserver plus longtemps leur indépendance. La famille constitue un autre facteur important dans la mesure où elle peut fournir des soins et un soutien à un membre âgé et qu'elle est disposée à le faire. Ceci dépendra dans une large mesure de l'activité professionnelle des femmes de la famille et de la reconnaissance de leur rôle d'aide ainsi que de l'appui qu'elles trouveront sur leur lieu de travail et dans le cadre des politiques des pouvoirs publics.

Dans de nombreux pays, l'essentiel des dépenses est consacré à la médecine curative. Les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques permettent d'améliorer leur qualité de vie, mais il est toujours préférable de prévenir ces affections ou de les retarder le plus longtemps possible. C'est pourquoi les dirigeants doivent

évaluer si de tels résultats peuvent être obtenus par des politiques qui prennent en compte les grands déterminants du vieillissement actif, tels que les interventions visant à prévenir les traumatismes, améliorer l'alimentation, l'exercice physique et le niveau d'instruction ou le développement de l'emploi.

En dernier ressort, le niveau de financement consacré au système de santé est un choix social et politique et il n'existe pas de réponse universelle. Cependant, selon l'OMS, le pré-paiement des soins de santé doit autant que possible être préféré, que le mécanisme utilisé soit les primes d'assurance, l'impôt ou les cotisations de sécurité sociale. Le principe du financement équitable garantit l'équité d'accès sans distinction d'âge, de sexe ou d'origine ethnique ainsi que le partage équitable de la charge financière (OMS, 2000a).

Un deuxième grand sujet de préoccupation des dirigeants est la lourde charge que peut représenter une population vieillissante pour les systèmes de sécurité sociale. Les alarmistes mettent en avant la proportion croissante de personnes « dépendantes » ayant quitté la vie active. Il est faux, cependant, de supposer que toutes les personnes de plus de 60 ans sont dépendantes. Nombre d'entre elles continuent à occuper un emploi après cet âge ou feraient le choix de continuer à travailler si elles en avaient l'occasion. De nombreuses autres personnes continuent à contribuer à l'économie en travaillant dans le secteur informel ou par des activités bénévoles, ainsi que par des échanges intergénérationnels tels qu'une aide financière ou autre à la famille. Certaines personnes âgées, par exemple, s'occupent de leurs petits-enfants pour permettre aux jeunes adultes d'avoir un emploi.

Une population âgée offre d'autres avantages pour l'ensemble de l'économie. Les pays dont la population en âge de travailler diminue seront en mesure de tirer parti des travailleurs expérimentés plus âgés et les industries pourront se développer en répondant aux besoins des consommateurs plus âgés.

Le vieillissement mondial impose néanmoins aux gouvernements et au secteur public la tâche de relever les défis posés par la sécurité sociale et les systèmes de retraite. Tout porte à croire que les sociétés disposées à prendre des mesures pour préparer l'avenir peuvent se permettre de vieillir, s'il existe un juste équilibre entre la fourniture d'une protection sociale et les objectifs économiques. Les politiques de l'emploi (les incitations à la préretraite ou la limite d'âge obligatoire par exemple) ont un effet plus profond sur la capacité d'un pays à fournir une protection sociale que le vieillissement démographique en tant que tel. Il faut avoir pour objectif de garantir un niveau de vie adéquat aux personnes âgées, tout en accordant reconnaissance et valeur à leurs compétences et à leur expérience et en encourageant les transferts intergénérationnels harmonieux.

Défi n° 7 : Créer un nouveau modèle

Traditionnellement, la vieillesse est associée à la retraite, la maladie et la dépendance. Les politiques et les programmes qui procèdent de ce modèle périmé ne rendent pas compte de la réalité. En fait, la plupart des personnes conservent leur indépendance jusqu'à un âge avancé. Notamment dans les pays en développement, un grand nombre de personnes de plus de 60 ans continuent à travailler. Ces personnes sont en activité dans le secteur informel (travail domestique, petites activités et activités indépendantes) bien que, souvent, leur contribution n'apparaisse pas dans les statistiques de l'emploi. Le travail non rémunéré des personnes âgées au sein du foyer (où elles s'occupent des enfants ou des malades par exemple) permet à des membres plus jeunes de la famille d'exercer un emploi rémunéré. Dans tous les pays, les activités bénévoles des personnes âgées apportent une précieuse contribution économique et sociale à la société.

Dans cette conception s'inscrivent la reconnaissance de la contribution des personnes âgées malades, faibles et vulnérables, et la défense de leurs droits aux soins et à la sécurité.

Un nouveau modèle s'impose, qui envisage la personne âgée comme un participant actif à une société intégrée et comme un artisan actif tout autant qu'un bénéficiaire du développement.

Ce modèle adopte une perspective intergénérationnelle qui reconnaît l'importance des relations et du soutien mutuels entre les membres de la famille et les générations. Il va dans le sens de cette « société pour tous les âges », thème central de l'Année internationale des personnes âgées, organisée par les Nations Unies en 1999.

Ce nouveau modèle remet aussi en question la conception traditionnelle selon laquelle l'apprentissage est l'affaire des enfants et des jeunes, l'exercice d'un métier celle des gens d'âge moyen et la retraite le lot des personnes âgées. Ce nouveau modèle préconise la mise en place de programmes qui favorisent l'apprentissage à tous les âges et permettent à tous les individus d'entrer dans le marché du travail et d'en sortir afin d'assumer des rôles d'aides à différents moments de leur existence. Une telle démarche favorise la solidarité intergénérationnelle et assure aux enfants, aux parents et aux personnes âgées une plus grande sécurité.

Il incombe aux personnes âgées elles-mêmes et aux médias de montrer la voie en donnant une nouvelle image plus positive de la vieillesse. La reconnaissance politique et sociale des contributions que peuvent apporter les personnes âgées et la présence d'hommes et de femmes âgées dans des rôles dirigeants renforceront cette nouvelle image et permettront de se débarrasser des stéréotypes négatifs. C'est en sensibilisant les jeunes à la vieillesse et en s'attachant tout spécialement à la défense des droits des personnes âgées que l'on parviendra à réduire et à éliminer la discrimination et la maltraitance.



5. La réponse au niveau des politiques

Le vieillissement démographique est un phénomène mondial qui exige une action internationale, nationale, régionale et locale. Dans un monde de plus en plus interdépendant, l'absence de réaction rationnelle aux exigences de la démographie et à l'évolution rapide de la pathocénose dans une région quelconque du monde aura des conséquences politiques et socio-économiques partout ailleurs.

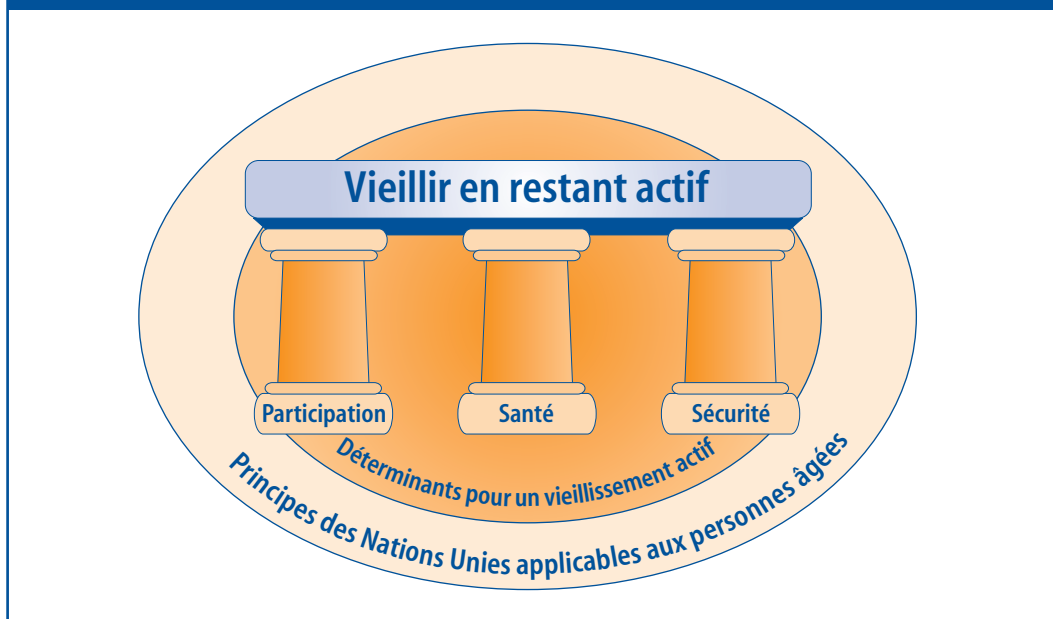
En définitive, c'est une vision collective du vieillissement et des personnes âgées qui déterminera la façon dont la vie se présentera plus tard à nos enfants et petits-enfants.

Le cadre d'orientation pour un vieillissement actif reproduit ci-dessous s'inspire des Principes des Nations Unies applicables aux personnes âgées (le cercle extérieur). Il s'agit de l'indépendance, de la participation, de l'assistance, de l'épanouissement personnel et de la dignité. Les décisions se fondent sur une compréhension de la façon dont les déterminants d'un vieillissement actif influent sur la manière dont les individus et les populations vieillissent.

Ce cadre d'orientation oblige à agir sur trois piliers de base :

La santé. Lorsque les facteurs de risque (environnementaux et comportementaux) de maladies chroniques et de déclin fonctionnel sont

Figure 14. Un cadre d'orientation pour vieillir en restant actif



contenus à un bas niveau, alors que les facteurs de protection sont développés, les individus vivent mieux et plus longtemps. Les personnes âgées resteront en bonne santé et capables de gérer leur existence, elles seront aussi moins nombreuses à avoir besoin de traitements médicaux et de services de soins coûteux.

Pour celles d'entre elles qui auront besoin de soins, elles devront avoir accès à l'éventail complet des services médico-sociaux qui répondent aux besoins et aux droits des femmes et des hommes âgés.

La participation. Les personnes vieillissantes continueront d'apporter une contribution productive à la société sous forme d'activités rémunérées ou non dès lors que les politiques et les programmes en matière de marché du travail, d'emploi, d'éducation, de santé et d'action sociale vont dans le sens de leur pleine participation à des activités socio-économiques, culturelles et spirituelles respectant les droits fondamentaux de la personne, les capacités, les besoins et les préférences de ces personnes âgées.

La sécurité. Lorsque les politiques et les programmes répondent aux besoins et aux droits des personnes âgées sur le plan de la sécurité sociale, financière et physique, ces dernières se voient garantir protection, dignité et assistance dans le cas où elles ne seraient plus capables de se protéger et de subvenir à leurs besoins. Les familles et les communautés sont soutenues dans leurs efforts pour s'occuper de leurs membres âgés.

Action intersectorielle

Pour que vieillir en restant actif devienne une réalité, il faudra agir dans toutes sortes de secteurs outre ceux de la santé et des services sociaux, et notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et de la main d'œuvre, des finances, de la sécurité sociale, du logement, des transports, de la justice ainsi que du développement urbain et rural. S'il est clair que le secteur de la santé n'est pas directe-

ment responsable des politiques dans tous ces autres secteurs, celles-ci relèvent néanmoins, dans un sens très large, de la santé publique, puisqu'elles concourent à améliorer la santé par une action intersectorielle. Ce type de démarche met en évidence l'importance des nombreux et divers partenaires de la santé publique et renforce le rôle de catalyseur de l'action que joue le secteur de la santé (Yach, 1996).

De plus, toutes les politiques devront concourir à instaurer une solidarité entre les générations et comporter des cibles spécifiques en vue de réduire les inégalités entre hommes et femmes ainsi qu'entre les différents sous-groupes de la population âgée. Une attention particulière devra être accordée aux personnes âgées pauvres et marginalisées, de même qu'à celles qui vivent en milieu rural.

Le vieillissement actif vise à éliminer la discrimination fondée sur l'âge et à faire prendre conscience de la diversité des populations âgées. Il est indispensable que les personnes âgées et ceux qui s'occupent d'elles participent activement à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, programmes et activités de développement des connaissances liées au vieillissement actif.

Principales mesures proposées

Les mesures présentées dans les pages qui suivent intéressent les trois piliers du vieillissement actif: la santé, la participation et la sécurité. Certaines d'entre elles sont générales et s'appliquent à toutes les tranches d'âge alors que d'autres s'adressent plus précisément aux seniors ou aux personnes âgées elles-mêmes.

1. La santé

1.1 Eviter ou alléger la charge constituée par les incapacités excédentaires, les maladies chroniques et la mortalité prématurée.

- **Objectifs à court et à long termes.** Fixer des objectifs sexospécifiques et mesurables visant à améliorer l'état de santé des per-



sonnes âgées et à réduire les maladies chroniques, les incapacités et la mortalité prématurée pendant la vieillesse.

- ***Influences sur la santé des facteurs économiques.*** Adopter des politiques et des programmes qui s'attaquent aux facteurs économiques contribuant à l'apparition de maladies et d'incapacités pendant la vieillesse (tels que la pauvreté, les inégalités de revenu et l'exclusion sociale, l'analphabétisme, le manque d'instruction). Donner la priorité à l'amélioration de l'état de santé des populations pauvres et marginalisées.
- ***Prévention et traitements efficaces.*** Rendre les examens de dépistage dont l'efficacité est avérée, disponibles et abordables pour les personnes âgées, hommes et femmes. Rendre plus accessibles aux personnes âgées économiquement faibles les traitements efficaces et présentant un intérêt économique qui permettent de réduire les incapacités (opérations de la cataracte, prothèse de la hanche).
- ***Environnements sûrs et accueillants pour les personnes âgées.*** Instituer des normes et créer des centres de soins accueillants pour les personnes âgées afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation des incapacités. Éviter les traumatismes en protégeant la circulation des piétons âgés, en sécurisant leurs déplacements, en menant des actions de prévention des chutes, en éliminant les risques domestiques et en prodiguant des conseils de sécurité. Faire strictement respecter les normes de sécurité qui protègent les travailleurs âgés des accidents du travail. Modifier les environnements de travail dans le secteur structuré comme dans le secteur parallèle, pour que les personnes âgées puissent continuer à travailler de manière productive et en toute sécurité.
- ***Acuité visuelle et auditive.*** Réduire les déficiences auditives évitables par des mesures de prévention appropriées et aider les malentendants à obtenir des prothèses auditives. Avoir pour objectif de réduire et d'éliminer les cas de cécité évitables d'ici à 2020 (OMS, 1997). Fournir des services de soins ophtalmologiques appropriés pour les personnes atteintes de déficiences visuelles dues à l'âge. Réduire les inégalités d'accès aux verres correcteurs pour les personnes âgées, hommes et femmes.
- ***Vivre dans un environnement aménagé.*** Mettre au point des options d'habitat aménagé pour les personnes âgées handicapées. Faire en sorte que les bâtiments publics et les transports en commun soient accessibles à toute personne souffrant d'incapacité. Faire en sorte que les lieux publics et les lieux de travail soient pourvus de toilettes accessibles.
- ***Qualité de la vie.*** Adopter des politiques et des programmes qui améliorent la qualité de la vie des personnes atteintes d'incapacités ou de maladies chroniques. Aider ces personnes à conserver leur indépendance et leur interdépendance en collaborant à l'aménagement de leur environnement, en assurant des services de réadaptation et un soutien de proximité pour les familles, et en rendant plus abordables des accessoires fonctionnels efficaces (tels que les verres correcteurs et les déambulateurs).
- ***Soutien social.*** Réduire les risques de solitude et d'isolement social en soutenant les associations locales animées par des personnes âgées, les associations traditionnelles, les groupes d'entraide et d'assistance mutuelle, les programmes d'animation réunissant des personnes de la même génération ou de la même profession, les visites de voisinage, les services de téléaccueil offrant écoute et soutien, et les aidants familiaux. Favoriser les contacts entre les générations et offrir des logements qui encouragent une interaction sociale quotidienne ainsi que la solidarité entre jeunes et personnes âgées.

- **VIH et SIDA.** Supprimer la limite d'âge dans le recueil des données relatives au VIH/SIDA. Evaluer et aborder le problème des répercussions du VIH/SIDA sur les personnes âgées, notamment sur les personnes atteintes de la maladie et sur celles qui soignent les personnes infectées ou qui s'occupent des orphelins dont les parents ont été emportés par le SIDA.
- **Santé mentale.** Promouvoir une attitude positive envers la santé mentale tout au long de la vie par des campagnes d'information et en se débarrassant des idées reçues en matière de problèmes de santé mentale et de maladie mentale.
- **Un environnement sain.** Mettre en place des politiques et des programmes qui garantissent à tous un accès équitable à une eau pure, une nourriture saine et un air non pollué. Réduire au minimum l'exposition à la pollution tout au long de la vie, et tout particulièrement pendant l'enfance et la vieillesse.

1.2 Réduire les facteurs de risque associés aux principales maladies et augmenter les facteurs qui concourent à protéger la santé tout au long de la vie.

- **Tabac.** Adopter des mesures d'ensemble aux niveaux local, national et international pour encadrer la commercialisation des produits tabagiques. Aider les personnes âgées à cesser de fumer.
 - **Activité physique.** Elaborer des lignes directrices et des actions d'information axées sur la population et culturellement compatibles en matière d'activité physique des femmes et des hommes âgés. Offrir des possibilités d'activité physique accessibles, agréables et bon marché (par exemple, des zones et des parcs sécurisés). Soutenir les responsables et les groupes du troisième âge qui encouragent l'activité physique régulière et modérée des personnes âgées. Mener des actions d'information et de sensibilisation au-
- près de la population et des professionnels pour faire connaître l'importance de vieillir en restant actif.
- **Nutrition.** Assurer une nutrition adéquate tout au long de la vie, et notamment pendant l'enfance et, chez les femmes, pendant la phase reproductive de la vie. Veiller à ce que les politiques nationales en matière de nutrition et les plans d'action reconnaissent que les personnes âgées constituent un groupe potentiellement vulnérable. Y incorporer des mesures spéciales visant à prévenir la malnutrition et à assurer l'hygiène et la sécurité alimentaires des personnes âgées.
 - **Alimentation saine.** Elaborer des lignes directrices axées sur la population et culturellement compatibles en matière d'alimentation saine des personnes âgées. Soutenir l'amélioration des régimes alimentaires et le maintien d'un poids optimal au cours de la vieillesse par une action d'information (notamment sur les besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées) et d'éducation en faveur d'une alimentation équilibrée à tous les âges, et par des politiques alimentaires qui permettent aux femmes, aux hommes et aux familles d'adopter de bonnes habitudes alimentaires.
 - **Santé bucco-dentaire.** Promouvoir la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées et encourager les femmes et les hommes à conserver leurs dents naturelles aussi longtemps que possible. Fixer des objectifs culturellement appropriés en matière de santé bucco-dentaire et offrir des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et des services de soins dentaires adaptés tout au long de la vie.
 - **Facteurs psychologiques.** Encourager les individus et les rendre aptes à développer leur auto-efficacité, leurs capacités cognitives (la résolution de problèmes par exemple), des comportements sociables et leur aptitude



à faire face efficacement tout au long de la vie. Reconnaître et tirer parti de l'expérience et des points forts des personnes âgées tout en les aidant à améliorer leur bien-être psychologique.

- **Alcool, médicaments et drogues.** Déterminer l'ampleur de l'utilisation de l'alcool, des médicaments et autres produits par les personnes âgées, et mettre en place des politiques et des pratiques visant à réduire la mauvaise utilisation et l'utilisation abusive de ces substances.
- **Médicaments.** Rendre les médicaments essentiels et sûrs plus accessibles aux personnes âgées qui en ont besoin mais qui n'ont pas les moyens de les payer. Mettre en place des politiques et des pratiques visant à réduire les habitudes de prescription inopportune par les professionnels de la santé et par d'autres conseillers pour la santé. Mener des actions d'information et d'éducation auprès du public sur la bonne utilisation des médicaments.
- **Observance des traitements.** Adopter des mesures d'ensemble pour mieux comprendre et corriger la mauvaise observance des thérapeutiques, qui compromet gravement l'efficacité des traitements, en particulier en ce qui concerne les thérapeutiques de longue durée.

1.3. Développer un ensemble de services sanitaires et sociaux abordables, accessibles, de haute qualité et aménagés pour les personnes âgées, qui répondent aux besoins et respectent les droits des personnes âgées, hommes et femmes.

- **Un ensemble complet de soins tout au long de la vie.** Offrir un ensemble complet de soins aux personnes âgées, hommes et femmes, en tenant compte de leurs opinions et de leurs préférences. Réorienter les systèmes actuels structurés pour prendre en charge les épisodes aigus des maladies, afin

d'offrir à toutes les étapes de la vie un ensemble de soins complet et intégré, regroupant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement approprié des maladies chroniques, la prestation équitable d'aides de proximité et des soins de longue durée et palliatifs respectant la dignité des malades.

- **Un accès aux soins abordable et équitable.** Veiller à ce que soit abordable et équitable pour tous l'accès à des soins de santé primaires de qualité (tant pour les maladies aiguës que pour les maladies chroniques) ainsi qu'à des services de soins de longue durée.
- **Aidants non professionnels.** Reconnaître les aspects sexospécifiques de la prise en charge des soins et en tenir compte. Faire un effort tout particulier pour apporter un soutien aux aidants, qui sont pour la plupart des femmes âgées qui prennent soin de compagnons, d'enfants de petits-enfants ou d'autres personnes malades ou handicapées. Soutenir les aidants non professionnels par le biais d'initiatives telles que les soins de relève, la validation de services pour la retraite, des aides financières, des formations et des services de soins infirmiers à domicile. Reconnaître que les aidants âgés peuvent eux-mêmes souffrir d'isolement social, être pauvres et malades, et s'occuper de leurs besoins.
- **Aidants professionnels.** Assurer aux aidants professionnels des conditions de travail et une rémunération suffisantes, et accorder une attention particulière aux aidants sans qualifications qui sont au bas de l'échelle socio-professionnelle (et qui sont, pour la plupart, des femmes).
- **Services de santé mentale.** Fournir aux personnes âgées, hommes et femmes, des services de santé mentale complets, allant

de la promotion de la santé mentale aux services de traitement des maladies mentales, à la réadaptation et la réinsertion au sein de la collectivité, selon les besoins. Accorder une attention toute particulière à l'augmentation des dépressions et aux tendances suicidaires dues à la perte d'un être cher et à l'isolation sociale. Fournir des soins de qualité aux personnes âgées souffrant de démence et d'autres problèmes neurologiques et cognitifs, au domicile du malade ou en établissement lorsque cette solution se justifie. Accorder une attention particulière aux personnes âgées souffrant d'incapacités intellectuelles durables.

- **Systèmes de soins éthiques coordonnés.** Éliminer la discrimination fondée sur l'âge dans les services de santé et les services sociaux. Améliorer la coordination des services de santé et des services sociaux et intégrer ces systèmes lorsque ceci est faisable. Fixer et appliquer des normes appropriées pour les soins aux personnes âgées au moyen de mesures réglementaires, de principes directeurs, d'actions éducatives, de consultations et de collaborations.
- **Iatrogénie.** Prévenir les maladies iatrogènes (maladies et incapacités provoquées par les diagnostics ou les thérapeutiques). Instaurer des systèmes adaptés de prévention des effets indésirables des médicaments en accordant une attention particulière aux personnes âgées. Mener des actions de sensibilisation auprès des professionnels de la santé et du grand public sur les risques relatifs et les avantages des thérapeutiques modernes.
- **Vieillir chez soi et dans son environnement habituel.** Adopter des politiques, des programmes et des services qui permettent aux personnes âgées de continuer à vivre chez elles, avec d'autres membres de leur famille ou non, selon leurs ressources et leurs préférences. Apporter une aide aux familles qui accueillent des personnes âgées nécessitant des soins.

Fournir un soutien pour les repas ou le ménage, ainsi que pour les soins infirmiers à domicile lorsque ceux-ci sont nécessaires.

- **Partenariats et soins de qualité.** Instaurer une conception globale des soins de longue durée (assurés par des aidants professionnels ou non) qui stimule la collaboration entre les secteurs public et privé et associe tous les niveaux de gouvernement, la société civile et le secteur non lucratif. Garantir le respect de normes de grande qualité et l'existence d'environnements stimulants dans les établissements de soins qui accueillent les hommes et les femmes âgées.

1.4 Assurer l'éducation et la formation des aidants.

- **Aidants non professionnels.** Mener des actions éducatives et de formation auprès des familles, des anciens assurant la fonction de conseillers et autres aidants non professionnels, sur la manière de soigner les personnes âgées. Soutenir les guérisseurs âgés qui connaissent les médecines traditionnelles et complémentaires tout en évaluant leurs besoins en formation.
- **Aidants professionnels.** Dans le cadre de leur formation, donner aux personnels des services sanitaires et sociaux des modèles habilitants de soins de santé primaires et de soins de longue durée qui tiennent compte des points forts des personnes âgées et de leur contribution. Incorporer des modules sur le vieillissement actif dans les programmes des études de médecine et des autres professions de santé à tous les niveaux. Assurer des formations spécialisées en gérontologie et gériatrie à l'intention des professionnels des services médicaux, sanitaires et sociaux.

Mener auprès de tous les professionnels des services sanitaires et sociaux des actions d'information sur le processus du vieillissement et les manières d'optimiser le vieillisse-



ment actif chez les individus, dans la société et au sein des groupes composant la population. Offrir aux professionnels des services sanitaires et sociaux des incitations et des possibilités de formation afin qu'ils soutiennent l'auto-prise en charge et conseillent les personnes âgées en matière de modes de vie sains. Mieux sensibiliser et rendre davantage attentifs tous les professionnels de la santé et les animateurs socioculturels à l'importance des réseaux sociaux pour le bien-être des personnes âgées. Former des agents de promotion de la santé qui repèrent les personnes âgées menacées de solitude et d'isolement social.

2. La participation

2.1 Offrir des possibilités d'éducation et de formation tout au long de la vie.

- **Éducation de base et connaissances élémentaires en matière de santé.** Faire en sorte qu'il soit possible à tous d'acquérir une éducation de base tout au long de vie. Se fixer pour objectif de permettre à tous de savoir lire et écrire. Encourager l'acquisition tout au long de la vie de connaissances élémentaires en matière de santé par le biais de l'éducation pour la santé. Enseigner comment prendre soin de sa santé et de celle des autres lorsqu'on est âgé. Apprendre aux personnes âgées comment sélectionner et utiliser efficacement les services de santé et les services de proximité, et leur donner les moyens d'agir dans ce domaine.
- **Éducation et formation tout au long de la vie.** Permettre aux personnes âgées de participer pleinement en adoptant des politiques et des programmes favorables à l'éducation et à la formation des femmes et des hommes âgés. Offrir aux personnes âgées la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences, en particulier dans des domaines tels que les technologies de l'information et les nouvelles techniques agricoles.

2.2 Reconnaître et rendre possible la participation active des personnes âgées aux activités de développement économique, au travail structuré et non structuré et aux activités bénévoles, selon les besoins, les préférences et les capacités de chacun.

- **Réduction de la pauvreté et activités sources de revenus.** Inclure les personnes âgées dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives et des efforts de développement social visant à réduire la pauvreté. Veiller à ce que les personnes âgées aient le même accès aux subventions de développement, aux projets générateurs de revenus et aux possibilités de crédit que les personnes plus jeunes.
- **Travail dans le secteur structuré.** Adopter en matière de marché du travail et d'emploi, des politiques et des programmes qui permettent la participation des personnes âgées à des activités dignes d'intérêt, selon les besoins, les préférences et les capacités de chacun (ex.: l'élimination des conditions d'âge pour le recrutement et le maintien en fonction des travailleurs âgés). Soutenir les réformes des retraites qui vont dans le sens d'un encouragement de la productivité, d'une diversification des régimes de retraite et d'une plus grande souplesse des options offertes (retraite progressive ou partielle).
- **Travail dans le secteur informel.** Adopter des politiques et des programmes qui reconnaissent et soutiennent la contribution que les personnes âgées, hommes et femmes, apportent sous forme de travail non rémunéré dans le secteur informel et sous forme d'aide au sein du foyer.
- **Activités bénévoles.** Reconnaître l'intérêt du bénévolat et multiplier les possibilités offertes aux personnes âgées de participer à des activités bénévoles utiles, notamment à celles qui souhaitent participer mais en sont

empêchées pour des raisons de santé, de revenu ou par le manque de transports.

2.3 Encourager les personnes âgées à participer pleinement à la vie familiale et locale.

- **Transports.** Offrir des services de transports en commun accessibles et bon marché dans les zones urbaines et rurales pour que les personnes âgées (en particulier les personnes à mobilité réduite) puissent participer pleinement à la vie familiale et locale.
- **Engagement.** Faire participer les personnes âgées aux processus politiques qui influent sur leurs droits. Associer les personnes âgées, hommes et femmes, à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services sanitaires et sociaux de proximité et des programmes de loisirs. Associer les personnes âgées aux efforts d'éducation et de prévention visant à réduire la propagation du VIH/SIDA. Faire participer les personnes âgées aux efforts visant à mettre au point des projets de recherche sur le vieillissement actif, à la fois comme conseillers et comme enquêteurs.
- **Une société pour tous les âges.** Permettre une plus grande souplesse dans la division de l'existence en périodes d'éducation, de travail et de responsabilités d'aidant au sein du foyer. Mettre au point pour les personnes âgées un éventail d'options de logement qui éliminent les obstacles à l'indépendance et incitent à une pleine participation à la vie familiale et locale. Mener des activités de rencontre entre les générations dans les écoles et les collectivités. Encourager les personnes âgées à devenir des modèles de vieillissement actif et des conseillers pour les jeunes gens. Reconnaître l'importance du rôle et des responsabilités des grands-parents et les encourager. Favoriser la collaboration entre les organisations non gouvernementales qui travaillent avec les enfants, les jeunes et les personnes âgées.
- **Une image positive de la vieillesse.** Œuvrer avec les associations représentant les personnes âgées et avec les médias afin d'offrir des images positives et réalistes du vieillissement actif, et de produire du matériel éducatif sur celle-ci. Lutter contre les stéréotypes négatifs et les préjugés contre les personnes âgées.
- **Réduire les injustices faites aux femmes en matière de participation.** Reconnaître et encourager la précieuse contribution qu'apportent aux familles et aux communautés les femmes âgées qui dispensent des soins et participent à l'économie informelle. Permettre aux femmes âgées de participer pleinement à la vie politique et d'occuper des postes à responsabilités. Offrir aux femmes âgées la possibilité de bénéficier d'une éducation et d'une formation tout au long de la vie, comme c'est le cas pour les hommes.
- **Soutenir les organisations représentant les personnes âgées.** Fournir une aide en nature et financière et une formation aux membres de ces organisations pour leur permettre de défendre, favoriser et améliorer la santé, la sécurité et la pleine participation des personnes âgées, hommes et femmes, à tous les aspects de la vie en société.

3. La sécurité

3.1 Assurer la protection, la sécurité et la dignité des personnes âgées en répondant à leurs besoins et leurs droits en matière de sécurité sociale, financière et physique.

- **Sécurité sociale.** Appuyer la mise en place d'un filet de sécurité sociale en faveur des personnes âgées qui sont pauvres et seules, ainsi que d'initiatives de sécurité sociale qui fournissent un revenu régulier et suffisant pendant la vieillesse. Encourager les jeunes adultes à préparer leur vieillesse par des pratiques adaptées dans les domaines sanitaire, social et financier.



- **VIH/SIDA.** Améliorer le bien-être social, économique et psychologique des personnes âgées qui s'occupent de malades du VIH/SIDA et qui remplacent les parents auprès des enfants que le SIDA a laissés orphelins. Offrir une aide en nature, des soins abordables et des prêts aux personnes âgées pour les aider à répondre aux besoins des enfants et des petits-enfants atteints par le VIH/SIDA.
- **Protection du consommateur.** Protéger les consommateurs, en particulier lorsqu'ils sont âgés, contre les médicaments et les traitements à risque et contre les pratiques commerciales malhonnêtes.
- **Justice sociale.** Veiller à ce que les décisions relatives aux soins aux personnes âgées soient prises dans le respect des droits des personnes âgées et soient guidées par les Principes des Nations Unies applicables aux personnes âgées. Garantir les droits des personnes âgées à conserver leur indépendance et leur autonomie aussi longtemps que possible.
- **Logement.** Reconnaître explicitement le droit et le besoin des personnes âgées de disposer d'un logement sûr et adapté, notamment en temps de conflit ou de crise. Si cela est nécessaire, leur fournir, ainsi qu'à leur famille, des aides au logement (en s'attachant particulièrement au cas de celles qui vivent seules), telles que des subventions aux loyers, des encouragements au logement coopératif, des financements de rénovations immobilières, etc.
- **Crises.** Défendre les droits des personnes âgées en temps de conflit. Reconnaître expressément le besoin de protéger les personnes âgées dans les situations d'urgence et agir en conséquence (par exemple, en transportant jusqu'aux centres de secours ceux qui ne peuvent s'y rendre à pied). Reconnaître la contribution que les personnes

âgées peuvent apporter aux efforts déployés après une situation d'urgence et les associer à des initiatives de redémarrage.

- **Maltraitance des aînés.** Reconnaître l'existence de la maltraitance (physique, sexuelle, morale, financière et par négligence) des aînés et inciter à la poursuite des auteurs. Former les fonctionnaires de police, les prestataires de services sanitaires et sociaux, les dirigeants spirituels, les associations de défense et les groupes de personnes âgées à reconnaître l'existence de cette maltraitance et à lutter contre elle. Sensibiliser davantage l'opinion à l'injustice de la maltraitance des aînés par une action d'information et des campagnes de sensibilisation. Associer à ces actions les médias et les jeunes, de même que les personnes âgées.

3.2 Réduire les injustices touchant aux droits et aux besoins des femmes âgées en matière de sécurité.

- Adopter et faire respecter une législation qui protège les veuves du vol de leurs biens et avoirs, ainsi que des pratiques qui leur sont préjudiciables, telles que les rituels funéraires dangereux pour la santé et les accusations de sorcellerie.
- Adopter et faire respecter une législation qui protège les femmes âgées de la violence domestique et d'autres formes de violence.
- Faire bénéficier de la sécurité sociale (d'un complément de ressources) les femmes âgées qui n'ont pas de retraite ou n'ont que de maigres ressources parce qu'elles ont travaillé toute leur vie ou presque au foyer ou dans le secteur parallèle.

L'OMS et le vieillissement

En 1995, l'OMS a modifié le nom de son programme « Santé des personnes âgées » et l'a renommé « Vieillesse et santé », annonçant par là un important changement d'orientation. Le nouveau nom ne catégorisait plus les personnes âgées, mais envisageait le vieillissement comme faisant partie de cycle de vie : nous vieillissons tous et la meilleure manière d'assurer une bonne santé aux futures cohortes de personnes âgées est de prévenir les maladies et de promouvoir la santé tout au long de la vie. Réciproquement, la santé des personnes âgées ne peut être pleinement comprise qu'en tenant compte de leur vécu antérieur.

L'objectif du programme Vieillesse et santé est d'élaborer des politiques permettant d'assurer « la meilleure qualité de vie possible le plus longtemps possible, pour le plus grand nombre de personnes possible ». Pour atteindre cet objectif, l'OMS doit faire progresser l'état des connaissances relatives à la gérontologie et à la médecine gériatrique, grâce à des efforts de recherche et de formation. Il faut tout particulièrement stimuler les initiatives interdisciplinaires et intersectorielles, notamment en direction des pays en développement qui sont confrontés à des taux de vieillissement démographique sans précédent, dans un contexte de pauvreté dominante et de problèmes d'infrastructures non résolus. En outre, le programme souligne l'importance des principes suivants :

- adopter des approches axées sur la communauté locale, en faisant de celle-ci le cadre privilégié des interventions,
- respecter les contextes et les influences culturelles,
- reconnaître l'importance des différences sexospécifiques,
- resserrer les liens entre les générations,
- respecter et comprendre les questions éthiques relatives à la santé et au bien-être pendant la vieillesse.

L'Année internationale des personnes âgées (1999) a été un événement marquant dans l'évolution des travaux de l'OMS sur le vieillissement et la santé. Cette année-là, le thème de la Journée mondiale de la Santé a été « Restons actifs pour bien vieillir » et le Directeur général de l'OMS, le Dr Gro Harlem Brundtland, a lancé le « Mouvement mondial Vieillir en restant actif ». A cette occasion, le Dr Brundtland a déclaré : « La santé et la qualité de la vie tout au long de l'existence renforcent la capacité des personnes à se réaliser, édifier une communauté où les différentes générations vivent en harmonie et bâtir une économie dynamique. L'OMS s'est engagée à promouvoir le vieillissement actif, composante indispensable de tous les programmes de développement. »

Au cours de l'année 2000, le nom du programme de l'OMS a une nouvelle fois changé pour devenir « Vieillesse et qualité de la vie » afin d'exprimer l'importance d'envisager le vieillissement dans une perspective globale de la vie. L'orientation plurielle du précédent programme a été conservée, de même que l'attention particulière accordée à la mise en place d'activités en collaboration avec des partenaires multiples de tous les secteurs et de plusieurs disciplines. Le perfectionnement apporté à la notion « vieillir en restant actif » a été intégré aux programmes et a trouvé sa traduction dans toutes les activités, notamment dans les domaines de la recherche et de la formation, de la diffusion de l'information, des actions de sensibilisation et de l'élaboration de politiques.

Outre le programme « Vieillesse et qualité de la vie » piloté par le siège de l'OMS, chacun des six bureaux régionaux dispose de son propre conseiller dans le domaine du vieillissement pour pouvoir répondre à des questions précises d'un point de vue régional.



La collaboration internationale

Avec le lancement du Plan international d'action sur le vieillissement, l'Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement de 2002 a marqué un tournant dans la prise de conscience des défis lancés par un monde vieillissant et dans la célébration de ses triomphes. Au moment où nous entamons la phase de mise en œuvre, il est devenu essentiel de mettre en commun les résultats de la recherche et de confronter les options en matière de politiques aux niveaux transnational, régional et international. De plus en plus, il sera fait appel aux États membres, aux organisations non gouvernementales, aux établissements universitaires et au secteur privé pour concevoir des solutions adaptées aux défis posés par un monde vieillissant. Il faudra prendre en considération la transition épidémiologique, les changements rapides dans le secteur de la santé, la mondialisation, l'urbanisation, les modifications des structures familiales et la dégradation de l'environnement, ainsi que les inégalités persistantes et la pauvreté, notamment dans les pays en développement où vivent déjà la majorité des personnes âgées.

Pour que le mouvement en faveur d'un vieillissement actif progresse, toutes les parties prenantes devront expliquer et largement diffuser l'expression « vieillir en restant actif » par le dialogue, les discussions et les débats dans l'arène politique, le secteur de l'éducation, les forums publics et les médias, par exemple au moyen d'émissions de radio et de télévision.

L'action sur l'ensemble des trois piliers du vieillissement actif doit être soutenue par un développement des connaissances, notamment en matière d'évaluation et de surveillance, par la recherche ainsi que par la diffusion des résultats des travaux. Les responsables politiques, les organisations non gouvernementales, les associations représentant les personnes âgées, le secteur privé et le grand public devront pouvoir disposer de ces résultats, publiés dans un langage clair et sous des formes accessibles et pratiques.

Les organisations internationales, les pays et les régions devront collaborer pour mettre au point un programme de recherches consacrées au vieillissement actif.

L'OMS s'est engagée à travailler en collaboration avec d'autres organisations intergouvernementales, des organisations non gouvernementales et le secteur universitaire à l'élaboration d'un cadre mondial pour la recherche sur le vieillissement. Un tel cadre doit refléter les priorités exprimées dans le Plan international 2002 d'action sur le vieillissement et celles qui figurent dans le présent document.

Conclusion

Dans le présent document, l'OMS offre un cadre d'action à l'intention des responsables politiques. Avec le Plan international d'action sur le vieillissement, ce cadre trace la voie qui mène à la conception de politiques multisectorielles pour un vieillissement actif, améliorant ainsi la santé et la participation des personnes âgées tout en leur garantissant une protection, une sécurité et des soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin.

L'OMS reconnaît que la santé publique exige un large éventail de mesures pour améliorer la santé de la population et que la santé dépasse la prestation de services de santé de base. Elle s'est de ce fait engagée à travailler en coopération avec d'autres organisations internationales et avec l'Organisation des Nations Unies elle-même, afin d'encourager la mise en œuvre de politiques permettant de vieillir en restant actif aux niveaux mondial, national et régional. En raison de sa spécialisation, l'OMS fournira l'assistance technique et jouera un rôle incitatif

en faveur du développement sanitaire. Cependant, elle ne pourra agir que dans le cadre d'un effort collectif. Ensemble, nous devons fournir des preuves et démontrer l'efficacité des diverses mesures proposées. En dernier ressort, toutefois, il incombera aux nations et aux collectivités locales de mettre au point des objectifs à court et moyen termes qui soient réalistes, sexospécifiques et sensibles aux différences culturelles. Il leur incombera également de mettre en œuvre des politiques et des programmes adaptés à leur situation bien particulière.

La démarche « Vieillir en restant actif » fournit un cadre pour la mise au point de stratégies mondiales, nationales et locales relatives au vieillissement démographique. En rassemblant les trois piliers de l'action que sont la santé, la participation et la sécurité, elle constitue une plate-forme permettant de parvenir à un consensus qui réponde aux préoccupations de multiples secteurs et de toutes les régions. Les propositions et les recommandations relatives à la politique à mener ne sont guère utiles si des mesures de suivi ne sont pas mises en place. C'est maintenant qu'il faut agir.



6. Références bibliographiques

- Aboderin I et al. *Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research. Summary report of a meeting of experts, 2-4 May 2001*. Genève, 2001. Document WHO/NMH/NPH/01.4.
- Action on Elder Abuse (AEA). *Bulletin*, 1995, (11), mai-juin. Londres.
- Banque mondiale. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, 1999.
- Banque mondiale. *World development indicator database*. Washington, 2001. http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_6.pdf
- Botev N. Older persons in countries with economies in transitions. In: United Nations Population Fund and CBGS Population and Family Study Centre. *Population ageing: challenges for policies and programmes in developed and developing countries*. New York: United Nations Population Fund, 1999.
- Cutler D. Declining disability among the elderly. *Health Affairs*, 2001, 20(6): 11-27.
- Dipollina L, Sabaté E. Medication adherence to long term treatments in the elderly. In: Sabaté E, ed. *WHO adherence report: a review of the evidence*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002 (en cours).
- Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3(2): 90-9.
- Gironda M, Lubben J. Preventing loneliness and isolation in older adulthood. In: Gullotta T, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002 (sous presse).
- Gray MJA. Preventive Medicine. In: Ebrahim S, Kalache A, eds. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group, 1996.
- Guralnick JM, Kaplan G. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 703-8.
- Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relationship between aging and adverse drug reactions. *Annals of Internal Medicine*, 1991, 114: 956-66.
- Jacobzone S, Oxley H. Ageing and health care costs. *International Politics and Society*, 2002, (1). http://www.fes.de/ipg/ONLINE2_2002/INDEXE.HTM
- Jernigan DH et al. Toward a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(4): 491.
- Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. *Science Progress*, 2000, 83(1): 33-54.
- Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 1997, 4: 4-5 (juillet-août).
- Kirkwood T. Mechanisms of Ageing. In: Ebrahim S, Kalache A, eds. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group, 1996.
- Lynch JW et al. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions. *British Medical Journal*, 2000, 320: 1200-04.
- Manton K, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States, black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2001, 22: 6354-9.
- Merz CN, Forrester JS. The secondary prevention of coronary heart disease. *American Journal of Medicine*, 1997, 102: 573-80.
- Murray C, Lopez A. *The global burden of disease*. Oxford University Press, 1996.
- Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE). *Maintaining prosperity in an ageing society*. Paris, 1998.
- Organisation internationale du Travail (OIT). *Rapport sur le travail dans le monde 2000. Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation*. Genève, 2000.

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Déclaration faite par le Groupe de travail sur la qualité de la vie en 1994. Publiée dans *WHO health promotion glossary*. Genève, 1998. Document WHO/HPR/HEP/98.1.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Global elimination of avoidable blindness*. Genève, 1997. Document WHO/PBL/97.61 Rev.2.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Growing older. Staying well. Ageing and physical activity in everyday life*. Préparé par RL Heikkinen. Genève, 1998.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1998a). *Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au 21ème siècle: une perspective pour tous*. Genève, 1998.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 1999, base de données*. Genève, 1999.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Global forum for health research: the 10/90 report on health research*. Genève, 2000.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2000a). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, 2000.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2000b). *Home-based and long-term care*. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS. Série de Rapports techniques N° 898. Genève, 2000.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2000c). *Long-term care laws in five developed countries: a review*. Genève, 2000. Document WHO/NMH/CCL/00.2.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Innovative care for chronic conditions*. Rapport de réunion, 30-31 mai 2001. Genève, 2001. Document WHO/MNC/CCH/01.01.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001a). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, 2001.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Developing and validating a methodology to examine the impact of HIV/AIDS on older caregivers – Zimbabwe case study*. Genève, 2002 (sous presse).
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2002a). *Global burden of disease: review*. Genève, 2002 (en cours).
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)/INPEA. *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Genève, 2002. Document WHO/NMH/NPH/02.2.
- Organisation des Nations Unies (ONU). *World population prospects: the 2000 revision*. New York, 2001.
- Pal J et al. Deafness among the urban community – an epidemiological survey at Lucknow (U.P.). *Indian Journal of Medical Research*, 1974, 62: 857-868.
- Singer B, Manton K. The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 1998, 23: 321-35.
- Smits CH, Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150(9): 978-86.
- Sugiswawa S, Liang J, Liu X. Social networks, social support and mortality among older people in Japan. *Journals of Gerontology*, 1994, 49: S3-13.
- U.S. Centers for Disease Control (CDC). *Lower direct medical costs associated with physical activity*. Atlanta: CDC, 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
- U.S Department of Health and Human Services. *An ounce of prevention ... What are the returns?* Atlanta: U.S Department of Health and Human Services, CDC, 1999.
- U.S Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore: Williams & Wilkins, 2ème édition, 1996.
- Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge, 1996.
- Wilson DH et al. The epidemiology of hearing impairment in the Australian adult population. *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28: 247-252.
- Wolf DA. Population change: friend or foe of the chronic care system. *Health Affairs*, 2001, 20(6): 28-42.
- Yach D. Redefining the scope of public health beyond the year 2000. *Current Issues in Public Health*, 1996, 2: 247-252.



Nous tenons à remercier Santé Canada de son aide et le FNUAP du soutien apporté au tirage du présent livret par l'intermédiaire du Réseau international de Genève sur le vieillissement (GINA).

Conception graphique : Marilyn Langfeld

© Copyright Organisation mondiale de la Santé, 2002

Le présent document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. Si ce document peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou pour un usage à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les textes signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.



Organisation mondiale de la Santé
Prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé
Vieillesse et qualité de la vie
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27, Suisse
Télécopie : +41-22-791 4839
Courrier électronique : activeageing@who.int