

Vieillir, et alors ?

Bâtir une société de la longévité

C'était prévu et nous y sommes : nos sociétés vieillissent. Les progrès de la médecine et l'amélioration du niveau de vie ont permis de remarquables gains d'espérance de vie. Quatrième âge, supercentenaires, société de la longévité... : les mots pour dire la vieillesse s'adaptent. Or, plus qu'un seuil d'âge, la vieillesse s'inscrit dans un continuum et se prépare. Vécu intime et expérience sociétale, le vieillissement suscite des représentations contrastées : poids, fardeau, ou opportunité individuelle et collective de se réinventer ?

Les lignes bougent. Les aînés se mobilisent. Les espaces publics intègrent la question du vieillissement en bonne santé. La silver économie se structure. La robotique soulage le travail des soignants. De nouvelles formes d'habitat atténuent l'isolement.

Mais beaucoup reste à faire. Les chances de vieillir en bonne santé ne sont pas les mêmes pour tous. Comment vieillit-on dans les métropoles internationales, les quartiers populaires, les bourgs ruraux ? Quels modèles de financements public et privé face à la perte d'autonomie ? Il y a urgence à mieux gérer les fins de carrière des seniors et à mieux reconnaître les aidants familiaux et les aides à domicile. Si les discriminations sont encore là, gageons que les « Baby boomers » feront entendre leur voix !

Pour parcourir les « avenues de la vieillesse », chères à Montaigne, L'Institut Paris Region donne la parole à 70 experts. Démographes, sociologues, économistes, urbanistes, épidémiologistes, psychologues, philosophes, élus, institutions, associations, personnes âgées et leurs représentants, nous livrent une analyse nuancée et prospective pour bâtir une société de la longévité.

24 €

N° 182 • OCTOBRE 2024

ISSN 2778-892X

ISBN 978-2-13-087032-6



9 782130 870326

pu^f

L'INSTITUT
PARIS
REGION

INTERVIEW

ÊTRE VIEUX À NEW YORK, PARIS, LONDRES ET TOKYO



Victor G. Rodwin,
professeur émérite de politique
et gestion des services de santé
(Wagner School of Public Service,
New York University)

PHOTO : DR



Michael K. Gusmano,
professeur,
politique de santé
(College of Health,
Lehigh University)

PHOTO : DR

Victor G. Rodwin et Michael K. Gusmano ont codirigé le *World Cities Project (WCP)*¹, pour étudier les stratégies des quatre plus grandes villes des pays développés (New York, Paris, Londres et Tokyo) face au vieillissement de leur population.

Pourquoi avoir étudié les enjeux du vieillissement à New York, Paris, Londres et Tokyo ?

Michael K. Gusmano Ces quatre villes concentrent le plus grand nombre d'habitants² et se situent dans les pays les plus riches du monde. Avec plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus, elles présentent la plus forte concentration de personnes âgées au sein de leur pays. Elles constituent une sorte de laboratoire pour l'étude d'un grand nombre de personnes âgées vivant dans des agglomérations urbaines. Plus de la moitié de la population mondiale vit déjà dans les villes, et, d'ici 2050, ce seront 2,5 milliards de personnes supplémentaires. Il est donc important d'examiner ces «villes mondiales» sous l'angle des défis posés par le vieillissement urbain³.

Victor G. Rodwin Toutes ces villes sont connues pour leur réussite économique, leur leadership, et leur créativité. Si on connaît bien leur architecture, on connaît moins leurs infrastructures de santé publique, les caractéristiques de leurs systèmes de santé⁴, et l'expérience des personnes âgées qui y vieillissent. Elles exercent une influence dominante, pour le meilleur et pour le pire, sur les mégapoles des pays en développement, qui sont encore plus grandes et font face à des défis d'autant plus importants. Mais ces villes sont également intéressantes en raison de leurs vulnérabilités, mises en évidence lors de la pandémie de Covid-19⁵.

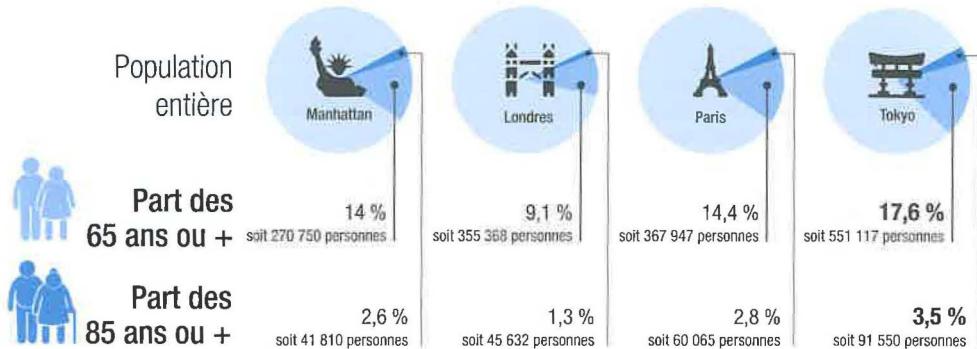
M.K.G. Ces quatre «villes mondiales» ont des similitudes frappantes: elles partagent davantage de points communs ensemble qu'avec leurs nations respectives. Par exemple, elles attirent des populations à la fois très riches et très pauvres,

avec une grande diversité ethnique, ce qui oblige leurs systèmes de santé à relever le défi des inégalités sociales en matière d'état de santé et d'accès aux services de santé. En comparant la manière dont ces villes font face à ces défis communs, nous avons cherché à identifier les pratiques prometteuses et les échecs intéressants à retenir. Sur cette base, nous avons suggéré quelques leçons pour les «villes mondiales» des pays riches, ainsi que pour les mégapoles en croissance rapide dans le monde entier.

En quoi les défis sont-ils similaires ou différents pour ces quatre villes ?

V.G.R. Tout d'abord, elles peuvent être considérées, d'un point de vue spatial, comme d'enormes «villes-régions»⁶. Dès le départ, nous avons fait le choix de nous concentrer sur leurs noyaux urbains⁷, car ils ont des caractéristiques démographiques, sociales, de densité, d'organisation en offres de soins, etc., différentes de celles des régions métropolitaines qui les entourent. Ainsi, chacune a une densité de population plus élevée que les zones avoisinantes. Elles accueillent d'importantes communautés d'immigrants du monde entier (à l'exception de Tokyo): la part de la population née à l'étranger à Paris (recensement de 2016), Londres (2011) et Manhattan (2017), est respectivement de 20%, 37% et 29%. Les noyaux urbains de ces quatre métropoles accueillent également une population âgée plus nombreuse que les régions environnantes. Et ces personnes âgées vivent aussi plus souvent seules dans ces quatre noyaux urbains, notamment les femmes. C'est dans le centre de Tokyo qu'on trouve le plus d'habitants âgés, mais aussi le plus faible taux de femmes de 35 ans et plus vivant seules.

DISTRIBUTION DES PERSONNES ÂGÉES DANS 4 VILLES MONDIALES



Sources : *Données de recensement de population : Insee 2020, Manhattan (U.S. Census 2020), Londres (ONS, 2021), Paris (Insee, 2020), Tokyo (Statistics Division, Tokyo Metropolitan Government, 2020)*



Une différence intéressante à souligner entre ces quatre villes est le taux d'activité des 65 ans et plus, qui varie considérablement : il est très élevé à Tokyo (53 % pour les hommes, 24 % pour les femmes), suivi de Manhattan (27,2 % et 13,6 %), Londres (26,9 % et 15,7 %), et enfin Paris (6,2 % et 2,8 %)³.

M.K.G. Une autre différence réside dans les modes d'hébergement des personnes âgées fragiles. Il est difficile d'établir des comparaisons, en raison des différences de définitions des niveaux de soins et des catégories d'institutions de soins de longue durée, variables selon les pays. Néanmoins, après avoir discuté avec des experts de chaque ville, nous avons constaté que la densité de lits des maisons de retraite médicalisées est nettement plus faible dans les centres urbains que dans les régions avoisinantes.

New York a davantage recours à l'institutionnalisation des soins de longue durée pour sa population âgée et fragile, suivie par Paris, Londres, et Tokyo. Cependant, Londres compte un peu plus de lits de maisons de repos dans ses zones environnantes que Tokyo, qui fournit davantage de services de soins à domicile. Certaines de ces différences sont clairement culturelles. Par exemple, le faible taux de personnes âgées vivant seules, en particulier les femmes, ainsi que les taux inférieurs d'institutionnalisation

en maison de retraite médicalisée, reflètent la plus grande acceptation de la vie familiale intergénérationnelle au Japon par rapport aux États-Unis, au Royaume-Uni, et à la France.

Les personnes âgées pourront-elles continuer à vivre dans ces centres urbains lorsqu'elles seront en perte d'autonomie ?

V.G.R. Le prix des terrains rend extraordinairement onéreuse la construction de lits de soins en institution dans les centres urbains de ce type de mégapoles, qui abritent les biens immobiliers les plus chers de l'économie mondiale. Il n'est donc pas surprenant que le coût des soins de longue durée en institution soit inabordable pour les personnes âgées les plus vulnérables, qui finissent par passer leurs dernières années dans des établissements situés en dehors des centres urbains où elles ont toujours vécu. Toutes les villes que nous avons étudiées encouragent les politiques visant à aider les personnes âgées à « vieillir sur place » et à fournir des services d'aide à domicile, des programmes de jour, des centres pour personnes âgées, des repas à domicile, et des services d'information sur l'aide à l'autonomie. Cependant, lorsque le niveau d'incapacité dépasse un certain seuil, de nombreuses personnes âgées vulnérables n'ont plus d'autre choix que de vivre en institution.

• • •

● ● ● À Paris, nous avons obtenu le chiffre de la proportion de Parisiens âgés et fragiles qui ont passé leurs dernières années dans des maisons de retraite en dehors de la ville : 30 %. Nous n'avons pas trouvé ces informations pour les autres villes, mais, compte tenu de la pénurie d'options en matière de maisons de retraite médicalisées dans les centres urbains étudiés, il semble évident que la réponse à cette question dépend largement de la capacité de ces villes à développer des modèles inédits d'aide à la vie autonome, des programmes solides de soins à domicile, ou d'autres modes de vie innovants qui offrent une alternative moins coûteuse aux maisons de retraite et aux hôpitaux.

Ces quatre villes sont-elles adaptées pour permettre aux personnes âgées de vieillir en bonne santé ?

M.K.G. Nous pensons qu'actuellement ces « villes mondiales » ne sont pas suffisamment préparées pour promouvoir un vieillissement en bonne santé. Elles sont confrontées à un défi sans précédent, celui de répondre aux besoins d'une population qui vit plus longtemps, dont le taux de natalité est en baisse, et qui vieillit en meilleure santé, avec plus d'exigences. La combinaison du vieillissement de la population et de l'érosion de la famille élargie a fracturé les hypothèses sur lesquelles les services municipaux et les programmes de protection sociale ont été financés et organisés. Nos systèmes de santé et de protection sociale ne sont pas suffisamment préparés à ce changement sans précédent, et les conséquences de cette situation, si l'on n'y remédie pas, auront des effets négatifs importants, non seulement sur la santé générale et le bien-être des personnes âgées, en particulier des pauvres, mais aussi sur les familles, les structures sociales, les économies, les organismes gouvernementaux, ainsi que sur les organisations non gouvernementales. Les personnes âgées apportent une contribution essentielle aux communautés dans lesquelles elles vivent. Pour soutenir ces contributions et préserver la viabilité de ces communautés, nous pensons que davantage de ressources devraient être consacrées à l'encouragement d'un « vieillissement en bonne santé ». Aux États-Unis, l'*International City/County Management Association (ICMA)*³ a exhorté les collectivités locales à analyser la répartition de la population et des équipements, et étudier de quelles manières elles peuvent se mettre au service des personnes âgées et promouvoir un « vieillissement actif »¹⁰.

Comment s'articulent les pouvoirs national et local avec les secteurs public et privé pour répondre aux besoins sociaux et de santé des personnes âgées ?

V.G.R. En France, et plus encore au Japon, il existe un système national de couverture des services de soins de longue durée. Le Japon dispose de l'assurance dans ce domaine la plus complète qui soit. Toutefois, même dans des États unitaires aussi centralisés que la France et le Royaume-Uni, le financement et la gestion des programmes nationaux au niveau local jouent un rôle important. Aux États-Unis, les politiques discrétionnaires des États fédéraux en matière de soins de longue durée varient énormément, et la Ville de New York finance et gère un grand nombre de ses propres programmes de soins à domicile et de services institutionnels. Toutes les villes que nous avons étudiées n'auraient pu répondre aux besoins des personnes âgées sans une étroite collaboration entre les autorités locales, les organisations à but non lucratif, les organisations communautaires et de quartier, et les familles. Même les administrations municipales jugent utile de s'appuyer sur les organisations locales pour identifier les besoins des personnes âgées et y répondre.

Quel accompagnement proposent ces quatre grandes villes pour les personnes âgées vulnérables ?

M.K.G. Toutes les quatre, y compris Tokyo, pourtant moins diversifiée, reconnaissent que les personnes âgées constituent un groupe hétérogène. Les différences de culture, de niveau d'éducation, de revenu, et d'état de santé, rendent impossible le fait d'établir des politiques uniformes sans laisser une grande marge de manœuvre et de choix entre les quartiers. À New York, le département en charge du vieillissement (*Department for the Aging*) passe des contrats avec différentes organisations non gouvernementales en organisant des repas qui répondent aux préférences des différents groupes ethniques, et son département de santé et d'hygiène mentale (*Department of Mental Health*) a créé des bureaux de santé publique de district en réponse aux risques plus élevés auxquels sont confrontées les minorités raciales et ethniques. À Paris, le Café Social des 19^e et 20^e arrondissements cherche à répondre aux besoins de la population âgée originaire d'Afrique du Nord. À Londres, où il existe des disparités notoires en matière d'état de santé et de niveau de service selon l'appartenance

ethnique, le Service National de Santé (*National Health Service*) a priorisé la fourniture de soins culturellement appropriés.

Quels enseignements, quels questionnements, tirer de cette pratique ?

V.G.R. Le plus grand défi pour aider les populations âgées les plus vulnérables vivant à domicile est peut-être de pouvoir les identifier, car elles sont généralement isolées socialement, et il est difficile de les repérer pour les aider. Il faut malheureusement une crise pour que les questions de l'isolement social, et plus généralement de la vulnérabilité des personnes âgées, soient inscrites à l'ordre du jour des politiques. Aux États-Unis, l'« autopsie » de la vague de chaleur de 1995 réalisée par le sociologue Eric Klinenberg¹¹ a mis en évidence l'importance des caractéristiques du quartier. Elle a en effet révélé que les personnes âgées socialement isolées présentaient des taux de mortalité plus élevés dans les quartiers pauvres avec de nombreux terrains abandonnés que dans des quartiers tout aussi pauvres mais avec davantage de liens sociaux. Il en est allé de même lorsque des milliers de New-Yorkais âgés se sont retrouvés dangereusement isolés dans les jours qui ont suivi le 11 septembre. L'ouragan Katrina, à New York, nous a rappelé quelques années plus tard à quel point des problèmes invisibles peuvent devenir visibles. En France, cela s'est manifesté lors de la vague de chaleur de l'été 2003, à Paris, qui a provoqué plus de 1 000 décès excédentaires, ce qui correspond à une augmentation de près de 190 % de la mortalité entre le 1^{er} et le 20 août par rapport aux années antérieures, principalement chez les personnes âgées de plus de 75 ans¹². Bien que Paris soit mieux préparée aujourd'hui qu'alors, le nombre de jours de canicule augmente, ce qui nous rappelle que ce problème est toujours présent, et qu'il est susceptible de poser un défi à tous ceux qui sont concernés par les services sociaux et de santé à destination des personnes âgées dans les villes. ■

1. <https://world-cities.eu/>
2. New York (8,6 millions d'habitants), le Grand Londres (8,8 millions), la Métropole du Grand Paris (7,1 millions), et les 23 quartiers de la métropole de Tokyo (8,8 millions).
3. RODWIN V.G. and GUSMANO M.K. editors, *Growing Older in World Cities: New York, London, Paris and Tokyo*, Nashville TN, Vanderbilt University Press, 2006.
4. GUSMANO M.K., RODWIN V.G. and WEISZ D., *Health Care in World Cities: New York, London and Paris*, Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 2010.
5. RODWIN V.G. and GUSMANO M.K., "World cities and national policy in the time of COVID-19", juin 2020, *Health Affairs* *forefront*.
6. SCOTT A., *Global City-Regions: Trends, Theory and Policy*, New York NY, Oxford University Press, 2001
7. Manhattan (1,6 million d'habitants), Londres intra-muros (3,5 millions), Paris intra-muros (2,2 millions) et Tokyo intra-muros (2,8 millions).
8. RODWIN V.G., GUSMANO M.K. and MONTERO G., « Vieillir dans quatre mégapoles : New York, Londres, Paris et Tokyo », septembre 2003, *Études et Résultats*, n° 260, DREES.
9. <https://icma.org/search?keyword=active+aging&date=All>
10. ICMA, *Active Living for Older Adults: Management Strategies for Healthy and Livable Communities*, 2003.
11. KLINENBERG E., *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, Chicago, University of Chicago Press, 2002.
12. CACOR E. et SPIRA A., « Canicule et surmortalité à Paris en août 2003 », 2006/2-3, *Espace population sociétés*, p. 239-249. DOI : <https://doi.org/10.4000/eps.1383>.

Propos recueillis par Caroline Laborde