

N° 260 • septembre 2003

Les villes de New York, Londres, Paris et Tôkyo concentrent une part majeure de l'activité et de la richesse de leurs nations. Elles connaissent une forte densité de population, et notamment de personnes âgées. Elles disposent en outre d'un potentiel en équipement, réseaux et infrastructures de soins médicaux très important par rapport aux autres agglomérations.

Examiner le vieillissement de leur population et comparer les systèmes de santé et de soins dans ces quatre mégapoles est l'objet d'un programme de recherche international, qui vise à s'interroger sur les adaptations des systèmes sanitaires et sociaux à la longévité croissante de la population. C'est parmi les quatre villes Tôkyo qui présente la densité la plus élevée de personnes âgées de 65 ans et plus, mais Paris celle de personnes très âgées (85 ans et plus).

À Tôkyo, les personnes âgées vivent également moins souvent seules que dans les autres mégapoles, les centres urbains de Manhattan, Paris et Londres concentrant en particulier une forte proportion de femmes très âgées et vivant seules.

Si ces quatre villes ont un équipement médical et hospitalier plus important en centre urbain qu'en périphérie, la densité en lits médicalisés et de long séjour apparaît inférieure à Londres et à Tôkyo.

Les services d'aide à domicile, plus denses dans les centres urbains, sont plus difficiles à comparer mais semblent légèrement mieux assurés dans le centre de Londres.

Victor G. RODWIN*, **Michael K. GUSMANO****, **Gabriel MONTERO***

Traduction et adaptation : Sylvie COHU,

Catherine FORT, Diane LEQUET-SLAMA***

* Wagner School, New York University ; ** ILC-USA ;

*** Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, DREES

Vieillir dans quatre mégapoles : New York, Londres, Paris et Tokyo

New York, Londres, Paris, Tokyo sont des mégapoles qui exercent une influence dans le monde bien au-delà de leurs frontières. Ces villes « mondiales » constituent des centres à forte concentration de services financiers, culturels et d'information. Les études montrent certaines convergences dans leurs caractéristiques sociales et économiques : de fortes inégalités de revenus avec un nombre croissant de résidents riches d'un côté et pauvres de l'autre, une classe moyenne en décroissance, de grandes migrations de travailleurs, une forte concentration de personnes âgées.

La contribution des quatre villes (New York, Londres, Paris, Tokyo) au PIB de leur nation est sans proportion par rapport aux territoires géographiques qu'elles occupent¹. Pôles d'excellence médicale reconnus, elles assurent des soins de haut niveau de qualité et possèdent des centres de recherche et des hôpitaux universitaires mondialement connus.

Ces villes influentes sont-elles préparées à affronter le défi que constitue « la révolution de la longévité »² ? Dans le contexte actuel d'augmentation de l'espérance de vie, de réduction du taux de natalité et de vieillissement de la population, ces « villes mon-

1. SCOTT A., *Global City Regions : Trends, Theory and Policy*, New York – Oxford University Press, 2001.

2. Francoise Forette, *La révolution de la longévité*, Paris, Gras-set, 1997.

diales » sont-elles capables de mettre en œuvre des mesures susceptibles d'améliorer la qualité de vie de leurs habitants, notamment les plus âgés ? Peuvent-elles s'inspirer les unes des autres pour développer des solutions innovantes ?

Comment expliquer les différences qui y sont observées en termes d'état de santé entre les personnes âgées résidentes et celles demeurant dans le reste du pays ? Quel rôle jouent les facteurs sociaux, les niveaux de revenus et l'accès aux divers services fournis par ces villes compte tenu des migrations de personnes âgées au moment de leur retraite ³ ?

Ces questions font l'objet d'un programme de recherche international coordonné (encadré 1). Cet article présente des informations de cadrage sur les caractéristiques du vieillissement et la prise en charge des personnes âgées dans les quatre mégapoles, en essayant de mettre en évidence les éléments de convergence et de divergence.

Pourquoi comparer ces quatre villes ?

Malgré une importante littérature consacrée à ces quatre villes ^{4,5}, il n'existe que très peu d'études spécifiques concernant le fonctionnement du système de santé et la prise en charge des personnes âgées dans ces mégapoles.

New York est la ville des États-Unis où réside le plus grand nombre de personnes âgées de plus de 65 ans – environ 1 million. Comme New York, Londres, Paris et Tokyo comptent aussi les concentrations de personnes âgées les plus élevées de leurs pays respectifs (tableau 1). Ces villes se caractérisent par une diminution des taux de natalité et un accroissement de la part des personnes âgées – dans certains quartiers la pro-

portion de personnes de 65 ans et plus dépasse même 25 %. Elles apparaissent de ce fait comme des « laboratoires sociaux » pour la définition d'actions susceptibles de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des villes à population vieillissante.

Définir des unités spatiales homogènes : le centre urbain comme unité d'analyse

Afin d'effectuer des comparaisons qui ont un sens, des unités spatiales homogènes ont été définies. Six critères ont été retenus : l'évolution du développement urbain, la taille de la population, sa densité, la coexistence de catégories de personnes à bas et à hauts revenus, la répartition des emplois, la densité des ressources médicales.

Les comparaisons ont donc été menées à partir de deux niveaux géographiques :

- D'une part, la Ville de New York peut être comparée au Grand Londres, à Paris et à sa première couronne (la Région parisienne), ainsi qu'aux 23 quartiers (« kus ») de la Préfecture de Tokyo (ce que nous appelons ici Tokyo). Les zones d'études pertinentes sont alors :

Paris avec les trois départements de la petite couronne, New York City (Manhattan, Brooklyn, le Bronx, Queens et Staten Island), les 33 boroughs formant le Grand Londres, les 23 circonscriptions administratives (Kus) centrales de Tokyo (carte).

- D'autre part l'image que nous nous faisons de ces villes est généralement fondée sur leur centre urbain historique. Nous avons donc également circonscrit la comparaison aux centres urbains : la ville de Paris avec ses vingt arrondissements, le centre urbain de la ville de New York, Manhattan, les quatorze arrondis-

T•01 nombre de personnes de 65 ans et plus dans quatre villes mondiales

	Centre Urbain	Première Couronne	Ensemble
Grand Londres (2001)	288 305	619 870	908 175
New York City (2000)	186 776	751 081	937 857
Région Parisienne (1999)	327 335	521 388	848 723
Tokyo (2000)	372 060	964 229	1 336 289

Source : Grand Londres : 2001 Census ; New York City : US Census 2000 ; La Région Parisienne : INSEE, 1999 ; Tokyo : Recensement Japonais 2001.

2

E•1

Examiner le vieillissement et les soins de longue durée dans de grands centres urbains Le projet « villes mondiales »

Les comparaisons internationales en matière de systèmes de santé et de soins de longue durée entre les pays de l'OCDE¹ ont fait l'objet d'une importante littérature mais la dimension nationale recouvre d'importantes variations à l'intérieur même des pays, entre régions urbaines et rurales, entre petites et grandes villes, entre centres urbains et banlieues. Le projet « Villes Mondiales » [World Cities Project (WCP)] veut ainsi mettre en œuvre une nouvelle approche qui compare les systèmes de santé et de protection sociale à l'échelle des grands centres urbains.

Les villes mondiales ont, en effet, plus de caractéristiques et de problèmes communs que les pays auxquels elles appartiennent, ce qui permet des comparaisons plus précises. Parallèlement, la comparaison des mégapoles peut mieux faire comprendre les difficultés que peuvent y rencontrer les personnes âgées et, a contrario, les opportunités qu'elles peuvent leur offrir. La pollution, l'importance du trafic urbain, le taux de délinquance élevé, le coût du logement, peuvent diminuer la qualité de vie des personnes âgées. En revanche, ces villes offrent un meilleur accès aux transports publics, aux pharmacies, aux commerces, aux centres médicaux de niveau international et à la vie culturelle.

Le World Cities Project est un programme de recherche coordonné qui explore l'impact de l'accroissement de la longévité et du vieillissement de la population sur la santé et la qualité de vie dans ces quatre villes mondiales². Son objectif est de comparer et de synthétiser l'état des connaissances sur la prise en charge des personnes âgées dans chacune des villes, tant du point de vue de son organisation administrative que de son financement, leur accès aux services de santé, aux services sociaux et aux soins de longue durée³.

1. OCDE, *Écosanté*.

2. RODWIN Victor et GUSMANO Michael, « The World Cities Project : Rationale, Organization and Design for Comparison of Megacity Health Systems », *Journal of Urban Health*, (79) : 4, 445-463, December 2002.

3. Sur site internet, voir : www.ilcusa.org.

3. CRIBIER Françoise, KYCH Alexandre, « La migration des retraités parisiens, une analyse de la propension au départ », *Population*, 47^e année, n° 3, mai/juin, 1992, p. 677-717, Ined.

4. HALL P., *The World Cities*, London, UK: Weidenfeld and Nicholson, 1966 ; Sassen S., *The Global City*, Princeton University Press, 2001 ; Sassen S., *Cities in the World Economy*, Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press, 1994.

5. Une récente étude comparative sur New York, Londres, Paris et Tokyo analyse leurs forces et faiblesses respectives, *Department of Environment and Government Office for London, United Kingdom, Four World Cities*, London, UK : Llewelyn-Davies, June 1996.

sements connus sous le nom de Centre de Londres, les onze kus du centre de Tokyo entourés par la ligne de métro périphérique de Yamanote. Dans la mesure où il n'existe aucune définition conventionnelle du centre ville à Tokyo, nous sommes fondés sur les critères indiqués plus haut pour circonscrire un cœur urbain.

En termes de densité de population, Manhattan et Paris (intra-muros) sont assez proches (respectivement 26 000 et 20 000 habitants au kilomètre carré) et ont toutes deux une densité de population qui atteint le double de celle du centre de Londres. Les quatre villes sont caractérisées par une coexistence de populations à haut et à bas revenus. En effet, les populations qui y résident comptent, à la fois, les ménages les plus riches et les plus pauvres de leurs pays respectifs. À Manhattan, la moyenne des revenus des ménages variait, en 1996, de 77 397 dollars PPA (en parité de pouvoir d'achat OCDE) dans le Upper East Side à 19 775 dollars PPA à Central Harlem ; à Paris elle variait de 48 411 dollars PPA dans le XVIe arrondissement à 17 780 dans le XVIIIe arrondissement et au centre de

Tokyo en 1998, de 45 412 dollars PPA à Chiyoda à 21 832 à Arakawa⁶.

Pour la ville de Londres, aucune statistique ne permet de mesurer les revenus des ménages mais la comparaison des catégories, dites *Income Deprived*, définies par le ministère de l'Environnement, du transport et des régions peut être utilisée à la place du revenu⁷. Cela nous permet d'observer, par exemple, que dans le Centre de Londres, la proportion des personnes à bas revenus varie de 16,8 % à Kensington à 51,3 % à Tower Hamlets.

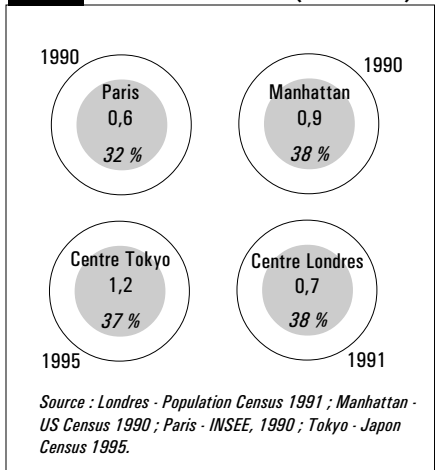
Chacune de ces quatre villes a un centre urbain qui est un pôle d'emplois important et attractif : dans leurs premières couronnes, environ une personne active sur trois se déplace vers le centre urbain pour travailler. Dans la première couronne de Paris, 600 000 (32 %) personnes actives se déplacent vers Paris; dans les banlieues de Manhattan, plus d'une personne active sur trois (38 %) se rend à Manhattan pour travailler (graphique 1).

Enfin, les centres urbains de ces villes ont une densité médicale et hospitalière comparable, à l'exception toutefois de Londres qui présente, par rapport aux autres villes, un déficit d'offre médicale

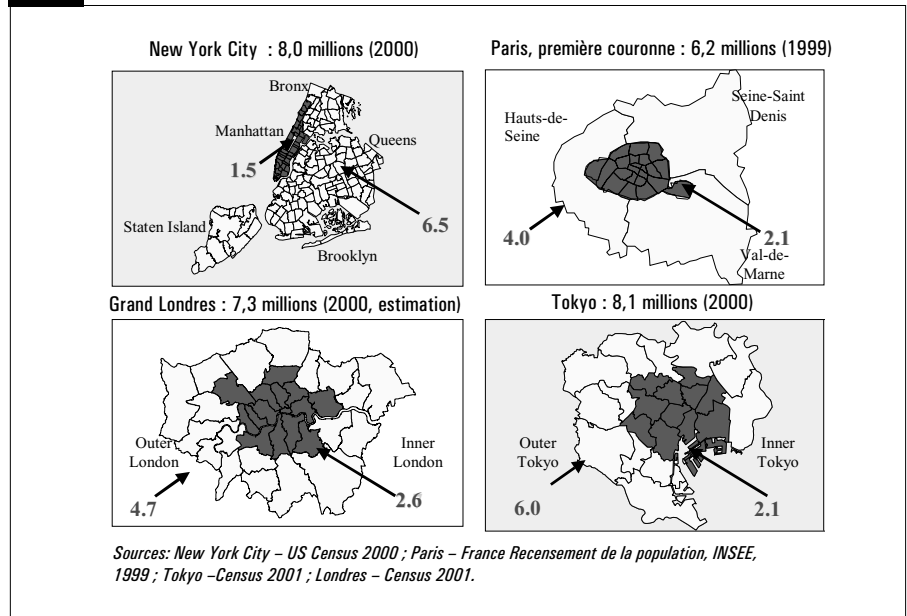
et hospitalière lié en grande partie aux problèmes de financement du service national de santé (NHS) (tableau 2).

À Paris, une étude conjointe du CREDES et de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS)⁸ montre qu'il existe un fort contraste entre le très haut

G.01 déplacement de la population active de la première couronne vers le centre urbain (en millions)



C.01 population des centres urbains et première couronne (en millions)



T.02 densité médicale et densité de lits hospitaliers de court séjour

		Densité médicale *	Densité de lits de court séjour**
Grand Londres (1999/2000)	Centre Urbain	36,9	3,7
	Première Couronne	10,3	1,4
	Ratio***	3,6	2,6
New York City (1995/1997)	Centre Urbain	71,2	8,9
	Première Couronne	33,9	3,5
	Ratio	2,1	2,5
Région Parisienne (2002/2001)	Centre Urbain	84,6	7,0
	Première Couronne	37,0	3,9
	Ratio	2,3	1,8
Tokyo (23-ku) (1998/2000)	Centre Urbain	70,0	12,8
	Première Couronne	18,0	4,6
	Ratio	3,9	2,8

*Pour 10 000 personnes.
 **Pour 1 000 personnes.
 ***Ratio = Centre urbain/première couronne.
 Source : Densité médicale (pour 10 000) : New York City : New York State Department of Health, 1995 ; Paris : ministère de l'Emploi et de la solidarité - DREES - Répertoire ADEL au 1er janvier 2002 ; Londres : London Health Observatory 2000 ; Tokyo : Tokyo Statistical Yearbook 1996, Tokyo Statistical Association 1998. Densité de lits de courts séjours (pour 1 000) : New York City : Health Care Annual, United Hospital Fund, 1997 ; Paris : DREES, SAE 2001 ; Londres : London Health Observatory 2000 ; Tokyo : List of Medical Facilities 2000 Bureau of Public Health, Tokyo Metropolitan Government.

6. Manhattan : Housing and Vacancy Survey, 1996 ; Paris : ministère des Finances, 1996 ; Tokyo : Japan Marketing and Education Center, 1998. Ces données sur les revenus moyens des ménages sont fondées sur les calculs en parité de pouvoir d'achat de l'OCDE (US dollars). Il s'agit ici des revenus des ménages déclarés à l'administration fiscale (et donc avant impôt).

7. Department of Environment, Transportation and Regions, « Indices of Deprivation 2000 », *Regeneration Research Summary*, n° 31, 2000 (www.urban.odpm.gov.uk/research/summaries/03100/pdf/rrs03100.pdf).

8. LUCAS-GABRIELLI Véronique, PÉPIN Philippe, TONNELIER François, « Les Parisiens âgés, état de santé et recours aux soins », Communication, Colloque *Veillir dans quatre mégapoles*, Paris 13 juin 2003.

niveau de l'offre de soins médicaux et le relativement faible niveau des équipements destinés aux personnes âgées. Avec 84 places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2001, Paris reste sur ce point bien en deçà de la moyenne nationale française (158 pour 1 000).

Davantage de personnes âgées à Tokyo et très âgées à Paris

À l'exception de Londres, la concentration des personnes âgées est plus importante dans les centres urbains de chaque ville que dans leur périphérie. Le centre de Tokyo présente globalement le pourcentage le plus élevé de résidents âgés de 65 ans et plus, suivi de Paris et de Manhattan (tableau 3).

C'est toutefois Paris qui compte aujourd'hui la plus forte concentration de personnes très âgées (de 85 ans et plus) : 2,8 % contre 1,8 % à Tokyo, 1,7 % à Manhattan, et 1,5 % à Londres (tableau 3).

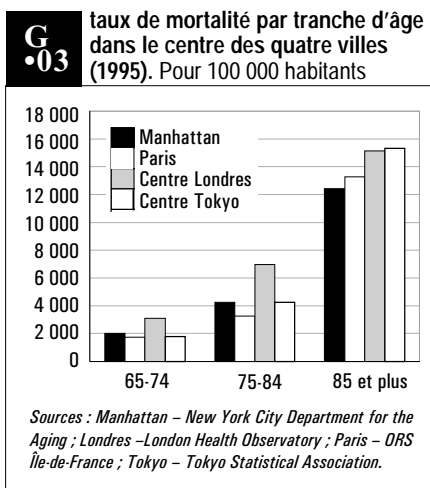
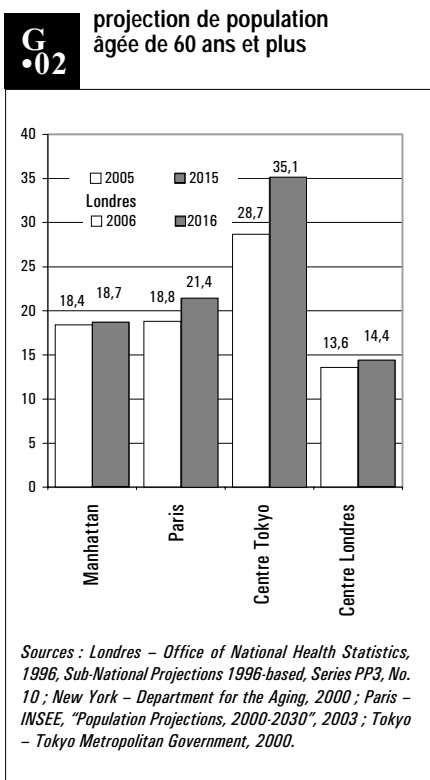
Les projections de population montrent qu'en 2015 Tokyo devrait toujours être celle des quatre villes avec la plus forte proportion de personnes âgées de 60 ans et plus (35 %), suivie de Paris (21 %), Manhattan (19 %) et Londres (14 %) [graphique 2].

Un état de santé et des taux d'activité sensiblement différents selon les villes

Bien qu'il n'existe pas de données comparables sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les quatre mégapoles, les indicateurs d'espérance de vie au-delà de 65 ans suggèrent que leur

état de santé est meilleur ou de même niveau que celui observé sur l'ensemble du territoire. Les femmes new-yorkaises, par exemple, ont une espérance de vie à 65 ans plus élevée d'un an que celle des autres femmes américaines (tableau 4).

Il existe toutefois des différences significatives dans les taux de mortalité par tranches d'âge observés dans les quatre mégapoles. Londres, suivi par Manhattan, présente les taux de mortalité les plus élevés dans les tranches d'âge 65 à 74 ans et 75 à 84 ans alors que Paris connaît au contraire le plus faible taux de mortalité pour ces deux tranches d'âge. En revanche, Manhattan a quant à lui, parmi les quatre mégapoles, le plus faible taux de mortalité pour les personnes les plus âgées (85 ans et plus) [graphique 3]. Une des explications parfois avancée est que ces résidents très âgés de Manhattan reçoivent plus de soins intensifs que ceux des autres villes. Une telle explication ne tient toutefois pas compte des facteurs de risque qui ne relèvent pas du domaine médical et, en outre, il faut nuancer ces observations dans la mesure où, pour Manhattan et Paris, il existe des phénomènes migratoires des personnes âgées qui devraient être pris en compte. Ces migrations s'effectuent parfois en deux temps : un premier à l'âge de la retraite, où les personnes âgées quittent la ville, et dans certains cas un mouvement de retour en cas de maladie ou de perte d'autonomie. À Manhattan par exemple, 25 % des personnes âgées émigrent au moment de la cessation d'activité, en grande partie vers la Floride, pour revenir en cas de maladie ou de manque de ressources vers New York où les services sociaux sont plus développés⁹. De même, près d'un quart des parisiens quittent Paris peu après



T 03 part de personnes de 65 ans et plus et de 85 ans et plus dans les quatre centres urbains

	65 et plus				85 ans et plus			
	Coeur urbain	Première couronne	Total	Nation*	Coeur urbain	Première couronne	Total	Nation*
Grand Londres	10,5	13,4	12,4	15,8	1,5	1,8	1,6	2,0 (1999)
New York City	12,2	11,6	11,7	12,3	1,7	1,5	1,5	1,5
Paris et première couronne	15,4	12,9	13,7	16,0	2,8	1,9	2,2	2,0
Tokyo	17,7	15,9	16,3	17,2	1,8	1,5	1,6	1,3 (1995)

* D'après les données de santé de l'OCDE 2002. Sources : New York - US Census, 2000 ; Paris - INSEE, 1999 ; Tokyo - Census, 2000 ; Londres - Census, 2001.

T 04 espérance de vie à 65 ans, par genre

	en années	
	Hommes	Femmes
New York City (2000)	17,0	20,1
États-Unis (2000) OCDE	16,0	19,1
Tokyo (2000)	17,7	22,2
Japon (2000)	17,5	22,5
Paris et première couronne (2000)	17,7	21,7
France (1999) OCDE	16,5	21,0
Grand Londres (1997-1999)	15,6	19,2
Royaume-Uni (1999-2001)	15,7	18,8

Sources : New York City - Department of Health, 2000 ; Tokyo - MHW, 2000, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk00/6.html> ; Paris - ORS Ile-de-France ; Londres - Office of National Statistics, 1999 et 2001.

9. SMITH David, « Organizing Care for the Aging in New York : the Growing Social Class Vulnerabilities of a City », Communication, Colloque Vieillir dans quatre mégapoles, Paris, 13 juin 2003.

leur retraite mais on observe que certains d'entre eux reviennent dans la capitale à un âge élevé soit pour être près de leurs enfants, soit pour y être soignés¹⁰.

L'accroissement de la longévité de la population et son vieillissement ont conduit, dans certains pays, à un allongement des durées d'activité des travailleurs âgés et à un prolongement de leur activité professionnelle au-delà de 60, voire de 65 ans.

Dans le centre urbain des quatre villes, les taux d'activité des personnes âgées de 65 ans et plus sont supérieurs à ceux observés dans leurs périphéries, mais les différences entre les quatre villes sont très importantes. La participation au marché du travail des personnes de 65 ans et plus est nettement plus faible à Paris que dans les centres de Londres, New York et Tokyo (tableau 5). Ceci est, bien sûr, à mettre en relation avec les règles qui existent dans chaque pays en matière de retraite ou de préretraite et qui se traduisent non seulement par des âges différents de liquidation des droits à pension mais aussi par des niveaux de ressources différents en provenance de transferts sociaux, conduisant les personnes âgées à chercher dans certains pays à les compléter par des revenus d'activité, tout particulièrement à Tokyo.

Les personnes âgées vivent moins souvent seules à Tokyo

Dans chacune des quatre villes, une part croissante des personnes âgées vit seule à domicile. Parmi les 65 ans et plus, 9,7 millions (28 %) vivent seuls aux États-Unis (US Census 2000). Ce chiffre devrait atteindre 25 millions en 2020, et devrait plus que doubler pour les personnes de 85 ans et plus.

La ville de Tokyo se différencie des autres villes par la relativement faible proportion de personnes très âgées qui vivent

isolées : moins d'une personne sur quatre (23 %). L'explication est essentiellement culturelle, les personnes âgées étant encore souvent hébergées au domicile de leurs enfants. Toutefois, le pourcentage de personnes âgées vivant seules est plus élevé dans le centre de Tokyo que dans le reste du pays. À Paris, à Londres, à Manhattan, plus d'une personne de 85 ans et plus sur deux habite seule (respectivement 60 %, 57 % et 55 %).

Dans les quatre mégapoles étudiées la proportion de personnes âgées vivant seules est en outre plus élevée dans les centres urbains que dans leurs périphéries (tableau 6). C'est particulièrement vrai pour les personnes de 85 ans et plus. L'aspect le plus frappant est, sans doute, la forte proportion de femmes de 85 ans et plus vivant seules à Manhattan, Paris et dans le centre de Londres (tableau 7).

Le genre est en effet en ce domaine un facteur essentiel de disparités. À Manhattan et Paris, plus de deux femmes sur trois vivent seules à 85 ans et plus. L'écart le plus important entre les proportions d'hommes et de femmes isolés est cependant observé à Paris, ce qui semble confirmer les difficultés qu'ont, en France, les hommes âgés à rester à domicile lorsqu'ils sont seuls avec, dans ce cas, un recours aux institutions plus précoce que pour les femmes (cf. enquête *Handicaps-Incapacités-Dépendance*, Insee).

L'origine ethnique peut également être un facteur de distinction dans la prise en charge des personnes âgées. À New York, par exemple, la proportion de personnes âgées vivant seules est significativement plus faible chez les personnes d'origine hispanique et asiatique et légèrement plus faible pour les afro-américaines que pour la population féminine blanche¹¹. Dans le grand Londres, la part des personnes âgées isolées est plus élevée parmi la population blanche que parmi les personnes ori-

ginaires des Caraïbes, d'Inde ou du Bangladesh¹².

La nationalité influe aussi sur le mode de cohabitation. À Paris, selon une étude de l'Insee Île-de-France, 13,7 % des personnes âgées ne sont pas françaises de naissance. Si les Européens et les Américains ont des modes de cohabitation proches des Français, les Africains et les Asiatiques sont sous-représentés dans les institutions spécialisées : ainsi, dans la communauté asiatique de la région parisienne, la proportion des seniors vivant seuls est nettement inférieure à celle observée pour les autres nationalités¹³.

Ces différences soulèvent de nombreuses questions sur le rôle de la culture, du genre, de la famille et de leur état de santé sur le mode de prise en charge des personnes âgées et sur l'importance des services d'aide pour les

T 05 taux d'activité des personnes âgées de 60 à 64 ans et de 65 ans et plus par genre en %

	60-64 ans		65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Manhattan	59,0	45,0	27,2	13,6
Centre Londres	46,0	27,0	26,9	15,7
Paris	41,0	32,0	6,2	2,8
Centre Tokyo	78,0	49,0	53,0	24,0

Sources : Manhattan - U.S. Census 2000 ; London - Office of National Statistics, 2001 ; Paris - INSEE, 1999 ; Tokyo - Statistical Bureau, Management and Coordination Agency, 1995.

T 07 personnes âgées de 85 ans et plus vivant seules, par genre en %

	Hommes	Femmes
Manhattan (1999)	41,3	67,9
Paris (1999)	39,6	67,6
Tokyo centre(2000)	15,9	26,4
Centre Londres (2001)	45,2	62,3

Sources : Manhattan - 1999 New York City Housing and Vacancy Survey ; Royaume Uni - Census 2001 ; Paris - INSEE, 1999 ; Tokyo centre - Tokyo Metropolitan Government, 2000.

T 06 personnes âgées de 65 ans et plus et de 85 ans et plus vivant seules en %

	65 et plus		85 ans et plus	
	Coeur urbain	Première couronne	Coeur urbain	Première couronne
Grand Londres	50,4	39,3	57,4	52,3
New York City	44,1	29,7	55,3	40,1
Paris et première couronne	44,0	33,6	59,8	48,5
Tokyo	24,7	20,4	23,0	19,2

Sources : New York - US Census, 2000 ; Paris - INSEE, 1999 ; Tokyo - Census, 2000 ; Londres - Census, 2001.

10. TONNELIER François, Les Parisiens âgés, état de santé et recours aux soins, au moment de la cessation d'activité, Communication, Colloque *Veillir dans quatre mégapoles*, Paris, 13 juin 2003.

11. TOBIER Emmanuel, *Growing Older in the City that Never Sleeps : New York*, Ed. Victor RODWIN et Michael GUSMANO (à paraître).

12. EVANDROU Maria, Inequalities Amongst Older People in London : The Challenge of Diversity, Communication, Colloque *Veillir dans quatre mégapoles*, Paris, 13 juin 2003.

maintenir à domicile. Il existe ainsi des différences marquées entre les personnes âgées qui vivent seules et celles qui sont hébergées en institution dans les grandes villes. À Manhattan et à Paris, seules villes pour lesquelles les données sont disponibles, les hommes et les femmes de plus de 65 ans qui vivent seuls ont un niveau socio-culturel plus élevé que ceux qui vivent en institution¹⁴.

Les services de longue durée pour les personnes âgées : de la prise en charge en institution aux soins à domicile

La diversité des situations des personnes atteintes de maladies chroniques et les problèmes liés à l'urbanisation (manque de place, forte densité de population) ont conduit les villes à rechercher des palettes de solutions pour la prise en charge sur le long terme, au-delà du seul placement des personnes âgées en institution. Dans cette étude exploratoire, nous avons cherché à étudier l'ensemble des services fournis aux personnes âgées tant dans le cadre des éta-

blissements, que dans le domaine de l'aide à domicile.

Une densité en lits médicalisés et de long séjour inférieure à Londres et Tokyo

Les maisons de retraite médicalisées fournissent un hébergement et des soins de longue durée aux personnes âgées dépendantes qui nécessitent une prise en charge 24 heures sur 24. Point de convergence entre les quatre mégapoles, la densité en lits de long séjour est nettement plus faible dans les centres urbains de ces villes que dans les premières couronnes (tableau 8). Le prix élevé de l'immobilier dans les centres urbains tend, en effet, à y restreindre la création d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. L'accès à toute une gamme de services (repas, soins médicaux, aide ménagère...) dans les centres urbains peut faciliter le maintien à domicile des personnes âgées.

Des différences considérables apparaissent entre Londres, New York, Paris et Tokyo concernant les densités en lits médicalisés. New York a une densité en lits médicalisés nettement plus élevée que les autres villes (tableau 8). Même après avoir pris en compte une partie des lits d'hôpitaux généraux qui servent de long séjour à Tokyo, la proportion de lits de long séjour et médicalisés y reste au contraire peu élevée, équivalente à celle observée à Londres et sensiblement inférieure à celle constatée à Paris. Le manque de lits médicalisés dans le centre de Tokyo est en partie lié au fait que certaines municipalités hésitent à étendre les prestations et services pour personnes âgées, ce qui augmenterait les impôts locaux et dissuaderait les familles jeunes de s'y installer¹⁵. Selon une étude de Keiko Honda¹⁶, le manque de lits médicalisés et de long séjour est devenu un problème important ces dernières années. En effet, les transformations de la structure familiale, l'accroissement du travail féminin et la montée du féminisme, l'étrécissement des appartements dans

les villes ont conduit à l'apparition de longues listes d'attente dans les maisons de retraite, ce qui est un fait nouveau assez surprenant dans la tradition culturelle japonaise. Si les lits en hôpitaux généraux sont souvent utilisés en lits de long séjour à Tokyo, c'est aussi parce qu'il est plus stigmatisant au Japon d'envoyer ses parents en maison de retraite que de les faire hospitaliser¹⁷. De même le faible nombre d'établissements ayant des lits médicalisés dans le centre de Londres a été accentué par les réductions budgétaires qui ont affecté les établissements d'hébergement pour personnes âgées, qu'ils soient médicalisés ou non, et par les politiques permettant aux autorités locales d'utiliser les fonds destinés à l'origine aux lits de long séjour pour d'autres objectifs¹⁸.

Les services d'aide à domicile destinés aux personnes âgées : des comparaisons difficiles

En matière d'aide à domicile, deux types de services peuvent être distingués : l'aide à la personne et les soins infirmiers.

L'aide à la personne diffère des services médicaux : elle consiste principalement à prendre en charge les tâches ménagères ou à assurer une assistance personnelle, comme l'aide à la toilette. Dans ce cadre, il convient encore de distinguer entre les soins personnels (toilette, habillage...) et l'aide ménagère *stricto sensu* qui consiste à faire la cuisine et les courses. Les *soins infirmiers à domicile* comprennent généralement, quant à eux, les pansements, la fourniture de médicaments et des services infirmiers plus spécialisés.

À l'exception de Londres où le financement de ces deux types de services est centralisé, dans les trois autres villes des financements locaux supplémentaires sont prévus. Dans cette étude, nous nous intéresserons aux services d'aide à la personne (cf. tableaux 9 à 12).

Les deux plus importantes sources de financement public d'aide à la personne

6

	Centre urbain	Première couronne
Londres (2001) ¹	9,9	12,5
New York (2000) ²	33,3	48,4
Paris (2001) ³	13,3 ⁴	22,3
Tokyo (1997) ⁵	9,7	12,3

1. Inclus tous les lits médicalisés mais exclus les lits en maisons de retraite.
2. Inclus tous les lits de long séjour.
3. Inclus les lits de longue durée dans les hôpitaux, les lits médicalisés dans les maisons de retraite et les logements-foyers, et des places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
4. La ville de Paris compte aussi des lits médicalisés situés hors de Paris. Nous avons exclu ces lits dans ce tableau. Si ces chiffres sont ajustés pour tenir compte de l'existence de ces lits, ils seraient 19,9 à Paris et 19,6 en première couronne.
5. À Tokyo beaucoup de personnes âgées dépendantes sont admises dans des hôpitaux généraux pour de longs séjours. Sont inclus les 30 % des lits d'hôpitaux généraux servant de lits de long séjour.
Sources : Londres - Office of National Statistics ; New York City - New York State Department of Health ; Paris - ORS Île-de-France ; Tokyo - Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

13. Insee Île-de-France, *Île-de-France à la page*, n° 210, Mai-Juin, 2002 (www.insee.fr/ile-de-france).

14. Ibidem.

15. OKAMOTO E., « Creativity under uniformity, implementation of Japan's Long term care insurance in Central Tokyo », in *Growing Older in Four World Cities*, Ed. Victor RODWIN et Michael GUSMANO (à paraître).

16. HONDA Keiko, Long Term Care in Tokyo, Communication, Colloque *Vieillir dans quatre mégapoles*, Paris, 13 juin 2003.

17. CAMPBELL John, Policies Innovation and Problems under Long Term Care Insurance, Communication, Colloque *Vieillir dans quatre mégapoles*, Paris, 13 juin 2003.

18. STRUDER I., WARNES A., *Long Term Care Facilities in London*, in *Growing Older in Four World Cities*, Ed. Victor Rodwin et Michael Gusmano (à paraître).

et des soins infirmiers à domicile à New York sont *Medicaid*, un programme fédéral et d'État, et le programme de services à domicile pour les personnes âgées, géré par l'État de New York, *EISEP*. Medicaid finance les deux types d'aides à la personne que sont l'aide ménagère et l'assistance personnelle ainsi que les soins infirmiers à domicile, alors que *EISEP* ne finance que l'aide ménagère. Dans le cadre de ces deux programmes, ces services peuvent être fournis 24 heures sur 24 et être accordés pendant plusieurs années. À New York, le programme *Medicaid* couvre environ 7 % des personnes âgées de 65 ans et plus soit 66 000 personnes, tandis que le programme *EISEP* ouvert aux personnes de plus de 60 ans couvre environ 0,5 % de la population des 65 ans et plus, soit environ 4 800 personnes. Les deux programmes sont soumis à des conditions de ressources. Les personnes âgées dépassant un certain seuil de revenus ne peuvent recourir qu'à des solutions individuelles ou s'adresser à des services privés lucratifs.

Une étude de Marjorie Cantor¹⁹ sur trois communautés de personnes âgées vivant à New York, la communauté juive, latino-américaine et afro-américaine, montre, comme en matière d'hébergement, des différences importantes dans l'utilisation des services sociaux et d'aide à domicile. La communauté latino-américaine a tendance à faire beaucoup plus appel à la famille qu'aux services de la ville contrairement aux deux autres communautés.

À Tokyo, l'aide à la personne et les soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées sont essentiellement couverts par l'assurance nationale dépendance qui est entrée en vigueur en 2000. Cette assurance, financée à la fois par des cotisations et par l'impôt, couvre uniquement les services en nature, sans versement de prestations. Les cotisations s'élevaient en 2000 à 24 dollars par personne et par mois. Il existe deux grandes catégories de bénéficiaires. Les personnes âgées de 40 à 64 ans doivent payer des cotisations mais ne peuvent bénéficier des services de soins de longue durée que lorsqu'elles sont atteintes d'une maladie liée au vieillissement figurant sur une liste de quinze maladies. Les personnes âgées de 65 ans et plus paient des cotisations plus élevées, qui sont déduites de leurs pensions, mais bénéficient des services de longue durée quelle que soit leur pathologie. Les usagers doivent payer une participation financière de 10 % du coût des services, le reste devant être financé par des fonds municipaux, régionaux et nationaux.

À Paris, plusieurs mécanismes de financement contribuent à assurer l'aide aux personnes âgées et les services de soins infirmiers à domicile. Les caisses d'assurance vieillesse, l'aide sociale départementale et l'allocation personnalisée d'autonomie financent « l'aide à la personne » tandis que les services de soins infirmiers à domicile sont financés par l'assurance maladie.

À Londres, l'unité de services d'aide à domicile de chaque autorité locale

(borough) fournit ce type de services soit directement soit en passant des conventions avec des organismes indépendants. Les autorités locales sont libres de fournir ces services gratuitement ou de fixer une participation financière à acquitter par les personnes âgées. Certaines autorités locales ont institué un tarif hebdomadaire. L'Attendance Allowance, allocation hebdomadaire pour l'aide à la personne, sert en principe à payer ces services. Les soins infirmiers à domicile sont quant à eux couverts par le Service national de santé (NHS).

Le centre urbain de Londres semble offrir des programmes d'aide à la personne légèrement supérieurs à ceux de New York, Tokyo et Paris.

La perspective d'un vieillissement continu de la population dans les quatre villes

Il est rare de trouver des études comparatives sur les caractéristiques médicales et sociales des populations des grandes métropoles. Pourtant, ces comparaisons peuvent se révéler intéressantes.

Le panorama décrit ici n'est sans doute pas complet faute de données disponibles. Certaines convergences entre les quatre villes peuvent toutefois être notées. À Paris, New York et Tokyo, on observe une concentration plus élevée de personnes âgées dans le centre urbain par rapport à la périphérie. À l'exception de Tokyo, plus d'une personne sur deux y vit seule à partir de 85 ans. La densité de médecins est plus élevée dans les quatre centres urbains que dans leur périphérie.

7

T 09 New York City : bénéficiaires d'aide à la personne, âgés de 65 ans et plus (2000)*

Service	Centre Urbain	Première Couronne	Ensemble (New York City)
Medicaid			
Aide à la personne (2002)	8 352 (4,5%)	36 571 (4,9%)	45 103 (4,8%)
Aide ménagère (2002)	1 749 (0,9%)	5 927 (0,8%)	7 676 (0,8%)
Long Term Home Health Care (2000) ¹	2 478 (1,3%)	6 270 (0,9%)	8 748 (0,9%)
Total Medicaid	12 579 (6,8%)	48 768 (6,5%)	61 527 (6,6%)
EISEP Home Help (2000)	1 226 (0,6%)	3 607 (0,5%)	4 833 (0,5%)
Ensemble	13 805 (7,4%)	52 375 (7,0%)	66 360 (7,1%)

* Entre parenthèses, les taux de personnes âgées de 65 ans et plus.
 1. Le programme *Long Term Home Health Care* (soins à domicile de longue durée) fournit à la fois des soins infirmiers à domicile et des soins à la personne. Pour rendre les données comparables avec les trois autres villes, nous avons exclu les soins infirmiers à domicile (soit 39 % des services pour Manhattan et 31,3 % dans la première couronne selon les données fournies par *New York State Department of Health*).
 Sources : *New York City Human Resources Administration ; New York State Department of Health ; New York City Department for the Aging ; US Census, 2000.*

T 10 Tokyo : bénéficiaires d'aide à la personne, âgés de 65 ans et plus (2002)*

Service	Coeur Urbain	Première Couronne	Ensemble (23 Wards)
Aide à la personne	24 555 (7,3 %)	57 879 (6,5 %)	83 434 (6,8 %)

* Les données entre parenthèses représentent les pourcentages de bénéficiaires dans la population des personnes âgées de 65 ans et plus.

** Ces données peuvent surestimer le nombre de bénéficiaires des services d'aide à domicile en raison de la possibilité de double compte ; certaines personnes qui reçoivent des soins infirmiers à domicile reçoivent également des aides à la personne.

Source : *Ministry of Health, Labour and Welfare, Long Term Care Insurance File, 2002.*

19. CANTOR Marjorie, *Social Care and the Elderly : the Effects of Ethnicity, Class and Culture, Communication, Colloque Vieillir dans quatre mégapoles, Paris, 13 juin 2003.*



rie; il en va de même pour la densité en lits hospitaliers de court séjour. C'est aussi dans ces centres urbains que l'on trouve la proportion la plus élevée de personnes âgées vivant seules ainsi que de personnes âgées qui reçoivent des services à domicile. Le prix élevé de l'immobilier dans ces villes freine, en effet, la création de maisons de retraite en nombre suffisant et à un coût abordable.

Toutefois, de nombreuses différences peuvent être relevées entre les quatre mégapoles. Manhattan se distingue par l'importance des inégalités observées en termes de revenus, mais également par une forte densité de lits médicalisés et de long séjour. Aussi, son taux de mortalité pour les personnes de 85 ans et plus est le plus bas par rapport aux trois autres villes. Londres est la ville la plus jeune parmi les quatre mégapoles. Sa densité médicale et en lits hospitaliers y est nettement inférieure à celles des trois autres villes et son équipement en lits médicalisés et de long séjour plus faible qu'à New York et Paris. Cependant, la proportion de personnes

âgées bénéficiaires de l'aide à la personne est légèrement supérieure à celle des autres villes. L'espérance de vie à 65 ans tant pour les hommes que pour les femmes y est globalement inférieure à celle observée dans les autres mégapoles.

Paris se distingue des trois autres mégapoles par la forte proportion de personnes âgées de plus de 85 ans et plus qui y résident, par sa densité médicale élevée et par le faible taux d'activité des personnes de plus de 60 ans.

Tokyo, bien que partageant avec les trois autres villes les caractéristiques d'une mégapole, présente des spécificités liées aux structures familiales et culturelles que l'on retrouve d'ailleurs dans les communautés asiatiques de Paris, New York et Londres : la prise en charge par la famille des personnes âgées y reste notamment encore prédominante. En effet, le pourcentage de personnes âgées vivant seules est plus faible que dans les trois autres villes.

Dans ces quatre villes la population devrait continuer à vieillir, en particu-

T 12 bénéficiaires d'aide à la personne pour les 65 ans et plus en %

Service	Coeur Urbain	Première Couronne	Ensemble
Londres (2001)	8,1	4,7	5,8
New York (2000)	7,4	7,0	7,1
Paris (2002) ¹	6,4	5,7	6,0
Tokyo (2002)	7,3	6,5	6,8

1. Les données pour le nombre d'usagers des services à domicile incluent celles de l'APA dans sa première année de mise en œuvre et par conséquent sous-estime le nombre actuel.

Sources : Londres - Institute of Public Finance ; New York City - Human Resources Administration of New York City, New York State Department of Health, New York City Department for the Aging, US Census 2000, SF3 file ; Paris - CNAV, DREES ; Tokyo, Metropolitan Government, Bureau of Health and Social Services.

lier à Tokyo dans les prochaines années. Il est encore difficile d'évaluer si les différences observées entre ces quatre villes s'aggraveront ou au contraire auront tendance à s'estomper dans l'avenir, mais d'ores et déjà ces mégapoles constituent des « laboratoires d'études » sur la façon dont vivent les personnes âgées dans les villes et dont la collectivité assure leur prise en charge.

T 11 Paris : bénéficiaires d'aide à la personne, âgés de 65 ans et plus *

Service	Coeur Urbain	Première Couronne	Ensemble
Aide à la personne (régime général) (2002)	10 554 (3,2 %)	14 371 (2,8 %)	24 925 (2,9 %)
Aide à la personne (Aide départementale-aide ménagère) 2002	1 849 (0,6 %)	2 104 (0,4 %)	3 953 (0,5 %)
• Aide à la personne (APA) : bénéficiaires au 31/12/2002 (1)	6 891 (2,2 %)	9 583 (1,9 %)	16 474 (2,0 %)
• Prestation spécifique dépendance (PSD) à domicile	273 (estimation) (0,1 %)	814 (0,2 %)	1 087 (0,1 %)
• ACTP à domicile	614 (0,2 %)	1 860 (0,4 %)	2 474 (0,3 %)
Total	20 181 (6,4 %)	28 732 (5,7 %)	48 913 (6,0 %)

*les données entre parenthèse représentent la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus du département.

1. Ces données ne prennent pas en compte le fait que l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et la prestation spécifique dépendance (PSD) (prestation remplacée par l'APA) sont attribuées aux personnes de 60 ans et plus. Étant donné qu'en 1999, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 78,5 % de la classe d'âge 60 ans et plus à Paris, 80,4 % dans la première couronne et 79,7 % dans la région parisienne, en appliquant ces ratios aux bénéficiaires de l'APA, nos données sont surestimées et peuvent être diminués ainsi : de 6,3 % dans le centre urbain, de 5,8% dans la première couronne et de 6,0% pour l'ensemble de la région. On peut appliquer ces mêmes ratios pour l'ACTP et la PSD.

En revanche, ces données sous-estiment par ailleurs le nombre des bénéficiaires d'aide à domicile car elles n'incluent pas ceux relevant de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Sources : APA 2002, DREES ; Régime Général 2002, CNAV ; Aide départementale 2002, DREES.

Nos remerciements vont aux professionnels qui nous ont aidés à obtenir et interpréter les données les plus récentes sur les personnes âgées. À Paris : Ruth Ferry, Florence de Maria, Philippe Pépin (DRS), Robert Poinard (DASES, ville de Paris), François Tonnellier (CREDES), Christine Flouquet (CNAV) ; à Londres : Maria Evandrou (King's Fund College) ; à New York : Bridgit Simone (HRA) et Jackie Berman (DFTA) ; à Tokyo : Keiko Honda (ILC-USA), Yukiko Kudo, Yoshiko Yamada (ILC-Japan).

À paraître

RODWIN V. et GUSMANO M., eds. : Growing Older in Four World Cities : New York, London, Paris and Tokyo ; Nashville : Vanderbilt U. Press (2004).